



Regione Lombardia

Giunta Regionale  
Direzione Generale Sanità  
Direttore Generale

Via Polo 9/11  
20122 Milano

Tel 02 6765 3401  
fax 02 6765 3259

e.mail: carlo\_fucchina@regione.lombardia.it

Data 30.12.2010  
Protocollo: 411.2010.00242608

Ai Direttori Generali  
- Aziende Sanitarie Locali  
- Aziende Ospedaliere  
- Fondazioni IRCCS

Ai Direttori Amministrativi  
- Aziende Sanitarie Locali  
- Aziende Ospedaliere  
- Fondazioni IRCCS

Ai Direttori Sanitari  
- Aziende Sanitarie Locali  
- Aziende Ospedaliere  
- Fondazioni IRCCS

Al Direttore Generale AREU

**Oggetto:** indicazioni relative all'applicazione della d.g.r. 1.12.2010 n. IX/ 937 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2011" (parte sanità), nonché della d.g.r. 29.12.2010 n. IX/1151 " Determinazioni per i soggetti del Sistema Regionale di cui all'articolo 1 della L.R. 30/2006 per l'anno 2011".

### Premessa

La Giunta regionale, con provvedimento n. 937 del 1 dicembre 2010 ha assunto le determinazioni in ordine alla gestione del servizio sanitario regionale per l'esercizio 2011, c.d. "regole di sistema".

L'applicazione integrale delle regole di sistema rappresenta obiettivo dei direttori generali delle ASL, delle AO, delle Fondazioni IRCCS e dell'Areu per l'anno 2011.

Si forniscono di seguito indicazioni operative per l'attuazione di dette regole precisando che, per quanto non ulteriormente specificato, si rimanda al singolo allegato della citata deliberazione.

- **Indirizzi di programmazione (Allegato 1)**

L'azione programmatica di Regione Lombardia in materia sanitaria si ispira ad una serie di principi guida: la centralità della persona e della famiglia, la sussidiarietà, l'accreditamento, la libertà di scelta, l'attenzione all'appropriatezza e alla qualità, la responsabilità e l'innovazione, l'apertura ad esperienze internazionali.

Gli indirizzi di programmazione sanitaria di Regione Lombardia specifici per l'anno 2011, sono ampiamente descritti nell'allegato 1 alla DGR IX/937 del 1.12. 2010 "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2011". La funzione strategica della programmazione sanitaria si confronta oggi con scenari economici e socio-demografici che rendono necessario il continuo miglioramento di qualità e un'azione orientata a creare sinergie e reti sul territorio, telematiche e fisiche, al fine di creare nuove opportunità.

Il Documento di Programmazione e coordinamento dei servizi sanitari e sociosanitari per il 2011, dovrà essere predisposto tenendo conto della necessità di sviluppare le indicazioni specifiche contenute nell'allegato 1 della DGR IX/937 del 1.12. 2010 e dovrà essere articolato, completo ed esaustivo, in un massimo di 20 pagine.

Particolare attenzione dovrà essere dedicata alle indicazioni rispetto:

- semplificazione dell'accesso alle prestazioni, sia per quanto concerne i percorsi amministrativi sia riguardo l'estensione e la diversificazione degli orari di apertura degli ambulatori che sempre di più dovranno tendere alle necessità delle famiglie e ai bisogni dei cittadini come ad esempio il servizio di pediatria, le prestazioni domiciliari, prestazioni ambulatoriali di medio-bassa complessità al domicilio;
- promuovere la messa in rete dei servizi sostenendo il riequilibrio ospedale-territorio, con particolare attenzione alla promozione della libera iniziativa e alla sperimentazione."

Nel rispetto di quanto definito nelle regole di sistema socio-sanitario, nel 2011 verrà proseguita l'azione di governo per le attività di monitoraggio e aggiornamento da parte delle Aziende Sanitarie pubbliche lombarde nell'ambito dell'attuazione del proprio Codice Etico Comportamentale all'intera struttura aziendale.

Nel corso dell'annualità verranno fornite adeguate indicazioni da parte della Direzione Generale Sanità.

- **Il quadro del sistema per l'anno 2011 (Allegato 2)**

Di seguito si forniscono ulteriori indicazioni operative con riferimento all'allegato n. 2 "Il quadro di sistema per l'anno 2011".

Si richiama l'attenzione di tutti i Direttori Generali sulle disposizioni contenute nell'Intesa del 23 marzo 2005, nel Patto per la Salute approvato con Intesa Stato Regioni del 3 dicembre 2009 e nella Legge di stabilità per il 2011 recentemente approvata.

Come già precisato nella deliberazione, il rispetto di tutti gli adempimenti previsti da queste normative coinvolge la Regione nel suo complesso e tutte le singole Aziende Sanitarie ed è collegato all'accesso alle risorse finanziarie disponibili per il Servizio sanitario regionale.

L'approvazione dei Bilanci Preventivi 2011 e documenti allegati (modello A ecc...) dovrà avvenire da parte delle Aziende Sanitarie entro il 25 gennaio 2011.

A) Indicazioni generali per le Aziende sanitarie lombarde.

## **Funzioni**

Le funzioni saranno assegnate con i provvedimenti regionali di assegnazione delle risorse per la redazione dei Bilanci preventivi 2011.

L'assegnazione formale definitiva di tali somme, sulla base dei calcoli che saranno effettuati a cura della DG Sanità, avverrà con provvedimento regionale, dopo la conclusione dell'esercizio.

Per le funzioni per presidio servizi territoriali nonché per gli altri contributi regionali previsti dalla DGR **n. 937 del 1 dicembre 2010** si procederà all'assegnazione con provvedimento regionale.

Si ricorda che relativamente alle funzioni riferite all'attività emergenza urgenza 118 le aziende sanitarie interessate dovranno sottoscrivere specifica convenzione con Areu.

## **Schemi di Bilancio**

Si confermano gli schemi di Bilancio in uso, che saranno opportunamente aggiornati, entro l'inizio del mese di gennaio. Seguiranno specifiche indicazioni ai Responsabili economico finanziari.

## **Budget di cassa**

Il consuntivo finanziario relativo al IV trimestre 2010 dovrà essere presentato entro il 15 gennaio 2011, accompagnato dalla attestazione del Direttore Generale circa il rispetto, alla data del 31.12.2010, dei tempi di pagamento fissati dalle regole regionali, utilizzando lo schema in uso.

Per il solo mese di gennaio è quindi sospeso l'invio dell'aggiornamento mensile del giorno 10 che riprenderà normalmente a decorrere dal mese successivo.

Il preventivo finanziario per l'anno 2011 dovrà essere presentato entro il 15 febbraio 2011. I prospetti aggiornati saranno inviati in tempo utile per la compilazione.

**Si ricorda che gli eventuali interessi attivi derivanti dalla gestione finanziaria sono da considerare vincolati e utilizzabili solo previa autorizzazione della Direzione Generale Sanità.**

Si ricorda inoltre alle sole ASL che le previsioni di oneri finanziari per l'uso delle anticipazioni di tesoreria non dovranno essere esposte a Bilancio preventivo in quanto vengono mantenute nella disponibilità di sistema e riconosciute solo a consuntivo in relazione all'effettivo utilizzo.

## **Certificabilità dei Bilanci delle Aziende Sanitarie**

Richiamando quanto già definito nella DGR 937/2010 le Aziende, con particolare riferimento alle Direzioni Generali, alle Direzioni Amministrative e ai Servizi Economico Finanziari dovranno attivare tutte le risorse necessarie al fine di consentire alla Regione Lombardia di assolvere agli obblighi assunti in sede di Patto sulla Salute e agli adempimenti previsti sul Tavolo di Verifica degli adempimenti costituito ai sensi dell'art. 12 dell'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005.

Non appena gli atti ufficiali in materia saranno pubblicati sarà cura della Direzione Generale Sanità diffonderne il contenuto e avviare un processo di supporto e confronto con le Aziende sanitarie al fine di poter adempiere nel rispetto delle previsioni del Patto della Salute.

### **Indicatori di Bilancio**

La DGR n. 937/2010 individua un primo set di indicatori sia per le Aziende Ospedaliere e le Fondazioni che per le ASL.

In fase di prima applicazione si ritiene che le aziende dovranno evidenziare in apposita sezione della relazione al BPE 2011 i dati dei soli indicatori di tipo economico analizzando l'andamento a partire dai dati del Bilancio consuntivo 2009 e utilizzando poi i dati dell'anno 2010 IV trimestre e del Bilancio preventivo 2011.

Relativamente agli indicatori patrimoniali si rimanda al monitoraggio in corso d'anno successivamente alla definizione delle verifiche ex art. 12 L.R. 33/2009 e alla presentazione del Bilancio di esercizio 2010.

Per le modalità di calcolo degli indicatori si precisa quanto segue :

AO/Fondazioni :

**Costi del personale** : sarà valorizzato dal costo del personale strutturato come da Modello A (evidenziando le singole gestioni e il totale) e dal costo relativo ai contratti atipici ( righe di bilancio : prestazioni lavoro interinale, collaborazioni coordinate e continuative);

**Ricavi della gestione caratteristica** : sarà valorizzato dal totale del Valore della produzione al netto dei costi capitalizzati e dell'eventuale contributo PSSR;

**Costi per beni e servizi** : sarà valorizzato dalla somma dei valori di Conto economico (1 acquisti di beni, 2 acquisti di servizi, 3 manutenzione e riparazioni, 4 godimento di beni di terzi, 9 oneri diversi di gestione); a fianco a tale indicatore la relazione dovrà evidenziare il calcolo del dettaglio rappresentato dalle seguenti voci sempre rapportate ai ricavi della gestione caratteristica : Acquisti di beni sanitari (separando Farmaci, Presidi, Materiali diagnostici e materiali protesici), Acquisti di beni non sanitari, Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie, Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria, Servizi non sanitari, Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro non sanitarie, Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata), Godimento di beni di terzi;

**Costi caratteristici** : sarà valorizzato dalla somma dei costi della produzione, oneri finanziari e imposte e tasse;

**Totale costi al netto ammortamenti sterilizzati** : sarà valorizzato dal totale complessivo dei costi al netto dei costi capitalizzati, in quadratura alla scheda SK.

ASL

Si precisa che il numero di cittadini assistiti deve essere definito nel seguente modo : assistiti lombardi iscritti alle anagrafiche ASL (NAR) in possesso della CRS

**Costi del personale** : sarà valorizzato dal costo del personale strutturato come da Modello A (evidenziando le singole gestioni e il totale) e dal costo relativo ai contratti atipici ( righe di bilancio : prestazioni lavoro interinale, collaborazioni coordinate e continuative);

**Costi per beni e servizi** : sarà valorizzato dalla somma dei valori di Conto economico (1 acquisti di beni, 2 acquisti di servizi, 3 manutenzione e riparazioni, 4 godimento di beni di terzi, 9 oneri diversi di gestione); a fianco a tale indicatore la relazione dovrà evidenziare il calcolo del dettaglio rappresentato dalle prestazioni sanitarie e non sanitarie divise tra strutture pubbliche e private come da schema di conto economico (voci b2a, b2b, b2c, b2d), nonché dai servizi della medicina di base, dagli acquisti di servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale, dagli acquisti di servizi sanitari per assistenza ospedaliera, dagli acquisti di beni sanitari, dagli acquisti di beni non sanitari, dai servizi non sanitari, dalla manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)e dal godimento di beni di terzi;

**Costi di assistenza protesica** : sarà valorizzato come la somma delle voci della SK relative all'assistenza protesica in convenzione e non ;

**Costi per assistenza sanitaria fuori regione** : sarà valorizzato dalla somma delle voci di bilancio relative alle prestazioni usufruite da cittadini della ASL in strutture fuori regione sia in compensazione tramite la regione che a carico diretto della ASL;

**Costi per assistenza sanitaria all'estero** : sarà valorizzato dalla somma delle voci di bilancio relative alle prestazioni usufruite, in regime autorizzatorio, da cittadini della ASL in strutture estere;

**Percentuale farmaci generici** : si vedano le modalità in uso per i farmaci equivalenti come declinate nell'allegato 8 della DGR 937/2010;

**Costi per assistenza farmaceutica territoriale** : sarà valorizzato come la somma delle voci della SK relative all'assistenza farmaceutica ;

## Premialità

Nelle schede di assegnazione per l'anno 2011 sarà evidenziata come indicato nella DGR n. 937/2010 la quota di premialità.

Tale quota non potrà essere contabilizzata in sede di definizione del Bilancio preventivo 2011.

La contabilizzazione avverrà a partire dal CET del III trimestre 2011 a seguito di specifica verifica favorevole da parte degli uffici della Direzione Generale sanità in relazione ai seguenti indicatori :

**Tempi di pagamento** : rispetto dei tempi fissati in 90 giorni nella prima parte dell'anno; avvio delle procedure definite dal GDL del Fondo Socio sanitario al fine di corrispondere l'obiettivo di pagamenti a 60 entro il 31 12 2011 come previsto dal collegato ordinamento approvato da parte del Consiglio Regionale.

**Indicatori relativi al personale** : per le AO/Fondazioni dovrà essere mantenuto/migliorato il rapporto tra costo del personale e le entrate aziendali secondo le modalità definite in sede di approvazione dei fabbisogni e dei piani assunzioni; per le ASL dovrà essere mantenuto/migliorato il rapporto tra costo del personale e assistiti secondo le modalità definite in sede di approvazione dei fabbisogni e dei piani assunzioni.

**Rispetto della tempistica e delle modalità dei flussi informativi delle prestazioni sanitarie** : non più del 1% di record 28/san inviati in ritardo di due mesi oltre la scadenza prevista; nessun ritardo oltre le scadenze previste per l'invio delle SDO; per il Day Hospital chiusura omogenea sui 4 trimestri dell'anno : il peso dell'ultimo trimestre non può essere superiore del 10% rispetto alla media degli altri trimestri.

### **Rapporti con il Collegio Sindacale**

Come previsto dalla DGR 937/2010 tutte le Aziende sanitarie dovranno procedere entro il mese di gennaio 2011 all'adozione di un provvedimento che definisca e precisi, nel rispetto della normativa vigente, le modalità di trasmissione formale e sottoposizione al parere del Collegio Sindacale dei provvedimenti aziendali adottati dagli Organi Aziendali o dai Dirigenti in forza di delega. Tale provvedimento dovrà essere inoltrato alla scrivente Direzione entro il 15 febbraio 2011.

### **Disposizioni in ordine al trattamento contabile degli oneri di degenza STP (onere 9) :**

Con specifica nota saranno a breve fornite indicazioni relativamente alle degenze di cittadini stranieri STP. Nella nota saranno definite le modalità di rilevazione e le azioni da attivare al fine di una ricognizione di tutti gli anni fino all'esercizio 2010 e delle attività a regime per l'anno 2011 come previste dalla DGR n. 937/2010.

**Verifica attuazione comma 11 art. 12 LR n. 33/2009** : si ribadisce quanto contenuto nella DGR n. 937/2010 con particolare riferimento al rispetto dei tempi e delle modalità definite nel disposto normativo e nella DGR n. 10803/2009. In particolare si rimarca che la verifica da concludere entro 90 giorni dovrà essere recepita con atto formale del nuovo Direttore Generale.

### **B) Indicazioni specifiche per le Aziende Sanitarie Locali**

I Bilanci inviati al controllo della Giunta regionale dovranno contenere una specifica relazione accompagnatoria che in modo analitico e puntuale riporti la dinamica dei costi, ivi compresi quelli del personale, e ne commenti puntualmente le metodologie e i criteri di formazione.

Tale relazione, che quindi rivestirà fondamentale importanza nell'atto di approvazione del Bilancio Preventivo 2011, dovrà essere comprensiva di tutte le informazioni necessarie e in particolare:

in materia di ricavi :

- Contributi da regione: dovranno essere citati i provvedimenti di assegnazione; facendo tesoro delle indicazioni e osservazioni emerse in sede di istruttoria dei Bilanci di esercizio 2009 si segnala che particolare attenzione sarà posta sulla verifica di tali voci; in caso di mancanza di elementi valutativi oggettivi l'istruttoria sarà interrotta;
- Contributi vincolati da altri enti pubblici e da soggetti privati: dovranno essere citati i provvedimenti o le note di assegnazione;

in materia di costi :

- per gli acquisti di prestazioni sanitarie (consumi di ricoveri, specialistica, farmaceutica territoriale, protesica, file F, psichiatria, Neuropsichiatria infantile, screening.....) e per gli altri costi : dovranno essere seguite le specifiche indicazioni contenute nei decreti di assegnazione in corso di predisposizione;

Ai fini della redazione del bilancio preventivo dovranno essere puntualmente rispettati gli indirizzi circa la corretta allocazione di costi e ricavi nelle idonee righe di bilancio.

Ai fini della approvazione con i medesimi percorsi dei Bilanci preventivi delle Aziende Ospedaliere/Fondazioni le ASL dovranno garantire alle AO/Fondazioni IRCCS del proprio territorio, la validazione di quanto indicato dalle Aziende stesse in materia di ricavi per prestazioni sanitarie sia a contratto che regolamentate da accordi/convenzioni dirette.

Con successivo decreto sarà inoltrata alle ASL apposita scheda nella quale sono riepilogati i dati utili alla redazione del Bilancio Preventivo.

## **Ricavi**

**Finanziamento di parte corrente basato sui costi standard territoriali:** ai sensi di quanto contenuto nella DGR n. 937 del 1 dicembre 2010, con apposito decreto, sarà trasmesso alle ASL il valore della propria quota di finanziamento 2011.

Tale finanziamento in aggiunta alle funzioni e alle entrate proprie aziendali dovrà garantire la predisposizione del Bilancio preventivo 2011 in equilibrio economico.

Nell'ambito del finanziamento di parte corrente basato sui costi standard territoriali sono assegnate le risorse necessarie, secondo le regole definite, al mantenimento e/o allo sviluppo dei Livelli Essenziali di Assistenza, nonché le risorse per tutte le prestazioni sanitarie, nonché per tutti i costi dei fattori produttivi utilizzati dalle ASL per l'erogazione dei propri servizi.

## **Area delle prestazioni**

Per le prestazioni sanitarie soggette a contratto, quali **Ricoveri, Ambulatoriale, Psichiatria, Neuropsichiatria, Screening e file F** , le ASL dovranno ai fini della redazione del proprio bilancio seguire le specifiche indicazioni della Direzione Generale Sanità contenute nel decreto di assegnazione, con particolare attenzione alla separazione pubblico/privato sulla base dei dati storici.

**Farmaceutica territoriale (comprensiva di doppio canale e primo ciclo) :** le ASL sono tenute a seguire gli specifici indirizzi in materia contenuti nei decreti di assegnazione, Si ribadisce che gli eventuali risparmi dovuti ad effetti di norme nazionali o regionali sono da considerare indisponibili.

Le ASL sono direttamente coinvolte nella responsabilità del rispetto a livello regionale del tetto definito nella normativa vigente che prevede l'incidenza della spesa farmaceutica territoriale sulla spesa regionale.

Inoltre si richiama quanto disposto nell'allegato 8 della DGR n. 937/2010 e precisato più oltre nella presente circolare.

#### **Protesica e assistenza integrativa:**

Si richiama quanto disposto nell'allegato 8 della DGR n. 937/2010 e precisato più oltre nella presente circolare.

#### **Mobilità passiva**

Come previsto dalla richiamata DGR dal 2011 le ASL saranno misurate anche in relazione al rispetto dei criteri di appropriatezza e al contenimento dei costi con riferimento all'andamento delle prestazioni sanitarie usufruite dai loro cittadini in altre regioni italiane (mobilità passiva extraregionale in compensazione e non in compensazione) nonché all'estero (mobilità internazionale). Si richiamano in proposito i criteri di pagamento in acconto definiti con la medesima deliberazione della Giunta Regionale e si rimarca la necessaria attenzione ai flussi informativi in essere.

#### **Altre indicazioni**

Ai sensi della normativa vigente il bilancio preventivo deve garantire l'equilibrio economico finanziario.

Si ritiene assolutamente indispensabile, come peraltro già più volte ribadito, la necessità di garantire la "circolarizzazione" delle informazioni tra ASL, relativamente sia alle prestazioni erogate dalle strutture ubicate sul territorio di competenza per cittadini residenti in altre ASL che le informazioni utili derivanti dai contratti di prestazioni.

- **Prestazioni sanitarie e non sanitarie relative ad accordi diretti con altre aziende pubbliche (intercompany):** anche tali prestazioni devono essere oggetto di previsione concordata con gli erogatori di riferimento; presupposto fondamentale, come peraltro ribadito nella delibera delle regole, è la perfetta quadratura tra i soggetti interessati di tali poste. Sarà pertanto necessario acquisire in allegato al documento di bilancio la validazione sulla piena corrispondenza.
- **Finanziamenti vincolati:** per tali finanziamenti le Aziende dovranno documentare con i relativi provvedimenti formali l'effettiva assegnazione facendo attenzione alla corretta classificazione delle poste di bilancio distinguendo la natura pubblico/privato. In particolare per le attività connesse alla realizzazione dei piani di sviluppo regionali che non si traducono in prestazioni le Aziende dovranno acquisire idonei provvedimenti regionali di assegnazione delle risorse.



**Risorse aggiuntive regionali:** sia per il personale dipendente del comparto e della dirigenza che per gli MMG e PLS nei decreti di assegnazione saranno forniti le necessarie indicazioni contabili

Si ricorda che, ai sensi della DGR n. 937 del 1 dicembre 2010, il finanziamento avverrà tramite contributo pari al 75% del valore complessivo.

### C) Indicazioni specifiche per le Aziende Ospedaliere e le Fondazioni IRCCS

I Bilanci inviati al controllo della Giunta regionale dovranno contenere una specifica relazione accompagnatoria che in modo analitico e puntuale riporti la dinamica dei costi, ivi compresi quelli del personale, e ne commenti puntualmente le metodologie e i criteri di formazione.

Tale relazione, che quindi rivestirà fondamentale importanza nell'atto di approvazione del Bilancio Preventivo 2011, dovrà inoltre chiarire in particolare i seguenti punti :

1. definire i ricavi per le prestazioni a contratto, per le prestazioni extra budget e per le prestazioni regolamentate da accordi/convenzioni dirette in coerenza con quanto definito nei decreti di assegnazione. Per le prestazioni sanitarie erogate a cittadini stranieri le AO/Fondazioni dovranno accertarsi dell'effettiva esigibilità del credito e acquisire una preventiva validazione da parte della ASL di riferimento. Si precisa inoltre che nei flussi informativi relativi alle prestazioni di ricovero e cura e di specialistica ambulatoriale effettuate a favore di pazienti temporaneamente iscritti al servizio sanitario lombardo con assegnato un MMG o PLS i soggetti erogatori dovranno aver cura di attribuire la corretta residenza (extraregionale) evitando di segnalare erroneamente il comune lombardo di domicilio, permettendo così alle Regione di mettere queste prestazioni in mobilità interregionale fatturandole alle Regioni di effettiva residenza che per questi pazienti percepiscono la quota capitaria
  2. Contributi da regione : dovranno essere citati i provvedimenti di assegnazione; facendo tesoro delle indicazioni e osservazioni emerse in sede di istruttoria dei Bilanci di esercizio 2009 si segnala che particolare attenzione sarà posta sulla verifica di tali voci; in caso di mancanza di elementi valutativi oggettivi l'istruttoria sarà interrotta; in tale tipologia rientrano anche le quote riconosciute per l'erogazione dei servizi utili al SISS;
  3. Contributi vincolati da altri enti pubblici e da soggetti privati: dovranno essere citati i provvedimenti o le note di assegnazione;
- **Farmaceutica ospedaliera:** si richiama quanto disposto nell'allegato n. 8 alla DGR 937/2010 e precisato più oltre nella presente circolare.

Ai fini della redazione del bilancio preventivo dovranno essere puntualmente rispettati gli indirizzi circa la corretta allocazione di costi e ricavi nelle idonee righe di bilancio.

Ai sensi della normativa vigente il bilancio preventivo deve garantire l'equilibrio economico finanziario.

Inoltre si ritiene assolutamente indispensabile, come peraltro già più volte ribadito, la necessità di garantire la "circolarizzazione" delle informazioni tra asl, relativamente sia alle prestazioni erogate dalle strutture ubicate sul territorio di competenza per cittadini residenti in altre asl che le informazioni utili derivanti dai contratti di prestazioni.

- **Prestazioni sanitarie e non sanitarie relative ad accordi diretti con altre aziende pubbliche (intercompany):** anche tali prestazioni devono essere oggetto di previsione concordata con gli erogatori di riferimento; presupposto fondamentale, come peraltro ribadito nella delibera delle regole, è la perfetta quadratura tra i soggetti interessati di tali poste. Sarà pertanto necessario acquisire in allegato al documento di bilancio l'avallo sulla piena corrispondenza.
- **Finanziamenti vincolati:** per tali finanziamenti le Aziende dovranno documentare con i relativi provvedimenti formali l'effettiva assegnazione facendo attenzione alla corretta classificazione delle poste di bilancio distinguendo la natura pubblico/privato. In particolare per le attività connesse alla realizzazione dei piani di sviluppo regionali che non si traducono in prestazioni le Aziende dovranno acquisire idonei provvedimenti regionali di assegnazione delle risorse.
- **Oneri finanziari :** le Aziende, per l'anno 2011, sono tenute a quantificare gli oneri finanziari, derivanti dall'accesso all'anticipazione di tesoreria, in misura idonea a garantire il contenimento dell'esposizione debitoria e al mantenimento dei tempi di pagamento dei fornitori in linea con quanto definito dalla Giunta Regionale.

#### **Risorse aggiuntive regionali:**

sia per il personale dipendente del comparto che della dirigenza nei decreti di assegnazione saranno fornite le necessarie indicazioni contabili

Si ricorda che, ai sensi della DGR delle regole 2011, il finanziamento avverrà tramite contributo pari al 75% del valore complessivo.

#### D) Indicazioni per l'AREU

Ai sensi della normativa vigente il bilancio preventivo deve garantire l'equilibrio economico finanziario.

Ai fini della approvazione con i medesimi percorsi dei Bilanci preventivi delle Aziende Ospedaliere/Fondazioni Areu dovrà garantire alle AO/Fondazioni IRCCS la validazione di quanto indicato dalle Aziende stesse in materia di ricavi per funzioni di 118.

L'Areu è tenuta a erogare il corrispettivo previsto dalle convenzioni stipulate alle singole Aziende sanitarie convenzionate.

Evidentemente anche per quanto riguarda i flussi e le rendicontazioni di tipo finanziario l'Areu è tenuta al rispetto degli obiettivi di sistema sanitario regionale.

Nella predisposizione del Bilancio preventivo economico 2011 Areu dovrà prevedere la presa in carico degli oneri relativi all'attività del CRCC svolte fino al 2010 dall'Azienda Ospedaliera di Varese nonché la messa a regime del trasporto organi e tessuti già in carico alla Fondazione IRCCS Cà Granda.

#### E) Investimenti autofinanziati :

Anche per il 2011 al fine del rispetto degli equilibri complessivi del sistema regionale si ribadisce che gli oneri economici, finanziari e di cassa (che vanno migliorati) devono trovare copertura all'interno dell'equilibrio economico finanziario dell'azienda.

Per tale motivo la priorità in tali investimenti deve essere data agli interventi per messa a norma e sicurezza.

Si ribadisce che i limiti massimi di autofinanziamento sono stabiliti nel 1,5% per le Aziende Ospedaliere e per le Fondazioni e per lo 0,10 % per le ASL, calcolati come già definito per l'anno 2009.

Per il 2011 l'Areu potrà fare riferimento al limite del 1,5% delle assegnazioni, in relazione all'ammodernamento dei mezzi 118.

**Ai fini del mantenimento dell'equilibrio finanziario si ricorda che la DGR n. 937/2010 ha disposto che a decorrere dall'esercizio 2011 la quota di ammortamento per gli interventi su immobili è fissata al 6,5% annuo.**

L'utilizzo delle risorse di cui ai limiti sopra detti è possibile previa presentazione alla Direzione Generale Sanità da parte delle Aziende di un piano annuale di interventi che, nel rispetto dei limiti sopra definiti, tenga conto oltre che degli impegni in termini di Stato Patrimoniale e di Conto Economico anche dei flussi di cassa connessi.

In particolare, si chiarisce che nel Piano, con iter di controllo separato rispetto al Bilancio preventivo 2011, dovrà presentare in modo sintetico gli interventi previsti sotto il profilo degli impatti economico-finanziari tenendo conto della situazione di partenza aziendale al 31/12/2010 in termini di investimenti effettuati negli anni precedenti. Tali investimenti dovranno essere separati tra investimenti finanziati con specifici contributi e investimenti finanziati con risorse di Bilancio evidenziando le diverse categorie di investimento a seconda della classe di ammortamento utilizzata in sede di contabilizzazione a Bilancio.

Lo schema dovrà evidenziare anche il rientro finanziario previsto.

- **Gli acquisti delle Aziende Sanitarie: linee di indirizzo (Allegato 3)**

Relativamente agli acquisti delle Aziende Sanitarie si rimanda al contenuto della DGR n. 937 del 1 dicembre 2010 sottolineando alcune particolarità.

Si richiama l'attenzione dei Direttori Generali di ASL, AO, Fondazioni e Areu in relazione alla necessità di massimizzare le sinergie per il contenimento dei consumi e della spesa per farmaci ospedalieri al fine del rispetto dei tetti definiti dalla normativa nazionale, anche con procedure consorziate tenendo conto degli esiti delle gare gestite in materia dalla Centrale Acquisti Regionale.

Si richiama altresì la necessità di coordinare l'attività aziendale con le iniziative in corso o in programma da parte della Centrale acquisti regionale e alle funzioni della piattaforma Sintel.

Con particolare riferimento alle iniziative attivate dalla Centrale Acquisti si sottolinea che, ai sensi della citata DGR n. 937/2010, le Aziende sanitarie sono tenute in via prioritaria ad aderire a tali iniziative. Nel caso dell'attivazione di procedure di acquisto autonome le Aziende sanitarie sono tenute a dare evidenza del fatto che tali procedure si configurano come più vantaggiose dal punto di vista economico e/o gestionale rispetto all'adesione ai contratti e/ o convenzioni attivate dalla Centrale Acquisti regionale.

Relativamente alla relazione in materia di logistica ospedaliera si anticipa che sono in corso di predisposizione specifiche linee guida al fine di rendere più agevole il confronto e l'analisi della documentazione. Tali indirizzi saranno emanati con specifica nota entro il mese di gennaio 2011.

- **Piani e programmi di sviluppo (Allegato 4)**

Piano regionale sangue

L'attenta programmazione finalizzata al mantenimento e al perseguimento dell'autosufficienza di sangue, emocomponenti ed emoderivati, attraverso il lavoro in sinergia di tutti gli operatori direttamente coinvolti nel processo di donazione/trasfusione - istituzioni, operatori sanitari, associazioni di volontariato - sta garantendo alla nostra Regione piena autonomia a supporto delle attività delle strutture sanitarie. Si richiama la necessità di promuovere e porre in essere tutte le azioni per il mantenimento dell'autosufficienza di sangue ed emocomponenti e del costante processo di miglioramento delle attività trasfusionali in grado di garantire qualità, sicurezza dei prodotti ed appropriatezza delle prestazioni.

Nel corso del 2011 proseguirà il monitoraggio dei progetti avviati nel 2009 e 2010; il finanziamento di specifici progetti per il Piano Sangue 2011 è previsto nell'ambito dei progetti indipendenti di ricerca, e sarà finalizzato a introdurre elementi di miglioramento in tutto il sistema trasfusionale, dalla donazione alla trasfusione.

Piano Cardio Cerebro Vascolare

Area critica

La Direzione Generale Sanità con Decreto n. 10446 del 15/10/2009 "Determinazioni in merito alla Rete per il trattamento dei pazienti con infarto miocardico con tratto ST elevato (STEMI)" ha indicato le linee operative per la costituzione di una rete regionale per il trattamento dell'infarto miocardico acuto. L'adesione delle Strutture all'Archivio regionale SCA è stata promossa con nota n. H1.2010.0015205 del 23 aprile 2010, e la raccolta dati, attuata nel corso del 2010, ha consentito di apportare opportuni correttivi migliorativi al sistema. Nel corso del 2011 le attività saranno indirizzate alla stesura, in accordo con ACEU/AREU, di protocolli locali integrati e ad ottimizzare le attività nei confronti dei pazienti con STEMI. Particolare attenzione sarà posta all'estensione progressiva del Registro Regionale STEMI, in collaborazione con Lombardia Informatica. Si invitano le Strutture che aderiscono all'Archivio regionale SCA a proseguire nell'inserimento delle informazioni.

Si invitano, inoltre, le Strutture che ancora non aderiscono all'Archivio regionale SCA a comunicare i seguenti dati:

- Codice Ospedale, Codice Presidio, Codice U.O. dei medici compilatori (come da SDO);
- Nome e Cognome dei medici autorizzati alla compilazione del registro con Codice Fiscale, recapiti telefonici ed email.

La comunicazione sarà effettuata ai seguenti indirizzi

Ing. Morena Valzano

morena.valzano@cnt.lispa.it

Dr. Giancarlo Fontana

giancarlo\_fontana@regionelombardia.it

### Prelievi e Trapianti

La DGR 937/2010 ribadisce l'importanza del sistema di donazione – trapianto nel SSR, confermando e ampliando alcune indicazioni già messe in atto negli anni scorsi.

In particolare, viene ribadito il vincolo di utilizzo dei finanziamenti alle AO/IRCCS per le attività di prelievo: l'attestazione della finalizzazione delle somme ricevute dovrà essere fornita nell'ambito degli incontri di audit con i Coordinamenti locali per il prelievo, che sono programmati anche per l'anno 2011.

E' parimenti confermata la necessità di definire un budget dedicato e di prevedere forme di incentivazione di risultato, legate a programmi locali di miglioramento quali-quantitativo dei prelievi di organi e tessuti.

Dopo la progressiva implementazione del programma Donor Action, avvenuta nel corso del 2010, l'applicazione e l'uso di questo programma per il monitoraggio delle morti cerebrali nelle U.O. di Rianimazione, diventa operativo nel 2011 e costituisce un debito informativo. Per l'anno 2011 sarà necessario un costante monitoraggio della compilazione del programma da parte delle Direzioni Sanitarie, per assicurare un tempestivo intervento nel caso di mancate o incomplete compilazioni. Le AO devono, inoltre, trasmettere alla DG Sanità un prospetto mensile dei dati raccolti e verificati nella loro completezza e congruità con i dati provenienti dai sistemi informatici ospedalieri, da inviare entro il 15 del mese successivo al mese a cui si riferiscono i dati, trasmettendolo via posta elettronica all'indirizzo: [marina\\_morgutti@regione.lombardia.it](mailto:marina_morgutti@regione.lombardia.it)

Prosegue anche per il 2100 il programma di formazione del personale sanitario sulla medicina della donazione. Dopo i corsi tenutisi nel 2010 e rivolti ai medici delle U.O. di Rianimazione, viene richiesto alle AO di identificare, in base alle proprie caratteristiche, le U.O. principalmente coinvolte nel processo di donazione e prelievo dei tessuti, e di programmare, nell'ambito del triennio, la formazione del personale medico coinvolto. A titolo esemplificativo, ma certamente non esaustivo, si ritiene che le U.O. coinvolte prioritariamente, siano le U.O. di Pronto Soccorso - Medicina d'Urgenza, le U.O. dell'area medica (medicina generale, pneumologia, neurologia/stroke unit, oncologia, gastroenterologia, endocrinologia, riabilitazione, cure palliative, ecc.) per quanto riguarda il prelievo di cornee, le U.O. di Ortopedia e traumatologia per il tessuto muscolo scheletrico e le U.O. di Ostetricia per il sangue cordonale.

La DG Sanità e IReF garantiranno ai Coordinatori Locali del Prelievo e ai Responsabili del Prelievo, il necessario supporto didattico e organizzativo per l'adeguata preparazione dei corsi, per la cui programmazione andrà assicurata, per gli aspetti di competenza, la consueta collaborazione da parte degli Uffici Formazione e delle Direzioni Mediche.

Per quanto riguarda le ASL, la formazione specifica sulla donazione/trapianto per i MMG e i PLS, andrà parimenti programmata su base triennale.

L'informazione ai cittadini attraverso il web, può essere assicurata o da una sezione dedicata all'interno del sito aziendale, adeguatamente evidenziata nella home page, o attraverso un link alla "sezione trapianti" del sito della DG Sanità. E' opportuna, inoltre, un'adeguata identificazione del referente trapianti, e/o una chiara indicazione della sede dove registrare le dichiarazioni di volontà di donazione.

### Rete delle Cure Palliative Pediatriche (CPP)

Le Cure palliative pediatriche rappresentano un'importante risposta ai minori che si trovano in particolari condizioni di malattia inguaribile e/o terminale.

In attuazione dell'Accordo tra lo Stato e le Regioni del 27 giugno 2007 ed al successivo del 20 marzo 2008 che approvava il Documento tecnico sulle cure palliative pediatriche, è stata emanata la D.g.r. n.VIII/11085 del 27 gennaio 2010, "*Determinazioni in merito alla rete delle cure palliative pediatriche della Regione Lombardia*" che definisce un modello organizzativo che privilegia, quale luogo di cura del bambino, il domicilio del piccolo paziente, ma che tiene conto anche della possibilità di provvedere ad un ricovero in ambiente dedicato e protetto, ove necessario, per venire incontro alle necessità del bambino e della sua famiglia, anche in ragione della provenienza da altre regioni, ovvero, per fare fronte a condizioni di assistenza difficili e disagiati a domicilio.

In tal senso, nel proseguire il percorso avviato nel 2010 volto allo sviluppo della rete per le CPP, si impegnano le ASL, le AO/IRCCS con particolare riferimento ai Centri di riferimento regionale per le CPP, ad attivare, con il pieno coinvolgimento di tutti gli attori interessati di cui alla d.g.r. n. VIII/11085/2010, protocolli organizzativi coerenti con gli indirizzi ivi contenuti e secondo le indicazioni che saranno fornite dalla DG Sanità.

### Formazione

Si precisa che nell'allegato 4 alla DGR IX/937 del 1.12. 2010 il paragrafo intitolato "*Formazione*" è stato inserito nel testo per mero errore materiale. Si conferma unicamente la vigenza del capoverso recante come titolo "*Formazione specialistica*".

### Comunicazione

Nel rispetto delle specificità di ogni Azienda e di ogni territorio, nel 2011 si perseguirà l'obiettivo della creazione di sempre più efficaci sinergie operative sulle attività di comunicazione, con una crescente integrazione di obiettivi e servizi trasversali. L'impegno di ogni soggetto del sistema deve tendere a una fattiva condivisione delle informazioni sulle attività e iniziative promosse per garantire una sempre più efficace azione di monitoraggio dei risultati di comunicazione raggiunti e un'adeguata copertura del territorio con un'informazione omogenea sui temi utili. A questo fine si orienterà l'azione di raccordo tra gli strumenti di comunicazione prodotti da Regione Lombardia e dagli enti del SSR, anche attraverso la realizzazione di progetti comuni e coordinati.

Nel 2011 è previsto, inoltre, che sia completato il processo di esposizione dei marchi "Sistema Sanitario Regione Lombardia" oltre che dei nuovi marchi delle ASL sui materiali e gli strumenti di contatto con il cittadino, offrendo a quest'ultimo la percezione dell'identità unitaria del sistema.

In materia si richiama quanto disposto dalla DGR n. 1151 del 29/12/2010 ad oggetto "**Determinazioni per i soggetti del Sistema Regionale di cui all'articolo 1 della L.R. 30/2006 per l'anno 2011**".

- **Le attività di prevenzione mediche e veterinarie delle ASL (Allegato 5)**

### Attività di prevenzione mediche

Si riportano di seguito esclusivamente gli obiettivi e/o relativi indicatori che necessitano di precisazioni per la loro realizzazione omogenea sul territorio regionale.

**Obiettivo: “Il Documento di Programmazione e coordinamento dei servizi sanitari e sociosanitari dovrà contenere “Il piano integrato locale degli interventi di promozione della salute” che sulla base di criteri di appropriatezza professionale (coerenza con i dati di contesto del territorio di riferimento, esistenza di prove di efficacia o in loro assenza il riferimento a “buone pratiche”, sostenibilità) ed organizzativa (integrazione ed intersettorialità) declina: obiettivi di salute , scala di priorità, indicatori di risultato misurabili anche in termini di guadagno di salute atteso.”**

Indicatore “Presenza del Piano integrato locale degli interventi di promozione della salute”: In riferimento alle attività afferenti all’ambito della promozione della salute si conferma in continuità con quanto indicato negli anni precedenti che il Piano Integrato Locale degli Interventi di Promozione della Salute, parte integrante del Documento di Programmazione Aziendale, deve dare evidenza di una programmazione che riconosca sia le diverse competenze espressione di tutti gli ambiti e strutture dell’ASL, sia ruoli e responsabilità – attivati mediante processi partecipati - dei diversi soggetti della comunità (Comuni, Istituzioni, Enti, Volontariato, Associazionismo, ecc.). che concorrono ai risultati.

**Obiettivo “Attuazione di interventi per la promozione di attività motoria e corrette abitudini alimentari al fine di ridurre l’incidenza di patologie cronico-degenerative.”**

Indicatore “Adottare il progetto “scale per la salute” nelle sedi/presidi della ASL”: entro il 31 gennaio saranno fornite indicazioni per l’attuazione del progetto.

Indicatore “Incrementare/avviare piedibus e gruppi di cammino”: si rammenta che in questi ambiti il ruolo dell’ASL è prevalentemente di promozione, supporto/coordinamento tecnico – scientifico ai soggetti del territorio variamente titolati alla attivazione e stabilizzazione delle iniziative.

**Obiettivo “Riduzione di fattori di rischio quali obesità, sedentarietà, tabagismo in gruppi di popolazione adulta con particolare riferimento al tabagismo nel target femminile”**

Indicatore “Almeno 1 programma di promozione di stili di vita salubri presso una struttura produttiva/di servizio di medie dimensioni con quota significativa di lavoratrici”: per il perseguimento dell’obiettivo è necessario che le strutture aziendali prioritariamente deputate all’attività di programmazione nell’ambito della promozione della salute, promuovano il coinvolgimento di PSAL, UOOML, Medici Competenti.

Indicatore “Realizzazione d’intesa con soggetti sanitari del territorio di almeno 1 programma di comunicazione (counselling breve, ecc.) su stili di vita salutari e cessazione dell’abitudine al fumo nell’ambito di percorsi di screening in essere e/ o percorsi nascita”: entro il 31 gennaio saranno fornite indicazioni sullo strumento “counselling motivazionale breve” necessario all’attuazione del progetto.

Per le attività di cui al Piano di Promozione della Salute sono previste risorse aggiuntive di provenienza nazionale che verranno assegnate sulla base della presenza dei criteri di programmazione sopra citati ed al monitoraggio in itinere dei processi intrapresi che avverrà con modalità che verranno successivamente indicate.



**Obiettivo “Coperture elevate delle vaccinazioni per difterite, tetano, poliomielite, epatite B, pertosse, morbillo, parotite, rosolia, malattia invasiva da HIB e completezza delle anagrafi vaccinali”**

Le indicazioni per assolvere il debito informativo verso la UO Governo della Prevenzione e Tutela sanitaria sono contenute nella nota prot. H1.2010.41139 del 20/12/10

**Obiettivo “Mantenere l'azione di controllo e vigilanza sulla qualità delle acque destinate al consumo umano attraverso la verifica dei sistemi di controlli interno degli impianti di acquedotto a prosecuzione dell'azione avviata nel 2010, con identificazione delle situazioni di criticità e percorso di miglioramento condiviso tra gestori e l'ASL”**

Indicatore “Effettuazione delle verifiche sulle strutture non controllate nell'anno precedente”: è riferito alla conclusione delle verifiche (piani di controllo interno dei gestori) di cui all'analogo obiettivo contenuto nelle regole 2010.

Indicatore “Evidenza di raccordo con gestori e valutazione dei percorsi di miglioramento delle situazioni di criticità identificate”: si concretizza nella predisposizione, e invio alla UO Governo della Prevenzione e Tutela sanitaria, di un report contenente l'esito delle verifiche di cui al precedente indicatore, le criticità rilevate e i percorsi di miglioramento positivamente valutati.

**Obiettivo “Promozione dell'applicazione nelle aziende delle linee di indirizzo e vademecum decretati in materia di sicurezza e salute nei luoghi di lavoro e verifica della loro efficacia in coerenza con le indicazioni della Commissione consultiva permanente art 6 D.Lgs. 81/2008”**

Le linee di indirizzo e vademecum di cui è chiesto alle ASL un'attiva promozione, al fine dell'adozione delle stesse da parte delle aziende che insistono sul territorio di competenza, sono quelle elaborate dai Laboratori attivati dal Piano Prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro 2008-2010, successivamente validati dalla Cabina di regia e approvati con decreto del Direttore Generale della Sanità.

L'ASL sceglie quali linee/vademecum promuovere coerentemente ai settori, ai comparti ed ai rischi che la Programmazione locale ha individuati prioritari e ne dà evidenza nel Documento di Programmazione Aziendale. Per promozione si intende la realizzazione di iniziative di divulgazione, di campagne/eventi di informazione, formazione ed assistenza condotte in collaborazione con le associazioni datoriali e sindacali e con le Istituzioni, utili alla diffusione delle citate linee di indirizzo; questa tipologia di attività costituisce “controllo” ed è rilevata in Impres@ alla voce “audit”.

L'obiettivo è raggiunto quando l'ASL trasmette, entro il 31 dicembre 2011 alla UO Governo della Prevenzione e Tutela sanitaria documentazione tecnica comprovante l'adozione efficace da parte di almeno un'azienda sita nel territorio di competenza di almeno una delle linee guida/vademecum di seguito elencate; è altresì riconosciuta ai fini del raggiungimento dell'obiettivo la promozione della Guida per il settore metalmeccanica, prodotta dal relativo Laboratorio e sottoposta al giudizio del Comitato Regionale di Coordinamento art. 7 DLgs 81/08 e della Direzione Regionale INAIL Lombardia.

Laboratorio	Estremi provvedimento	Linee guida/indirizzi operativi
Agricoltura	ddg n. 120 del 14 gennaio 09	“Linea operativa gestione parco macchine” per il contenimento degli eventi infortunistici nel comparto agricolo
	ddg n. 3959 del 20 aprile 2009	Linee guida per la sorveglianza sanitaria in agricoltura
	ddg 5368 del 29 maggio 2009	Linee guida integrate in edilizia rurale e zootecnia
	ddg 4580 del 29 aprile 2010	Buona pratica utilizzo fitofarmaci in agricoltura



Costruzioni	ddg n. 119 del 14 gennaio 2009	“Disposizioni concernenti la prevenzione dei rischi di caduta dall’alto” per il contenimento degli eventi infortunistici nel comparto edile
	ddg n. 126 del 14 gennaio 2009	“Linee guida per la movimentazione in quota, all’interno dei cantieri temporanei e mobili, di pallet attraverso l’uso di forche” per il contenimento degli eventi infortunistici nel comparto edile
Patologie muscolo scheletriche connesse con movimenti e sforzi ripetuti degli arti superiori	ddg n. 848 del 3 febbraio 2009	Criteri per l’individuazione di “buone pratiche” in relazione alla prevenzione delle patologie muscolo scheletriche connesse con movimenti e sforzi ripetuti degli arti superiori
	ddg n. 3959 del 20 aprile 2009	Linee guida regionali per la prevenzione delle patologie muscolo scheletriche connesse con movimenti e sforzi ripetuti degli arti superiori – edizione aggiornata 2009
	ddg n. 5547 del 4 giugno 2009	Indirizzi operativi ai servizi PSAL delle ASL e alle UOOML delle A.O. finalizzati alla prevenzione delle patologie muscolo scheletriche connesse con movimenti e sforzi ripetuti degli arti superiori
Metallemeccanica	ddg n. 12830 del 30 novembre 2009	Criteri e metodi per l’analisi del contesto produttivo e di rischio nel settore della metallemeccanica
Ruolo del Servizio di Prevenzione e Protezione nel comparto Sanità	ddg n. 12831 del 30 novembre 2009	Requisiti minimi per l’applicazione di un sistema di gestione per la sicurezza e salute sul lavoro (SGSL) nelle strutture sanitarie
	ddg n. 14521 del 29 dicembre 2009	Linee di indirizzo per la redazione del documento unico di valutazione dei rischi da interferenza
Stress e Lavoro	ddg n. 13559 del 10 dicembre 2009	Indirizzi generali per la valutazione e gestione del rischio stress lavorativo alla luce dell’accordo europeo 8.10.2004
Tumori	ddg n.14219 del 21 dicembre 2009	Vademecum per il miglioramento della sicurezza e della salute nello stampaggio di plastica
	ddg n.8713 del 16 settembre 2009	Vademecum per il miglioramento della sicurezza e della salute con le polveri del legno
	ddg n.8715 del 16 settembre 2009	Vademecum per il miglioramento della sicurezza e della salute nello stampaggio della gomma

**Obiettivo: “Adozione da parte dei Comitati di Coordinamento provinciali ex art.7 DLgs 81/2008 del Piano triennale per la promozione della sicurezza nei luoghi di lavoro 2011-2013, in coerenza con il PRP e con le indicazioni del Comitato di Coordinamento Regionale”**

L’obiettivo è raggiunto:

- con la trasmissione, entro il 30 giugno 2011, alla UO Governo della Prevenzione e Tutela sanitaria di un verbale del Comitato di coordinamento provinciale che attesti la condivisione degli obiettivi del Piano e ne declini le azioni prioritarie, sulla base del contesto locale e dei bisogni espressi, anche in termini temporali;
- con la presentazione al Comitato di coordinamento regionale di una relazione sullo stato di attuazione degli obiettivi di piano ritenuti prioritari a livello territoriale.

**Obiettivo: “Adozione di protocolli di intervento da parte delle ASL comprendenti la rete di comunicazione ASL –AO - AREU e Protezione Civile”**

Le linee di indirizzo cui fa riferimento l’indicatore verranno emanate dalla UO Governo della Prevenzione e Tutela sanitaria entro il mese di aprile 2011.

**Obiettivo: “Programmazione e attuazione delle attività di controllo negli ambienti di vita e di lavoro, secondo i principi della graduazione del rischio e individuazione delle priorità e rendicontazione tramite sistema IMPreS@”**

Indicatore: “Effettuazione dei controlli, rispetto alla sicurezza nei luoghi di lavoro, su almeno il 5% delle imprese attive indicate nelle sezioni di attività economiche di Infocamere -2010”

Considerato che nel 2009 sono state sottoposte a controlli dalle ASL, ai fini della verifica della sicurezza e della tutela della salute dei lavoratori, più di 41.000 strutture/attività economiche, con una copertura del 5,1% delle imprese attive lombarde, ai fini del raggiungimento nel 2011 della copertura indicata deve essere garantito almeno il numero

di controlli effettuato nel 2009, considerando oltre a quelli effettuati dai Servizi PSAL e dai Servizi/UO Sicurezza e Impiantistica, anche quelli eventualmente svolti da altre strutture organizzative della ASL con la medesima finalità.

La data di riferimento per il calcolo del denominatore è il 31.12.2010.

Indicatore: "Effettuazione dei controlli, rispetto alla sicurezza nei luoghi di lavoro, su almeno il 10% delle imprese edili attive indicate nella sezione costruzioni di Infocamere - 2010"

Si precisa che i controlli sono riferiti ad imprese attive presenti nei cantieri al momento del sopralluogo (numeratore).

Al denominatore si pone il numero di imprese attive indicato nella sezione costruzioni di Infocamere al 31.12.2010.

I due indicatori garantiscono altresì il raggiungimento degli obiettivi previsti a livello nazionale dal Piano Nazionale Agricoltura e dal Piano Nazionale Costruzioni.

**Obiettivo "Definizione, nell'ambito del Comitato di Coordinamento provinciale ex art. 18 l.r. 16/99 e s.m.i. di un programma coordinato con ARPA e Amministrazione Provinciale di controlli sulle aziende che svolgono attività che impattano sull'ambiente"**

Questo obiettivo è raggiunto con invio entro il mese di marzo 2011 alla UO Governo della Prevenzione e Tutela sanitaria di un documento che evidenzia la programmazione coordinata per i controlli suddetti, la cui esecuzione per quanto di competenza della ASL verrà rilevata tramite Impres@.

Il report dell'attività svolta nel 2010 dovrà essere inviato a cura della ASL alla U.O. Governo della prevenzione e tutela sanitaria entro il 30 giugno 2011.

## PREVENZIONE VETERINARIA

### Programmazione delle attività

Al fine di assicurare il necessario collegamento della pianificazione delle attività aziendali con gli obiettivi declinati dal PRS, l'U.O. Veterinaria emanerà entro il 15 gennaio 2011 apposite indicazioni negli ambiti di programmazione di seguito rappresentati:

<b>AMBITO DI PROGRAMMAZIONE</b>
<i>Sicurezza degli alimenti di origine animale</i>
<i>Sanità e benessere animale</i>
<i>Mangimi ed alimenti zootecnici</i>
<i>Sottoprodotti di origine animale</i>
<i>Tutela sanitaria degli animali d'affezione e prevenzione del randagismo</i>

In tale contesto si sottolinea la necessità di garantire l'attuazione dei seguenti obiettivi:

- un approccio integrato tra le diverse articolazioni organizzative delle ASL;
- la condivisione degli obiettivi con gli stakeholders;
- l'attuazione di un piano della comunicazione delle attività programmate e dei risultati conseguiti.

Di seguito vengono fornite le indicazioni operative per l'attuazione delle Regole di sistema.

**1. Efficacia e qualità dei controlli nel settore della sicurezza alimentare; integrazione di sistema Regione – ASL - IZSLER:**

- 1.1 Attuazione in collaborazione con il gruppo regionale di audit di 12 controlli presso altrettanti laboratori privati iscritti nel registro regionale di cui alla dgr del 14 luglio 2010 n. 9/266, da parte delle ASL, nell'ambito del programma annuale predisposto dall'U.O. Veterinaria.
- 1.2 Le ASL, nell'ambito della pianificazione delle attività aziendali, attueranno almeno 12 controlli ufficiali in collaborazione con il personale dell'IZSLER, presso stabilimenti che presentano particolari criticità di carattere igienico-sanitario.
- 1.3 Piano integrato della prevenzione e dei controlli: la stesura del piano deve essere realizzata entro il 31/01/2011 sulla base delle indicazioni di cui alle circolari 32/SAN/2007, 19/SAN/2008 e 26/SAN/2009. A tal fine, si rende disponibile il documento regionale che declina l'analisi di contesto, sulla base dei dati epidemiologici e dei controlli effettuati.

**2. Attivazione di progetti innovativi**

La Regione intende qualificare e potenziare le attività nelle materie di competenza della sanità pubblica veterinaria attraverso il vincolo di una quota del fondo funzioni non tariffabili 2011 destinata ad incrementare la capacità dei Dipartimenti di Prevenzione Veterinari ad attivare progetti innovativi negli ambiti ritenuti prioritari a livello territoriale e in grado di determinare, in tale ambito, un incremento di almeno il 10% dell'attività di controllo ufficiale/interventi effettuati. Tale quota, per l'esercizio 2011 è pari a € 2.000.000,00, e verrà suddiviso tra i DPV secondo i seguenti importi massimi :

QUOTA FUNZIONI NON TARIFFABILI 2011	
ASL	IMPORTI
<b>ASL DI BERGAMO</b>	€ 195.000,00
<b>ASL DI BRESCIA</b>	€ 390.000,00
<b>ASL DI COMO</b>	€ 50.000,00
<b>ASL DI CREMONA</b>	€ 360.000,00
<b>ASL DI LECCO</b>	€ 50.000,00
<b>ASL DI LODI</b>	€ 155.000,00
<b>ASL DI MANTOVA</b>	€ 360.000,00
<b>ASL DI MILANO</b>	€ 50.000,00
<b>ASL MILANO 1</b>	€ 50.000,00
<b>ASL MILANO 2</b>	€ 50.000,00
<b>ASL MONZA BRIANZA</b>	€ 50.000,00
<b>ASL DI PAVIA</b>	€ 90.000,00
<b>ASL DI SONDRIO</b>	€ 50.000,00
<b>ASL DI VARESE</b>	€ 50.000,00
<b>ASL VALLECAMONICA</b>	€ 50.000,00
<b>TOTALE</b>	€ 2.000.000,00

I progetti innovativi possono essere elaborati da ciascuna ASL, nel rispetto della propria autonomia, sulla base delle risorse definite e delle priorità identificate nell'ambito della programmazione aziendale. I suddetti progetti dovranno essere declinati in via prioritaria nelle aree di intervento di seguito specificate:

<b>MACROAREE</b>
Governance del Dipartimento di Prevenzione Veterinario
Tutela sanitaria degli animali
Sicurezza alimentare
Igiene veterinaria

Sotto il profilo contabile gli importi definiti saranno considerati nei decreti di assegnazione nell'ambito della quota funzioni e saranno riconosciuti e confermati nel corso dell'esercizio a seguito del monitoraggio effettivo.

Ciascuna ASL comunicherà alla competente struttura della Direzione Generale Sanità (UO Veterinaria) l'attivazione dei progetti secondo il seguente format:

MACROAREE	PROGETTO OPERATIVO	Azione	Budget	Indicatori di risultato

I progetti dovranno essere rendicontati secondo il seguente format:

MACROAREE	PROGETTO OPERATIVO	Data inizio	Data fine	Costi sostenuti	Indicatore di risultato
					Incremento del numero dei controlli/interventi

### 3. Implementazione del documento "Standard di funzionamento dei servizi A.S.L. competenti in materia di sicurezza alimentare"

- 3.1 Le ASL dovranno recepire e adeguare le procedure aziendali al documento regionale, entro il 30 giugno 2011.
- 3.2 Ciascuna ASL dovrà garantire la partecipazione del proprio personale ai corsi di formazione, secondo il calendario e il contingente numerico previsto dall'U.O. Veterinaria per l'anno 2011.

### 4. Percorsi formativi specialistici nella sanità pubblica veterinaria

Le ASL, nell'ambito dell'attuazione dei corsi di specializzazione finanziati dalla D.G. Sanità, stipulano, a seguito di formale richiesta, appositi accordi con l'Università di Milano al fine di consentire lo svolgimento di tirocini pratici previsti dalle attività formative.

### 5. Sistema informativo

Lo sviluppo del sistema informativo è finalizzato all'integrazione degli applicativi attualmente in essere e all'implementazione del sistema di rendicontazione delle attività nelle materie di competenza della sanità pubblica veterinaria. A tal fine, per il 2011, si individuano i seguenti obiettivi:

- inserimento dei controlli presso gli impianti riconosciuti ai sensi del reg. CE 853/2004: > 85% dei controlli effettuati,

- preaccettazione campionamenti piano Malattia Vescicolare Suina (MVS): > 95% dei campioni inviati al laboratorio,
- utilizzo modulo accompagnamento campioni BSE su capi morti in azienda, disponibile in BDR: > 95% dei campioni inviati al laboratorio,
- registrazione in BDR/BDN dei controlli previsti nel piano di monitoraggio Blue Tongue: > 95% dei controlli effettuati,
- registrazione in SIV dei controlli per la biosicurezza in allevamenti suini : > 95% dei controlli effettuati.

Inoltre, come 1° step, è prevista la:

- partecipazione ai corsi di formazione organizzati dall'U.O. Veterinaria per formatori ASL sui sistemi informatici

## **6. Tutela sanitaria degli animali da allevamento**

6.1 Le ASL devono attuare l'attività di sorveglianza e controllo negli allevamenti zootecnici secondo le disposizioni emanate da questa UO veterinaria, in virtù del livello sanitario raggiunto dal patrimonio zootecnico lombardo.

6.2 sperimentazione in tutte le ASL di un modello, predisposto dall'U.O. Veterinaria, finalizzato a classificare gli allevamenti suini in funzione del livello di rischio sanitario

6.3 Rispetto dei tempi e delle modalità per la rendicontazione della attività svolta, al fine di ottemperare al debito informativo nei confronti del Ministero della Salute (LEA).

- **Organizzazione, personale dipendente, medicina convenzionata territoriale, direzione strategica aziendale (Allegato 6)**

Nel corso del 2011 le Aziende dovranno rendicontare lo stato di attuazione del Piano assunzioni a tempo indeterminato relativo all'anno 2010 così come approvato con le dd.g.r. nn. 695 e 696 del 26 ottobre 2010 unitamente alla rendicontazione sull'applicazione dell'accordo sottoscritto con le rappresentanze sindacali del comparto relativamente al personale precario approvato con DGR n. 11401 del 10 febbraio 2010.

A tal proposito si sottolinea che prima di procedere ad assunzioni di personale deve essere formalmente dimostrato il completamento del Piano assunzioni 2010.

Per quanto riguarda la determinazione dei fabbisogni triennali di personale e la programmazione delle assunzioni a tempo indeterminato per l'anno 2011, che verranno definiti sulla base di specifici indicatori di efficienza, efficacia, ed economicità, saranno fornite indicazioni operative, entro il mese di marzo.

I Piani di Organizzazione Aziendale relativi al triennio 2010/2012 dovranno essere presentati a seguito delle specifiche Linee di indirizzo regionali che verranno definite nel corso dell'anno.

Per quanto riguarda l'applicazione del D.lgs. 150/2009 verranno fornite, nel corso del 2011, linee di indirizzo regionali al fine di garantire una omogenea applicazione della stesso.

Si conferma la necessità di prevedere adeguati sistemi automatizzati per la rilevazione delle presenze del personale in servizio, anche con riferimento alla Direzione Strategica Aziendale.

Con riferimento alle disposizioni relative alla riduzione dei costi degli apparati amministrativi e di contenimento delle spese in materia di pubblico impiego (ex legge 122/2010) si rimanda alle indicazioni contenute nell'allegato C alla D.G.R. 1151/2010 .

Per la medicina convenzionata territoriale si precisa che, entro il 30 giugno 2011, anche attraverso il coinvolgimento del Gruppo di approfondimento tecnico cure primarie, si provvederà alla definizione indicatori, anche analitici, per valutare l'efficienza e l'efficacia delle forme di aggregazione territoriale della medicina convenzionata.

Inoltre, per ciò che concerne l'attività di formazione dei medici specialisti ambulatoriali, si evidenzia la necessità di proseguire l'attività di formazione nell'ambito del nuovo Ente Regionale per la ricerca, la statistica e la formazione, con un particolare approfondimento alla formazione per settori ed aree di competenza.

- **Sistema Informativo Socio Sanitario (Allegato 7)**

Il DPCM del 26 marzo 2008 introduce l'obbligo per il medico di invio telematico delle prescrizioni. Il Decreto MEF del 14 luglio 2010 fissa al 1° ottobre di quest'anno la data di avvio per Regione Lombardia di questi adempimenti, rendendo esecutive le disposizioni di cui all'ACN del 29 luglio 2009 (art. 59 ter) che prevedono nei casi di inadempienza la riduzione del trattamento economico in misura pari all'1,15% su base annua.

L'obiettivo assegnato a ciascun medico è l'invio telematico su base mensile delle prescrizioni di farmaceutica e specialistica ambulatoriale nella misura di almeno l'80% del totale delle ricette compilate dal medesimo medico ed effettivamente erogate.

Per avere un quadro preciso della situazione, Regione Lombardia ha avviato, con Lombardia Informatica, un'attenta verifica delle basi di dati che compongono l'indice di prescrittività dei medici; analogamente sta analizzando i dati relativi allo stato di connettività al SISS di ciascun medico e alle segnalazioni di malfunzionamenti rilevati attraverso l'apertura di ticket. Infatti, soprattutto nella prima fase di avvio, l'evidenza puntuale dei problemi tecnici che possono impedire la piena operatività del medico risulta fondamentale per interpretare i livelli di prescrittività inferiori a quelli stabiliti dal decreto.

I dati sulla prescrittività sono elaborati sulla base delle informazioni ricavate dai flussi provenienti dalle Asl e dalle AO. E' quindi compito ed obiettivo prioritario delle Asl e delle AO quello di perseguire la massima precisione e completezza nella raccolta e registrazione di tali informazioni, al fine di evitare che errori e lacune possano generare sanzioni non dovute.

Un altro obiettivo prioritario è quello di sensibilizzare al massimo i medici affinché utilizzino per le attività prescrittive gli applicativi SISS.

Sarà avviato un tavolo con i referenti ASL per la verifica dei dati e per definire una procedura omogenea su base regionale per l'applicazione delle sanzioni.

**In particolare è indispensabile registrare in NAR i ricettari contestualmente alla loro assegnazione al medico prescrittore.**

- **Farmaceutica e protesica (Allegato 8)**

Si richiamano le SS.LL. in indirizzo ad attivare le iniziative necessarie al raggiungimento dell'obiettivo prioritario per l'anno 2011: la promozione sul territorio della prescrizione di farmaci a brevetto scaduto (equivalenti), anche ai sensi da quanto disposto dalla normativa nazionale (articolo 11 comma 7 lettera b) della legge n. 122/2010).

Si specifica inoltre che in caso di mancata adesione ai progetti regionali di farmacovigilanza ed al non raggiungimento degli obiettivi determinati, non saranno riconosciute le risorse di cui al fondo previsto dall'articolo 36, comma 14, della legge 27 dicembre 1997, n. 449.

Si ricorda, come obiettivo a carico delle ASL, la redazione bimestrale del piano di governo sulla spesa protesica e assistenza integrativa e del piano di governo sulla spesa farmaceutica territoriale, alla luce del monitoraggio mensile derivante dai flussi informativi.

In merito all'elenco dei farmaci riclassificati da H a A/PHT con determinazione AIFA 2 novembre 2010, si confermano le disposizioni di cui alla nota regionale prot. n. H1.2010.37166 del 11 novembre 2010 ed in particolare :

a) in prima applicazione , al fine di dare continuità assistenziale al paziente, le strutture sanitarie erogatrici devono garantire la continuità della dispensazione dei medicinali di cui all'allegato elenco della succitata determinazione AIFA, all'interno del percorso di cura come fino ad oggi organizzato, senza oneri aggiuntivi come disposto dalla normativa di legge;

b) i farmaci di cui all'allegato elenco, devono essere rendicontati dalle strutture erogatrici in tipologia 6 del File F.

E' perciò necessario che le SS.LL. in indirizzo diano ampia comunicazione delle succitate disposizioni regionali agli operatori interessati (prescrittori, farmacie, ecc.) tali disposizioni.

Relativamente ai farmaci ad alto costo, soggetti a risk sharing – payment by result, è compito delle strutture erogatrici attivare le procedure di rimborso operative sul sito web AIFA con il conseguente inoltro delle richiesta di rimborso alle aziende farmaceutiche fornitrici attraverso l'emissione di relative note di credito e rendicontazione in File F (tipologia 15).

Le ASL dovranno verificare la corretta rendicontazione in File F della nota di credito/rimborso alla struttura erogatrice dei rimborsi, monitorando la correttezza della procedura di rimborso durante le ispezioni periodiche effettuate presso le strutture erogatrici per valutare l'appropriatezza d'uso dei medicinali soggetti a scheda di monitoraggio AIFA.

### **Esenzioni**

Come impegno della Giunta e personale del Presidente sono state confermate e rafforzate per l'anno 2011 le politiche già in atto di sostegno alle famiglie ed ai soggetti in difficoltà, di cui alle DGR n. VIII/10804/09 e DGR n. VIII/11270/2010. E' stata pertanto confermata per l'anno 2011 **l'esenzione dalla compartecipazione alla spesa farmaceutica e per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, a prescindere dal reddito, per:**

- i disoccupati iscritti agli elenchi anagrafici dei centri per l'impiego ed i familiari a loro carico, per il periodo di durata di tale condizione;
- i lavoratori in mobilità ed i familiari a loro carico, per il periodo di durata di tale condizione;
- i cittadini in cassa integrazione straordinaria ed i familiari a carico, per il periodo di durata di tale condizione;
- i cittadini cui è stato concesso il trattamento di "cassa integrazione in deroga" ed ai familiari a loro carico, per il periodo di durata di tale condizione.

Al fine di certificare il relativo diritto dovrà essere utilizzata la stessa modalità prevista dall'allegato 2 alla dgr n. VIII/10804/09.

Inoltre per quanto riguarda le certificazioni attestanti il **diritto all'esenzione per l'assistenza farmaceutica sulla base del reddito**, previste dalla DGR n. VII/15592 del 12 dicembre 2003, è disposto che continueranno a mantenere la loro validità fino al 31 dicembre 2011.

Al fine di facilitare e semplificare il percorso del cittadino, in riferimento alle **modalità di monitoraggio delle esenzioni per le malattie croniche e invalidanti** (di cui al Decreto Ministeriale n. 329/1999 e successivi), la delibera di cui all'oggetto ha disposto che:

- per le patologie croniche e invalidanti non è più necessario procedere ad effettuare visite periodiche per verificare gli stati di esenzione; le verifiche relative a dette condizioni verranno effettuate con cadenza mediamente biennale dalle ASL tramite l'utilizzo delle informazioni contenute nella Banca Dati Assistito;
- dovranno essere richiamati per le visite solo i pazienti esenti per patologia cronica ed invalidante che per due anni di seguito non abbiano effettuato nessuna delle prestazioni per cui godono dell'esenzione; ciò con la finalità di escludere che, pur avendone bisogno, non accedano alle prestazioni utili per il corretto monitoraggio della loro patologia.

Inoltre, nel rispetto della normativa nazionale e della circolare del Ministero della Salute n. 13 del 13 dicembre 2001, nonché della normativa regionale (l'art. 2 della L.R. n. 33/2009 prevede che il SSR sia disciplinato, tra l'altro, in conformità al principio di *"piena parità di diritti e di doveri fra soggetti accreditati di diritto pubblico e di diritto privato, nell'ambito della programmazione regionale"*), a partire dal 2011 si è disposto che le certificazioni valide per il riconoscimento del diritto all'esenzione per le malattie croniche e invalidanti possano essere rilasciate anche da strutture private accreditate e a contratto con il SSN.

Si invitano le SS.LL. in indirizzo di dare ampia diffusione a tutti gli operatori coinvolti e ai medici prescrittori.

- **Psichiatria e NPIA (Allegato 9)**

#### **PSICHATRIA**

La quota di risorse destinate ai programmi innovativi territoriali effettuati dalle strutture sanitarie pubbliche e private deve essere ricondotta alla contrattualizzazione.

Le ASL sono pertanto invitate a sottoscrivere entro il 31/03/2011 i contratti con gli erogatori pubblici e privati accreditati attuatori dei programmi innovativi territoriali approvati con decreto n. 4700/09.



Per consentire la validazione delle prestazioni erogate nell'ambito dei programmi innovativi territoriali, anche ai fini del riconoscimento del finanziamento, le ASL, entro il 28.02.2011, devono trasmettere alla DG Sanità la rendicontazione della produzione relativa all'anno 2010 (prestazioni 46/SAN e attività non riconducibili al paziente).

La rendicontazione deve essere effettuata compilando la scheda sotto riportata che dovrà essere inviata, sempre entro il 28.02.2011, all'indirizzo e.mail:  
giulia\_vallerani@regione.lombardia.it

PRODUZIONE 2010		
	ATTIVITA' 46 SAN	PRESTAZIONI NON RICONDUCIBILI AL PAZIENTE
TR...	€	€
TR...	€	€

### **Neuropsichiatria Infantile**

Le ASL, attraverso le Aziende Ospedaliere e gli IRCCS e per il tramite dell'Organismo di Coordinamento per la neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, hanno la possibilità anche per il 2011 di attivare specifici progetti per l'area della neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza in un'ottica di integrazione degli interventi tra le diverse UONPIA del territorio.

La presentazione dei progetti per la validazione regionale, siano essi nuovi o prosecuzione di progetti precedentemente avviati, deve avvenire da parte delle ASL entro il 28.02.2011 inviando alla Direzione Generale Sanità il modello che sarà inviato con specifica nota degli uffici competenti di questa Direzione.

Con successiva comunicazione verranno indicate le specifiche modalità per la rendicontazione periodica dei progetti.

Per poter accedere al finanziamento le ASL, entro il 31/03/2011, devono sottoscrivere con l'Azienda Ospedaliera o l'IRCCS capofila del progetto un contratto che identifica la quota ulteriore, aggiuntiva e non storicizzabile rispetto a quanto contrattualizzato per l'attività ordinaria di NPIA.

Relativamente agli allegati nn. 10, 11, 12 e 13 si richiamano le disposizioni della DGR 937/2010 in quanto non necessitano di ulteriori chiarimenti.

- **Cronicità e CReG (Allegato 14) e Attività di tipo sub-acuto (Allegato 15)**

Per quanto riguarda l'avvio delle attività sub - acute e della sperimentazione del C.Re.G sarà approvata entro il prossimo mese di gennaio una delibera di Giunta che fornirà le indicazioni operative di dettaglio necessarie per l'avvio delle attività.

Infine la DGR 29/12/2010 n. 1151 ad oggetto " **Determinazioni per i soggetti del Sistema Regionale di cui all'articolo 1 della L.R. 30/2006 per l'anno 2011**" ha definito indirizzi e regole che le Aziende sanitarie in quanto parte del Sistema Regionale dovranno attentamente valutare ai fini della Predisposizione dei Bilanci preventivi 2011. Le Aziende sanitarie dovranno fare particolare riferimento all'allegato C , che si allega, espressamente dedicato agli Enti e Aziende sanitari. Nella relazione al BPE, in apposita sezione, le aziende dovranno dare conto degli effetti previsti per ogni singola voce di spesa interessata dai provvedimenti nazionali e regionali citati.

Distinti saluti.

(Il Direttore Generale)  
*Carlo Lucchina*



All.: allegato C della DGR n. 1151/2010

**DIRETTIVE AGLI ENTI SANITARI**  
**DI CUI ALL'ALL. A1, SEZ. II, ART. 1 DELLA L.R. 30/2006**

- AREU
- ASL
- A.O.
- Fondazioni IRCCS
- Consorzio "Città della salute"

**ENTI SANITARI**

Prime disposizioni in ordine agli articoli 6 e 9 della L. 122/2010 avente ad oggetto "Riduzione dei costi degli apparati amministrativi e contenimento delle spese in materia di pubblico impiego", nonché in attuazione dell'articolo 2, comma 3 l.r. 19/2010.

Gli enti sanitari, in sede di approvazione del bilancio preventivo 2011, devono approvare un piano di razionalizzazione della spesa corrente, validato dal Collegio Sindacale, che indichi le azioni necessarie per garantire un obiettivo di risparmio da assicurare al termine dell'esercizio 2011, secondo le modalità individuate dall'art. 6 e dall'art. 9 della L. 122/2010, nonché in attuazione dell'art. 2, comma 3 l.r. 19/2010.

I Direttori in sede di certificazione trimestrale rendono conto del monitoraggio delle azioni finalizzate ad attuare tale obiettivo, con validazione del collegio sindacale; del mancato conseguimento degli obiettivi stabiliti verrà tenuto conto in sede di valutazione degli obiettivi annuali.

Il risparmio derivante dall'attuazione delle predette misure di contenimento della spesa sarà accantonato nei bilanci delle aziende sanitarie per essere destinato agli investimenti strutturali per la messa in sicurezza delle strutture sanitarie.

Di seguito si forniscono le seguenti precisazioni:

#### **1. Consulenze (art. 6 comma 7, L. 122/2010)**

Le consulenze sanitarie rientrano nel limite di cui al comma 7 dell'art. 6 della L.122/2010, ad eccezione di quelle strettamente necessarie per garantire la corretta conduzione dell'iter diagnostico terapeutico dei pazienti presi in carico e per mantenere la piena operatività delle attività di emergenza urgenza.

Sono altresì escluse da tale limite le consulenze attivate nell'ambito di specifici progetti regionali.

Le consulenze amministrativo-tecnico-professionali rientrano nel limite di cui al comma 7 dell'art. 6 della L.122/2010, ad eccezione degli incarichi derivanti da progetti regionali e da progetti di ricerca e studi con università e Fondazioni di Ricerca.

Relativamente alle eccezioni sopra indicate è necessario il parere del Collegio Sindacale.

#### **2. Spese di rappresentanza, per relazioni pubbliche, convegni, mostre e pubblicità, sponsorizzazioni (art. 6 commi 8 e 9, L. 122/2010)**

Le spese di cui ai commi 8 e 9 dell' art. 6 della L.122/2010 si intendono interamente soggette alle riduzioni previste; restano escluse solo quelle strettamente legate alle attività istituzionali obbligatorie.

Relativamente alle esclusioni sopra indicate è necessario il parere del Collegio Sindacale.

#### **3. Missioni (art. 6 comma 12, L. 122/2010)**

Ciascun ente deve provvedere alla rendicontazione delle spese sostenute per tale voce nell'esercizio 2009 specificandone le tipologie. Le indicazioni in merito all'applicazione di quanto disposto dal comma 12 verranno definite successivamente da parte della Direzione Generale Sanità.

#### **4. Formazione (art. 6 comma 13, L. 122/2010)**

Per l'anno 2011 sono fatte salve le spese per attività esclusivamente di formazione nell'ambito delle disposizioni previste dai contratti collettivi di lavoro di categoria e dagli accordi nazionali per la medicina territoriale convenzionata nonché dagli indirizzi regionali in materia.

#### **5. Autovetture (art. 6 comma 14, L. 122/2010)**

Rientrano nel limite le spese di cui al comma 14 dell'art. 6 della L.122/2010 ad eccezione di quelle relative ai mezzi di soccorso di I° e II° livello.

#### **6. Personale a tempo determinato e con contratti atipici (art. 9 comma 28)**

Le disposizioni di cui al comma 28 dell'art.9 della L.122/2010 non si applicano agli incarichi a tempo determinato nelle more dell'espletamento delle procedure concorsuali e per la sostituzione del personale assente a vario titolo.

Rientrano nel limite di cui al comma 28 dell'art. 9 della L.122/2010 le altre tipologie di incarico previste dalla citato comma, ad eccezione dei contratti di collaborazione coordinata e continuativa e degli incarichi libero professionali strettamente necessari a garantire la corretta conduzione dell'iter diagnostico terapeutico dei pazienti presi in carico e per mantenere la piena operatività delle attività di emergenza urgenza.

Relativamente alle fattispecie sopra indicate è necessario il parere del Collegio Sindacale.

### **7. Ulteriori Disposizioni di Sistema**

#### **7.a Tempi di pagamento**

L'attuazione di quanto disposto dall'art. 4 della l.r 19/2010 in relazione alle procedure volte a garantire il pagamento delle fatture entro 60 giorni è demandata al gruppo di lavoro Fondo Socio Sanitario.

#### **7.b Collegi Sindacali**

I componenti dei Collegi Sindacali devono informare tempestivamente la Giunta regionale delle criticità eventualmente rilevate nel corso della propria attività. In particolare, per gli atti soggetti al controllo della Giunta regionale è necessaria una chiara espressione di parere (favorevole o contrario) senza condizioni e raccomandazioni.

#### **7.c Nuclei di Valutazione**

Nelle more della rivisitazione della composizione dei Nuclei di Valutazione è prorogata al 30 aprile 2011 la scadenza degli attuali componenti dei Nuclei medesimi.

Con riferimento al Nucleo di Valutazione delle Prestazioni (di seguito NVP) saranno osservate le linee guida fornite dall'Organismo Indipendente di Valutazione (di seguito OIV) di Sistema di Regione Lombardia in relazione a :

- Composizione: Il NVP sarà composto da due componenti esterni e un dirigente del Sistema non dipendente del medesimo Ente/Azienda. Il limite massimo di partecipazione di un medesimo soggetto ai NVP del Sistema regionale è fissato in n. 3 incarichi.
- Funzioni: Oltre le funzioni ordinariamente svolte, si prevede che i NVP misurino la performance di Ente e si coordinino con l'OIV, con il compito principale di certificare l'adeguatezza dei sistemi di valutazione implementati. I NVP assicurano all'OIV l'accesso di tutta la documentazione prodotta.

#### **7.d Raccordo OIV/NVP**

Sono previsti incontri a cadenza predefinita definiti di anno in anno secondo le esigenze organizzative di RL, degli Enti e degli stessi Organismi.

### **7.e Comunicazione**

Gli enti sanitari devono assicurare il raccordo e il coordinamento delle proprie strategie e azioni di comunicazione con quelle di Regione Lombardia, in attuazione del Programma Regionale di Sviluppo.

Al fine di favorirne la riconoscibilità come parte del SiReg e nel rispetto delle linee guida per la comunicazione degli enti del Sistema sanitario lombardo approvate con dgr n. 10256 del 7 ottobre 2009:

- le ASL utilizzeranno il marchio comune di identificazione;
- gli altri enti affiancheranno il proprio marchio a quello di identificazione "Sistema Sanitario Regione Lombardia".

I progetti di comunicazione degli enti sanitari devono essere preventivamente sottoposti al parere della Commissione Tecnica per la Comunicazione, l'Editoria e l'Immagine così come previsto dall'Allegato C della DGR 48 /2010. Le Direzioni Generali Sanità e Famiglia, Conciliazione, Integrazione e solidarietà sociale e la Direzione Centrale Relazioni Esterne, Internazionali e Comunicazione della Presidenza svolgeranno attività di supporto e coordinamento di tali progetti.

Per azioni di comunicazione locale gli enti sanitari sono tenuti a raccordarsi con le Sedi Territoriali.

Per l'acquisto di spazi pubblicitari sui mezzi di comunicazione di massa gli enti sanitari devono rispettare le percentuali annue stabilite dall'art. 15 della l.r. 23 dicembre 2008, n. 33, ovvero almeno il 40 per cento a favore dei giornali quotidiani e periodici ed almeno il 5 per cento a favore dell'emittenza privata televisiva e radiofonica locale.

Regione Lombardia, attraverso la propria Centrale Acquisti, individuerà con procedura di gara il "Centro Media per la fornitura di servizi di intermediazione pubblicitaria" che potrà consentire agli enti sanitari l'individuazione ottimale dei mezzi di comunicazione sui quali veicolare i messaggi istituzionali e l'acquisto al miglior prezzo degli spazi pubblicitari con conseguente snellimento delle procedure e razionalizzazione dei costi.