



# Regione Lombardia

## LA GIUNTA

---

DELIBERAZIONE N° IX / 4334

Seduta del 26/10/2012

---

Presidente **ROBERTO FORMIGONI**

Assessori regionali ANDREA GIBELLI *Vice Presidente*  
VALENTINA APREA  
GIOVANNI BOZZETTI  
ROMANO COLOZZI  
GIUSEPPE ANTONIO RENATO ELIAS  
ANDREA GILARDONI

NAZZARENO GIOVANNELLI  
FILIPPO GRASSIA  
MARIO MELAZZINI  
CAROLINA ELENA PELLEGRINI  
LEONARDO SALVEMINI

Con l'assistenza del Segretario Marco Pilloni

Su proposta dell'Assessore Mario Melazzini di concerto con l'Assessore Carolina Elena Pellegrini

Oggetto

DETERMINAZIONI IN ORDINE ALLA GESTIONE DEL SERVIZIO SOCIO SANITARIO REGIONALE PER L'ESERCIZIO 2013 - (DI CONCERTO CON L'ASSESSORE PELLEGRINI)

Dirigenti

Marco Paternoster  
Piero Frazzi

Francesco Laurelli  
Paola Palmieri

Maria Gramegna  
Paola Negrone

Luca Merlini  
Rosella Petrali

I Direttori Generali

Carlo Lucchina

Roberto Albonetti

L'atto si compone di 43 pagine

di cui 37 pagine di allegati

parte integrante



# Regione Lombardia

## LA GIUNTA

---

**VISTA** la seguente normativa nazionale:

- decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421";
- decreto legge 31 maggio 2010, n. 78 convertito in legge dall'art. 1, comma 1, legge 30 luglio 2010 n. 122 "Misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica";
- decreto legge 13 maggio 2011, n. 70 convertito in legge, con modificazioni, dall'[art. 1, comma 1, L. 12 luglio 2011, n. 106](#) Semestre Europeo - Prime disposizioni urgenti per l'economia;
- decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42;
- decreto legge 6 luglio 2011, n. 98 convertito in legge dall'art. 1, comma 1, legge 15 luglio 2011, n. 111 "Disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria";
- decreto legge 6 luglio 2012 n. 95 "Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini" convertito in legge n. 135/2012;
- decreto legge 13 settembre 2012 n. 158, "Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute";
- decreto legge 10 ottobre 2012, n. 174 - "Disposizioni urgenti in materia di finanza e funzionamento degli enti territoriali, nonché ulteriori disposizioni in favore delle zone terremotate nel maggio 2012";
- decreto legge 18/10/2012 n.179, "Ulteriori misure urgenti per la crescita del paese";

**VISTE** le ulteriori previsioni contenute nel D.D.L. AC 5534 - Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2013);

**VISTA** la legge regionale 30 dicembre 2009 n. 33 recante " Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità e successive modifiche e integrazioni;



# Regione Lombardia

LA GIUNTA

---

**RICHIAMATI** i seguenti documenti di programmazione regionale, con particolare riferimento alla programmazione sanitaria:

- DCR n. IX/0056 del 28 settembre 2010 *"Programma regionale di sviluppo della IX legislatura"*;
- DCR n. IX/0088 del 17 novembre 2010 *"Piano socio sanitario regionale 2010-2014"*;

**RICHIAMATE** le:

DGR n. IX/3822 del 25 luglio 2012 *"Aggiornamento delle linee guida regionali per l'adozione dei piani di organizzazione aziendale delle aziende sanitarie e degli IRCCS di diritto pubblico della Regione Lombardia"*;

DGR n. IX/..... [4232](#) del 25 ottobre 2012 *"Determinazioni in ordine ai criteri ed alla gestione delle risorse destinate alle funzioni non tariffabili per l'anno 2012"*;

DGR n. IX/..... [4231](#) del 25 ottobre 2012 *"Determinazione in merito alla remunerazione di alcune funzioni non coperte da tariffe predefinite svolte dalle aziende ed enti sanitari pubblici e privati accreditati per l'anno 2011"*;

**RICHIAMATI** i seguenti provvedimenti concernenti le Regole di Sistema per il Servizio Socio Sanitario Regionale:

- la DGR n. IX/2734 del 22 dicembre 2011 *"Testo unico delle regole di gestione del sistema sociosanitario regionale"*;
- la DGR n. IX/ 2633 del 6 dicembre 2011 *"Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2012"*;
- la DGR n. IX/2946 del 25 gennaio 2012 *"Precisazioni in ordine alla DGR n. IX/2633 del 6 dicembre 2011 Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'anno 2011"* che, tra l'altro, ha aggiornato le prestazioni di NPIA, di cui alle tabelle 1A ed 1B di cui all'Allegato 10 della DGR n. 2633/2011;
- la DGR n. IX/3379 del 9 maggio 2012 *"Ulteriori indicazioni in materia sanitaria in merito alla DGR n. IX/2633 Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2012"*;
- la DGR n. IX /3976 del 6 agosto 2012 *"Ulteriori determinazioni in ordine"*



# Regione Lombardia

## LA GIUNTA

---

*alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2012 anche alla luce dei provvedimenti nazionali ”;*

- la DGR n. IX /4172 del 10 ottobre 2012 "Adempimenti conseguenti alla DGR n. IX /3976 del 6 agosto 2012" *Ulteriori determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2012 anche alla luce dei provvedimenti nazionali ”;*
- la DGR n. IX /..... 4228 del 25 ottobre 2012 "Ulteriori determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio-sanitario regionale per l'esercizio 2012- Effetti legge n. 135/2012 sulle risorse.
- la DGR n.IX/ 3239 del 4 aprile 2012 "*Linee guida per l'attivazione di sperimentazioni nell'ambito delle politiche di welfare*";
- la DGR n. IX/3375 del 9 maggio 2012 "Rete regionale di prevenzione delle dipendenze - Anno 2012. Indicazioni alle ASL"
- la DGR n.IX/ 3376 del 9 maggio 2012 "*Approvazione del programma esecutivo di interventi regionali in tema di sclerosi laterale amiotrofica e altre malattie del motoneurone per ricerca e assistenza domiciliare ai malati*";
- la DGR n.IX/ 3540 del 30 maggio 2012 "*Determinazioni in materia di esercizio e accreditamento delle unità di offerta sociosanitarie e di razionalizzazione del relativo sistema di vigilanza e controllo*";
- la DGR n.IX/ 3541 del 30 maggio 2012 e s.s.m.m.i.i. "*Definizione dei requisiti specifici per l'esercizio e l'accredimento dell'assistenza domiciliare integrata*";
- la DRG n. IX/2000 del 13 luglio 2012 "Accordo (ai sensi dell'art. 15 della l. 241/90) con Prefettura di Milano, ASL Milano, ASL Milano 1 e ASL Milano 2 per il trattamento di persone segnalate ai sensi degli artt. 75 e 121 del TU delle leggi in materia di tossicodipendenze"
- la DGR n. IX/ 3851 del 25 luglio 2012 "*Determinazioni in ordine alle tariffe sperimentali dei nuovi profili dell'assistenza domiciliare integrata (ADI)*";
- la DGR n. IX/3850 del 25 luglio 2012 "*Determinazioni in merito allo sviluppo del sistema sociale regionale*";
- la DGR n. IX/3971 del 6 agosto 2012 "*Interventi di programmazione nel settore sociosanitario per l'anno 2012*";



# Regione Lombardia

## LA GIUNTA

---

**CONSIDERATA** la necessità di fornire ulteriori indicazioni operative ai fini dell'attuazione delle ultime disposizioni legislative con particolare attenzione al rispetto dell'equilibrio economico del sistema;

**RITENUTO** al fine di programmare l'assistenza socio sanitaria nel rispetto dell'equilibrio di bilancio per l'anno 2013 di confermare l'impianto e l'assetto regolativo definito con le citate delibere della Giunta regionale *in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2012* con le precisazioni, integrazioni e modifiche contenute negli allegati al presente atto;

**RITENUTO**, pertanto, di definire le "Regole di gestione del servizio socio sanitario regionale per l'anno 2013" e di approvare gli allegati al presente atto;

**DATO ATTO** che il presente provvedimento è soggetto al controllo preventivo di legittimità della Sezione regionale di controllo della Corte dei Conti ai sensi dell'art. 1, comma 2, del decreto legge 174/2012;

**VAGLIATE** ed assunte come proprie le predette determinazioni;

**A voti unanimi** espressi nelle forme di legge;

### **DELIBERA**

per le motivazioni indicate in premessa e qui integralmente richiamate:

1. di definire le Regole di gestione del servizio socio-sanitario per l'anno 2013, approvando conseguentemente i seguenti allegati, parte integranti del presente provvedimento:
  - allegato 1 Indirizzi di programmazione sanitaria per l'anno 2013
  - allegato 2 Elenco farmaci Classe A/PHT
  - allegato 3 Indirizzi di programmazione socio sanitaria per l'anno 2013
2. di confermare, per tutto quanto non espressamente modificato con il presente atto, le disposizioni contenute nelle delibere sopra citate in



## Regione Lombardia

### LA GIUNTA

---

ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2012 e le relative indicazioni operative, in quanto compatibili con le determinazioni assunte con il presente provvedimento e fatte salve le disposizioni normative successivamente intervenute;

3. di disporre la trasmissione il presente provvedimento alla sezione regionale di Controllo della Corte dei Conti per il controllo preventivo di legittimità ai sensi dell'art. 1, comma 2, del decreto legge 174/2012;
4. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul BURL e sui siti internet delle Direzioni generali Sanità e Famiglia, Conciliazione Integrazione e Solidarietà Sociale a seguito del rilascio del visto da parte della sezione regionale di Controllo della Corte dei Conti.

IL SEGRETARIO  
MARCO PILLONI

## **ALLEGATO 1 - INDIRIZZI DI PROGRAMMAZIONE SANITARIA PER L'ANNO 2013**

- QUADRO DI SISTEMA 2013
- PREVENZIONE E TUTELA SANITARIA
- VETERINARIA
- ORGANIZZAZIONE PERSONALE SSR E MEDICINA CONVENZIONATA TERRITORIALE
- PROGRAMMAZIONE E SVILUPPO PIANI
- GOVERNO DEI SERVIZI SANITARI TERRITORIALI
- FARMACEUTICA TERRITORIALE, OSPEDALIERA E PROTESICA
- SISTEMA INFORMATIVO SOCIO SANITARIO

## IL QUADRO DI SISTEMA PER L'ANNO 2013

La definizione del quadro di sistema per l'anno 2013 deve essere attuata con riferimento al seguente quadro normativo in rapida e continua evoluzione :

- il Patto della Salute valido per gli anni 2010-2012 (non ancora rinnovato);
- in merito alle risorse disponibili è intervenuta la legge n. 135/2012 (spending review) che ha disposto una riduzione delle risorse sia per l'anno 2012 che per gli anni a seguire;
- sempre in materia di risorse si deve considerare inoltre anche il DDL n. 5534/bis Legge di Stabilità in quanto contiene ulteriori interventi in materia di risorse a disposizione del Servizio sanitario nazionale per gli anni a partire dal 2013;

Dalle fonti sopra citate deriva che le risorse complessive nazionali per l'anno 2013 sono quantificabili in via presuntiva in euro 106,9 miliardi ovvero : euro 109,3 miliardi, di partenza, ridotti di euro 1,8 miliardi in applicazione della L. 135/2012 e di ulteriori euro 600 milioni come previsti dal Disegno di Legge di Stabilità.

Tale contesto determina per la prima volta un effettivo decremento di risorse a livello regionale rispetto all'esercizio precedente (anno 2012) che in via prudenziale può essere stimato in circa 175 milioni di euro per la sola quota indistinta ed euro 50 milioni per le quote vincolate.

Pertanto le risorse complessive per il finanziamento del SSR lombardo possono essere stimate in euro 17.115 milioni per la quota indistinta, comprensiva delle risorse destinate al riconoscimento delle prestazioni per cittadini di altre regioni e in euro 280 milioni quale stima, sulla base dei dati storici, del finanziamento per obiettivi del Piano sanitario e per spese vincolate, per un totale di euro 17.395 milioni.

Tali importi saranno appostati a Bilancio Preventivo Regionale ai sensi della normativa vigente.

Nella seguente tabella sono individuati i finanziamenti per i diversi livelli di assistenza che per i punti 1, 2 e 3 devono essere rispettivamente del 5,5%, fino al 51% e fino al 43,5%:

<b>Livello essenziale di assistenza</b>	<b>Risorse disponibili</b>	<b>Incidenza programmata</b>
<b>1 – Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro</b>	<b>931</b>	<b>5,50%</b>
<b>2 – Assistenza distrettuale</b>	<b>8.635</b>	<b>fino al 51,00%</b>
<b>3 – Assistenza ospedaliera</b>	<b>7.366</b>	<b>fino al 43,50%</b>
<b>TOTALE</b>	<b>16.932</b>	<b>100,00%</b>



Saldo di mobilità attiva per cittadini fuori regione	<b>463</b>	
<b>TOTALE COMPLESSIVO</b>	<b>17.395</b>	

Oltre al contesto sopra delineato di risorse in riduzione si ritiene urgente e necessario adottare il presente provvedimento anche in relazione alla necessità di adempiere a quanto previsto dal DLgs. N. 118/2011 e ai contenuti del DL n. 174/2012 :

- il DLgs n. 118/2011 deve trovare applicazione in particolare per quanto attiene ai tempi di approvazione dei Bilanci preventivi 2013 delle Aziende sanitarie e del relativo consolidato regionale; l'adozione dei predetti atti dovrà avvenire tenendo conto dei nuovi modelli di Bilancio definiti a livello nazionale e dei documenti previsti in dettaglio dal decreto stesso e dai decreti ministeriali attuativi.
- Il DL n. 174/2012 deve trovare applicazione, pur nelle more della conversione in legge, per quanto riguarda i controlli preventivi di legittimità sugli atti amministrativi relativi al piano di riparto delle risorse destinate al finanziamento del Servizio Sanitario Regionale e al controllo di legittimità e regolarità sui Bilanci delle Aziende sanitarie da parte delle Sezioni Regionali di Controllo della Corte dei Conti.

L'accesso alle risorse definite da parte della Regione Lombardia è sottoposto a verifica, nelle modalità già riportate nella DGR n. 937/2010, ed è relativa a circa il 3% del finanziamento complessivo, che per Regione Lombardia vale circa 580 milioni di euro.

I principali adempimenti, che coinvolgono tutti gli attori del Servizio Sanitario Regionale, sono richiamati nella normativa nazionale vigente.

## **FINANZIAMENTO DEL SISTEMA**

Innanzitutto si procede ad individuare le risorse da destinare, con successivi provvedimenti della Giunta Regionale e delle Direzioni Generali competenti, al finanziamento dell'Assistenza socio-sanitaria integrata per un importo, a valere sulle risorse disponibili per l'assistenza sanitaria, pari ad euro 1.632 milioni e al finanziamento dell'ARPA (Agenzia Regionale per la Protezione dell'Ambiente) per un importo pari a 72,1 milioni di Euro.

## **FINANZIAMENTO DELLA GESTIONE SANITARIA**

In adesione a quanto previsto dall'applicazione dei decreti attuativi della L. n. 42/2009 fino ad oggi emanati Regione Lombardia procede ad individuare sia le risorse da destinare al finanziamento di spese regionali e di altre voci di spesa specifiche governate a livello regionale al fine di migliorare

l'efficienza del Sistema Regionale sia le risorse da destinare al finanziamento di dei costi standard per le Aziende sanitarie per un totale pari a 15.690,9 milioni di euro così ripartiti:

1) RISORSE PER INTERVENTI DIRETTI REGIONALI per un importo pari a 1.698,5 milioni di euro :

- fino a 266,5 milioni di Euro per far fronte alle spese dirette regionali (comprese le spese dirette della Direzione Generale Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale) sostenute per conto del SSR, comprese le spese relative all'informatizzazione del sistema sanitario, nonché la prosecuzione delle progettualità del Sistema sanitario già attivate negli scorsi anni e per la dematerializzazione delle cartelle cliniche;
- fino a 960 milioni di Euro per funzioni non tariffate delle strutture erogatrici pubbliche e private, comprese le risorse per la tenuta dei registri tumori, da definirsi con successivo provvedimento di questa Giunta Regionale; sono comprese le funzioni non tariffate per presidio servizi territoriali, per il trattamento di pazienti anziani in area metropolitana e ad alta densità abitativa;
- in continuità con quanto previsto dalla DGR n. 3976/2012 anche per il 2013 non sarà emanato il bando per i contributi a favore dei soggetti privati senza fini di lucro per la realizzazione di progetti finalizzati a miglioramenti organizzativi, strutturali e tecnologici ai sensi della legge regionale 28 dicembre 2007 , n. 34 confluita nella lr 3/2009;
- contributi a favore dei soggetti erogatori individuati dalla legge regionale 6 agosto 2009 , n. 18, confluita nella lr 3/2009, sono rideterminati fino a 9 milioni di euro come disposto dalla DGR n. 3976/2012;
- la regolazione delle prestazioni usufruite da cittadini non lombardi presso erogatori situati sul territorio della Lombardia (mobilità interregionale attiva) e delle prestazioni usufruite da cittadini lombardi presso erogatori situati nelle altre regioni italiane (mobilità interregionale passiva) avverrà a livello di sistema regionale attraverso la contabilizzazione delle relative movimentazioni sulla gestione accentrata regionale; la misura di tali voci sarà definita nei provvedimenti nazionali di riparto delle risorse per l'anno 2013; in via previsionale il saldo può essere definito in circa 463 milioni di Euro;

2)RISORSE PER IL FINANZIAMENTO DEI COSTI STANDARD TERRITORIALI DELLE AZIENDE SANITARIE :

- Per un importo pari a 13.992,4 milioni di euro ripartiti fra le Aziende Sanitarie, tenendo conto dei livelli diretti di spesa e di quelli di competenza degli erogatori e della necessità di garantire l'equilibrio economico di sistema per l'esercizio 2013, in relazione ai 3 livelli essenziali di assistenza. Tale importo è comprensivo anche delle voci relative a:
  1. Macroarea delle prestazioni di ricovero, di specialistica ambulatoriale, attività subacute e progetti ai sensi dell'art. 15 comma 13 lettera C) bis della l. 135/2012 si determina un totale di 7.478 milioni di euro così composto : ricoveri euro 5.231 milioni, specialistica ambulatoriale euro 2.179 milioni, attività subacute euro 43 milioni e progetti ai sensi dell'art. 15 comma 13 lettera C) bis della l. 135/2012 per euro 25 milioni;

2. Macroarea delle prestazioni di assistenza farmaceutica, medicina di base, psichiatria e neuropsichiatria infantile per un totale di 3.961 milioni di euro :
  - a. Per il 2013 in applicazione della normativa vigente, il tetto per l'assistenza farmaceutica territoriale, comprensiva sia della spesa dei farmaci erogati sulla base della disciplina convenzionale, al netto degli importi corrisposti dal cittadino per l'acquisto di farmaci ad un prezzo diverso dal prezzo massimo di rimborso stabilito dall'AIFA in base a quanto previsto dall'articolo 11, comma 9, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, e al lordo della distribuzione diretta, inclusa la distribuzione per conto e la distribuzione in dimissione ospedaliera è rideterminato in riduzione in termini percentuali, rispetto al fondo sanitario nazionale, nella misura del 11,35 per cento del finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato, comprensivo delle risorse vincolate di spettanza regionale e al netto delle somme erogate per il finanziamento di attività non rendicontate dalle Aziende sanitarie. La spesa farmaceutica ospedaliera così come rilevata dai modelli CE, al netto della distribuzione diretta, come definita al comma 5 dell'art. 5 della legge n. 222/2007 e aggiornata dall'articolo 15 comma 4 della legge n. 135/2012, non può superare la misura percentuale del 3,5 per cento del finanziamento. Gli obiettivi specifici alle singole ASL e alle Aziende Ospedaliere saranno forniti contestualmente agli obiettivi economici; il tetto regionale complessivo, per la spesa farmaceutica territoriale e ospedaliera, come sopra definite, viene determinato ai sensi della normativa fino a 2.646,4 milioni di euro;
  - b. Attività per il presidio delle funzioni di medicina territoriale di base da parte delle ASL fino a 885 milioni di euro, compresi i progetti per ambulatori al sabato;
  - c. Prestazioni per l'assistenza psichiatrica e di neuropsichiatria infantile si confermano le risorse 2012;
3. Macroarea delle risorse per piani regionali, governo clinico, progetti di interesse nazionale e percorsi formativi per un totale di 326 milioni di euro :
  - a. concorso regionale ai progetti sperimentali, alla ricerca, ECM, formazione e ai progetti ospedale/territorio, anche con il coinvolgimento degli operatori del sistema fino a 100 milioni di euro;
  - b. fino a 226 milioni di Euro da destinare a progetti obiettivo di interesse nazionale e regionale, in relazione al contenuto del Patto della Salute tra Stato e Regioni;
4. Macroarea delle risorse per l'attuazione degli obiettivi di PSSR, l'implementazione dei percorsi ospedale territorio, per l'assistenza a favore dei dimessi dagli ex OP e per la valorizzazione delle prestazioni sanitarie rese dalle aziende sanitarie pubbliche per un totale di 650 milioni di euro :
  - a. per dare attuazione agli obiettivi PSSR e l'implementazione dei percorsi ospedale territorio fino a 420 milioni di euro;
  - b. fino a 80 milioni di Euro per la remunerazione delle prestazioni sanitarie a favore dei dimessi dagli ex OP;
  - c. concorso regionale alla valorizzazione delle prestazioni sanitarie rese dalle aziende sanitarie pubbliche ai sensi della DGR n. 7856 del 30 luglio 2008, fino a 150 milioni di euro;
5. Macroarea delle attività istituzionali delle ASL ( Dipartimenti Veterinari, Prevenzione, Pac, Assi e altre attività territoriali) per un totale di 1.083 milioni di euro;

6. valutazione dell'equiparazione finanziaria sui trattamenti tributari IRAP e IRES nei confronti degli erogatori pubblici rispetto agli erogatori privati quantificati per il sistema pubblico fino a 150 milioni di euro;
7. 224 milioni di euro per le spese di funzionamento, le attività di emergenza urgenza/118 di competenza dell'AREU, il soccorso alpino, le funzioni connesse alle attività del CRCC e al trasporto organi oltre all'attivazione del Piano di riordino delle reti di emergenza così come espressamente previsto dalla DGR IX/1964 del 6 luglio 2011;
8. fino a 40 milioni di euro per le attività connesse alla medicina penitenziaria trasferita al Servizio Sanitario Regionale ai sensi della normativa nazionale;
9. fino a 30 milioni di euro per l'avvio della fase attuativa e per l'attivazione di nuovi ospedali;
10. fino a 50 milioni di euro quale fondo di riserva in relazione alla definizione del quadro normativo di riferimento e all'applicazione delle norme specifiche di settore;

Il finanziamento di parte corrente 2013 sarà assegnato ad ogni singola Azienda Sanitaria lombarda con atto del Direttore Generale Sanità, sentiti il Direttore Generale Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale (per le sole ASL) e il Direttore Centrale Programmazione Integrata, tenuto fermo, per tutte le Aziende, l'obiettivo dell'equilibrio economico finanziario sulla base delle risorse assegnate dalla Regione e delle altre entrate aziendali.

In relazione ai vincoli per le prestazioni di ricovero e le attività ambulatoriali e di diagnostica strumentale le sopradette determinazioni sono strettamente correlate agli andamenti rilevati nel corso dell'anno 2011.

Si ritiene di confermare, per quanto compatibile con il presente provvedimento, ciò che è stabilito nelle determinazioni in merito al finanziamento degli anni precedenti.

### **Indicazioni specifiche per le Aziende del Sistema sanitario regionale**

In linea generale si confermano le disposizioni dell'anno 2012 contenute nella DGR n. 2633/2011. Di seguito si riportano gli indirizzi specifici per il 2013 :

Bilanci delle aziende sanitarie :

Al fine di dare piena attuazione al disposto del DLgs n. 118/2011 la Direzione Generale Sanità definirà con specifica circolare la tempistica e le modalità di presentazione dei Bilanci preventivi 2013.

Autofinanziamento investimenti

Per l'anno 2013 le aziende sanitarie pubbliche non potranno effettuare alcuna spesa di investimento se non finanziata integralmente con specifici contributi e previa validazione da parte

della Direzione Generale Sanità nell'ambito del piano investimenti da presentare unitamente al Bilancio di Previsione. Non sono quindi ammessi investimenti autofinanziati.

### **Gli acquisti delle Aziende Sanitarie: linee di indirizzo.**

Regione Lombardia, come definito, da deliberazione IX/2633 del 06/12/2011 ribadisce l'obbligo di adesione ai contratti/convenzioni attivati a livello regionale dalla Agenzia Regionale Centrale Acquisti e in un'ottica di una migliore programmazione degli acquisti, le Aziende Sanitarie non potranno attivare procedure di acquisto autonome relative a prodotti già oggetto di contratti/convenzioni regionali attive o in corso di attivazione.

Per gli acquisti non contemplati nei contratti/convenzioni stipulate da CONSIP e/o da Centrale Regionale Acquisti, le Aziende sanitarie dovranno procedere in via prioritaria attraverso procedure in forma aggregata.

L' Agenzia Regionale Centrale Acquisti definirà entro il mese di Dicembre 2012 la programmazione e calendarizzazione delle gare di sua competenza. Tale pianificazione verrà organizzata coordinandosi con i Consorzi e con la relativa pianificazione.

Le aziende dovranno operare in "rete" nelle strutture consorziali / unioni formalizzate di acquisto già definite con l'obbligo di incrementare il numero ed il valore di gare aggregate almeno del 10% rispetto alla programmazione inviata a Luglio 2012, con l'obiettivo di arrivare ad acquisti aggregati (Convenzioni CONSIP, Convenzioni ARCA e gare aggregate all'interno dei consorzi) pari ad almeno il 50%.

Con riferimento alle misure aventi finalità di contenimento e razionalizzazione della spesa si richiamano il decreto legge 6 luglio 2012 n. 95 convertito con modificazione dalla legge 7 agosto 2012 n. 135 in particolare all' Art. 15 comma 13 lettera a) e b) e il disegno di legge di stabilità 2013 in particolare all'Art. 6 "Razionalizzazione e riduzione della spesa nel settore sanitario".

Con riferimento alla normativa regionale la Deliberazione IX/3976 del 06/08/2012 all' Allegato 6 fornisce ulteriori indicazioni relative all'acquisto di beni e servizi.

Relativamente ai costi dei farmaci le Aziende sono tenute a perseguire risparmi rispetto a quanto definito sul totale anno da III CET 2012 (tenuto conto di eventuali riallocazioni validate ai sensi della DGR n. 2633/2011) pari al 1,5%. Per quanto riguarda i dispositivi medici le aziende sono tenute a conseguire risparmi pari al 4% sempre rispetto al citato III CET 2012.

Relativamente all'aggregato di spesa per Beni e Servizi (al netto delle categorie di costo citate al paragrafo precedente) le aziende, previo rispetto di quanto disposto dalla L. n. 135/2012 e dalle previsioni del DDL Legge di stabilità, devono perseguire una riduzione almeno dell' 1%.

Si richiederà alle aziende di inviare una relazione bimestrale con aggiornamento sulle azioni che si ritiene di porre in essere per raggiungere gli obiettivi. Le segnalazioni sulle eventuali complessità di raggiungimento degli obiettivi fissati saranno trasmesse alla U.O. Controlli della Presidenza per le valutazione e verifiche di merito.

## PREVENZIONE E TUTELA SANITARIA

Si intende esercitare il ruolo di *governance* regionale nell'area della prevenzione, dando continuità al processo che persegue una sempre maggior efficacia, intersettorialità, integrazione, trasversalità e sostenibilità attraverso:

- A. la definizione degli obiettivi alle aziende sanitarie coerenti con gli indirizzi regionali strategici nel campo della prevenzione:
- Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012 (PRP) – DGR n. IX/1175 del 29.12.2010 (in preparazione aggiornamento in coerenza con l'aggiornamento del Piano nazionale della Prevenzione)
  - Piano Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro 2011-2013 – DGR n. IX/1821 del 8.6.2011
  - Intesa del 14 luglio 2011, tra Regione Lombardia e Ufficio Scolastico Regionale, su “La scuola che promuove salute” e relativa implementazione di cui alla DGR n.° IX/3461 del 16/05/2012
- B. messa a regime/implementazione dei supporti tecnico-organizzativi ed informatici alla realizzazione degli obiettivi:
- Sistema Integrato dei Laboratori di Prevenzione
  - Sistema Informativo Regionale della Prevenzione (Impres@; Person@; MAINF; Vaccinazioni / Screening).

Si conferma che il vincolo ad utilizzare per tutte le attività di prevenzione il 5,5% delle risorse, costituisce il minimo che deve essere garantito e documentato, attraverso i flussi informativi in atto (FluPer, Controllo di gestione).

Ciascuna ASL – Dipartimento di Prevenzione Medico, definirà progetti di incremento delle attività di controllo programmate e di interventi finalizzati alla complessiva prevenzione, tutela della salute e sicurezza dei cittadini, utilizzando i proventi derivanti dall'attività di controllo secondo le modalità indicate nella nota prot. H1.2011.0028112 del 26.9.2011.

I proventi delle sanzioni irrogate a seguito dell'attività di controllo possono essere utilizzati anche dai Laboratori di Prevenzione al fine di contribuire ad incrementare qualitativamente i controlli stessi.

**Sono confermati gli obiettivi e gli indicatori di cui alle regole 2012 con le integrazioni che seguono.**

### **1. Promozione di stili di vita e ambienti favorevoli alla salute**

1.1 : verrà valutata la coerenza tra l'attività pianificata e quella rendicontata in BDPROSAL

1.2 : fermo restando l'obiettivo, verrà valutato l'incremento quali-quantitativo rispetto all'attività 2012, rendicontata in BDPROSAL

1.3 : almeno il 90% degli interventi relativi al setting “scuola” deve riguardare la “Rete delle scuole che promuovono salute

## **2. Prevenzione, anche come strumento di governo della domanda**

2.2: Monitoraggio “cancro intervallo” nel programma di screening del carcinoma della mammella: sarà valutata la rilevazione della casistica 2009

2.6: Coperture vaccinali

- coorte nati residenti 2011: (Vaccino esavalente (polio- difto-tetano-pertosse- epatite B-HIB)  $\geq 95\%$ ; Morbillo- Parotite – Rosolia: 1a dose  $\geq 95\%$ ;
- coorte nati residenti 2007: Morbillo-Parotite-Rosolia – 2a dose  $\geq 90\%$ ; Polio 4a dose  $\geq 95\%$ ;
- coorte nati 1996: 5a dose difto-tetano  $\geq 85\%$ ;
- soggetti appartenenti a categorie a rischio:  $\geq 70\%$  soggetti 0-18 aa, per le rispettive patologie, su denominatore BDA.
- HPV: Coorte 2001:  $> 80\%$  alla 1a dose ; Coorte 1999: copertura alla terza dose  $\geq 80\%$

## **3. Tutela della salute dei cittadini e dei lavoratori**

3.1 : obiettivo non più valido in quanto già raggiunto.

3.2 : si mantiene il numero totale dei controlli, programmati con la metodologia della graduazione del rischio, fatto salvo incrementi/riduzioni del personale

Nel settore della sicurezza impiantistica, i controlli devono essere programmati in base alla graduazione dei rischi, effettuata in coerenza con le indicazioni della DGS

Condivisione con le DTL, in seno al comitato provinciale di coordinamento art. 7 D.lgs. 81/08 ed attraverso l'uso di IMPReS@, dei criteri di pianificazione coordinata dei controlli nei cantieri ed in coerenza con le indicazioni emanate dal “Comitato per l'indirizzo e la valutazione delle politiche attive per il coordinamento nazionale delle attività di vigilanza in materia di salute e sicurezza sul lavoro (art. 5 D.lgs 81/2008), definendo un piano coordinato dei controlli in edilizia per l'anno 2013.

3.3 : Attività in materia REACH/CLP - Realizzazione di almeno un intervento di vigilanza e controllo. Controllo analitico delle restrizioni ex all. XVII del Regolamento REACH: verifica analitica dell'assenza di una delle sostanze di cui allegato “Restrizioni in materia di fabbricazione, immissione sul mercato, e uso di talune sostanze, preparati ed articoli pericolosi”.

Report consuntivo della gestione delle segnalazioni di eventi clinici e di non conformità dei prodotti: evidenza in IMPReS@ e in Person@ della ricezione e trattazione di segnalazioni di non conformità ai Regolamenti REACH e CLP (in collaborazione con UO OML)

**È aggiunto il seguente obiettivo:**

Gestione dell'attività relativa alle acque di balneazione: rispetto del calendario delle attività secondo le indicazioni regionali, con evidenza dell'attività di coordinamento con i Comuni per l'apposizione della cartellonistica nei punti di balneazione.

**EXPO 2015:** si conferma l'attività già avviata in tema di sicurezza alimentare (in accordo con la UO Veterinaria), di sicurezza dei lavoratori ed emergenza sanitaria.



## VETERINARIA

Obiettivi		Descrizione
<b>1</b>	<b>Programmazione delle attività di prevenzione veterinaria</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Predisposizione e attuazione del Piano Integrato Aziendale della Prevenzione Veterinaria (PIAPV) delle ASL anno 2013, con la pianificazione di controlli integrati con l'IZSLER, al fine di migliorare l'efficacia e l'appropriatezza del Controllo Ufficiale.</li> <li>2. Verifica in itinere del corretto andamento delle performance rispetto agli obiettivi regionali e aziendali attraverso la predisposizione di un programma di audit di sistema interni ed esterni .</li> </ol>
<b>2</b>	<b>Formazione e aggiornamento del personale</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Predisposizione del "Piano annuale di formazione" in coerenza con gli obiettivi strategici della DG Sanità e con gli obiettivi specifici del PIAPV e partecipazione del personale aziendale al programma regionale di formazione degli Auditor.</li> </ol>
<b>3</b>	<b>Rendicontazione dei LEA</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Erogazione e rendicontazione delle prestazioni secondo quanto previsto dai LEA di riferimento.</li> </ol>
<b>4</b>	<b>Utilizzazione delle risorse finanziarie</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Attivazione di risorse finanziarie in conformità alle specifiche linee di finanziamento :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1. Fondo funzioni non coperte da tariffe predefinite anno 2013, pari ad € 10.000.000,00 per la realizzazione degli obiettivi previsti nel Piano Regionale della Prevenzione Veterinaria 2012-2014;</li> <li>1.2. Riscossioni correlate con:                   <ol style="list-style-type: none"> <li>1.2.1. l'applicazione del D.Lgs. n. 194/2008</li> <li>1.2.2. le sanzioni secondo quanto indicato con nota prot. n. H1.2011.0028112.</li> </ol> </li> </ol> </li> </ol>
<b>5</b>	<b>Implementazione e aggiornamento dei sistemi informativi</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Utilizzo delle funzionalità del Sistema Informativo Veterinario Integrato in attuazione di specifiche indicazioni regionali</li> </ol>
<b>6</b>	<b>Piani specifici a valenza regionale, nazionale, europea</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pianificazione degli obiettivi operativi declinati nell'ambito del PRPV.</li> <li>2. Pianificazione di piani specifici a valenza regionale:               <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1. Controlli per l'applicazione della "condizionalità", di cui al PSR 2007/2013;</li> <li>2.2. Azioni di sostegno alla filiera agroalimentare per l'export verso i Paesi terzi</li> <li>2.3. Piano di monitoraggio e controllo della fauna selvatica.</li> </ol> </li> </ol>
<b>7</b>	<b>EXPO 2015</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pianificazione di azioni correlate con l'attuazione del progetto regionale EXPO 2015 – "Garantire la sicurezza alimentare e valorizzare le produzioni".</li> </ol>



## **ORGANIZZAZIONE PERSONALE SSR E MEDICINA CONVENZIONATA TERRITORIALE**

Per l'anno 2013 vengono riconfermate le indicazioni contenute nella DGR n.IX/2633 del 6/12/11 nonché nella successive circolari e deliberazioni sia di aggiornamento (DGR n.IX/3976 del 06/08/12; ) sia contenenti indicazioni organizzative in merito ai POA delle aziende sanitarie (DGR n.IX/3822 del 25/07/12) in quanto compatibili con le determinazioni assunte con il presente provvedimento, fatte salve ulteriori disposizioni nazionali che intervengano sulla materia.

Si richiamano le aziende sanitarie al rigoroso rispetto delle norme nazionali di contenimento dei costi del personale nonché delle norme e direttive regionali in materia.

In particolare si richiama l'attenzione delle aziende sanitarie sui seguenti aspetti di razionalizzazione e contenimento dei costi del personale.

### **Piani di Organizzazione Aziendale (POA)**

Si ribadiscono integralmente i contenuti della DGR n.IX/3822/12 e si riconferma pertanto la scadenza del 15 novembre 2012 per la presentazione dei nuovi POA.

La scadenza di validità dei nuovi POA è stabilita al 31 dicembre 2014.

### **Risorse aggiuntive regionali (RAR) personale dipendente SSR, Medici di medicina generale, pediatri di famiglia, medici di continuità assistenziale, medici di emergenza territoriale e specialisti ambulatoriali.**

Dall'1/1/13 cessano di avere efficacia, per naturale scadenza, gli accordi regionali relativi al personale del comparto, della dirigenza della sanità pubblica, medici di medicina generale, pediatri di famiglia, medici di continuità assistenziale, medici di emergenza territoriale e specialisti ambulatoriali. Fino alla sottoscrizione di eventuali rinnovi non si deve procedere ad erogazioni a tale titolo.

Resta esclusa dalla disposizione di cui sopra l'erogazione nell'anno 2013 della quota a saldo dei progetti relativi all'anno 2012.

Si segnala che ai fini del contenimento dei costi di tale voce di spesa la quota complessiva delle RAR prevedibile per l'anno 2013 non potrà superare complessivamente per il personale dipendente e convenzionato la quota dell'85% su base annua delle risorse aggiuntive regionali assegnate per l'anno 2012, fatte salve ulteriori disposizioni nazionali che intervengano su tale materia.

Per la Medicina Convenzionata le quote relative alle RAR verranno ripartite alle ASL in base al numero e all'età degli assistiti, prendendo come valori di riferimento i dati relativi alla popolazione assistita al 30 novembre 2012.

Le aziende, relativamente al personale dipendente, dovranno sottoscrivere accordi a livello aziendale con le rappresentanze sindacali sulla base delle linee di indirizzo individuate a livello regionale con le rappresentanze sindacali. Regione Lombardia assegnerà alle AO e alle ASL un contributo a titolo di cofinanziamento pari al 60% dell'importo complessivo delle RAR 2013.

Gli effetti economici avranno decorrenza dalla data di sottoscrizione degli accordi aziendali e pertanto non potranno essere riconosciute risorse con effetto retroattivo .

### **Fondi contrattuali**

Si rammenta che ai sensi dell'articolo 9, comma 2 bis della Legge 122/2010, l'ammontare complessivo delle risorse destinate annualmente al trattamento accessorio del personale, anche di livello dirigenziale , non deve superare il corrispondente importo dell'anno 2010 ed è, comunque, automaticamente ridotto in misura proporzionale alla riduzione del personale in servizio e si rammenta inoltre che le riduzioni così operate, non costituiscono economie accantonabili.

### **Procedura coperture strutture complesse**

Per quanto riguarda i criteri e le procedure di conferimento degli incarichi di struttura complessa compresi quelli a direzione universitaria, in ottemperanza a quanto disposto dal DL 158/2012 la Giunta regionale provvederà agli atti conseguenti.

### **Assunzione personale a tempo indeterminato e determinato**

Si confermano le indicazioni già contenute nella DGR n.IX/2633/2012 e ad integrazione delle stesse si precisa che le assunzioni a tempo determinato dovranno obbligatoriamente essere effettuate per le assenze a vario titolo o unicamente nel limite numerico dei contingenti che verranno autorizzati a tempo indeterminato nel Piano Annuale e per il periodo strettamente necessario all'espletamento delle procedure concorsuali.

Le assunzioni a tempo indeterminato del personale del comparto e delle dirigenze nonché la copertura di posizioni di direzioni di strutture complesse devono essere autorizzate nell'ambito del Piano Annuale di assunzione approvato dalla Giunta regionale e devono comunque essere ricomprese all'interno dei fabbisogni complessivi di personale autorizzati dalla Giunta stessa

Relativamente alle Aziende Ospedaliere Polo Universitario la copertura di posizioni dirigenziali e di direzioni di strutture complesse tramite personale convenzionato universitario deve essere autorizzata nell'ambito del piano assunzione annuale e nel limite dei fabbisogni complessivi di personale autorizzati dalla Giunta stessa.

Per quanto riguarda le assunzioni di personale a tempo determinato al fine di effettuare un puntuale monitoraggio sui contingenti e sui relativi costi verranno emanate dai competenti uffici

della Direzione Generale Sanità specifiche indicazioni sia nei flussi contabili che nel sistema informativo FLUPER.

Relativamente ai conferimenti di incarichi ai sensi dell'articolo 15 septies del DLgs 502/92, si rammenta il divieto di conferimento od il rinnovo degli stessi fino ad avvenuta realizzazione del processo di riduzione dei posti letto e delle corrispondenti unità operative complesse.

Per quanto concerne il conferimento degli incarichi di struttura complessa, si ribadisce il divieto di conferimento di incarico mediante utilizzo dell'articolo 15 septies del DLgs 502/92 ci si riserva di adottare eventuali ulteriori determinazioni in attuazione a quanto previsto dal DL 158/2012 attualmente in fase di conversione parlamentare.

Per il reclutamento di personale relativamente a progetti finanziati da soggetti terzi nel caso sia dimostrata l'impossibilità di utilizzare personale dipendente dell'azienda si dovrà fare ricorso a forme contrattuali atipiche coerenti con la natura e le finalità dei progetti medesimi.

### **Formazione, Valutazione e Premialità**

Si ribadisce nel termine del 31 dicembre 2012 il superamento di erogazione di quote di incentivazione a titolo di acconto al personale del comparto e della dirigenza.

A decorrere dall'anno 2013 potranno essere erogate quote di incentivazione esclusivamente previa valutazione dello stato avanzamento degli obiettivi assegnati

Relativamente alla formazione del personale dipendente, si confermano le indicazioni contenute nell'Allegato 5 della DGR n.IX/2633 del 06/12/2011 e pertanto anche per l'anno 2013 le AO e le ASL dovranno predisporre il Piano di Formazione aziendale tenendo conto degli obiettivi aziendali e regionali.

Anche per l'anno 2013 le spese per l'attività di formazione erogata nell'ambito delle disposizioni previste dai CCNL, non sono materia di razionalizzazione dei costi.

### **Budget 2013**

Anche per l'anno 2013 verrà assegnato ad ogni singola azienda un budget complessivo riferito al costo del personale a tempo indeterminato e determinato, tenuto conto dei vincoli derivanti dalle normative nazionali e regionali in materia di contenimento della spesa del pubblico impiego e dalle presenti disposizioni.

Le Aziende sono tenute al rispetto delle risorse assegnate in sede di budget che rappresentano un limite invalicabile per il governo delle risorse umane.

Successivamente all'assegnazione del finanziamento, non sono consentiti spostamenti di costi da singole voci di bilancio (da personale strutturato a contratti atipici e viceversa) salvo preventiva autorizzazione dei competenti uffici regionali della Direzione Generale Sanità

## **MEDICINA CONVENZIONATA TERRITORIALE**

Vista la necessità di perseguire politiche di contenimento e razionalizzazione dei costi, alla luce delle recenti disposizioni legislative nazionali in materia di vincoli alla finanza pubblica, gli Accordi Integrativi Regionali attualmente in vigore cessano la loro efficacia dal 01 gennaio 2013.

Le Aziende dovranno sottoscrivere Accordi a livello Aziendale sulla base delle linee di indirizzo individuate a livello regionale con le OO.SS di categoria. Gli effetti economici di tali nuovi accordi avranno decorrenza dalla data di sottoscrizione degli stessi e pertanto non potranno essere riconosciute risorse con effetto retroattivo.

Non si prevede per l'anno 2013 l'erogazione del contributo regionale, in qualunque modo definito, per la remunerazione dell'uso del sistema CRS-SISS da parte dei medici convenzionati.

Le Aziende dovranno strettamente attenersi al rispetto del budget assegnato per il 2013.

Per ciò che concerne la Pediatria di Famiglia anche nel corso del 2013 saranno previsti, in capo alle ASL, progetti finalizzati alla copertura assistenziale, per i pazienti in età pediatrica, nelle giornate del sabato, nel giorno prefestivo, qualora questo preceda più di un giorno di festività, per tale progettualità sarà previsto un contributo da parte di Regione Lombardia per un massimo complessivo di € 2.000.000.

Si conferma, per il 2013, la prosecuzione dei progetti: "Operazione trasparenza informativa" e "Percorsi preferenziali, ambulatori per i codici bianchi verdi nella fascia oraria 8-20" avviati in attuazione della D.G.R. n. IX/3379 del 5 maggio 2012 garantendo la copertura economica limitatamente alla progettualità "Percorsi preferenziali, ambulatori per i codici bianchi verdi nella fascia oraria 8-20" fino ad un massimo complessivo di € 7.000.000.

## **ECM-PROVIDER**

Nel 2013 verrà data applicazione al nuovo accordo Stato Regioni rep. atti n. 101/CSR, formalizzato in data 19 aprile 2012, mediante apposita deliberazione regionale.

L'attuazione di tale documento avverrà in continuità con le scelte, ormai consolidate in materia, effettuate fin dal 2003 dall'Amministrazione e che, anche per il futuro anno, implicano la riconferma dei seguenti capi saldi del sistema:

1. Il ruolo di Regione Lombardia quale soggetto che procede all'accreditamento dei provider, autonomo nel dotarsi di manuali regolatori di accreditamento;
2. i compiti dei diversi attori che concorrono al funzionamento del sistema lombardo Ecm, in particolare:
  - Eupolis Lombardia, quale soggetto al quale è affidata l'attuazione di tutti gli adempimenti inerenti la procedura relativa all'istruttoria di accreditamento;

- Lombardia Informatica S.p.A. per la implementazione dell'attuale sistema informativo specifico di gestione.

3. la autonoma classificazione dei provider e la loro differenziazione ai fini della determinazione, mediante proprio provvedimento, del contributo annuale a carico degli stessi.

### **FORMAZIONE SPECIALISTICA**

Si conferma anche per il 2013, al fine di contribuire a colmare l'eventuale divario sul territorio tra fabbisogni annui di medici specialisti e corrispondenti assegnazioni di contratti da parte del Ministero dell'Università e della Ricerca, l'assegnazione da parte di Regione Lombardia, previo confronto con le Università Lombarde, di ulteriori contratti di formazione specialistica, qualora sia completato l'iter procedurale previsto e vi sia la necessaria copertura finanziaria.

## PROGRAMMAZIONE E SVILUPPO PIANI

### Ricerca

La Fondazione Regionale per la Ricerca Biomedica rappresenta la piattaforma di coordinamento e lo strumento di governo e controllo di Regione Lombardia per tutta l'area della ricerca. A fine di sviluppare l'attività di ricerca sono stanziati per l'anno 2013 risorse fino a **20 milioni di euro** destinate alla Fondazione per promuovere, coordinare e sostenere progetti di studio, ricerca, conoscenza e innovazione nel settore scientifico, con particolare riguardo alle progettualità nell'area clinica e pre-clinica.

All'interno della Fondazione Regionale per la Ricerca Biomedica confluiranno anche le progettualità relative alla ricerca indipendente e innovativa fino ad un ammontare massimo di risorse pari a **5 milioni di euro**.

Queste ultime progettualità saranno valutate dalla Commissione Tecnico Scientifica di Fondazione Regionale per la Ricerca Biomedica che valuterà lo stato di avanzamento e il monitoraggio dei progetti stessi al fine di dare impulso alla ricerca nel settore sanitario accompagnandola da un'azione di coordinamento, implementazione e divulgazione dei risultati ottenuti.

Per l'anno 2013 sono, inoltre, previste ulteriori risorse fino a un massimo di 6 milioni di euro per progettualità i cui ambiti di intervento saranno i seguenti:

- Malattie rare;
- Cronicità;
- E-health.

Le modalità di valutazione e ammissione a finanziamento di tali progetti saranno individuate con successivo provvedimento attuativo.

Le ASL le Aziende Ospedaliere individuano nella figura del Direttore Sanitario, e le Fondazioni IRCCS in quella del Direttore Scientifico, l'interlocutore unico in materia di sperimentazioni scientifiche in atto. Fatte salve quelle in materia di farmaci che dispongono già oggi di flussi dedicati, è obbligo delle Aziende e delle Fondazioni IRCCS provvedere per tutte le altre sperimentazioni scientifiche all'invio alla U.O. Programmazione e Sviluppo Piani della D.G. Sanità, con cadenza trimestrale, del monitoraggio sullo stato di attuazione.

### Reti di patologia

Regione Lombardia, con la d.g.r. IX/ 3976 del 6 agosto 2012, ha intrapreso un percorso riorganizzativo di diverse reti di erogazione quali la rete emergenza urgenza cardiovascolare-emodinamiche, alcune reti per l'alta specialità come la cardiocirurgia, la neurochirurgia, la chirurgia vascolare, la chirurgia toracica, la radioterapia, la rete delle unità cerebrovascolari, la rete del trauma maggiore, la rete dei punti nascita, e le reti delle cure palliative e per la terapia del dolore. Questo percorso sarà declinato con specifici provvedimenti attuativi entro il 31.12.2012. In parallelo proseguiranno le attività specifiche di riorganizzazione della rete delle strutture trasfusionali e della rete trapianti.

Con riferimento alla rete oncologica lombarda e alla rete ematologica lombarda, le due progettualità saranno integrate nella rete **onco-ematologica** con l'opportunità di fruire della piattaforma delle strutture sanitarie regionali aderenti in contesti di ricerca d'avanguardia e delle sinergie offerte dalla Fondazione Regionale per la Ricerca Biomedica.

E' conclusa la fase sperimentale delle nuove reti sanitarie; le specifiche attività saranno gestite, all'interno del budget assegnato alle singole strutture, e declinate secondo percorsi di diagnosi e

cura delle singole patologie fruendo al meglio dell'applicazione delle tecnologie informatiche (ICT) in ambito sanitario.

Per quanto riguarda le altre reti di patologia, nel corso del 2013 saranno analizzati i risultati raggiunti e, in relazione a tale esito, si procederà con provvedimenti attuativi alla riorganizzazione e revisione complessiva di tutte le reti anche in relazione ai percorsi attuativi del CRoG.

### **Alte specialità**

Si conferma integralmente quanto contenuto nell'allegato 5 della DGR n. 3976 del 6 agosto 2012 in ordine alla riorganizzazione delle reti di ricovero e cura che coniuga appropriatezza clinica e appropriatezza allocativa delle risorse.

Regione Lombardia, con specifici provvedimenti attuativi, provvederà entro il 31/12/2012 all'individuazione e riorganizzazione delle reti di alta specialità.

### **Internazionalizzazione del Sistema Sanitario Lombardo**

Anche per il 2013 sono confermate le azioni finalizzate all'internazionalizzazione del sistema sanitario lombardo per le quali sono stanziati risorse fino ad un massimo di 4 milioni di euro.

#### **Strategie per l'attrattività internazionale**

##### Obiettivi

Incremento dell'indice di attrazione del SSR da altri Paesi, con particolare riguardo all'entrata in vigore della Direttiva 2011/24/UE concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera, e contributo all'innovazione del sistema stesso, anche attraverso l'implementazione di SBBL.

Con provvedimento attuativo saranno individuate le modalità di realizzazione che comunque prevederanno:

- interventi formativi;
- strumenti di comunicazione di sistema verso l'estero;
- valorizzazione delle conoscenze e delle competenze sviluppate presso le strutture del SSR;
- accordi tra strutture dell'SSR ed enti internazionali;
- partecipazione attiva delle strutture sanitarie al Sistema Bibliotecario Biomedico Lombardo.

#### **Alleanze strategiche e Networking**

##### Obiettivi

Apertura del Sistema Sanitario Lombardo a forme di *benchmarking* e scambi di *buone pratiche* con i sistemi sanitari più avanzati, anche in relazione alla sostenibilità delle cure.

Con provvedimento attuativo saranno individuate le modalità di realizzazione che comunque prevederanno:

- iniziative e confronti tra il SSR, il sistema delle Università e quello delle industrie;
- il sostegno ad accordi di partenariato tra aziende sanitarie lombarde e strutture omologhe in realtà avanzate;
- promozione di eventi, visite, seminari, manifestazioni e pubblicazioni.

#### **Progettazione Europea**

##### Obiettivi

Promozione dell'attività di Ricerca, Innovazione, e Cooperazione territoriale per lo sviluppo del SSR, nell'ambito di consorzi di eccellenza tecnico-scientifica a livello internazionale

Con provvedimento attuativo saranno individuate le modalità di realizzazione che comunque prevederanno:

- la presentazione di proposte progettuali da parte di strutture del SSR;
- lo sviluppo di progetti strategici innovativi, cofinanziati dall'Unione Europea.

## **Cooperazione allo Sviluppo**

### Obiettivi

Avvio di una strategia finalizzata a generare nuove opportunità per esportare verso altri Paesi la conoscenza della Lombardia e delle sue eccellenze sanitarie.

Con provvedimento attuativo saranno individuate le modalità di realizzazione che comunque prevederanno:

- la promozione di progetti di "gemellaggio" nei Paesi in Via di Sviluppo;
- trasferimento tecnologico sanitario ai Paesi in via di Sviluppo, in particolare il trasferimento di beni dismessi dalle strutture sanitarie, in attuazione della Legge 10/2001;
- il varo di un bando a sportello per il ricovero di cittadini stranieri, prevalentemente in età pediatrica;
- la promozione di attività di collaborazione tra realtà sanitarie pubbliche lombarde e Onlus;
- definizione di una strategia per promuovere il *brand* sanità lombarda nel mondo.

## **Edilizia Sanitaria**

### **Varianti in corso d'opera**

Fermo restando il rispetto della normativa vigente in materia e la piena responsabilità dell'Ente appaltante, si stabilisce che:

- la soglia minima per la validazione di tutte le fattispecie di variante è determinata in € 300.000,00, in analogia alla soglia d'importo dei lavori per i progetti relativi a lavori sussidiati da sottoporre al parere delle strutture regionali territoriali competenti in materia di lavori pubblici, così come previsto dalla L.R. 27 febbraio 2007, n. 5;
- non dovrà essere sottoposta alla D.G. Sanità la richiesta di validazione di varianti (di qualsiasi importo) per la fattispecie relativa alle esigenze derivanti da sopravvenute disposizioni legislative e regolamentari, di cui all'art. 132 c.1, lett a) del D.Lgs 163/2006.
- Rispetto a quanto sopra, sarà cura del RUP:
- richiedere alla D.G. Sanità la preventiva autorizzazione all'utilizzo dell'eventuale ribasso d'asta, secondo le procedure già stabilite nella DGR delle regole 2012;
- comunicare alla D.G. Sanità l'avvenuta adozione della variante e trasmettere il relativo quadro tecnico economico assestato, ai fini delle successive liquidazioni;
- comunicare alla D.G. Sanità l'eventuale necessità di un contributo aggiuntivo al quadro tecnico economico del progetto approvato.

### **Oneri aventi natura risarcitoria**

Fermo restando la piena responsabilità dell'Ente appaltante, e quanto già contenuto nel DDG Sanità n. 655/2002, si stabilisce che per le trattative relative agli accordi bonari, alle vertenze riguardanti contenziosi insorti con le imprese in corso d'opera o in sede in collaudo, alle proposte di risoluzione di contratti, l'Ente attuatore trasmette le proposte alle strutture Economico Finanziario, Giuridico, Edilizia Sanitaria della D.G. Sanità e all'Avvocatura regionale, prima dell'avvenuta formalizzazione, esclusivamente per le necessarie verifiche di coerenza/sostenibilità economica.



Nel caso in cui la copertura economica sia già nelle disponibilità del quadro tecnico economico, l'Ente attuatore può esperire tutte le procedure necessarie alla conclusione delle vertenze ferma restando la necessità di darne comunicazione alla D.G. Sanità.

### **Piano Investimenti**

Il Piano annuale degli investimenti non potrà essere revisionato/modificato nel corso dell'anno, fatti salvi gli interventi imposti da eventi con carattere di eccezionalità o calamitosi, nonché le modifiche dipendenti da sopravvenute disposizioni di legge o regolamentari. Eventuali modifiche al Piano degli investimenti che non rientrino tra quelle esplicitamente sopra indicate saranno oggetto di verifica nell'ambito della valutazione degli obiettivi dei direttori generali.

Per l'anno 2013, in attesa di specifici indirizzi attuativi relativi al Decreto legislativo n. 118/2011, è fatto divieto di prevedere (sia nel piano investimenti allegato al Bilancio Economico Preventivo che all'interno della programmazione triennale di cui al Decreto Legislativo 163/2006) e attuare interventi attraverso gli investimenti autofinanziati.

### **Fondo di rotazione ex L.R. n. 11/2011 – residui 2012**

A seguito della destinazione di € 33.838.707,14 per assicurare la completa copertura economica dell'intervento di *"Potenziamento, ampliamento e ristrutturazione del Presidio di Monza"* per la quale è in corso di adozione il relativo provvedimento da parte della Giunta Regionale, residuano per l'anno 2012 sul fondo di rotazione ex L.R. n. 11/2011 complessivamente € 11.027.280,16.

Tali risorse saranno destinate per la programmazione degli investimenti delle Aziende Ospedaliere e delle Fondazioni IRCCS di diritto pubblico, prioritariamente per i seguenti ambiti di intervento:

- adeguamenti tecnologici e normativi delle strutture e degli impianti nonché riqualificazione del patrimonio tecnologico, ai fini della messa a norma e sicurezza;
- completamento di precedenti interventi;
- potenziamento di apparecchiature tecnologiche sanitarie;
- completamento/conclusione degli interventi per l'adeguamento ai requisiti di accreditamento.

E' rinviata a successivi provvedimenti attuativi della Giunta Regionale la destinazione dei finanziamenti alle Aziende Ospedaliere e alle Fondazioni IRCCS di diritto pubblico.

## **Governo dei servizi sanitari territoriali**

### **Indice posti letto per mille abitanti:**

si conferma quanto previsto dalla DGR IX/3976 del 6 agosto 2012 prevedendo che i letti attivati di cui ai flussi ministeriali HSP 22, 23 e 24 siano confrontati, per escludere ed eventualmente correggere delle discrepanze significative, con i letti calcolabili dalle SDO considerati come un utilizzo al 80% dei letti veramente disponibili per i ricoveri. Si conferma di utilizzare come base di riferimento l'intera annualità 2011 per i letti ordinari ed il primo semestre 2012 per i posti letto di day hospital / day surgery. Ciò al fine di considerare in modo più corretto tutte le conversioni da day hospital a MAC avvenute anche nel corso del 2012. Si stabilisce inoltre che i posti letto accreditati debbano essere ridefiniti in conseguenza dei conteggi sopra prospettati. Con successivo atto la Giunta disciplina la presente disposizione

### **DRG a rischio inappropriata di cui al Patto della Salute 2010 - 2012:**

i 108 DRG a rischio di inappropriata di erogazione e le procedure in essi contenute dovranno essere prioritariamente portati dal regime di erogazione ordinario e di day hospital a quello di MAC e di BIC. Al fine di promuovere ulteriormente l'erogazione appropriata di queste prestazioni saranno individuate dalla Giunta Regionale entro il 31 Dicembre 2012, per questi DRG e a valere dall'esercizio 2013, delle soglie massime percentuali di incidenza del ricovero ordinario rispetto alla erogazione ambulatoriale semplice e complessa al di sopra delle quali le stesse prestazioni saranno valorizzate come procedure erogate in regime di MAC o di BIC con obbligo dell'erogatore di modificare conseguentemente i relativi debiti informativi;

### **Accreditamento:**

in considerazione dei lavori e dei documenti prodotti dal gruppo di lavoro identificato con ddg. n. 4304 del 13 maggio 2011 *"Costituzione del gruppo di lavoro regionale per l'accreditamento, l'appropriatezza e il controllo delle prestazioni sanitarie di ricovero ed ambulatoriali"* si da mandato alla DG Sanità, con specifico atto, di approvare entro il 31 dicembre 2012 un elenco positivo di procedure interventistiche che possono essere effettuate da un unico operatore medico.

### **Indici offerta:**

continua il blocco di nuovi contratti per le attività di ricovero e cura e di specialistica ambulatoriale, fatte salve le attività di NPI e di psichiatria relativamente al superamento dell'ospedale psichiatrico giudiziario di Castiglione delle Stiviere ed alle risultanze dei lavori del GAT istituito per pianificare il riordino delle attività di semiresidenzialità e di residenzialità in ambito neuropsichiatrico infantile.

Si stabilisce per il 2013:

- di confermare la destinazione all'area della salute mentale di risorse aggiuntive pari a euro 10 milioni finalizzate, in particolare, alla prosecuzione dei programmi innovativi territoriali avviati a partire dal 2009 e la distribuzione delle risorse tra le ASL come è stata effettuata nel 2012;
- di confermare la destinazione per i progetti di NPIA di risorse pari a euro 10 milioni finalizzate e la distribuzione delle risorse tra le ASL come è stata effettuata nel 2012

### **Contratto prestazioni:**

viene superato nel 2013 l'extrabudget e quindi il contratto sarà unico per le due voci ricovero e specialistica ambulatoriale. Per il 2012 si stabilisce il superamento della previsione, contenuta nella dgr IX/2633/2011, del tetto, per ciascun soggetto erogatore, di incremento massimo del 5% per l'extrabudget e del 9% per il file F rispetto a quanto finanziato nel 2011. Ciò in quanto la DGR IX/3976 del 6 agosto 2012 ha stabilito per queste tipologie di attività/consumi due tetti massimi separati per gli erogatori di diritto pubblico e per quelli di diritto privato al superamento dei quali saranno applicate delle regressioni tariffarie per tutti gli erogatori. I contratti dovranno essere firmati entro il 30 di Aprile del 2013 ed entro il 31 dicembre 2012, in attesa della stipula del contratto definitivo, dovrà essere firmato il contratto contenente 1/3 del contratto 2012 così come è stato ridefinito a seguito della approvazione della DGR IX/3976 del 6 agosto 2012.

Sulla base di quanto previsto dalla Legge 135/2012 per i soggetti di diritto privato si stabiliscono le assegnazioni per l'intero esercizio 2013 come segue:

- Ricovero: al netto delle MAC, finanziato 2011 per residenti lombardi a contratto ridotto del 1% sommato all'extrabudget finanziato nel 2011 ridotto del 1%.
- Ambulatoriale: al lordo delle MAC, contratto originario per residenti lombardi 2012 ridotto del 1% sommato all'extrabudget finanziato nel 2011 ridotto del 1%.

Si riconferma quanto già stabilito all'allegato 9 "Indici di offerta – Negoziazione" : per le attività di ricovero e cura i contratti sono modulati sulla base delle valutazioni di performance di cui alla DGR IX/351 del 28 luglio 2010 "PRIME INDICAZIONI PER LA VALUTAZIONE PERIODICA DELLE PERFORMANCE DELLE STRUTTURE DI RICOVERO E CURA". Le modulazioni distribuiranno entro un range di 2 punti percentuali (da -1% a +1%) le risorse negoziate. La DG Sanità, sulla base delle valutazioni di performance effettuate per l'esercizio 2011, entro il 31 dicembre 2012 approverà con atto specifico il metodo che porterà ad individuare per ciascun ente erogatore un indice sintetico di performance calcolato a partire dalle valutazioni di efficacia di dettaglio effettuate per le singole unità operative delle strutture.

Per le strutture pubbliche le quote negoziate saranno le stesse negoziate per il 2012 fatta salva la possibilità, con impatto economico neutro sul sistema, di storicizzare fino al 80% della extraproduzione 2012.

Si conferma la previsione di stipulare un contratto separato per le attività sub – acute e si conferma altresì che in caso di attivazione di nuovi posti tecnici la quota di risorse da attribuirsi deve essere garantita per il 50% dalle risorse delle attività così trasformate e per il restante 50% dal sistema nel suo complesso.

In ogni contratto, al fine di salvaguardare l'accessibilità ai servizi per i cittadini, si dovrà prevedere l'obbligo di una programmazione quadrimestrale delle attività con definizione di 3 aliquote quadrimestrali con vincolo di rispetto delle stesse.

### **Prestazioni ambulatoriali:**

l'art. 15, comma 13, c-bis della legge 135/2012 stabilisce che "è favorita la sperimentazione di nuovi modelli di assistenza, nell'ambito delle varie forme in cui questa è garantita, che realizzino effettive finalità di contenimento della spesa sanitaria, anche attraverso specifiche sinergie tra strutture pubbliche e private, ospedaliere ed extraospedaliere". Si darà attuazione con successivo atto a questa previsione di norma nazionale definendo le modalità con cui le Aziende Ospedaliere e gli IRCCS di diritto pubblico possano, nel 2013, procedere all'acquisto di circa 25 mln di valore di prestazioni (quelle più critiche relativamente ai tempi di attesa ed individuate in accordo con le ASL) presso strutture private accreditate con procedura di selezione in base a criteri di qualità e di prezzo. Si dovrà inoltre prevedere, secondo specifiche indicazioni della Giunta Regionale e nel

rispetto delle norme nazionali, di poter utilizzare delle risorse professionali delle Aziende Ospedaliere al fine di dare pieno adempimento a quanto sopra previsto.

**Riabilitazione:**

si da mandato alla DG Sanità di adottare, entro il 31 dicembre 2012, la proposta del GAT, costituito con nota protocollo H1.2012.0007550 del 06/03/2012, che ha elaborato delle modalità di codifica delle SDO che permettano di individuare la casistica ad alta complessità riabilitativa. Ciò anche in previsione del futuro riordino delle attività riabilitative ospedaliere così come risulta essere prospettato nel documento finale prodotto dal predetto GAT.

**Controlli:**

si stabilisce di aumentare la quota di autocontrollo effettuata dagli erogatori dal 3% al 7%. Il 4% aggiuntivo di autocontrollo riguarderà la congruenza di codifica e permette agli erogatori entro la chiusura di ogni esercizio (per il 2012 il 15 febbraio 2013), previa verifica di concordanza degli esiti fatta dalle ASL su base campionaria, di correggere errori di codifica senza incorrere in sanzioni amministrative (ravvedimento operoso). Le ASL continueranno a controllare il 10% delle cartelle cliniche e quindi il totale regionale dei controlli passa dal 10% attuale al 14%. LA DG Sanità con specifico atto, entro il 31 dicembre 2012, darà le modalità attuative della presente determinazione. Si chiede inoltre alle ASL, al fine di dare pieno adempimento alla implementazione della Macroattività Ambulatoriale Complessa e ad alta integrazione di risorse (MAC), di provvedere ad inserire la verifica di tali attività nei piani di controllo per l'anno 2013 e di provvedere altresì alla verifica del possesso dei requisiti di day Hospital nei casi in cui gli stessi risultano mantenuti in assetto;

**Rete delle alte specialità e dei laboratori:**

in attuazione della legge 135/2012 si dovrà prevedere, con specifico atto di Giunta Regionale, un riordino delle alte specialità con un metodo che consideri i volumi di attività, le performance ed il mix erogato. Il riordino della rete dei laboratori dovrà avvenire considerando i volumi erogati e le competenze di branca specialistica oggi operanti. Il riordino dovrà prevedere anche delle integrazioni di natura sovra aziendale

**Creg e cure sub acute:**

la sperimentazione CReG proseguirà nel 2013 senza incrementare il numero delle ASL coinvolte. A Giugno 2013, si valuterà l'ingresso nelle cooperative di MMG già coinvolte di nuovi medici; si riconferma inoltre, quanto già previsto dalla DGR n. IX/3976/12, ossia alla luce delle esperienze già in atto in alcune ASL, di consentire nell'ambito della su citata sperimentazione CReG lo sviluppo di specifici accordi/convenzioni con gli erogatori accreditati per il coinvolgimento degli specialisti nell'erogazione di semplici prestazioni ambulatoriali, per i pazienti arruolati, anche presso gli studi associati dei MMG.

Si potranno ulteriormente incrementare le attività Sub Acute solo a fronte di una dimostrata e reale conversione di posti letto ordinari oggi veramente attivati ed utilizzati e per attività in ingresso direttamente provenienti dal territorio e/o dalle strutture di pronto soccorso. Si richiama, inoltre, quanto già previsto dalla DGR n. IX/2633/2011 rispetto alla definizione delle risorse da dedicare alle attività di cure sub acute di nuova istituzione che per il 50% deriveranno dal budget della struttura che attiva le predette attività mentre il restante 50% deriverà dal sistema nel suo complesso.

### **Tariffa Unica di Compensazione:**

Nel 2013, per la remunerazione di prestazioni erogate a favore di cittadini residenti in altre regioni, prosegue l'utilizzo della TUC così come stabilito dalla DGR IX/3976 del 6 agosto 2012.

### **Flussi informativi:**

al fine di aderire al meglio alle indicazioni del Patto per la Salute per quanto riguarda gli adempimenti cui le regioni si devono attenere, dovranno essere introdotte alcune modifiche all'interno degli attuali flussi informativi di attività. Con apposita circolare della DG Sanità entro il 31 dicembre 2012 saranno fornite le indicazioni di merito.

### **Cure palliative ospedaliere**

Le attività di cure palliative sono oggi rendicontate ed inviate al Ministero della Salute con il flusso informativo delle SDO. Così facendo i dati delle cure palliative ospedaliere finiscono anche in mobilità. La normativa nazionale prevede altresì che le attività di cure palliative, ancorché di ricovero, siano di natura territoriale e quindi non debbono passare dalla mobilità. Anche il nuovo flusso informativo del Ministero è concepito in questo modo. La DG sanità, entro il 31 dicembre 2012, con specifico atto, dovrà dare indicazioni per adeguare il modello attuale delle cure palliative ai principi normativi sopra ricordati e per definire il nuovo flusso informativo. Anche gli assetti accreditati delle strutture di ricovero e cura dovranno essere congruentemente adeguati.

## **STRANIERI**

### **1. Corretta classificazione delle prestazioni erogate**

Come da ripetute indicazioni sia a livello nazionale che regionale, si ricorda che per una corretta classificazione e successiva fatturazione delle prestazioni erogate a cittadini stranieri si devono utilizzare i codici che seguono:

- 7 = prestazioni sanitarie erogate a cittadini comunitari o a cittadini di nazioni per le quali esistono specifiche convenzioni, in possesso di documento di copertura sanitaria emesso dal paese di provenienza
- 8 = prestazioni sanitarie ad esclusione di quelle urgenti o comunque essenziali erogate a cittadini extracomunitari (o comunque non già compresi nel codice 7).  
Rientrano in questa categoria:
- a. la tutela sociale della gravidanza e della maternità a parità di trattamento con le cittadine italiane
  - b. la tutela della salute del minore (fino al compimento del 18° anno d'età)
  - c. le vaccinazioni secondo la normativa e nell'ambito di interventi di campagne di prevenzione collettiva autorizzati dalle Regioni
  - d. gli interventi di profilassi internazionale
  - e. la profilassi, la diagnosi e la cura delle malattie infettive ed eventuale bonifica dei relativi focolai.
- 9 = prestazioni sanitarie urgenti o comunque essenziali erogate a cittadini extracomunitari (o comunque non già compresi nel codice 7).

Nelle voci 8 e 9 devono essere classificati anche i cittadini comunitari presenti sul territorio lombardo ma privi di copertura sanitaria.

I codici specificati devono essere riportati nei flussi informativi di attività rispettivamente nel campo "Onere della degenza" per quanto riguarda i ricoveri ospedalieri, e nel campo "Regime di erogazione" per quanto riguarda le prestazioni ambulatoriali.

Le prestazioni erogate che riporteranno nei flussi informativi di attività una scorretta classificazione dell'Onere della degenza o del Regime di erogazione non saranno remunerate all'erogatore.

Sarà compito della ASL il monitoraggio della corretta classificazione delle prestazioni erogate ai cittadini stranieri.

## 2. Corretta classificazione dei cittadini stranieri nella Nuova Anagrafe Regionale (NAR)

Entro il 31.1.2013 le ASL provvedono a controllare che tutti i cittadini stranieri in possesso dei modelli E106, E109, ed E121, che risultano iscritti al NAR siano classificati nella corretta classe di appartenenza, in modo tale che possano essere adeguatamente identificati ai fini della esposizione alle rispettive nazioni di appartenenza delle attività sanitarie da essi consumate.

### LEGGE 7/ 2013

le risorse complessive previste per i finanziamenti di cui alla legge regionale 7/2010 saranno per il 2013 di importo non superiore a 200 milioni di euro di cui 63 milioni per i soggetti privati calcolati applicando agli 80 milioni dello stanziamento 2012 la riduzione percentuale complessiva del 8,5.

### FUNZIONI 2013

Per l'esercizio 2013 per ciascuna tipologia di funzione il limite massimo di risorse disponibili è indicata nel prospetto nel seguito riportato

Anno 2013	FUNZIONE NON TARIFFABILE	milioni di euro
1	OBIETTIVI PREVISTI DAL PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE VETERINARIA 2012-2014	10
3	GUARDIA TURISTICA STAGIONALE	1
4	COMPLESSITA' DI GESTIONE DEL FILE F	20
5	TRASPORTO NEONATALE	1
6	EMERGENZA URGENZA	272
7	PRESIDI EE UU OSPEDALI MONTANI	8
8	ASSISTENZA IN TERAPIA INTENSIVA DI NEONATI PREMATURI	14
9	ALTRE ATTIVITA CONNESSE ALLEMERGENZA-URGENZA	3
10	PRELIEVO ORGANI E TESSUTI	7
11	CENTRI TRAPIANTO ORGANI	7
12	ALTRE ATTIVITA CONNESSE AL TRAPIANTO DORGANI	15
13	ATTIVITA DI RICERCA DEGLI I.R.C.C.S	60
14	STRUTTURE CONVENZIONATE CON LE FACOLTA' DI MEDICINA	3
15	FORMAZIONE DELLE PROFESSIONI SANITARIE	37

16	METODICA N.A.T. ED INTEGRAZIONE PER PRODUZIONE UNITA DI SANGUE INTERO	17
17	INTEGRAZIONE TARIFFARIA PER TERAPIA ANTIRETROVIRALE PER PAZIENTI AMBULATORIALI HIV	13
18	AMPIEZZA CASE-MIX	28
19	ATTIVITA DI RILIEVO REGIONALE	24
20	UNITA OPERATIVE OSPEDALIERE DI MEDICINA DEL LAVORO	4
21	SERVIZIO DI NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA	26
22	COMPLESSITA' DI EROGAZIONE DELLE ATTIVITA DI RICOVERO PER ENTI GESTORI UNICI (AL 30/06/2010) DISTRIBUITA SU PIU' PRESIDI NEL TERRITORIO DI UNA MEDESIMA ASL	150
23	MOLTEPLICITA' DI PRESIDI DI EROGAZIONE DI PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE AD ESCLUSIONE DI QUELLI PRESENTI ALL'INTERNO DELLA STRUTTURA DI RICOVERO E DI CURA (SITUAZIONE AL 30/06/2010)	75
24	MOLTEPLICITA' E COMPLESSITA' DI LIVELLI DI EROGAZIONE NEL TERRITORIO, AL DI FUORI DELLA STRUTTURA DI RICOVERO, RELATIVAMENTE AI SERVIZI DI UONPIA E DI PSICHIATRIA (SITUAZIONE AL 30/06/2010)	45
25	COMPLESSITA' ASSISTENZA RIABILITATIVA	15
26	FUNZIONE INTEGRATIVA PER PARTI EFFETTUATI IN ANALGESIA	5
27	TRATTAMENTO PAZIENTI ANZIANI IN AREA METROPOLITANA	100
	<b>TOTALE</b>	<b>960</b>

Per le predette funzioni si stabilisce di mantenere i criteri di determinazione delle stesse così come sono determinati nell'allegato tecnico della DGR n. IX/ 4231 del 25 ottobre 2012 "Determinazione in merito alla remunerazione di alcune funzioni non coperte da tariffe predefinite svolte dalle aziende ed enti sanitari pubblici e privati accreditati per l'anno 2011 e dalla DGR n. IX/ 4232 del 25 ottobre 2012 Determinazioni in ordine ai criteri ed alla gestione delle risorse destinate alle funzioni non tariffabili per l'anno 2012;

Per gli erogatori del comparto privato è prevista un'ulteriore riduzione delle risorse pari all'1% rispetto a quanto consuntivato per l'anno 2011, tenuto conto di quanto disposto dalla DGR 3976/2012 e che di conseguenza porta a determinare per l'esercizio 2013 un ammontare di risorse destinate agli stessi non superiore a 172 milioni di euro.



## Farmaceutica territoriale, ospedaliera e protesica

### Farmaceutica territoriale

In materia di disposizioni nazionali di *governo della spesa sanitaria per il settore farmaceutico* si richiama l'articolo 15, commi 1, 2 e 3 della legge 7 agosto 2012 n.135.

Alla luce di quanto disposto a livello nazionale, in attesa del nuovo metodo di remunerazione della filiera distributiva che dovrà essere approvato entro il 2013 ai sensi di quanto disposto dall'articolo 15 comma 2 della legge n. 135/2012, per l'anno 2013 l'obiettivo per la spesa farmaceutica territoriale, comprensivo sia di farmaceutica convenzionata sia di doppio canale, verrà definito per ogni ASL tenendo conto sia dell'effetto delle manovre nazionali sui prezzi e promozione dei farmaci equivalenti sia delle azioni messe in campo sullo stesso tema dalle ASL nel corso del 2012. L'eventuale risparmio rispetto all'obiettivo definito nei decreti di assegnazione 2013 sarà da considerarsi obbligatoriamente, per un importo pari all'80%, come quota di risorse disponibile per le necessità complessive del sistema secondo le indicazioni della DG Sanità, il rimanente 20% potrà essere utilizzato dalle ASL per specifiche progettualità di assistenza territoriale non consolidabili negli anni successivi.

Al fine di rispettare i vincoli di risorse stabiliti dalla normativa nazionale rappresenta obiettivo prioritario per l'anno 2013 la promozione sul territorio della prescrizione di farmaci a brevetto scaduto (equivalenti).

In tale ottica e in evoluzione a quanto disposto dalla DGR n. 10804/2009, per l'anno 2013 la Direzione Generale Sanità individuerà, per le categorie terapeutica equivalente, cioè le categorie ATC al quarto livello comprendenti specialità medicinali a base di principi attivi non coperti da brevetto per le quali, essendo inserite nelle liste di trasparenza, sono disponibili prodotti equivalenti, **un mix ottimale** tra i principi attivi.

A tale piano di governo parteciperanno anche gli erogatori di ricovero e cura – pubblici e privati - dell'ambito territoriale, che dovranno condividere con le ASL i Percorsi Diagnostico-Terapeutici ed il prontuario farmaceutico alla dimissione.

Si conferma inoltre, come obiettivo vincolante sia per le ASL che per le AO/Fondazioni, l'inserimento nei prontuari aggiornati alla dimissione di AO/Fondazioni, condivisi con le ASL, l'uso e la prescrizione alla dimissione dei farmaci biosimilari a pazienti di nuova diagnosi ("drug naive").

Per l'anno 2013, in attesa del nuovo modello nazionale di remunerazione della filiera distributiva del farmaco, al fine di consentire una razionalizzazione della spesa intervenendo anche sul modello distributivo continuando a garantire al paziente l'accesso prioritario sul territorio, la Direzione Generale Sanità, in prima istanza e in collaborazione con gli operatori, ha individuato un elenco vincolante (Allegato 2) per tutte le ASL di principi attivi (classificati A/PHT) da distribuire secondo quanto disposto dall'articolo 8 lettera a) della legge n. 405/2001 (Distribuzione per conto) o in distribuzione diretta, previa verifica di mercato.



Al fine di dare idonei strumenti di verifica e monitoraggio dell'appropriatezza, la DG Sanità provvederà, quando saranno autorizzati dall'Agenzia Italiana del farmaco i nuovi farmaci per il trattamento dell'HCV, ad individuare specifiche modalità di rendicontazione nel File F, nel rispetto di quanto disposto dall'articolo 15 comma 3 della legge n. 135/2012.

### **Farmaceutica ospedaliera**

Per quanto riguarda le disposizioni nazionali in materia di spesa farmaceutica ospedaliera, si richiama l'articolo 15 c. 4 della legge 7 agosto 2012 n.135.

All'interno dell'attuale quadro normativo nazionale e nei limiti della complessiva compatibilità di sistema e del rispetto del nuovo tetto complessivo del 3,5% previsto per la farmaceutica ospedaliera per quanto riguarda il File F, riferito ai cittadini lombardi (tipologie 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10 e 14), considerati i bisogni assistenziali sia in termini di incidenza epidemiologica che di scelta terapeutica appropriata, per l'anno 2013 sono assegnate risorse pari all'importo sostenuto nell'anno 2012, con un incremento massimo di sistema fino al 9% su base dati omogenea, a cui dovrà essere sottratto l'importo della tipologia 15, di cui alle note di credito relative al risk - sharing con conseguente riduzione dei relativi costi sostenuti nell'anno di competenza.

Inoltre richiamato quanto disposto dall'articolo 15 comma 10 della Legge n. 135/2012, si conferma come obiettivo prioritario per l'anno 2013 la corretta rendicontazione in File F (tipologia 15) della nota di credito/rimborso alla struttura erogatrice dei rimborsi di risk-sharing.

E' obiettivo prioritario per l'anno 2013 l'aggiornamento dei prontuari ospedalieri delle AO/Fondazioni condivisi con le ASL, che dovranno essere coerenti con le regole prescrittive territoriali in un'ottica di promozione dell'uso e della prescrizione dei farmaci equivalenti.

### **Protesica e assistenza integrativa**

In materia di assistenza protesica e integrativa si conferma, anche per l'anno 2013, quanto disposto dall'articolo 15 comma 13 della Legge n. 135/2012, in particolare la riduzione del 5% e fermo restando quanto verrà disposto dalla legge di stabilità.

Per l'anno 2013 relativamente all'assistenza protesica e integrativa si confermano i seguenti obiettivi prioritari per le ASL, al fine di promuovere interventi finalizzati a rendere appropriato il processo assistenziale che regola l'assistenza protesica e l'assistenza integrativa, l'attivazione di procedure pubbliche di acquisto aggregate, secondo quanto previsto all'allegato 2, per:

- i dispositivi protesici di cui al DM 332/1999 garantendo la capillarità della distribuzione, il rispetto di standard di qualità e la disponibilità di una gamma di modelli idonea a soddisfare specifiche esigenze degli assistiti;
- i prodotti della nutrizione artificiale domiciliare (NAD);
- gli ausili per il controllo della glicemia nei diabetici;

- gli ausili per gli assistiti atomizzati.

Relativamente all'erogazione dei prodotti dietetici per celiaci di cui al DM 4 maggio 2006, al fine di tendere ad un governo più razionale e integrato del Servizio Celiachia e ad un'erogazione centralizzata, garantendo la libera circolazione degli Assistiti sul territorio attraverso il SISS con la previsione della gestione dei budget economici associati ai cittadini stessi, Regione Lombardia procederà entro il 31/12/2012 alla definizione di nuove modalità erogative, con specifica progettualità e all'aggiornamento dei limiti massimi di spesa per l'erogazione dei prodotti senza glutine, di cui all'articolo 4, commi 1 e 2, della L. 4 luglio 2005, n. 123.

## **Sistema Informativo Socio Sanitario**

### **Carte Regionali dei servizi - Tessere Sanitarie**

Con decreto interministeriale del 25/2/2010, la Regione Lombardia ha avuto l'autorizzazione al mantenimento dell'attuale layout fino al 2014, mantenendo altresì per detto lasso temporale anche la produzione delle proprie tessere sanitarie-CRS .

Il D.L. 13/5/2011 n. 70 convertito, con modificazioni, dalla legge 12 luglio 2011, n. 106, all'art.10 "Servizi ai cittadini ", prevede "anche progressivamente (...) l'unificazione sul medesimo supporto della carta d'identità elettronica con la tessera sanitaria, nonché il rilascio gratuito del documento unificato". Con il recente D.L. 18/10/2012 n.179, recante "Ulteriori misure urgenti per la crescita del paese" è stata sostanzialmente confermata l'unificazione sul medesimo supporto della carta d'identità elettronica con la tessera sanitaria.

Alla luce dell'opportunità più volte espressa dai Ministeri competenti di far convergere le attuali modalità di produzione ed il relativo layout delle TS-CRS della Lombardia con gli standard nazionali della TS-CNS nonché visto il prossimo termine dell'attuale contratto di produzione delle TS-CRS lombarde si dà mandato alle Direzioni regionali di effettuare le verifiche di competenza e si dispone che con successivo atto di Giunta si attivino le procedure per l'eventuale passaggio della generazione e relativa consegna delle TS al Ministero dell'economia e delle Finanze tenuto conto che la linea di sviluppo adottata a livello nazionale segue il medesimo approccio della Regione Lombardia.

In particolare nell'anagrafica degli assistiti (cosiddetto NAR) devono essere messe a punto anche le procedure per la corretta identificazione delle diverse categorie di assistiti, e delle relative Tessere Sanitarie che dovranno essere prodotte, stante le nuove norme sul documento digitale unificato (art. 1 del D.L. 18/10/2012 n.179) .

### **Call center regionale**

Visti i vincoli di spesa imposti dal D.L. 6/7/2012 n. 95 (convertito con modifiche dalla L. 7/8/2012, n.135), si conferma l'indicazione contenuta nelle dd.g.r. n.IX/2405/2011 e n.IX/3095/2012 di procedere alla vendita del front office del Call Center, realizzando quindi nel 2013 tutte le attività prodromiche all'aggiudicazione della gara di vendita nel corso dei primi mesi del 2014.

Si confermano inoltre le indicazioni per le aziende sanitarie di esporre le agende al SISS, al fine di garantire la più completa accessibilità alle singole prestazioni tramite tutti gli strumenti ed i canali disponibili.

### **Fascicolo Sanitario elettronico e ricetta elettronica**

Il Ministero dell'Economia ha approvato in data 17/9/2012 il sistema informativo regionale lombardo in quanto conforme agli standard dell'art 50 e del decreto 2/11/2009 ed il relativo cronoprogramma per la diffusione della procedure attuative inerenti la dematerializzazione delle ricette cartacee.

Visti anche gli art.12 e 13 del D.L. 18/10/2012 n.179 diventa prioritario per tutti i soggetti del sistema sanitario lombardo potenziare ed utilizzare al massimo le funzionalità già messe a disposizione dal Sistema Informativo Socio Sanitario.

### **Valutazione del SISS**

Sulla base della DGR VIII/10031/2009 che prevedeva “di incaricare LI SpA del prosieguo del progetto SISS per un periodo di tre anni con possibilità di estensione per ulteriori due anni, previa verifica, da effettuarsi dopo i primi 2 anni e 6 mesi del presente incarico, dei risultati ottenuti”, si sono avviate le procedure di verifica da parte del Cefriel sull'avanzamento dell'intero sistema informativo regionale. Le attività che saranno valutate positivamente confluiranno nel Programma Operativo e nell'Incarico Unico di Gestione ed i cui incarichi saranno successivamente dettagliati con apposita delibera, includendo anche il tema della sicurezza e del disaster recovery, nonché una completa riprogrammazione della tematica dematerializzazione (dd.g.r. IX/3543/2012 , IX/3545/2012 e IX/3976/2012).

### **Pagamento tickets**

Il D.L. 70/2011 del Ministero dello Sviluppo Economico definisce che le aziende del Servizio sanitario nazionale debbano adottare procedure telematiche per consentire il pagamento online delle prestazioni erogate per accelerare il processo di automazione amministrativa e migliorare i servizi per i cittadini, riducendone i costi connessi.

Si dispone quindi che con successivo atto di Giunta si definiscano le convenzioni con le banche tesoriere delle aziende sanitarie pubbliche della Regione Lombardia ed in seguito si apra tale circuito a tutte le banche al fine di consentire ai cittadini il pagamento dei ticket, relativi alle prestazioni sanitarie prenotate, tramite l'utilizzo dei terminali ATM/Bancomat e del servizio di Home Banking nonché di eventuali altri canali di pagamento che l'innovazione tecnologica consentirà di attivare.

Si definisce infine il tetto massimo di spesa per il sistema informativo sanitario 2013 prevedendo una riduzione di 10 milioni rispetto al 2012, mentre per la componente socio-sanitaria si conferma lo stanziamento del 2012.

**ALLEGATO 2**  
**Elenco farmaci Classe A/PHT**

ARIPIPRAZOLO	PALIPERIDONE
BEMIPARINA	PARNAPARINA
BICALUTAMIDE	PEGFILGRASTIM
BUSERELINA	PEGINTERFERONE ALFA-2A
CINACALCET	PEGINTERFERONE ALFA-2B
CLOPIDOGREL	PIOGLITAZONE
CLOZAPINA	PRASUGREL
DALTEPARINA	QUETIAPINA
DARBEPOIETINA ALFA	REVIPARINA SODICA
DEFEROXAMINA	RISPERIDONE
DONEPEZIL	RIVASTIGMINA
DRONEDARONE	SEVELAMER
ENOXAPARINA	SITAGLIPTIN
ERITROPOIETINA	SOMATROPINA
EXENATIDE	TACROLIMUS
FILGRASTIM	TRIPTORELINA
FOLLITROPINA ALFA	UROFOLLITROPINA
FOLLITROPINA BETA	VALACICLOVIR
FONDAPARINUX	VALACICLOVIR CLORIDRATO
GOSERELIN	VALGANCICLOVIR
IMIQUIMOD	
INSULINA DETEMIR	
INSULINA GLARGINE	
IVABRADINA	
LAMIVUDINA	
LANREOTIDE	
LEFLUNOMIDE	
LENOGRASTIM	
LEUPRORELINA	
LEVODOPA, INIBITORE DELLA	
DECARBOSSILASI E INIBIT.DELLA	
COMT	
LIRAGLUTIDE	
LUTROPINA ALFA	
MEMANTINA	
METFORMINA E PIOGLITAZONE	
METFORMINA E SITAGLIPTIN	
METOSSIPOLIETILENGLICOLE-	
EPOETINA BETA	
NADROPARINA	
OCTREOTIDE	
OLANZAPINA	

## **ALLEGATO 3 - Indirizzi di programmazione sociosanitaria per l'anno 2013**

### **LE RISORSE**

La programmazione sociosanitaria deve oggi rispondere a bisogni di assistenza di crescente complessità in un contesto di riduzione delle risorse a disposizione dei bilanci pubblici.

Se nell'ultimo decennio (2002-2011) la spesa sanitaria è sempre cresciuta in modo rilevante (registrando un +40% al lordo dell'inflazione, +17% netto), dal luglio 2011 si assiste per la prima volta ad una forte discontinuità rispetto al passato.

Si è, infatti, passati da una logica di semplice contenimento, in un quadro di risorse crescenti, a una logica di taglio, con una forte contrazione delle risorse.

In un periodo di tempo limitato si sono susseguite tre manovre nazionali molto penalizzanti per il servizio sanitario, che hanno costretto a mettere in discussione le consuete modalità di programmazione e gestione (vedi allegato 1).

Questa politica nazionale di contrazione dei trasferimenti ha un'immediata ripercussione anche sulla programmazione sociosanitaria regionale, in quanto comporta una consistente riduzione del Fondo per le Attività Socio Sanitarie Integrate (ASSI) e costringe ad una più rigorosa gestione delle risorse, attraverso la realizzazione di tutti i possibili miglioramenti di efficienza ed efficacia della spesa.

### **LA RIFORMA DEL WELFARE**

Nel prossimo futuro il contesto lombardo, al pari di tutte le altre realtà ad economia evoluta, sarà interessato da profondi mutamenti, che avranno un notevole impatto sulla sua struttura demografica e sociale. Nel medio-lungo periodo ciò comporterà bisogni di welfare, espressi o inespressi, sempre più complessi e dinamici. A questo si aggiunge, il continuo taglio delle risorse generato dalle misure adottate a livello nazionale in ambito sanitario e sociale.

In tale contesto è evidente che le misure tradizionali non sono sufficienti per dare una risposta adeguata al bisogno di integrazione tra area sociale, sociosanitaria e sanitaria. Integrazione, ricomposizione e appropriatezza rappresentano criteri indispensabili per affrontare le sfide che il sistema di welfare lombardo ha davanti a sé.

Il Patto Welfare (DGR nr 4296 del 25/10/2012 "Presenza d'atto della comunicazione del Presidente Formigoni di concerto con l'assessore Pellegrini avente oggetto: "esiti e sintesi della consultazione pubblica sul nuovo patto per il welfare lombardo, a seguito della dgr 3481 del 16/5/2011"), proposto da Regione Lombardia per avviare la riforma del sistema sociosanitario e sociale, introduce diversi elementi innovativi:

- un nuovo sistema di classificazione dei bisogni e modalità di valutazione uniformi a livello regionale;
- la revisione del sistema di accreditamento;
- un sistema tariffario basato sull'appropriatezza dei costi;
- la definizione di meccanismi di partecipazione dell'utente alla spesa;

- una nuova programmazione regionale centrata sul bisogno;
- la revisione della governance territoriale e di sistema.

## **AZIONI SPECIFICHE**

### **Programmazione sociosanitaria orientata al bisogno**

L'attuale modello di programmazione evidenzia alcuni punti di attenzione. Uno dei limiti principali è rappresentato dal criterio della spesa storica e dalla mancanza di considerazione verso altri fattori di valutazione, come la qualità delle prestazioni e i fabbisogni effettivi del territorio.

Obiettivo primario è perciò costruire un sistema di programmazione delle Unità d'Offerta centrato sul reale bisogno di servizi espresso dal territorio.

Si prevede pertanto la definizione di indici di programmazione per Unità d'Offerta e per ASL sulla base dei seguenti parametri:

- attuale distribuzione di strutture e posti accreditati per ASL;
- tasso di saturazione delle Unità d'Offerta per ASL;
- liste di attesa;
- analisi degli esiti della valutazione del bisogno.

Con successivi atti della Giunta, verranno illustrati gli indici definiti per tipologia di Unità d'Offerta.

### **Negoziazione**

La programmazione dell'offerta sociosanitaria deve garantire la compatibilità con le decrescenti risorse disponibili, nel rispetto dei criteri di piena appropriatezza e qualità delle prestazioni rese.

Si conferma quindi per il 2013 la logica della "budgetizzazione", che costituisce lo strumento adeguato al controllo della spesa a tutti i livelli, fatte salve eventuali sperimentazioni. Per le Unità d'Offerta in cui è già stata introdotta la voucherizzazione, spetta alle ASL gestire le risorse in una logica di governo complessivo della spesa.

In linea generale, la negoziazione con le Unità d'Offerta sociosanitarie accreditate viene condotta dalla Direzione Generale Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale, in stretto raccordo e in sinergia con le ASL territorialmente competenti, introducendo meccanismi volti a:

- assicurare il rispetto da parte delle Unità d'Offerta sociosanitarie, accreditate e a contratto, dei criteri di appropriatezza e qualità delle prestazioni rese;
- rispondere con maggiore efficacia ed efficienza ai reali bisogni espressi dai territori, utilizzando a tal fine: indici di programmazione nazionali e regionali, flussi migratori dell'utenza, costi standard di produzione dei servizi;
- assicurare il completo adeguamento agli standard strutturali previsti dalla vigente normativa, che costituisce un obbligo il cui rispetto non può essere ulteriormente rinviato;
- favorire processi di fusione tra le ASP, al fine di ottimizzare le risorse, anche applicando le indicazioni della giurisprudenza più recente in materia.

Le procedure di assegnazione e successiva erogazione delle risorse per i servizi sociosanitari integrati (Fondo ASSI) verranno definite nel dettaglio con successivi atti, nel rispetto dei criteri generali sopra esposti.

Entro il 31 dicembre 2012 dovrà essere sottoscritto dalle ASL competenti un contratto provvisorio con le strutture che erano già a contratto nel corso del 2012. Tale contratto provvisorio ha durata di quattro mesi, per un ammontare massimo di risorse pari a 1/3 del budget definitivo assegnato nel 2012.

Entro il 30 aprile 2013 dovrà essere sottoscritto il contratto definitivo per l'anno 2013, sulla scorta dei criteri sopra descritti. Con successivo provvedimento verrà approvato l'aggiornamento dello schema tipo di contratto.

### **Organizzazione e personale**

Nel corso del 2013 le ASL dovranno attuare la razionalizzazione dei dipartimenti e delle strutture (semplici, semplici dipartimentali e complesse), prevista con il Piano di Organizzazione Aziendale redatto secondo le indicazioni contenute nella DGR 3822/2012.

La razionalizzazione organizzativa dovrà essere condotta in un'ottica di semplificazione e ottimizzazione dei servizi, effettuando la riduzione del numero di strutture della Direzione Sociale e riconducendo ad essa tutte le funzioni ed articolazioni organizzative relative al sistema sociosanitario e sociale. L'attuazione delle previsioni del P.O.A. si realizzerà in modo da rendere esplicite e facilmente intellegibili le azioni messe in atto, al fine di evitare le sovrapposizioni di funzioni e la duplicazione di prestazioni o interventi tra il settore sanitario e sociosanitario, in un'ottica di integrazione.

In un periodo di risorse scarse, con politiche di contenimento e di razionalizzazione dei costi volte al rafforzamento dei principi di revisione della spesa pubblica, le ASL dovranno porre particolare cura alla propria strutturazione su base territoriale, per fornire ai cittadini ed alle famiglie risposte adeguate alle loro esigenze, attraverso un'efficace presa in carico integrata della persona. La revisione della strutturazione organizzativa dovrà essere finalizzata ai seguenti obiettivi:

- favorire la razionalizzazione e ottimizzazione amministrativa;
- provvedere alla riduzione delle strutture stesse e dei relativi costi di funzionamento;
- rendere più agevole la possibilità di ragionare in modo integrato sull'insieme delle risorse, delle politiche programmatiche e degli interventi da attuare;
- favorire forme di gestione associata dei servizi e degli interventi anche a carattere sovra distrettuale, valutando dove possibile l'accorpamento dei livelli di programmazione territoriale sociale.

Rispetto alle Risorse Aggiuntive Regionali (RAR) del personale ASL, si rimanda allo specifico paragrafo dell'allegato 1. Per quanto riguarda il personale delle ASP, cessano di avere efficacia dal 1 gennaio 2013, per naturale scadenza, gli accordi regionali.

### **Gestione delle sperimentazioni di nuove forme di Unità d'Offerta (DGR 3239/2012)**



Le sperimentazioni avviate nel corso del 2012 con la DGR 3239/12 proseguiranno fino al mese di luglio 2013 negli ambiti previsti dalla citata Delibera: non autosufficienza (assistenza post acuta, residenzialità leggera, residenzialità per minori con gravissime disabilità), dipendenze, riabilitazione ambulatoriale e diurna territoriale extraospedaliera per minori disabili, consultori.

A partire da agosto 2013, la Giunta valuterà gli esiti delle sperimentazioni, al fine di definire sia eventuali periodi di proroga sia le modalità di messa a regime di nuove forme di Unità d'Offerta o di evoluzione di servizi già esistenti. In particolare, verranno determinate le modalità per trasformare i consultori in centri per la famiglia.

### **Gestione delle sperimentazioni di nuovi modelli regionali di valutazione del bisogno**

Nel 2013 proseguiranno le sperimentazioni in atto sui modelli regionali di valutazione del bisogno nei seguenti ambiti: RSA, ADI, dipendenze. A seguito della valutazione degli esiti - con successivi atti della Direzione Generale Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale o con atti di Giunta - verranno definite le modalità di conclusione o di eventuale estensione delle sperimentazioni in atto. Con particolare riferimento all'ADI, sarà valutata la possibilità di sperimentazione nei CReG attivi.

Prosegue la sperimentazione "Prefettura", in collaborazione tra ASL della Provincia di Milano e Prefettura di Milano, per il trattamento di persone segnalate ai sensi degli articoli 75 e 121 del T.U. delle leggi in materia di tossicodipendenza.

Proseguirà per tutto il 2013 la sperimentazione delle linee di indirizzo approvate con DGR 2124/2011, per l'assistenza di persone in stato vegetativo. Con atti successivi si potranno sperimentare nuovi requisiti gestionali e tariffe.

### **Riclassificazione dell'utenza RSA e Accreditamento**

La riclassificazione dell'utenza RSA dovrà portare all'identificazione di utenti omogenei per livello di gravità del bisogno.

La creazione di queste classi di bisogno ha l'obiettivo di permettere una presa in carico maggiormente qualificata dell'utenza; il modello omogeneo di valutazione del bisogno regionale consentirà di individuare in modo appropriato bisogni e profili di risposta, rivedendo l'allocazione di risorse. Con specifico atto di Giunta, verrà definito nel corso del 2013 il nuovo sistema di classificazione dell'utenza.

Il sistema di accreditamento delle RSA sarà rivisto in funzione delle caratteristiche degli utenti. Nell'ambito della revisione dei requisiti si terrà conto anche dei requisiti di performance gestionale orientati alla qualità delle prestazioni rese. I nuovi requisiti saranno definiti con specifico atto della Giunta nel corso del 2013.

In attesa delle definizioni del Gruppo di Approfondimento Tecnico Riabilitazione, alla luce della prospettiva di riordino complessivo del settore, viene stabilito il blocco degli accreditamenti per le strutture di riabilitazione afferenti al sistema sociosanitario.

Viene inoltre stabilito il blocco dell'accreditamento per le strutture nell'area delle dipendenze, in attesa delle valutazioni sull'esito delle sperimentazioni in corso.

### **Predisposizione piano dei controlli specifici sull'appropriatezza**

Verranno definiti con successivi atti gli indirizzi per la definizione dei piani di controllo delle ASL, anche in riferimento a quanto previsto nella DGR 3540/2012 rispetto all'affiancamento regionale. La programmazione dei controlli dovrà essere effettuata sulla base degli indicatori di appropriatezza stabiliti in esecuzione della DGR 3540/2012.

Il riscontro, in sede di controllo, di grave inappropriata darà luogo alla revoca dell'accreditamento e alla conseguente revoca del contratto, in quanto la somma dei requisiti di accreditamento deve tradursi nell'erogazione di prestazioni appropriate.

### **Prevenzione**

Prosegue per tutto il 2013 il finanziamento della Rete Regionale di Prevenzione delle Dipendenze.

### **Analisi costi standard**

È prevista l'analisi dei costi standard, finalizzata all'omogeneizzazione della retta per livelli di servizi e alla declinazione delle voci che la compongono. Verranno distinti "servizi base", che devono essere inclusi nella retta, e "servizi aggiuntivi" che, al contrario, vanno distintamente descritti e valorizzati nel loro ammontare nella fattura a carico dell'assistito. L'applicazione dei costi standard alle rette verrà regolamentato con successivo atto di Giunta.

### **Rating sociosanitario sperimentale sulle RSA**

Con successivo provvedimento, verrà definito un percorso evolutivo, che entrerà a regime con la definizione dei costi standard e del nuovo sistema di classificazione degli utenti, per giungere alla definizione di un sistema di rating sperimentale delle RSA.

### **Flussi informativi**

Al fine di dare piena attuazione alla riforma del welfare in corso, dovranno essere introdotte alcune modifiche all'interno degli attuali flussi informativi di attività. Con apposita circolare della Direzione Generale Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale saranno fornite indicazioni in merito entro il 31 dicembre 2012.

### **Comunicazione**

Le azioni specifiche che attuano i principi della riforma del Welfare devono necessariamente essere sostenute e accompagnate da una efficace comunicazione interna ed esterna.

A tal fine, nel rispetto dell'autonomia di ciascun ente, viene definito un percorso di condivisione di contenuti e strategie con la Regione che prevede: utilizzo del marchio Regionale in conformità con quanto stabilito dalla DGR nr. IX/9307 del 2009, applicazione delle linee guida di Regione Lombardia per l'utilizzo di layout realizzati o da realizzare nel caso di azioni specifiche, riorganizzazione dei propri strumenti di comunicazione nella prospettiva dell'informazione per target, informazione alla Regione Lombardia su nuovi strumenti/prodotti che si intendono creare su azioni specifiche.

Inoltre, rappresentano obiettivi imprescindibili per l'azione dell'ente pubblico: l'orientamento dei cittadini tra i servizi presenti sul territorio, la riduzione della frammentazione delle informazioni, la promozione dell'attività della Asl quale strumento per migliorare la qualità della vita, in particolare delle fasce più fragili.

Sulle singole aree è perciò utile evidenziare, almeno via web: i percorsi di accessibilità ai servizi da parte delle persone con disabilità come dal Piano di azione regionale per le persone con disabilità (DGR IX/983 del 15.12.2010); le azioni di conciliazione famiglia-lavoro; le novità connesse all'ADI; il Patto per il Welfare.