



Regione Lombardia

LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° IX / 2734

Seduta del 22/12/2011

Presidente

ROBERTO FORMIGONI

Assessori regionali

ANDREA GIBELLI *Vice Presidente*

DANIELE BELOTTI

GIULIO BOSCAGLI

LUCIANO BRESCIANI

MASSIMO BUSCEMI

RAFFAELE CATTANEO

ROMANO COLOZZI

ALESSANDRO COLUCCI

GIULIO DE CAPITANI

ROMANO LA RUSSA

CARLO MACCARI

STEFANO MAULLU

MARCELLO RAIMONDI

MONICA RIZZI

GIOVANNI ROSSONI

DOMENICO ZAMBETTI

Con l'assistenza del Segretario Marco Pilloni

Su proposta dell'Assessore Luciano Bresciani di concerto con Giulio Boscagli Carlo Maccari

Oggetto

TESTO UNICO DELLE REGOLE DI GESTIONE DEL SISTEMA SOCIO SANITARIO REGIONALE - (DI CONCERTO CON GLI ASSESSORI BOSCAGLI E MACCARI)

I Dirigenti

Marco Paternoster

Paola Palmieri

Maurizio Sala

I Direttori Generali

Carlo Lucchina

Roberto Albonetti

Paolo Mora

L'atto si compone di 324 pagine

di cui 318 pagine di allegati

parte integrante



Regione Lombardia

LA GIUNTA

VISTI i seguenti articoli dello Statuto d'autonomia della Lombardia :

- art. 9, comma 1, e 46, comma 2, in base ai quali la Regione impronta la propria attività amministrativa anche ai principi di pubblicità, trasparenza ed efficacia;
- art. 48 in base al quale le funzioni amministrative riservate alla Regione possono essere esercitate anche tramite enti del sistema regionale;

RICHIAMATE le seguenti leggi regionali :

- 30 dicembre 2009 n. 33 (Testo Unico delle leggi regionali in materia di sanità) che, all'art. 19, attribuisce alla Giunta il compito di determinare annualmente gli indirizzi di gestione del sistema sociosanitario regionale e il finanziamento della spesa ospedaliera specialistica e diagnostica nonché di quella relativa ad altre funzioni sanitarie;
- 12 marzo 2008, n. 3 (Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e socio-sanitario);

RICHIAMATA la DCR n. IX/0088 del 17 novembre 2010 (Piano sociosanitario regionale 2010-2014);

RICHIAMATA, altresì, la DGR n. 1036 del 22/12/2010 (Agenda di Governo 2011-2015 per la semplificazione e la modernizzazione del sistema Lombardia – “Lombardia semplice : azzerare la burocrazia – migliorare le istituzioni”) che :

- prevede di ripensare i processi legislativi, regolamentari ed amministrativi in una logica di effettiva accessibilità, fruizione ed applicazione delle regole, riducendo all'essenziale gli oneri amministrativi e razionalizzando il più possibile le procedure, con l'eliminazione di ogni ridondanza e sovrapposizione;
- individua espressamente tra i diversi strumenti di semplificazione regionali finalizzati a razionalizzare il corpo di regole, prassi e procedure esistente quello dei " testi coordinati di settore" che raccolgono, riordinano e semplificano, per ambiti tematici, l'insieme degli atti amministrativi a contenuto regolatorio;
- cita, a titolo esemplificativo, la materia sanitaria tra quelle oggetto di possibile razionalizzazione e semplificazione;



Regione Lombardia

LA GIUNTA

CONSIDERATO che in ambito sociosanitario :

- entro la fine di ogni anno, la Giunta definisce, per l'anno successivo, oltre ai criteri di finanziamento, anche le regole per la negoziazione, l'accreditamento, la qualità e il sistema dei controlli;
- ad oggi, per il sovrapporsi di aggiornamenti e integrazioni annuali alle deliberazioni relative alle regole di gestione del sistema sociosanitario regionale, esistono numerosi atti non sempre coordinati tra di loro;

RAVVISATA, pertanto, l'esigenza di avere uno strumento che consenta una conoscenza immediata e puntuale delle regole di sistema ancora vigenti, con esclusione delle disposizioni che forniscono indirizzi di gestione validi solo per l'anno di riferimento;

RITENUTO, conseguentemente, di predisporre, in un ottica di semplificazione e trasparenza, un testo unico ricognitivo delle regole di gestione del sistema sociosanitario regionale chiaro e completo, da inserire nella banca dati informatica regionale con l'obiettivo di facilitare agli operatori del settore la conoscenza delle regole vigenti e consentire un aggiornamento costante e in tempo reale;

PRECISATO che:

- il presente provvedimento razionalizza e semplifica unicamente le disposizioni riguardanti le regole di gestione del sistema sociosanitario regionale e quelle più direttamente ad esse riconducibili, non potendosi quindi considerare quale testo unico ricognitivo di tutta la materia sanitaria disciplinata a livello amministrativo;
- permangono e restano efficaci gli atti amministrativi adottati sulla base delle delibere relative ai singoli anni di riferimento ;

RICHIAMATE, infine, tutte le regole di sistema che si sono succedute negli anni ;

RICHIAMATO Il decreto del Direttore della DCAIL n. 2929 del 31.03.2011 con cui è



Regione Lombardia

LA GIUNTA

stato costituito un gruppo di lavoro interdirezionale per la predisposizione del “testo unico delle regole di gestione del sistema sociosanitario regionale”;

VISTI gli esiti del lavoro svolto dal suddetto gruppo;

RITENUTO di approvare Il “testo unico delle regole di gestione del sistema sociosanitario regionale” composto dai seguenti allegati, parti integranti del presente provvedimento:

- Allegato 1 – Introduzione
- Allegato 2 – Risk management in Sanità e Controllo di gestione
- Allegato 3 – Gli acquisti delle Aziende Sanitarie: linee di indirizzo
- Allegato 4 – Piani e programmi di sviluppo
- Allegato 5 – Le attività di prevenzione mediche e veterinarie delle ASL
- Allegato 5A: Prevenzione e tutela sanitaria
- Allegato 5B: Prevenzione veterinaria
- Allegato 6 – Organizzazione e personale dipendente del Servizio sanitario regionale
- Allegato 7 – Sistema Informativo Socio Sanitario
- Allegato 8 – Attività di assistenza protesica e integrativa
- Allegato 9 – Programmazione delle attività di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza e di psichiatria
- Allegato 10 – Sanità penitenziaria



Regione Lombardia

LA GIUNTA

- Allegato 11 – Controllo delle prestazioni sanitarie e monitoraggio dei tempi di attesa e relativi sotto allegati
- Allegato 12- indirizzi di programmazione sociosanitaria;

DELIBERA

1. di approvare il “testo unico delle regole di gestione del sistema socio sanitario regionale” composto dai seguenti allegati, parti integranti del presente provvedimento:
 - Allegato 1 – Introduzione
 - Allegato 2 – Risk management in Sanità e Controllo di gestione
 - Allegato 3 – Gli acquisti delle Aziende Sanitarie: linee di indirizzo
 - Allegato 4 – Piani e programmi di sviluppo
 - Allegato 5 – Le attività di prevenzione mediche e veterinarie delle ASL
 - allegato 5A: Prevenzione e tutela sanitaria
 - allegato 5B: Prevenzione veterinaria
 - Allegato 6 – Organizzazione e personale dipendente del Servizio sanitario regionale
 - Allegato 7 – Sistema Informativo Socio Sanitario
 - Allegato 8 – Attività di assistenza protesica e integrativa



Regione Lombardia

LA GIUNTA

-
- Allegato 9 – Programmazione delle attività di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza e di psichiatria
 - Allegato 10 – Sanità penitenziaria
 - Allegato 11 – Controllo delle prestazioni sanitarie e monitoraggio dei tempi di attesa e relativi sotto allegati
 - Allegato 12 – Indirizzi di programmazione sociosanitaria

2. di stabilire che:

- o il presente provvedimento razionalizza e semplifica unicamente le disposizioni riguardanti le regole di gestione del Servizio socio sanitario regionale e quelle più direttamente ad esse riconducibili, non potendosi quindi considerare quale testo unico di tutta la materia sanitaria disciplinata a livello amministrativo;
- o permangono e restano efficaci gli atti amministrativi adottati sulla base delle delibere relative ai singoli anni di riferimento accorpate nel presente testo unico;

3. di pubblicare il presente Testo Unico delle regole di gestione del sistema socio sanitario regionale sul BURL e sui siti Internet delle Direzioni Generali Sanità, Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale e Semplificazione e Digitalizzazione.

IL SEGRETARIO
MARCO PILLONI

Allegato 1

Introduzione

La Giunta regionale, entro la fine di ogni anno, definisce per l'anno successivo, oltre ai criteri di finanziamento, anche le Regole di gestione del sistema sociosanitario regionale per la negoziazione, l'accreditamento, la qualità ed il sistema dei controlli.

Nelle deliberazioni delle Regole adottate nell'ultimo decennio, alle disposizioni che esaurivano la loro efficacia nell'anno di riferimento, si sono affiancate anche disposizioni dotate di valenza pluriennale e di ultrattività.

Le disposizioni sono state peraltro oggetto di frequenti aggiornamenti, rendendo il quadro di regolamentazione amministrativa regionale sulla materia sanitaria e sociosanitaria molto complesso.

E' stata pertanto ravvisata l'esigenza di predisporre un atto di tipo ricognitivo, a beneficio soprattutto degli operatori del settore, che raccolga e riordini le Regole di gestione ancora vigenti nei diversi ambiti di attività del sistema sociosanitario regionale.

L'adozione di questo strumento è stata individuata come uno degli obiettivi strategici del Piano Sociosanitario Regionale 2010-2014, approvato dal Consiglio Regionale con deliberazione del 17.11.2010: "*Definizione chiara e sintetica delle regole di sistema aggiornate all'anno di riferimento e di facile consultazione*".

Con decreto del Direttore della Direzione Centrale Affari Istituzionali e Legislativo n. 2929 del 31.03.2011 è stato pertanto costituito un apposito Gruppo di Lavoro interdirezionale per la predisposizione di un "*Testo Unico delle regole di gestione del sistema sociosanitario lombardo*" costituito da rappresentanti della Direzione Centrale Affari Istituzionali e Legislativo, Direzione Generale Sanità, Direzione Generale Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale, e Direzione Generale Semplificazione e Digitalizzazione.

Per la redazione del Testo Unico, il Gruppo ha adottato la seguente metodologia:

- raccolta e sistematizzazione delle disposizioni ancora dotate di valenza pluriennale rinvenibili nelle DGR delle Regole deliberate fino

all'anno 2011, con esclusione delle disposizioni che forniscono indirizzi di gestione esclusivamente per l'anno di riferimento;

- individuazione degli atti amministrativi diversi dalle cd. "Regole" (quali, ad esempio, circolari recanti indirizzi applicativi rispetto alle DGR delle Regole, atti deliberativi diversi dalle "Regole", note con contenuti importanti in ordine alle specifiche materie di riferimento), laddove il richiamo ai medesimi contribuisca a fornire chiarezza ed esaustività per una migliore comprensione della disciplina di riferimento.

Il Testo redatto ha natura meramente compilativa e ricognitiva.

La sua finalità non è infatti quella di innovare o apportare modifiche alla regolamentazione del sistema sociosanitario, ma quella di consentire agli operatori del settore di beneficiare di uno strumento di consultazione di facile lettura, completo ed aggiornato, nel quale poter rinvenire in modo puntuale le regole del settore sanitario e sociosanitario lombardo contenute negli atti amministrativi adottati nell'ultimo decennio.

Ai fini di una maggiore chiarezza e completezza del documento, in ogni allegato è stato inoltre ricostruito il quadro normativo di riferimento, tramite l'individuazione degli atti normativi di livello comunitario, statale e regionale.

L'indice del Testo Unico non ricalca gli indici delle più recenti delibere delle Regole di gestione in quanto, nel rispetto del criterio metodologico seguito, non sono state inserite quelle materie che vengono ridisciplinate ogni anno.

Il lavoro sopra illustrato non è stato esente da criticità, rilevate nella difficoltà di redazione di un testo omogeneo, sia nella forma, che nella sostanza, trattandosi di una "summa" di indirizzi ora declinati in maniera più discorsiva, ora in modo più puntuale e di materie con specifiche peculiarità.

Il Testo Unico delle Regole di gestione del sistema sociosanitario regionale, che si sviluppa nell'osservanza delle rispettive deleghe e delle conseguenti matrici di responsabilità, razionalizza e semplifica unicamente le disposizioni riguardanti le regole di gestione del sistema sociosanitario regionale e quelle più direttamente ad esse riconducibili, non potendosi quindi considerare quale testo unico di tutta la materia sanitaria disciplinata a livello amministrativo.

Si precisa infine che il Testo Unico non ha efficacia abrogativa e che permangono e restano efficaci gli atti amministrativi adottati sulla base delle delibere relative ai singoli anni di riferimento nello stesso accorpate.

Per quanto concerne le Regole di gestione del sistema socio sanitario regionale relative all'anno 2012, si rimanda alla recente DGR n. IX/002633 del 6 dicembre 2011 avente ad oggetto "*Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2012*".

Allegato 2

Risk Management in Sanità e Controllo di gestione

1. Risk Management in Sanità

1.1 Definizione e finalità

La **gestione del rischio in sanità** (*risk management*) rappresenta l'insieme di azioni messe in atto per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e garantire la sicurezza dei pazienti; sicurezza, tra l'altro, basata sull'apprendere dall'errore. Solo una gestione integrata del rischio può portare a cambiamenti nella pratica clinica, a promuovere la crescita di una cultura della salute più attenta e vicina al paziente e agli operatori, a contribuire indirettamente ad una diminuzione dei costi delle prestazioni e, infine, a favorire la destinazione di risorse su interventi tesi a sviluppare organizzazioni e strutture sanitarie sicure ed efficienti.

La *Patient Safety* assume una sempre maggiore importanza a fronte dei mutamenti del contesto in cui si registrano alcuni punti di attenzione e riflessione:

- incremento dei costi assicurativi;
- maggiore consapevolezza da parte del paziente dei propri diritti;
- aumento delle aspettative di sicurezza e di *performance* della cura;
- giurisprudenza che richiede un obbligo di risultati e non solo di mezzi;
- riduzione del numero di interlocutori del mercato assicurativo.

1.2 Intesa Stato-Regioni

Il Governo, le Regioni e le Province Autonome hanno definito, con l'intesa del 20 marzo 2008, l'accordo sul modello di *governance* nazionale per la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti.

Di seguito si richiamano alcuni articoli dell'accordo raggiunto:

› **Art. 2** relativo all'attivazione di una **funzione aziendale permanentemente dedicata alla gestione del rischio presso le aziende sanitarie pubbliche e le strutture private accreditate.**

A tal proposito con la DGR 7289 del 19 maggio 2008 " *Aggiornamento delle linee guida regionali per l'adozione del piano di organizzazione aziendale delle Aziende sanitarie della Regione Lombardia*" è stato, tra l'altro, stabilito che fulcro della funzione di *risk management* deve essere il *risk manager* aziendale che funge da catalizzatore e facilitatore delle attività la cui programmazione avviene in seno al gruppo di coordinamento per l'attività di gestione del rischio costituito in ogni azienda sanitaria, conformemente alla circolare 46/SAN del 27/12/2004. Tale gruppo è composto da figure in grado di coprire le necessità di informazione clinica, amministrativa, gestionale.

Attività tipiche del gruppo:

- definire gli strumenti per l'individuazione e la valutazione dei momenti di rischio e delle situazioni incidentali;
- individuare le criticità più o meno latenti;
- individuare strumenti ed azioni (correttive e preventive) per la riduzione dei danni al paziente, al patrimonio e per la riduzione del contenzioso legale;
- definire strategie per migliorare i rapporti con l'utenza e l'immagine della struttura;
- sostenere l'attività professionale di operatori sanitari e tecnici;
- proporre ed attuare piani per contenere i costi assicurativi.

› **Art. 9** relativo all'attivazione, presso il Ministero della Salute dell'**Osservatorio nazionale degli "eventi sentinella"** (eventi avversi di particolare gravità)

Con decreto del Ministero della Salute dell'11 dicembre 2009 è stato pertanto istituito il SIMES (Sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità) con l'obiettivo di raccogliere dati informativi rispetto agli "eventi sentinella" e alle richieste di risarcimento delle strutture sanitarie nazionali. Per la parte relativa alle richieste di risarcimento, la Regione ha attivato dal 2004 un *database*. L'inserimento dei dati aziendali è richiesto con cadenza semestrale. Annualmente la Regione provvede al trasferimento degli stessi dati al SIMES.

1.3 Pubblicazioni

Di seguito sono indicate alcune pubblicazioni disponibili sul sito ministeriale utili per un inquadramento generale della materia:

- Qualità e sicurezza delle cure nell'uso dei farmaci (settembre 2010);

- Manuale per la sicurezza in sala operatoria: raccomandazioni e *checklist*
Il manuale comprende le sedici raccomandazioni e la *checklist* elaborate dall'Organizzazione mondiale della sanità nell'ambito del programma "*Safe Surgery Saves Lives*" e adattate al contesto nazionale (ottobre 2009 - luglio 2010);
- Manuale "*Gestione del rischio clinico e sicurezza delle cure negli ambulatori dei medici di medicina generale e dei pediatri di famiglia*". Tale manuale costituisce uno strumento metodologico di base per la scelta delle attività e delle misure da adottare nel contesto delle attività per la sicurezza delle cure, negli ambulatori dei medici di medicina generale e dei pediatri di famiglia e per la realizzazione di programmi di formazione continua in tale ambito (marzo 2010);
- Manuale RCA (*Root cause analysis*) che descrive una delle modalità di analisi per individuare le cause e i fattori contribuenti al verificarsi di un evento avverso, al fine di diffonderne l'utilizzo tra gli operatori (settembre 2009);
- Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico: manuale per la formazione degli operatori sanitari. Obiettivo del manuale è quello di offrire a tutti gli operatori sanitari, indipendentemente dal ruolo, ambito professionale e *setting* assistenziale, un'opportunità di formazione nello specifico ambito della sicurezza dei pazienti e della gestione del rischio clinico (settembre 2007);
- "*Risk management in sanità. Il problema degli errori*". Partendo dall'analisi approfondita del tema del rischio clinico, il documento fornisce una raccolta di riflessioni e raccomandazioni utili agli operatori che lavorano in ambiente sanitario (marzo 2004).

1.4 Raccomandazioni ministeriali

Il Ministero della Salute, in collaborazione con esperti di Regioni e Province autonome, ha provveduto, fin dal 2005, alla stesura e diffusione di "raccomandazioni" per offrire agli operatori sanitari informazioni su condizioni particolarmente pericolose che possono causare gravi e fatali conseguenze ai pazienti. Esse si propongono di aumentare la consapevolezza del potenziale pericolo di alcuni eventi, indicando le azioni da intraprendere per prevenire gli eventi avversi. Di seguito le dodici raccomandazioni ad oggi emanate:

1. corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di cloruro di potassio - kcl - ed altre soluzioni concentrate contenenti potassio;
2. prevenzione della ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico;
3. corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura;
4. prevenzione del suicidio di pazienti in ospedale;

5. prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità AB0;
6. prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto;
7. prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica;
8. prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari;
9. prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali;
10. prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati;
11. prevenzione della morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero);
12. prevenzione degli errori in terapia con farmaci "lookalike/sound-alike" LASA.

1.5 Coordinamento e programmazione regionale

A livello ministeriale è stato istituito il gruppo di lavoro per la sicurezza dei pazienti (D.D. 20 febbraio 2006) A livello regionale il ruolo di coordinamento e programmazione è svolto dal gruppo di lavoro *risk management*, rinnovato annualmente con decreto, al quale partecipano, oltre a dirigenti e funzionari regionali, i *risk manager* aziendali per fornire l'esperienza e il punto di vista di chi opera all'interno delle complesse realtà aziendali. Principali obiettivi del gruppo sono:

- la diffusione della cultura della gestione del rischio;
- la definizione delle linee guida regionali;
- la pianificazione delle attività di formazione;
- l'analisi degli eventi sentinella;
- la promozione dell'utilizzo di strumenti per la gestione del rischio;
- l'analisi dati monitoraggio dei sinistri, infortuni e cadute;
- l'organizzazione di *network* trimestrali per la diffusione e lo scambio di esperienze/buone pratiche;
- lo studio di politiche assicurative.

Annualmente attraverso linee guida regionali si richiedono alle aziende sanitarie:

- la pianificazione e l'attuazione di progetti per la sicurezza del paziente (nell'ambito degli obiettivi WHO e delle raccomandazioni ministeriali), secondo le criticità e la strategia aziendale;

- l'aggiornamento del data base regionale (richieste di risarcimento, cadute, infortuni);
- la partecipazione ai *network* e ai percorsi formativi;
- la segnalazione in SIMES degli eventi sentinella nonché delle azioni di miglioramento messe in campo.

1.6 Documenti regionali

La seguente tabella illustra i principali documenti relativi al *risk management*

data	Tipo di documento	Oggetto o titolo	contenuto
27/12/2004	Circolare 46/SAN	Indirizzi sulla gestione del rischio sanitario	Il documento definisce i tre obiettivi cardine per l'avvio strutturato di un coordinamento regionale del <i>Risk management</i> : 1) conoscere il fenomeno attraverso la mappatura delle richieste risarcimento danni pervenute dal 1999. 2) Introduzione della figura del <i>Risk manager</i> , costituzione ed operatività di due organismi: gruppo di coordinamento e Comitato valutazione sinistri. 3) Rafforzare il rapporto con il paziente anche rispetto al tema del consenso informato e della corretta tenuta della cartella clinica.
16/06/2005	Nota Direttore Generale Direzione Generale Sanità prot. n. H1.2005.0030204	Linee guida relative alla circolare 46/SAN del 27.12.2004	
03/38/2005	Nota Direttore Generale Direzione	Ulteriori indicazioni in ordine alla circolare 46/SAN	

	Generale Sanità prot. n. H1.2005.0037648		
19/05/2008	DGR 7289	Aggiornamento linee guida regionali per adozione P.O.A.	Il documento fornisce gli elementi da considerare ai fini dell'elaborazione dei piani di organizzazione aziendali e, tra l'altro, sancisce il ruolo strategico della funzione del <i>Risk management</i> , assolta da un <i>Risk Manager</i> supportato da due organismi: il gruppo di coordinamento e il comitato valutazione sinistri
27/07/2008	Nota Direttore Generale Direzione Generale Sanità prot. n. H1.2007.0035436	Linee guida "definizione elementi di base del capitolato tecnico di polizza RCT/O"	
02/11/2009	Nota Direttore Generale Direzione Generale Sanità prot. n. H1.2009.0038393	Premio RCT, Volumi equivalenti corretti (VEC)	Il documento presenta un meccanismo elaborato al fine di quantificare la stima del premio RCT/O che tiene conto di elementi quali-quantitativi come il volume delle prestazioni, la complessità dell'attività, l'andamento storico della sinistrosità
21/07/2010	Nota Direttore Generale Direzione Generale Sanità prot. n.	Linee di indirizzo per l'appalto di servizi per la copertura assicurativa RCT/O delle aziende sanitarie	

	H1.2007.0025665		
22/07/2010	Decreto 7295	Linee di indirizzo per la gestione del rischio caduta paziente in ospedale	Il documento offre alle aziende un supporto metodologico per implementare un sistema per la prevenzione e la gestione del rischio caduta paziente. Esplicita i requisiti minimi: istituzione del GAD (Gruppo aziendale dedicato), utilizzo delle scale di valutazione cadute, schede di rilevazione cadute, ecc.
31/07/2010	Monografia	<i>Perseverare diabolicum est</i>	A dieci anni dal report pubblicato dall'Institute of Medicine (IOM) " <i>To err is human</i> ", il volume – supplemento monografico della rivista "Igiene e Sanità pubblica" - rende noti i risultati delle attività di <i>Risk management</i> in Regione Lombardia
22/12/2010	Nota Direttore Generale Direzione Generale Sanità prot. n. H1.2010.0041426	Linee guida attività di <i>risk management</i> anno 2011	Il documento elaborato annualmente, esplicita le attività che le aziende devono realizzare e rendicontare a fine anno
11/03/2011	Nota Direttore Generale Direzione Generale Sanità prot. n. H1.2011.0007799	Linee guida sulla mediazione obbligatoria in tema di responsabilità medica	Il documento offre istruzioni di tipo pratico – organizzativo per affrontare l'entrata in vigore del d.lgs. 28/2010

22/03/2011	Nota Direttore Generale Direzione Generale Sanità prot. n. H1.2011.0008648	Sistema di indicatori per il governo del rischio sanitario	Nella prima parte il documento illustra una "fotografia" della rischiosità di ogni azienda misurata rispetto ad un set di indicatori nelle aree: clinica, ostetricia, ortopedia, chirurgia, pronto soccorso, e sui dati di cadute, smarrimenti, riserve per sx aperti, descrizione dei fatti avvenuti. Per la scelta degli indicatori si è privilegiato l'utilizzo di dati ad oggi già disponibili. Gli indicatori sono rappresentati in tabella/istogramma con un raffronto fra azienda e media regionale. La seconda parte è costituita da un format per la raccolta semestrale dei dati aziendali riferiti agli eventi avversi occorsi di una certa gravità (stima danno >300.000 euro) e delle relative azioni di miglioramento intraprese.
22/6/2011	Nota Direttore Generale Direzione Generale Sanità prot. H1.2011.0019057	Monitoraggio delle conciliazioni ex d.lgs 28/2010	Il documento – attraverso un semplice format – richiede la raccolta dei dati delle aziende sanitarie per il monitoraggio dei casi di media-conciliazioni effettuate/in corso (ex d.lgs. 28/2010).

2. Controllo di gestione in Sanità

2.1 Il contesto storico e istituzionale

Con il d.lgs. 502/1992 "*Riordino della disciplina in materia sanitaria*" e, in particolare, con l'articolo 5 in tema di patrimonio e contabilità, è iniziato un processo di "aziendalizzazione" delle strutture sanitarie pubbliche.

Con la legge 405/2001 "*Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, recante interventi urgenti in materia di spesa sanitaria*" sono stati introdotti alcuni principi fondamentali in tema di controllo della spesa:

- la definizione in via preventiva per il triennio 2002-2004 delle risorse finanziarie a carico del SSN per il settore sanitario;
- la responsabilità diretta delle Regioni nel finanziare eventuali disavanzi;
- l'obbligo per le aziende sanitarie di garantire l'equilibrio economico interno.

L'accordo Stato Regioni dell'8 agosto 2001 ha ulteriormente accentuato la responsabilizzazione delle Regioni sul versante economico-finanziario.

In questo contesto s'inserisce la l.r. 33/2009 "*Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità*" che prevede - all'articolo 18, comma 4 - l'istituzione in ogni azienda sanitaria di un servizio di controllo interno di gestione per la verifica della corretta ed economica gestione delle risorse, nonché dell'imparzialità e del buon andamento delle attività aziendali. La verifica è svolta attraverso valutazioni comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati.

La l.r. 33/2009 prevede, inoltre, all'articolo 21, comma 1:

- l'emanazione da parte della Giunta delle direttive necessarie a consentire l'uniformità nella impostazione dei sistemi di rilevazione delle informazioni necessarie per il governo del sistema, nonché dei dati economico-finanziari delle aziende;

- l'obbligo per le aziende sanitarie locali e per le aziende ospedaliere di dotarsi di sistemi informativi tali da consentire la pianificazione delle attività, il controllo di gestione e la verifica delle proprie attività sotto il profilo dell'efficacia e dell'efficienza, nonché di fornire ogni rappresentazione dei fenomeni aziendali, anche al fine di soddisfare il debito informativo verso la Regione ed ogni altra istituzione che ne abbia titolo.

In Lombardia, il processo di *aziendalizzazione* si è caratterizzato per l'attribuzione alle strutture sanitarie di un rilevante grado di autonomia gestionale, che ha compreso il posizionamento strategico nel contesto sanitario, la capacità di investimento, la politica del personale. Ciò ha consentito l'introduzione di elementi di competitività all'interno del sistema di organizzazioni sanitarie di diritto pubblico e tra queste e quelle di diritto privato; competitività che, pur regolata da strumenti quali l'accreditamento e i contratti tra soggetti acquirenti e soggetti erogatori, richiede alle strutture di diritto pubblico una seria conoscenza delle proprie dinamiche organizzative ed economiche interne.

Le direzioni aziendali, quindi, responsabilizzate sull'equilibrio economico finanziario e in presenza di nuovi sistemi di finanziamento, hanno supportato la nascita e lo sviluppo di strumenti gestionali indispensabili per conoscere, valutare e decidere. Sono così stati progettati e introdotti nuovi sistemi operativi per rendere l'attività di governo delle aziende sanitarie più efficace e più economica.

2.2 Linee guida regionali sul controllo di gestione

L'approvazione delle linee guida regionali sul controllo di gestione chiude una fase di lavoro nella quale si è provveduto alla diffusione della conoscenza di uno strumento così rilevante nel governo delle aziende, attraverso numerose iniziative:

- incontri con la direzione delle aziende sanitarie per verificare la loro adesione all'introduzione di tale strumento nelle loro aziende;
- realizzazione di corsi di formazione per i responsabili e gli operatori che si occupano della materia;
- inserimento del controllo di gestione tra le materie di insegnamento nei corsi di aggiornamento predisposti per l'alta direzione delle aziende sanitarie.

Le linee guida sono state predisposte rispettando l'organizzazione del sistema sanitario lombardo e pertanto sono state sviluppate con caratteristiche diverse per:

- le aziende ospedaliere che si caratterizzano in relazione alla produzione ed erogazione di servizi;
- le aziende sanitarie locali nelle quali prevale l'aspetto legato al controllo e all'acquisto di prestazioni sanitarie.

Le linee guida approvate con deliberazione della Giunta regionale n. VII/7780 del 18 gennaio 2002 "*Approvazione delle Linee guida sul controllo di gestione delle Aziende sanitarie della Regione Lombardia*" rappresentano il corpo centrale delle regole della materia in oggetto.

Nel corso del tempo si è provveduto ad approfondire alcune delle tematiche trattate nelle linee guida originali e ad affrontare nuovi argomenti. A seguito degli approfondimenti effettuati, con la circolare n. 44/SAN del 22.12.2004 sono state emanate linee guida integrative sul controllo di gestione delle aziende ospedaliere che hanno consentito di rendere più trasparente e allo stesso tempo più rigorosa l'attribuzione dei costi e dei ricavi diretti ed indiretti nei centri di costo più appropriati.

Con nota del Direttore Generale della Direzione Generale Sanità prot. H1.2007.0052710 del 18.12.2007 sono state poi diramate le linee guida integrative per il controllo di gestione nelle aziende sanitarie locali con le quali si è cercato di fare maggior chiarezza in merito alle logiche di rilevazione delle grandezze economiche, garantendo il graduale percorso di avvicinamento ed allineamento dei diversi sistemi adottati.

Nel corso del 2010 si è resa necessaria una revisione delle precedenti linee guida integrative delle aziende sanitarie locali, attuata con nota del Direttore Generale della Direzione Generale Sanità Direttore Generale della Direzione Generale Sanità prot. N. H1.2010.0037543 del 12.11.2010, al fine di semplificarle e di meglio chiarire alcuni processi critici.

2.3 Finalità del controllo di gestione della Regione Lombardia

Il modello del controllo di gestione proposto dalla Regione Lombardia si propone come punto di riferimento per il controllo di gestione delle ASL e delle aziende ospedaliere coerente con la legislazione nazionale e regionale in materia.

In particolare, lo standard è formulato per garantire:

- uniformità del controllo di gestione caratterizzato dal processo di formulazione del budget, dal processo di rilevazione dei dati consuntivi, dalla fase di analisi degli scostamenti e delle modalità di intervento, dal processo di responsabilizzazione, dal processo di sensibilizzazione e formazione a tutti i livelli della struttura organizzativa;
- uniformità delle metodologie e delle procedure di implementazione del budget, della contabilità analitica e del sistema di reporting sia interno alle aziende sanitarie locali e aziende ospedaliere verso la Regione;
- uniformità dei criteri utilizzati nel controllo di gestione per la predisposizione del piano dei conti integrato per contabilità economico-patrimoniale e analitica del piano dei codici di budget, del piano dei centri, delle configurazioni di costo diretti e indiretti, dei margini di primo, secondo e terzo livello, dei prezzi di trasferimento interno, ecc.;
- coerenza tra le risultanze del controllo di gestione e i risultati della contabilità economico patrimoniale al fine di garantirne la riconciliazione qualora si verificano delle differenze fra criteri utilizzati nei due sistemi.

L'esigenza di uniformità dei processi, delle metodologie, dei criteri del controllo di gestione, unita all'esigenza di coerenza con il bilancio economico-patrimoniale consente, a livello regionale, di rendere comparabili:

- i conti economici di budget e consuntivi per i centri di responsabilità e di costo;
- le situazioni di criticità economica dei singoli centri di responsabilità e di costo;
- i costi delle prestazioni sanitarie e dei servizi;
- gli indicatori di efficienza, efficacia e economicità.

2.4 Linee guida "modello ministeriale LA"

Al fine di fornire alle aziende sanitarie locali lombarde le indicazioni per la corretta compilazione del modello ministeriale LA (livelli di assistenza), sono state emanate puntuali linee guida contenenti gli indirizzi utili alla rilevazione dei costi per livelli di assistenza.

Nel corso del 2011 sono state redatte le linee guida per la compilazione del "Modello LA" nelle aziende ospedaliere e negli IRCCS e le linee guida per la compilazione del "Modello LA" nelle aziende sanitarie locali.

2.5 Area del controllo di gestione

Elenco documenti, linee guida, note per AO/IRCCS/ASL

data	documento	Oggetto	contenuto
18.01.2002	D.G.R. n. VII/7780	Approvazione delle linee guida sul controllo di gestione delle aziende sanitarie della Regione Lombardia	<p>Il provvedimento contiene le linee guida sul controllo di gestione:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ l'allegato "1" concerne gli "Spunti metodologici per l'introduzione e lo sviluppo del controllo di gestione nelle aziende sanitarie locali", ◆ l'allegato "2" contiene le indicazioni specifiche per le aziende sanitarie locali; ◆ l'allegato "3" contiene le indicazioni specifiche per le aziende ospedaliere; <p>Il documento nasce con l'obiettivo di garantire la confrontabilità dei dati a livello regionale attraverso un elevato grado di omogeneità tra i sistemi di rilevazione delle singole aziende.</p>
22.12.2004	Circolare N. 44/SAN	Linee guida integrative sul controllo di gestione delle aziende ospedaliere	<p>Il documento va ad integrare il corpo centrale della materia definito con la D.G.R. n. 7780 del 18 gennaio 2002. Le indicazioni che vengono fornite alle aziende sono prevalentemente orientate a definire criteri di attribuzione dei ricavi/costi ai singoli centri di costo.</p>
18.12.2007	Nota Direttore Generale	Linee guida integrative per il	<p>Il documento si configura come strumento di lavoro orientato a fare maggior chiarezza in merito alle logiche di rilevazione delle grandezze economiche,</p>

	Direzione Generale Sanità prot. n. H1.2007.0052710	controllo di gestione nelle Aziende sanitarie locali	garantendo il graduale percorso di avvicinamento ed allineamento dei diversi sistemi adottati. Le indicazioni in esso contenute scaturiscono dalla puntuale analisi da parte della Direzione Generale Sanità dei flussi regionali attivati e dalla condivisione delle esperienze maturate nelle aziende sanitarie locali lombarde.
12.11.2010	Nota Direttore Generale Direzione Generale Sanità prot. n. H1.2010.0037543	Linee guida integrative per il controllo di gestione nelle Aziende sanitarie locali	Il documento è costituito da una revisione delle precedenti linee guida integrative delle aziende sanitarie locali al fine di semplificarle e di meglio chiarire alcuni processi critici che avevano necessità di miglior interpretazione. Gli approfondimenti effettuati consentono di semplificare l'approccio precedente, permettendo di eliminare le incoerenze riscontrate nei flussi CO.AN. acquisiti tramite il portale regionale sul controllo di gestione.
20.05.2011	LINEE GUIDA PER LA COMPILAZIONE DEL MODELLO LA Aziende Ospedaliere e IRCCS	Rilevazione dei costi per Livelli di assistenza - Anno 2010 Aziende ospedaliere e IRCCS	Con il documento sono state apportate alcune modifiche e integrazioni al sistema di rilevazione delle aziende ospedaliere/IRCCS lombarde al fine di consentire una migliore lettura dei consumi per livelli di assistenza nonché una più puntuale verifica della corretta allocazione dei costi sui diversi livelli.
20.05.2011	LINEE GUIDA PER LA COMPILAZIONE DEL MODELLO LA Aziende Sanitarie Locali	LINEE GUIDA PER LA Rilevazione dei costi per Livelli di assistenza - Anno 2010 Aziende sanitarie locali	Con il documento sono state apportate alcune modifiche e integrazioni al sistema di rilevazione delle aziende sanitarie locali lombarde al fine di consentire una migliore lettura dei consumi per livelli di assistenza nonché una più puntuale verifica della corretta allocazione dei costi sui diversi livelli.

Allegato 3

Gli acquisti delle aziende sanitarie: linee di indirizzo

La Direzione Generale Sanita gestisce tre Osservatori:

1. Osservatorio acquisti
2. Osservatorio servizi non sanitari
3. ORPT – Osservatorio regionale prezzi e tecnologie

1. Osservatorio acquisti

Con l'Osservatorio Acquisti è stato realizzato un sistema rispondente a due requisiti principali:

- garantire l'attuazione delle norme imposte dal DM 21 dicembre 2009 *"Modifiche ed integrazioni al decreto 20 febbraio 2007 recante "Nuove modalità per gli adempimenti previsti per la registrazione dei dispositivi impiantabili attivi nonché per l'iscrizione nel Repertorio dei Dispositivi Medici"*.
- maggior rispetto dello schema "reale" di una gara.

Il sistema consente la costruzione di una gara per lotti, ognuno dei quali può essere costituito da più prodotti. Ogni prodotto (bene o servizio) è caratterizzato dalla propria categoria merceologica specificata con precisione. Questo punto è di fondamentale importanza per il rispetto del decreto sui dispositivi medici.

Cronologia dell'evoluzione del sistema con informativa alle aziende:

- con nota del 12/10/2009 prot. n. 35834 – sono state presentate le evoluzioni apportate sui sistemi di gare web;
- con nota 12/7/2010 prot. n. 24424 è stato presentato il DM 21 dicembre 2009 *"Modifiche ed integrazioni al decreto 20 febbraio 2007 recante "Nuove modalità per gli adempimenti previsti per la registrazione dei dispositivi impiantabili attivi nonché per l'iscrizione nel repertorio dei Dispositivi Medici"*;
- con nota 8/9/2010 prot. n. 29825 sono state trasmesse alle aziende le specifiche del flusso informativo consumi dispositivi medici.
- per la complessità dei temi sono stati indetti dieci corsi formativi per le seguenti categorie di professionisti: fornitori, farmacisti, ingegneri clinici e responsabili dei sistemi informativi.

2. Osservatorio servizi non sanitari

Nell'anno 2008 è stata definita la Web application dei servizi non sanitari.

L'osservatorio servizi non sanitari è uno strumento di supporto all'attività di contenimento e razionalizzazione della spesa sanitaria, in particolare per quanto riguarda i beni e i servizi. Ha l'obiettivo di coprire progressivamente tutte le categorie di beni e servizi acquistati dalle aziende sanitarie pubbliche e dalle fondazioni pubbliche della Regione che entrano nei costi di esercizio per beni e servizi.

Il flusso ha una periodicità semestrale.

I servizi monitorati sono: mensa pazienti, mensa dipendenti, lavanderia, sterilizzazione, monouso, hardware, software.

Indicazioni operative per la rilevazione servizi – Il Manuale recante Indicazioni operative per la rilevazione dei servizi è stato distribuito alle aziende sanitarie il 21/12/2009.

3. Orpt - Osservatorio regionale prezzi e tecnologie

L'Osservatorio regionale prezzi e tecnologie è attivo dal luglio 2001.

Dal 2003 ad oggi è attiva una convenzione con l'IRCCS San Matteo di Pavia per l'attività di mantenimento e sviluppo del progetto "*Raccolta, analisi e diffusione di dati economici e di mercato delle tecnologie biomediche (Osservatorio regionale prezzi e tecnologie - O.R.P.T.)*".

La Regione ha ottemperato agli obblighi della finanziaria 2007 per quanto riguarda la rilevazione dei prezzi minimi e massimi dei dispositivi medici sia nel 2007 che nel 2011.

Nell'anno 2007 è stato implementato un sistema di inserimento dei dati via WEB, in modo che ciascuna azienda ospedaliera o sanitaria potesse autonomamente inserire quanto di competenza e, in maniera automatica, il sistema fornisce alla Direzione Generale Sanità, attraverso l'applicazione dell'algoritmo necessario, i dati da inviare a livello nazionale. Nel 2011 l'Osservatorio regionale prezzi e tecnologie è stato profondamente rivisto in funzione dell'adozione della classificazione nazionale dei dispositivi medici.

Allegato 4

Piani e Programmi di Sviluppo

1. Attività: internazionalizzazione del sistema sanitario lombardo

1.1. Quadro di riferimento

La materia è disciplinata dalla seguente normativa europea, statale e regionale:

- ✓ Reg. CE 1905 18 dicembre 2006 *"Regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio che istituisce uno strumento per il finanziamento della cooperazione allo sviluppo"*; Reg. CE 1080/2006 *"Regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio relativo al fondo europeo di sviluppo regionale e recante abrogazione del regolamento (CE) n. 1783/1999"*;
- ✓ L. 26 febbraio 1987, n. 49 *"Nuova disciplina della cooperazione dell'Italia con i Paesi in via di sviluppo"*; L. 27 dicembre 1997, n. 449 *"Misure per la stabilizzazione della finanza pubblica"*: finanziaria che autorizza i programmi regionali di assistenza sanitaria agli extracomunitari per motivi umanitari); D.Lgs 25 luglio 1998, n. 286 *"Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero"*;
- ✓ I.r. 5 giugno 1989, n. 20 *"La Lombardia per la pace e la cooperazione allo sviluppo"*; I.r. 30 dicembre 2009, n. 33 *"Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità"*: che richiama la vigenza della I.r.. 7 maggio 2001, n. 10 *"Utilizzazione a fini umanitari del patrimonio mobiliare dismesso delle aziende Sanitarie"*; I.r. 22 maggio 2004 n. 16 *"Testo unico delle disposizioni regionali in materia di protezione civile"*; I.r. 8 settembre 1997, n. 35 *"Assestamento al bilancio per l'esercizio finanziario 1997 ed al bilancio pluriennale 1997/1999 - III provvedimento di variazione con modifiche di leggi regionali."* e I.r. 22 dicembre 2003, n. 27 *"Disposizioni legislative per l'attuazione del documento di programmazione economico-finanziaria regionale, ai sensi dell'articolo 9 ter della legge regionale 31 marzo 1978, n. 34 (Norme sulle procedure della programmazione, sul bilancio e sulla contabilità della regione) - Collegato 2004."* (fondo per partecipazione regionale agli interventi previsti da regolamenti o direttive comunitarie); I.r. 27 dicembre 2001, n. 29 *"Bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2002 e bilancio pluriennale 2002-2004 a legislazione vigente programmatico. (finanziamenti aggiuntivi sugli interregionali)*

Occorre inoltre considerare le seguenti deliberazioni, linee programmatiche e altri atti:

✓ Delibere

DCR n. IX/56 del 28.09.2010 "Approvazione PRS IX legislatura" e DCR n. 88 del 17.11.2010 "PSSR 2010-2014", dgr n. IX/000937 del 1.12.2010 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2011", dgr n. VII/15843 del 30.12.2003 "Programma di collaborazione e sviluppo internazionale in ambito sanitario per l'anno 2004: iniziativa di gemellaggi tra strutture ospedaliere. Determinazioni conseguenti alla L.R. 20/89" (gemellaggi con Paesi in Via di Sviluppo (PVS)/Paesi ad Economia di Transizione (PET)), dgr. VII/1995"2 del 23.12.2004 "Programma di collaborazione e sviluppo internazionale in ambito sanitario per l'anno 2005 ai sensi della L.R. 20/89" (ricoveri degli extracomunitari), dgr 28.07.2011 n. 2061 "Determinazione in ordine alla promozione di iniziative di sviluppo e confronto tra aziende lombarde e realtà omologhe all'estero: progetti di gemellaggio e cooperazione sanitaria internazionale" (interventi di cooperazione sanitaria internazionale), dgr n. IX/2093 del 4.08.2011 "Determinazioni in ordine alle attività di cooperazione allo sviluppo - IX legislatura (L.R.20/89)" , dgr 15 dicembre 2010, n. 990 "Modalità per la selezione di un progetto finalizzato a consentire a strutture sanitarie e assistenziali dei paesi in via di sviluppo e ad economia di transizione l'accesso a tecnologie e beni dimessi nel triennio 2011 - 2013, ai sensi della L.R. n. 10/2001, attraverso un bando di cofinanziamento denominato "Dall'ospedale agli ospedali" (sui criteri del bando per la gestione dei beni dimessi), dgr n. VIII/11393 del 10.02.2010 "Fondo per la partecipazione regionale agli interventi previsti da regolamenti o direttive dell'Unione europea. Procedure per la presentazione di progetti e modalità di accesso. Integrazioni e rettifiche alla DGR n. VIII/5990 del 5 dicembre 2007" (sull'accesso al cofinanziamento regionale per la partecipazione regionale e del Sireg ad interventi previsti da direttive e regolamenti comunitari).

- ✓ Linee programmatiche per il triennio 2009-2011 e biennio 2010-2011 adottate dal comitato Direzionale per la cooperazione e lo sviluppo del Ministero Affari Esteri; libro bianco della CE del 23.10.2007 "Un impegno comune per la salute Approccio strategico dell'UE per il periodo 2008 - 2013" presentato dalla Commissione delle Comunità Europee; dichiarazione di Parigi del 2005 - Conferenza del 02/03/2005 - paesi ONU; Dichiarazione del Millennio delle Nazioni Unite, Assemblea Generale, risoluzione A/55/2,8 settembre 2000; Strategia di Lisbona: il Consiglio europeo nella sessione straordinaria il 23 e 24 marzo 2000 a Lisbona ha concordato un nuovo obiettivo strategico per l'Unione per il decennio (2000-2010); Quadro strategico nazionale 2007-2013, versione definitiva approvata dalla Commissione europea con decisione del 13 luglio 2007; programmi comunitari (VII Programma Quadro, Spazio Alpino, Competitività e Innovazione).

1.2. Finalità

Sviluppo di una dimensione internazionale del sistema sanitario regionale, al fine di contribuire ad innovare e qualificare il sistema sanitario lombardo ed a rendere attrattiva e competitiva la Lombardia, promuovendone l'immagine nel mondo, attraverso il coinvolgimento del settore sanitario in tutte le sue componenti, e degli attori della ricerca e sviluppo ad esso correlati.

1.3. L'internazionalizzazione si realizza attraverso le seguenti modalità:

- 1.3.1 cooperazione a favore di paesi in via di sviluppo;
- 1.3.2 progettazione europea;
- 1.3.3 alleanze strategiche e networking;
- 1.3.4 sviluppo di strategie di internazionalizzazione.

1.3.1 Cooperazione a favore di paesi in via di sviluppo

Obiettivi

1. potenziamento e riqualificazione sostenibile dei servizi degli ospedali nei paesi in via di sviluppo o di transizione, supporto alla loro riorganizzazione, e arricchimento professionale dei nostri operatori sanitari coinvolti nelle attività di cooperazione;
2. ricovero di cittadini stranieri, prevalentemente in età pediatrica, che non possono essere trattati nel paese di residenza;
3. gestione delle emergenze sanitarie internazionali in collaborazione con la Direzione Generale Relazioni Esterne Internazionali Comunicazione.

Monitoraggio e valutazione

Progetti approvati, ricoveri autorizzati, beni dismessi trasferiti.

Strumenti

Promozione di gemellaggi tra strutture sanitarie lombarde e strutture sanitarie dei PVS/PET, erogazione dell'assistenza sanitaria a cittadini extracomunitari, trasferimento di beni dismessi delle nostre strutture a ospedali di PVS/PET, organizzazione di missioni dirette all'invio di farmaci e presidi sanitari e al recupero di feriti in caso di emergenze sanitarie internazionali.

Procedure

- stesura del piano annuale degli interventi di cooperazione, finanziamento dei progetti di gemellaggio e valutazione delle rendicontazioni;
- valutazione delle istanze di assistenza a favore di extracomunitari ed emissione dei relativi provvedimenti di autorizzazione;
- indizione del bando per la selezione di un soggetto terzo deputato alla gestione dei beni dismessi.

1.3.2 Progettazione europea

Obiettivi

Acquisizione e gestione diretta di progetti europei innovativi per il servizio sanitario regionale e facilitazione della partecipazione delle aziende sanitarie a progetti europei.

Monitoraggio e valutazione

Progetti approvati e aziende coinvolte nella sperimentazione.

Strumenti

Partecipazione a bandi europei, coinvolgimento delle aziende sanitarie per l'attuazione degli stessi, endorsement rispetto a iniziative degli enti del SIREG.

Procedure

Provvedimento di autorizzazione a partecipare al bando, richiesta di accesso al fondo di cofinanziamento regionale, presentazione del progetto, sottoscrizione del contratto con la CE, provvedimento di avvio del progetto, individuazione delle aziende partecipanti alla fase sperimentale e convenzione con le stesse.

Valutazione del progetto aziendale sotto il profilo della coerenza con le strategie regionali e lettere di espressione del gradimento dell'iniziativa.

1.3.3 Alleanze strategiche e networking

Obiettivi

Apertura del sistema sanitario lombardo a forme di *benchmarking* e scambi di *best practices* con i sistemi più avanzati, anche in relazione alla sostenibilità dei sistemi.

Monitoraggio e valutazione

Contatti avviati, accordi sottoscritti, progettualità comuni avviate.

Strumenti

Scambio di delegazioni, sottoscrizione di accordi, attuazione di gemellaggi tra strutture ospedaliere alla pari.

Procedure

Comunicazione in Giunta dell'accordo sottoscritto, provvedimenti di approvazione di progetti comuni

1.3.4 Sviluppo di strategie di internazionalizzazione

Obiettivi

Promuovere il sistema lombardo di erogazione delle cure all'estero ed incrementare il suo indice di attrazione da altri paesi, promuovere lo sviluppo del capitale umano nel contesto della sanità.

Strumenti

Conoscenza delle attività a dimensione internazionale delle strutture del SSR.

Interazione tra il mondo della sanità, ricerca, università e impresa per individuare linee di azione sul tema dell'attrattività del sistema sanitario lombardo.

Monitoraggio e valutazione

Database sulle attività internazionali delle aziende sanitarie.

Procedure

Database sui progetti/collaborazioni internazionali in corso.

Gruppi di approfondimento tecnico sul capitale umano, ricerca e innovazione, erogazione dei servizi sanitari.

1.4. Finanziamenti

Quota del fondo sanitario regionale, finanziamenti comunitari e della DC programmazione integrata per i progetti europei.

2. Ricerca Sanitaria

2.1 Fonti

Nazionali

- Legge finanziaria annuale dello Stato;
- D.lgs. 502/92 *“Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421.”* ([articolo12](#) e [articolo12 bis](#));
- D.lgs. 16 ottobre 2003, n. 288 *“Riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, a norma dell'articolo 42, comma 1, della legge 16 gennaio 2003, n. 3”*.

Regionali:

- DGR IX/000937 del 1/12/2010 *“Determinazioni in ordine alla gestione del SSR per l'esercizio 2011”*;
- DGR IX/2195 del 4/8/2011 *“Presentazione del documento strategico su ricerca e innovazione”*.

2.2 Definizione

La ricerca è il motore per sviluppare le conoscenze scientifico-tecnologiche di un Paese e per potenziare la capacità di tradurre tali conoscenze in cultura, prodotti e servizi, idonei ad aumentare il benessere della comunità. Regione Lombardia è riconosciuta tra le Regioni che contribuiscono maggiormente alla ricerca e innovazione in Italia. Per proseguire in questa direzione, Regione Lombardia collabora con le Aziende Sanitarie, con gli IRCCS, e con i Centri di Ricerca, che costituiscono gli attori di questo processo. Contribuisce, inoltre, a tradurre le linee strategiche nazionali e internazionali della ricerca in sapere e background, attraverso l'attività delle proprie strutture.

La ricerca sanitaria comprende, nella definizione più comune, una categoria ampia di attività relative sia alla ricerca biomedica (di base ed applicata, detta traslazionale) sia a quella sui servizi sanitari (inclusa quella di carattere socio-economico) e sulle politiche sanitarie.

La ricerca sanitaria, anche per via dell'ampio spettro che ricopre, è finanziata ed effettuata da una molteplicità di attori, pubblici e privati, che ne rende problematica la valutazione in termini di sistema. In particolare, è richiesto sempre di più ad attori parte del sistema sanitario, quali ad esempio le strutture ospedaliere, di condurre ricerca sanitaria d'avanguardia e di ottenere livelli di eccellenza paragonabili a quelli della comunità scientifica internazionale, non solo nel campo dell'assistenza clinica, ma anche in quello della ricerca, per l'appunto.

La ricerca sanitaria risponde al fabbisogno conoscitivo e operativo del servizio sanitario nazionale e ai suoi obiettivi di salute, individuato con un apposito programma di ricerca previsto dal piano sanitario nazionale.

Tale piano definisce, con riferimento alle esigenze del servizio sanitario nazionale, gli obiettivi e i settori principali della ricerca alla cui coerente realizzazione

contribuisce la comunità scientifica nazionale. Il Ministero della Salute, sentita la Commissione nazionale per la ricerca sanitaria, elabora il **programma di ricerca** sanitaria e propone iniziative da inserire nella programmazione della ricerca scientifica nazionale e nei programmi di ricerca internazionali e comunitari. Il programma ha validità triennale ed è finanziato dalla quota prevista dal d.lgs. 502/1992.

Il programma di ricerca sanitaria nazionale si articola nelle attività di **ricerca corrente e di ricerca finalizzata**.

La **Ricerca corrente** è attuata tramite i progetti istituzionali degli organismi di ricerca nazionali (Regioni, Istituto Superiore di Sanità, Istituto Superiore per la prevenzione e la sicurezza sul lavoro, Agenzia per i servizi sanitari regionali, Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici e privati, Istituti zooprofilattici sperimentali) nell'ambito degli indirizzi del programma nazionale, approvati dal Ministro.

La **Ricerca finalizzata** attua gli obiettivi prioritari, biomedici e sanitari, del piano sanitario nazionale. I progetti di ricerca biomedica finalizzata sono approvati dal Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, allo scopo di favorire il loro coordinamento.

2.3 Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS)

Gli IRCCS (diciassette in Lombardia) sono ospedali di eccellenza che perseguono finalità di ricerca nel campo biomedico e in quello della organizzazione e gestione dei servizi sanitari.

Il d.lgs. n. 288/2003 ne ha disposto il riordino, prevedendo la trasformazione - su istanza della Regione in cui l'Istituto ha la sede prevalente di attività clinica e di ricerca - in fondazioni di rilievo nazionale, aperte alla partecipazione di soggetti pubblici e privati e sottoposte alla vigilanza del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali e del Ministero dell'economia e delle finanze. Gli istituti trasformati assumono la denominazione di fondazioni IRCCS.

Gli istituti non trasformati sono organizzati sulla base di criteri che garantiscano le esigenze di ricerca e la partecipazione a reti nazionali di centri di eccellenza.

Il Ministero della Salute vigila sull'attività di ricerca svolta dagli IRCCS per garantire che sia finalizzata all'interesse pubblico.

2.4 Aree di Ricerca

Gli IRCCS si occupano di **ricerca clinica**. Essi effettuano una ricerca che deve trovare necessariamente sbocco in applicazioni terapeutiche negli ospedali. La loro attività ha per oggetto aree di ricerca ben definite, sia che abbiano ottenuto il riconoscimento per una singola materia (IRCCS monotematici), sia che l'abbiano ottenuto per più aree biomediche integrate (IRCCS politematici). I settori nei quali gli Istituti svolgono la loro attività di ricerca ed assistenza sono: auxologia, biotecnologie e tecnologie biomediche, cardiologia, dermatologia,

gastroenterologia, geriatria, malattie genetiche ed eredo-familiari, malattie infettive, malattie metaboliche, neurologia, oftalmologia, oncologia, ortopedia, patologie croniche, degenerative, disabilitanti, pediatria, psichiatria, riabilitazione, trapianti d'organo.

2.5 Obiettivi della ricerca e innovazione

Gli obiettivi primari della ricerca in ambito sanitario si concretizzano da una parte, nel rendere immediatamente disponibile per i cittadini il valore aggiunto conseguente alle varie attività di ricerca e, dall'altro, valorizzare il capitale umano e scientifico presente nelle strutture sanitarie pubbliche e private della nostra regione. Regione Lombardia persegue tali obiettivi attraverso un ruolo di *governance* della ricerca in tutti i suoi ambiti che si declina in un'azione di coordinamento e di implementazione dei risultati ottenuti. In un'ottica sussidiaria, l'impegno è quello di coinvolgere gli stakeholder nella definizione delle priorità di ricerca, valorizzare il patrimonio conoscitivo prodotto dai diversi attori, aumentando la visibilità e fruibilità delle conoscenze acquisite. Regione Lombardia promuove progetti indipendenti di ricerca, sperimentazione e prototipizzazione per innovazione di prodotti e processi in ambito sanitario, proposti dalle Aziende Ospedaliere e dagli IRCCS pubblici e privati accreditati della Regione Lombardia.

2.6 Filoni di intervento attuali

I settori prioritari verso i quali Regione Lombardia orienta il proprio impegno nell'ambito della ricerca, riguardano le seguenti tematiche:

- biotecnologie;
- nanotecnologie ;
- innovazione tecnologica; la farmacologia molecolare;
- sviluppo tecnologico nei campi applicativi della produzione, distribuzione e utilizzazione di farmaci;
- ricerca scientifica finalizzata all'applicazione di nuove metodologie per la prevenzione, diagnosi e cura di forme patologiche.

2.7 Strumenti

- bandi di ricerca sanitaria nazionali, ministeriali, regionali, cui partecipano le Aziende Sanitarie e gli IRCCS pubblici e privati presenti in Regione Lombardia;
- accordi di collaborazione tra pubblico e privato (industrie, case farmaceutiche, centri di ricerca);
- corsi regionali di formazione su tematiche di "metodologia della ricerca sanitaria".

3. Reti di Patologia

La risposta al bisogno di unitarietà del processo di cura si realizza attraverso lo sviluppo di percorsi integrati multidisciplinari e di continuità delle cure che garantiscono la centralità del paziente. Tale approccio richiede un'impostazione secondo metodologie e strumenti di gestione capaci di assicurare un percorso assistenziale continuo che, indipendentemente dalla territorialità, sia in grado di cogliere le specificità delle situazioni organizzative, la complessità delle relazioni e dei bisogni delle persone. L'organizzazione in rete delle strutture e dei servizi rappresenta la naturale risposta a queste esigenze, in grado di garantire la continuità delle cure, l'individuazione e l'intercettazione della domanda di salute con la presa in carico globale del paziente ed il governo dei percorsi sanitari in una rigorosa linea di appropriatezza degli interventi e sostenibilità economica.

Il modello a rete di patologia costituisce un passaggio qualificante e in grado di garantire omogeneità territoriale per le attività di diagnosi e di cura per patologie caratterizzate da elevata complessità. Consente inoltre al paziente di orientarsi in modo sempre più consapevole all'interno di percorsi di cura di tipo specialistico di elevata complessità e favorisce la diffusione di conoscenze tra i professionisti, permettendo loro di indirizzarsi verso le opzioni terapeutiche più appropriate.

3.1 Obiettivi

Le reti di patologia sono state istituite al fine di consentire ai professionisti della sanità sinergie e condivisione collegiale dei protocolli di procedura sulla base delle *best practice*. Costituiscono un modello di integrazione dell'offerta in grado di coniugare esigenze di specializzazione delle strutture sanitarie, diffusione sul territorio di centri di eccellenza e di tecnologie ad elevato standard, sostenibilità economica, fabbisogni della collettività e dei professionisti che operano nell'ambito sanitario.

L'obiettivo ultimo è quello di portare a regime e di estendere le reti di patologia e sviluppare progetti per rafforzare la centralità del paziente, coinvolgendolo attivamente nella costruzione e nella gestione del proprio fascicolo sanitario personale tramite CRS-SISS.

3.2 Aree delle reti di patologia

Il percorso di Regione Lombardia in questo senso è focalizzato su alcune reti, per l'estensione quali-quantitativa dell'esistente e per un ulteriore ampliamento delle patologie coinvolte, in dettaglio:

a) **RETE EMATOLOGICA LOMBARDA (REL)**

Rete costituita dalle strutture e dai sanitari che svolgono la loro attività di cura ed assistenza al paziente ematologico nelle varie fasi della malattia, al fine di

ottimizzare servizi e prestazioni anche attraverso la stesura di protocolli di trattamento e di gestione dei percorsi diagnostico-terapeutici.

Fonti normative

Nazionali

- Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 29 marzo 2007 in materia di obiettivi di carattere prioritario di rilievo nazionale per l'attuazione del Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, in particolare l'Allegato A *"La razionalizzazione della rete ospedaliera"*

Regionali: atti di programmazione pluriennale

- DCR IX/88 del 17/11/2010 *"Piano Socio Sanitario regionale 2010/2014"* (PSSR) all'area *"Programmazione sanitaria e socio-sanitaria, reti di patologia e piani di sviluppo"*.

Regionali: delibere

- DGR IX/937 del 1/12/2010 *"Determinazione in ordine alla gestione del servizio socio-sanitario regionale per l'esercizio 2011"*;
- DGR VIII/6575 del 13.2.2008 *"Progetto realizzazione della Rete Ematologica Lombarda (REL) . Schema di convenzione con AO Ospedale Niguarda di Milano"*.

Obiettivi

- attuazione del principio di equità di accesso alle prestazioni sanitarie;
- interazione fra strutture sanitarie;
- trasferimento di *know how* tra Strutture Pubbliche e Private incrementando il livello qualitativo delle prestazioni erogate.

Filoni di intervento attuali

- coinvolgimento delle strutture sanitarie pilota nella progressiva implementazione di data - set minimi per le principali patologie ematologiche semplificando la pubblicizzazione delle informazioni all'interno del fascicolo sanitario elettronico;
- le diverse strutture complesse di ematologia provvederanno a raccogliere i dati di alcuni principali patologie ematologiche ed a supporto di analisi epidemiologiche, scientifiche statistiche. Lo sviluppo degli applicativi necessari a supporto della Rete trovano tra loro realizzazione nell'ambito dell'infrastruttura e servizi già attivati nel sistema SISS.

Strumenti

- gruppo di approfondimento tecnico specifico (GAT – REL);
- elaborazione di documenti;

- corsi di formazione;
- provvedimenti amministrativi;
- sistema informativo.

b) RETE ONCOLOGICA LOMBARDA (ROL)

Rete costituita dalle strutture e dai sanitari che svolgono la loro attività di cura e assistenza al paziente oncologico nelle varie fasi della malattia al fine di ottimizzare servizi e prestazioni anche attraverso la stesura di protocolli di trattamento e di gestione dei percorsi diagnostico-terapeutici.

Fonti normative

Nazionali

- Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 29 marzo 2007 in materia di obiettivi di carattere prioritario di rilievo nazionale per l'attuazione del Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, in particolare l'Allegato A *"La razionalizzazione della rete ospedaliera"*.

Regionale: atti di programmazione pluriennale

- DGR IX/88 del 17/11/2010 *"Piano Socio Sanitario regionale 2010/2014"* (PSSR) all'area *"Programmazione sanitaria e socio-sanitaria, reti di patologia e piani di sviluppo"*.

Regionali: delibere

- ROL 3 – DGR 1357 del 25/2/2011 – *"Rete Oncologica Lombarda (ROL): Progetto ROL 3: Diffusione della rete"*. Scheda di convenzione con la *Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori di Milano*.
- DCR 4408 del 17/5/2011 *"Aggiornamento dei membri della Commissione Oncologica Regionale"*.

Obiettivi

- coinvolgimento delle strutture ospedaliere dei 22 Dipartimenti Interaziendali Provinciali Oncologici (DIPO);
- diffusione della ROL;
- realizzazione ed espansione di una reale e solida *"community"* clinico scientifica, costituita da tutti i clinici e ricercatori coinvolti e rivolta al miglioramento della qualità di cura.

Filoni di intervento attuali

- perfezionare, consolidare e allargare l'uso del ROL-DOC, nucleo centrale del futuro sistema informativo ROL, in integrazione con l'evoluzione in corso

del FSE nel SISS e con le Reti di Patologia collegate all'oncologia, convogliando attraverso il ROL-DOC quanto possibile del debito informativo delle strutture sanitarie oncologiche verso la Regione;

- avviare valutazioni di appropriatezza clinica in ambiti inizialmente ristretti ma rappresentativi, integrando le Linee Guida ROL con l'HTA di Regione Lombardia;
- implementare forme di collaborazione clinica basate sul "Teleconsulto ROL", testuale e multimediale, con espansione anche alla Medicina generale ed al territorio;
- creare un ambito educativo ROL integrato, comprensivo di iniziative, sia a distanza, che decentrate nel territorio, così come di *fellowship* cliniche;
- implementare un ambito ROL dedicato alla ricerca clinica, con facilitazione di quella for-profit e supporto di quella no-profit, realizzando inoltre una Banca tessuti virtuale ROL;
- razionalizzare l'accesso del Paziente all'offerta assistenziale oncologica lombarda e realizzare uno spazio dedicato all'informazione al cittadino sull'oncologia e sui servizi disponibili in Lombardia.

Strumenti

- Commissione Oncologica Regionale;
- Dipartimenti Interaziendali Provinciali Oncologici DIPO e Dipartimento Oncologico di Milano DOM;
- convenzione di Regione Lombardia con Ente attuatore IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori di Milano;
- elaborazione di documenti;
- corsi di formazione;
- provvedimenti amministrativi;
- sistema informativo.

c) RETE NEFROLOGICA (RENE)

Rete costituita dalle strutture e dai sanitari che svolgono la loro attività di cura e assistenza al paziente nefropatico nelle varie fasi della malattia al fine di ottimizzare servizi e prestazioni anche attraverso la stesura di protocolli di trattamento e di gestione dei percorsi diagnostico-terapeutici.

Fonti normative

Nazionali

- Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 29 marzo 2007 in materia di obiettivi di carattere prioritario di rilievo nazionale per l'attuazione del Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, in particolare l'Allegato A "*La razionalizzazione della rete ospedaliera*".

Regionali: atti di programmazione pluriennale

- DGR IX/88 del 17/11/2010 *“Piano Socio Sanitario regionale 2010/2014”* (PSSR) all'area *“Programmazione sanitaria e socio-sanitaria, reti di patologia e piani di sviluppo”*.

Regionali: delibere

- DGR VIII/9741 del 30.6.2009 *“Determinazioni in ordine alla realizzazione sperimentale della rete nefrologica lombarda in attuazione della DGR n. 8501/2008”*.

Obiettivi

- creazione di una piattaforma tecnologica e applicazione di un set di funzionalità applicativa per l'interconnessione e l'interoperabilità graduale tra le strutture nefrologiche ed il territorio, sviluppate nell'ambito del Sistema Informativo Socio Sanitario (SISS);
- implementazione delle integrazioni funzionali con i sistemi informativi aziendali;
- realizzazione del nuovo registro lombardo Dialisi e Trapianto e importazione dei dati pregressi;
- gestione della documentazione amministrativa e clinica e della reportistica;
- organizzazione dell'help desk.

Filoni di intervento attuali

- progressiva adesione di tutte strutture sanitarie del territorio alla Rete Nefrologica Lombarda;
- perfezionamento della infrastruttura tecnologica a supporto della rete e della implementazione del nuovo registro dialisi e trapianto, realizzato nell'ambito dei servizi attivati nel sistema SISS.

Strumenti

- gruppo di Approfondimento Tecnico specifico (GAT – RENE);
- convenzione tra Regione Lombardia ed Ente attuatore;
- elaborazione di documenti;
- provvedimenti amministrativi;
- sistema informativo.

d) RETE PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA (PMA)

Sistema finalizzato alla più efficace presa in carico dei pazienti, alla realizzazione di percorsi sanitari appropriati, alla garanzia della continuità delle cure e alla migliore accessibilità da parte dei cittadini, all'aggiornamento e all'evoluzione professionale dei centri di Procreazione Medicalmente Assistita.

Fonti normative

Nazionali

- Legge 19 febbraio 2004 n. 40 *"Norme in materia di procreazione medicalmente assistita"*;
- Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 29 marzo 2007 in materia di obiettivi di carattere prioritario di rilievo nazionale per l'attuazione del Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, in particolare l'Allegato A *"La razionalizzazione della rete ospedaliera"* ;
- Decreto Legislativo 6 novembre 2007 n. 191 *"Attuazione della direttiva 2004/23/CE sulla definizione delle norme di qualità e di sicurezza per la donazione, l'approvvigionamento, il controllo, la lavorazione, la conservazione, lo stoccaggio e la distribuzione di tessuti e cellule umani"*;
- Decreto Legislativo 25 gennaio 2010 n. 16 *"Attuazione delle direttive 2006/17/CE e 2006/86/CE, che attuano la direttiva 2004/23/CE per quanto riguarda le prescrizioni tecniche per la donazione, l'approvvigionamento e il controllo di tessuti e cellule umani, nonché per quanto riguarda le prescrizioni in tema di rintracciabilità, la notifica di reazioni ed eventi avversi gravi e determinate prescrizioni tecniche per la codifica, la lavorazione, la conservazione, lo stoccaggio e la distribuzione di tessuti e cellule umani"*.

Regionali: atti di programmazione pluriennale

- DGR IX/88 del 17/11/2010 *"Piano Socio Sanitario regionale 2010/2014"* (PSSR) all'area *"Programmazione sanitaria e socio-sanitaria, reti di patologia e piani di sviluppo"*.

Regionali: delibere, decreti

- DGR VII/20790 del 16 febbraio 2005 *"Determinazioni per l'attuazione dell'art.10 della Legge 19 febbraio 2004 - n. 40, recante le norme per la procreazione medicalmente assistita"*;
- DDG della Direzione Generale Sanità n. 6295 del 6 giugno 2006 *"Definizione delle procedure autorizzative per le attività di procreazione medicalmente assistita"*;
- DGR IX/1054 del 22 dicembre 2010 *"Determinazione in ordine alla realizzazione sperimentale della rete lombarda per la Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) in attuazione della DGR n. VIII/10804/2009"*.

Obiettivi

- creazione di una piattaforma tecnologica e determinazione di un set di funzionalità applicative per l'interconnessione e l'interoperabilità graduale tra le strutture di Procreazione Medicalmente Assistita afferenti alla rete e il Sistema Informativo Socio Sanitario (SISS);
- implementazione delle integrazioni funzionali con i sistemi informativi aziendali;
- gestione della documentazione amministrativa e clinica (referto e lettera di dimissione) e della reportistica;
- organizzazione dell'help desk e della formazione degli utenti;
- attivazione di percorsi formativi/informativi rivolti al personale sanitario e ai cittadini.

Filoni di intervento attuali

- definizione delle caratteristiche del software idoneo, che integri sia gli aspetti clinici che gli aspetti relativi al controllo di qualità e gli aspetti gestionali (collegamento con CRS-SISS, soddisfacimento del debito informativo verso il Registro Nazionale);
- implementazione della infrastruttura tecnologica nelle strutture coinvolte, nella prima fase sperimentale del progetto.

Strumenti

- gruppo di Approfondimento Tecnico specifico (GAT – PMA);
- convenzione tra Regione Lombardia ed Ente attuatore;
- elaborazione di documenti;
- provvedimenti amministrativi;
- sistema informativo.

e) RETE CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE

Per "CURE PALLIATIVE" si intende l'insieme degli interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali, rivolti sia alla persona malata, sia al suo nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva e totale dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un'inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici.

La specificità di intervento sui pazienti in età pediatrica, determina un inquadramento della materia con provvedimenti *ad hoc*.

Per "TERAPIA DEL DOLORE" si intende l'insieme degli interventi diagnostici e terapeutici volti a individuare e applicare alle forme morbose croniche, idonee e appropriate terapie farmacologiche, chirurgiche, strumentali, psicologiche e

riabilitative, tra loro variamente integrate, allo scopo di elaborare percorsi diagnostico-terapeutici per la soppressione e il controllo del dolore.

Obiettivi

Per le "CURE PALLIATIVE": **implementazione dello sviluppo della rete delle Cure Palliative** in coerenza ai dettami della recente legge 38/2010 al fine di garantire un'assistenza adeguata ai malati terminali, attraverso l'esistenza di una rete specifica che consenta continuità di assistenza nel percorso del paziente nei differenti setting assistenziali (ricovero, ambulatorio, domicilio, residenzialità), tenendo conto delle specificità relative al paziente in età pediatrica.

Per la "TERAPIA DEL DOLORE": **istituzione di una rete specifica dedicata** volta a garantire un'assistenza adeguata ai malati, affetti da dolore cronico e severo, e assicurare continuità di assistenza nel percorso del paziente, nell'arco della sua malattia, nei differenti interventi sanitari e assistenziali (ricovero ordinario e di day hospital, ambulatorio, territoriale).

Fonti normative

Nazionali

- Legge n. 38/2010 *"Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e terapia del dolore"*

Regionali: atti di programmazione pluriennale

- DGR IX/88 del 17/11/2010 *"Piano Socio Sanitario regionale 2010/2014"* (PSSR) all'area *"Rete delle cure palliative e rete della terapia del dolore"*;
- Piani Socio Sanitari Regionali (PSSR 2002-2004; PSSR 2007-2009) prevedono un paragrafo dedicato alle Cure palliative e Terapia del dolore.

Regionali: delibere

- DGR n. 39990/98 *"Atto di indirizzo e coordinamento per le cure palliative"*;
- DGR VIII/11085 del 27 gennaio 2010 *"Determinazioni in merito alla rete per le cure palliative pediatriche in Lombardia"*;
- DGR IX/1963 del 6 luglio 2011 *"Servizi sperimentali di Nuove Reti Sanitarie: prosecuzione attività per l'anno 2011"*;
- DGR IX/937 del 1 dicembre 2010 *"Determinazioni in ordine alla gestione del servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2011"* che all'allegato 4 *"Piani e programmi di sviluppo"*, per favorire l'attuazione della L.38/2010 prevede: l'istituzione di gruppi specifici in materia di Cure Palliative, anche pediatriche e di Terapia del Dolore definendone gli ambiti di intervento.

Filoni di intervento attuali

- condurre la stima del bisogno assistenziale nei diversi ambiti di intervento;

- definire un modello organizzativo di coordinamento della rete di Cure Palliative;
- definire proposte propedeutiche ad un graduale sviluppo della rete della "TERAPIA DEL DOLORE", attraverso la definizione dei diversi livelli di erogazione nei quali si articola la rete, di un sistema di coordinamento della rete stessa;
- definire procedure organizzative/gestionali e percorsi diagnostico-terapeutici;
- sviluppare programmi formativi specifici;
- sviluppare iniziative di comunicazione rivolte alla popolazione, nonché ai professionisti/operatori coinvolti, compresi i Medici di Medicina Generale;
- sviluppare, per ambiti di competenza, il "*Progetto per l'Ospedale-Territorio senza dolore*";
- sviluppare un monitoraggio sulla rilevazione del dolore in cartella clinica ai sensi dell'art. 7 Legge 38/2010 e valutazione dello stato di attuazione dell'obbligo stesso.

Strumenti

- istituzione GAT specifici (CP, CPP e TD);
- elaborazione di documenti;
- corsi di formazione;
- provvedimenti amministrativi;
- portale web NRS.

4. Donazione e Trapianto

La medicina dei trapianti ha raggiunto in Lombardia aree di indiscussa eccellenza, rappresentate dai Centri trapianti presenti sul territorio. Infatti il sistema dei trapianti riveste per il servizio sanitario regionale, sia sul versante del prelievo d'organi e tessuti, che di quello dei trapianti, assoluto rilievo. Testimonianza dell'impegno profuso da Regione Lombardia in questo campo, sono gli interventi mirati ad assicurare supporto e finanziamenti specifici all'attività di prelievo di organi e alla formazione specifica di tutti i professionisti impegnati in questo delicato e complesso segmento del sistema sanitario regionale. Tali interventi hanno permesso di arginare il rilevante calo delle segnalazioni di donazioni di organi che, invece, negli anni scorsi si è verificato in tutte le altre regioni italiane.

L'attività trapiantologica è negli ultimi anni in costante incremento e di ottimo livello clinico.

Obiettivi

Promuovere la cultura solidale della donazione degli organi e dei tessuti, garantendo dal punto di vista organizzativo la corretta identificazione del potenziale donatore, l'attivazione delle procedure di prelievo, l'allocazione degli organi e la realizzazione del trapianto, assicurando la massima qualità degli organi trapiantati e la massima sicurezza possibile ai pazienti trapiantati in tutte le fasi del processo, anche attraverso forme di incentivazione legate ai risultati.

Impegno preciso di Regione Lombardia è garantire il mantenimento degli standard di attività e di qualità raggiunti, e il continuo miglioramento dell'attività di prelievo sia per gli organi che per i tessuti, anche per la rilevanza che tale attività riveste in ambito interregionale.

Fonti normative

Nazionali

- Legge 26 giugno 1967, n. 458 *"Trapianto del rene tra persone viventi"*;
- Legge 29 dicembre 1993, n. 578 *"Norme per l'accertamento e la certificazione di morte"*;
- Legge 1 aprile 1999, n. 91 *"Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e di tessuti"*;
- Legge 16 dicembre 1999, n. 483 *"Norme per consentire il trapianto parziale di fegato"*;
- Legge 28 marzo 2001, n. 145 *"Ratifica ed esecuzione della Convenzione del Consiglio d'Europa per la protezione dei diritti dell'uomo e della dignità dell'essere umano riguardo all'applicazione della biologia e della medicina"* ;
- Decreto del Ministero della Salute del 2 agosto 2002 *"Criteri e modalità per la certificazione degli organi prelevati al trapianto"*;

- Decreto del Ministero della Salute dell'11 aprile 2008 – (aggiornamento del D.M. 22/8/94 n. 582 *“Regolamento recante le modalità per l'accertamento e la certificazione di morte”*);
- Accordo del 31 gennaio 2002 tra il Ministro della Salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano relativo alle *“Linee guida per il trapianto renale da donatore vivente e da cadavere”*;
- Accordo del 14 febbraio 2002 tra il Ministro della Salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sui requisiti delle strutture idonee ad effettuare trapianti di organi e tessuti e sugli standard minimi di attività di cui all'art. 16, comma 1, della legge 1 aprile 1999, n. 91;
- Accordo del 26 novembre 2003 tra il Ministro della Salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante *“Linee-guida per l'accertamento della sicurezza del donatore di organi”*;
- Accordo del 29 aprile 2004 tra il Ministro della Salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano relativo alle *“Linee-guida per l'idoneità ed il funzionamento dei centri individuati dalle Regioni come strutture idonee ad effettuare i trapianti di organi e di tessuti”*.

Regionali: leggi

- L.R. 16 febbraio 2004, n. 2 *“Modifiche a leggi regionali in materia di sanità”*, che all'art. 4 istituisce la Commissione sanitaria per la valutazione di parte terza dei trapianti di rene e di fegato tra viventi;
- L.R. 30 dicembre 2009, n. 33 *“Testo Unico delle leggi regionali in materia di sanità”*.

Regionali: atti di programmazione pluriennale

- DGR IX/88 del 17/11/2010 *“Piano Socio Sanitario regionale 2010/2014”* (PSSR) all'area *“Trapianti”*

Regionali: delibere

- DGR IX/937 del 1 dicembre 2010 *“Determinazioni in merito alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2011”* ;
- DGR VIII/10885 del 23 dicembre 2009 *“Schema di convenzione con la Fondazione IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico Mangiagalli e Regina Elena di Milano per il funzionamento del Centro di riferimento regionale per l'attività di prelievo e di trapianto di organi e di tessuti”*;
- DGR VII/5355 del 2 luglio 2001 *“Autorizzazioni ad espletare i trapianti di organi da cadavere ai sensi dell'art. 16 della legge 1 aprile 1999”*;
- DGR VII/12845 del 28 aprile 2003 *“Ulteriori determinazioni in ordine alla riorganizzazione delle attività di prelievo a scopo di trapianto”*;
- DGR VIII/6297 del 21 dicembre 2007 *“Determinazioni per il funzionamento e la remunerazione delle banche delle cornee e dei tessuti”*;
- DGR VII/ 20112 del 23 dicembre 2004 *“Determinazioni in ordine alle autorizzazioni ad espletare i trapianti di organi da cadavere, ai sensi dell'art. 16 della legge 1° aprile 1999 n. 91 recante disposizioni in materia di prelievi e trapianti”*;

- DGR IX/1776 del 24 maggio 2011 *“Indirizzi per il funzionamento della Commissione Sanitaria regionale per la valutazione di parte terza per l’attività di trapianto di organi o di parte di organo da donatore vivente – revoca della d.g.r. n. VIII/18134 del 9.07.2004”*;
- DDG Sanità 1° aprile 2003, n° 5529 *“Indirizzi funzionali e organizzativi per l’utilizzo dei tessuti, escluse le cornee, a scopo terapeutico”*.

Filoni di intervento attuali

- affrontare, secondo i principi del risk management, la questione della sicurezza del processo di trapianto attraverso interventi di formazione mirata;
- favorire che i Coordinatori locali del prelievo e i Responsabili del prelievo ricevano, da tutte le componenti dell’ospedale, piena collaborazione per lo svolgimento del loro compito, per mantenere l’attività di segnalazione sui livelli raggiunti negli ultimi anni;
- assicurare la regolare, tempestiva e completa compilazione del programma Donor Action/ Donor Manager che rappresenta un debito informativo e sostituisce la trasmissione della rilevazione dei pazienti deceduti con lesioni cerebrali effettuata in via cartacea;
- perseguire, anche in collaborazione con Lombardia Informatica, la piena integrazione del programma con i sistemi informativi ospedalieri;
- per quanto riguarda il prelievo di tessuti, assicurare da parte delle AO e degli IRCCS, la compilazione informatica della scheda pertinente del programma Donor Manager, che garantisce la trasmissione e la tempestiva condivisione dei dati, ai fini della sicurezza del processo;
- proseguire il programma di formazione del personale sanitario delle aziende ospedaliere già secondo la programmazione concordata con la Direzione Generale Sanità ed Eupolis;
- assicurare che le ASL e AO organizzino la formazione specifica nell’ambito della medicina della donazione per i Medici di Medicina Generale ed i Pediatri di Libera Scelta, in collaborazione con i coordinatori locali e i responsabili del prelievo competenti per territorio;
- implementare programmi informatici per assicurare la tempestiva e completa condivisione dei dati clinici ai fini della sicurezza del processo di donazione e trapianto.

Strumenti

- monitoraggio, attraverso riunioni a cadenza mensile con i Coordinatori Locali del prelievo e i Responsabili del Prelievo su tematiche organizzative e scientifiche;

- audit, a cadenza annuale, condotte con le Direzioni Aziendali e con i Coordinatori Locali/Responsabili del Prelievo, su problematiche organizzative per concordare iniziative di miglioramento e sostegno;
- corsi di formazione specifica;
- sistemi Informativi;
- provvedimenti amministrativi;
- convenzione tra Regione Lombardia ed il Centro di Riferimento Regionale per l'attività di prelievo e di trapianto di organi e tessuti;
- commissione sanitaria regionale per la valutazione di parte terza per l'attività di trapianto di organi o di parte di organo da donatore vivente.

5. Comunicazione

La comunicazione rappresenta senza dubbio una delle principali leve strategiche di sviluppo di un sistema complesso.

Non fa eccezione il sistema sanitario regionale, nell'ambito del quale comunicare efficacemente significa, quindi, favorire l'accesso ai servizi offerti e la soddisfazione dei bisogni, veicolare risultati professionali ed esperienze per raggiungere standard di qualità sempre più elevati, raccordare l'azione di più soggetti affinché insieme si esprimano come un sistema pienamente integrato.

Obiettivi

Obiettivo irrinunciabile di comunicazione è la valorizzazione dei servizi offerti dal sistema sanitario regionale, come anche la diffusione di informazioni sui comportamenti idonei a prevenire la malattia, sensibilizzando il cittadino sulla necessità di adottare stili di vita sani che concorrano sostanzialmente alla tutela della sua salute.

Fondamentale inoltre è favorire l'attività di comunicazione e informazione tecnico-specialistica agli operatori e tra gli operatori, al fine di innalzare i livelli professionali verso standard sempre più elevati, ma anche di condividere le scelte di indirizzo in una logica di integrazione e partecipazione.

Per valorizzare l'identità unitaria del sistema sanitario regionale dovrà infine essere sempre più curata l'integrazione tra i piani di comunicazione degli enti sanitari, con l'obiettivo di rafforzare nel cittadino la percezione di un'identità comune e garantire a tutti parità di accesso ai servizi. Per conseguire il risultato sarà sempre più rafforzata l'azione regionale di coordinamento.

Alla realizzazione di questo sistema integrato di comunicazione saranno inoltre chiamati a partecipare tutti gli ambiti del sistema regionale che realizzano sinergie operative con il settore della salute, valorizzando così la dimensione "allargata" del welfare cui concorrono in primo luogo le politiche sanitarie e per la famiglia, ma anche le politiche del territorio e le politiche economiche.

Fonti normative

Nazionali

- Legge 7 giugno 2000, n. 150 *"Disciplina delle attività di informazione e di comunicazione delle pubbliche amministrazioni"*

Regionali: leggi

- L.R. 8 maggio 1990, n.33 *"Istituzione dell'agenzia di stampa e di informazione della Giunta Regionale e delle strutture e degli organismi per la comunicazione, l'editoria e l'immagine"*

Regionali: atti di programmazione

- DGR IX/ 1026 del 22.12.2010 *"Piano di comunicazione 2011"*

Regionali: delibere

DGR IX/1151 del 29.12.2010 *"Determinazioni per i soggetti del sistema regionale per l'anno 2011"* che, nell'allegato C, punto 7e *"Comunicazione"* richiama la DGR n. 10256 del 7 ottobre 2009 ad oggetto *"Linee guida per la comunicazione degli enti del sistema sanitario lombardo nell'ambito degli indirizzi per l'immagine coordinata di Regione Lombardia"* sul marchio comune di identificazione delle ASL lombarde e sul nuovo marchio *"Sistema Sanitario regione Lombardia"*.

Filoni di intervento attuali

- comunicazione della Carta Regionale dei Servizi (CRS) come strumento di autonomia del cittadino nell'accesso ai servizi sanitari;
- diffusione di strumenti e di campagne informative per la promozione della salute e degli stili di vita sani;
- informazione periodica sui temi della salute rivolta al cittadino e agli operatori tramite strumenti multimediali e on-line;
- promozione del sistema sanitario lombardo attraverso l'organizzazione o la partecipazione a fiere, eventi, convegni;
- sviluppo e potenziamento del portale internet e della comunicazione via web;
- raccordo delle azioni di comunicazione realizzate dagli enti del sistema sanitario regionale.

Strumenti

Le singole azioni di comunicazione sono, di volta in volta, realizzate con gli strumenti più idonei in rapporto ai diversi target, nel rispetto di generali indirizzi volti al risparmio e alla valorizzazione delle risorse; a fianco dei mezzi tradizionali (pubblicazioni, campagne informative, eventi, convegni) viene sempre più esplorato l'orizzonte della digitalizzazione dell'informazione e dei new media.

6. TELEMEDICINA

Definizione

La telemedicina è la prestazione di servizi di assistenza sanitaria tramite il ricorso alle TIC (tecnologie dell'informazione e della comunicazione) e, in situazioni in cui il professionista della salute e il paziente (o due professionisti) non si trovano nella stessa località. Essa comporta la trasmissione sicura di informazioni e dati di carattere medico grazie a testi, suoni, immagini o altre forme necessarie per la prevenzione, la diagnosi, il trattamento e il successivo controllo dei pazienti.

La **telemedicina**, ossia la **prestazione di servizi di assistenza sanitaria a distanza**, può contribuire a migliorare la vita dei cittadini europei, sia pazienti che professionisti della salute, affrontando allo stesso tempo le sfide che si pongono ai sistemi di assistenza sanitaria.

Da COM(2008)689 - Comunicazione della Commissione al Parlamento europeo, al Consiglio, al Comitato Economico e Sociale Europeo e al Comitato delle Regioni sulla Telemedicina a beneficio dei pazienti, dei sistemi sanitari e della società.

Come traspare dalla definizione, si tratta di una modalità che è trasversale e fornisce supporto a molteplici attività e servizi sanitari.

Obiettivi

La Commissione europea indica, come già citato, che la telemedicina **può contribuire a migliorare la vita dei cittadini europei, sia pazienti che professionisti della salute, affrontando allo stesso tempo le sfide che si pongono ai sistemi di assistenza sanitaria**. Pertanto si è impegnata *"ad appoggiare sistemi sanitari dinamici e a sfruttare il potenziale beneficio delle nuove tecnologie"*, con la convinzione che *"la telemedicina realizzerà il suo pieno potenziale unicamente se gli Stati membri si impegneranno attivamente ad integrarla nei loro sistemi sanitari"*. *"Sono le autorità sanitarie degli Stati membri, principali responsabili dell'organizzazione, del finanziamento e della prestazione dei servizi di assistenza sanitaria, a restare i principali soggetti in grado di fare della telemedicina una realtà nella vita dei pazienti europei, rispettando pienamente il principio di sussidiarietà"*.

L'UE segnala la necessità di attuare tre serie strategiche di azioni volte a realizzare un'applicazione vantaggiosa e su larga scala dei servizi di telemedicina ponendo l'accento su:

- 1) creare fiducia nei servizi di telemedicina e favorire l'accettazione dei medesimi;
- 2) apportare chiarezza giuridica;
- 3) risolvere i problemi tecnici e agevolare lo sviluppo del mercato.

Da COM(2008)689 - Comunicazione della Commissione al Parlamento europeo, al Consiglio, al Comitato Economico e Sociale Europeo e al Comitato delle Regioni sulla Telemedicina a beneficio dei pazienti, dei sistemi sanitari e della società.

In un sistema sanitario Paziente centrico la telemedicina diventa un aspetto ed un'opportunità all'interno del più generale sistema di cura del paziente ed è

quindi necessario focalizzare l'attenzione, non tanto sulle singole soluzioni tecnologiche utilizzate, ma sull'impatto che queste hanno nell'organizzazione sanitaria. Si deve cioè dire che alcuni servizi sanitari utilizzano in modo strumentale apparati di telemedicina.

Fonti normative

Comunitarie

Comunicazione UE - COM(2008)689 sulla telemedicina a beneficio dei pazienti, dei sistemi sanitari e della società

Nazionali

1. Schema di **Piano Sanitario Nazionale** 2011-2013. Auspica, con il contributo delle tecnologie innovative, tra le quali la telemedicina, la teleassistenza e più in generale l'Information and Communication Technology (ICT), interventi con modalità operativa a rete per garantire in particolare: continuità di cura e integrazione ospedale territorio, emergenza-urgenza, malattie croniche, malattie rare. Attraverso interoperabilità e integrazione dei sistemi su scala regionale e infraregionale (con riferimento a telemedicina, second opinion, reportistica e immagini digitali, metodologie di valutazione (quali HTA), sistema informativo sanitario).
2. **Osservatorio Nazionale** per la valutazione e il monitoraggio delle applicazioni di Telemedicina - E-care (www.onecare.cup2000.it) per diffondere buone pratiche sotto il profilo organizzativo, clinico-assistenziale, tecnologico ed economico. E' istituito un tavolo di referenti regionali.
3. **Tavolo Tecnico per la Telemedicina** - presso il Consiglio Superiore Sanità - predisporrà Linee Guida della Telemedicina - per l'armonizzazione e l'evoluzione coerente della telemedicina sul territorio.

Regionali: atti di programmazione pluriennale

Il **Piano Socio Sanitario regionale 2010-2014** precisa che *«I contesti di intervento della telemedicina, intesa nel senso più ampio del termine, supereranno la fase di sperimentazione locale per giungere ad una fase di implementazione su scala provinciale o regionale.»*...*«L'obiettivo finale è quello di guidare il cambiamento organizzativo e gestionale della sanità sulla base delle peculiarità geografiche e demografiche del territorio, per individuare soluzioni ad hoc (telemedicina ed e-Health) e territorializzare i necessari servizi in particolare quelli rivolti a persone in condizioni di fragilità con difficoltà ad accedere ai servizi, anche a supporto della medicina territoriale»*

«Ulteriori sviluppi sono attesi negli ambiti del Sistema Informativo Socio Sanitario (SISS) e della telemedicina, della telediagnostica e del teleconsulto. Strumenti, questi, necessari per affrontare quella che è stata definita una vera e propria sfida, l'affronto delle cronicità. »

Regionali: delibere (attive)

Nuove Reti Sanitarie - Riferimenti Normativi

L'iniziale cornice di Nuove Reti Sanitarie (NRS) recepiva le indicazioni riportate dal Piano Cardio Cerebrovascolare, dal Piano Sanitario Nazionale e dal Piano Socio Sanitario Regionale per gli interventi di prevenzione, diagnosi e cura delle malattie cardiache, promuovendo l'avvio di modelli gestionali innovativi per il trattamento di pazienti soggetti a scompenso cardiaco cronico o che necessitano di riabilitazione cardiologica dopo un intervento cardiocirurgico.

Con la d.g.r. n. VIII/20592 del 11.2.2005 "*Patologie cardiocerebrovascolari: interventi di prevenzione, diagnosi e cura*" Regione Lombardia ha approvato il Piano Cardiocerebrovascolare, nell'ambito del quale **l'ospedalizzazione domiciliare e la telesorveglianza sanitaria domiciliare vengono riconosciuti quali modelli di gestione innovativa** rispettivamente della fase post acuta e della fase cronica per pazienti con patologie cardiovascolari.

Con la d.g.r. n. VIII/1375 del 14.12.2005 "*Determinazioni in Ordine alla gestione del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2006*" Regione Lombardia, approvando i "piani regionali di settore e di sviluppo – progetti e ricerche", ha dato la possibilità alle strutture lombarde di **attuare con modalità sperimentale i due modelli di gestione innovativa in ambito cardiologico** segnalati dal Piano Cardiocerebrovascolare.

La d.g.r. n. VIII/6410 del 27.12.2007 ha **istituito un ulteriore percorso di Ospedalizzazione Domiciliare relativo alle Cure Palliative Oncologiche**, e lo ha inserito come percorso nelle Nuove Reti Sanitarie e la d.g.r. n. VIII/7833 del 6.8.2008 ha autorizzato 23 strutture al nuovo percorso di Ospedalizzazione Domiciliare Cure Palliative oncologiche, fornendo il tracciato record per l'invio dei dati nonché più precise indicazioni operative.

Il proseguimento dei servizi sperimentali è stato autorizzato da Regione Lombardia con i provvedimenti (Regole annuali di Sistema) a partire dall'anno 2007 con la d.g.r. n. VIII/3776 del 13.12.2006; per finire con l'anno 2011 con la d.g.r. n. IX/937 del 1.12.2010.

Regione Lombardia ha periodicamente approvato lo stato di attuazione ed ha valorizzato economicamente i percorsi realizzati dalle strutture sanitarie, decreti semestrali dirigenziali della Direzione Generale Sanità di cui l'ultimo è il decreto n. 4409 del 17.5.2011 per i percorsi conclusi al 31-12-2010 (8° erogazione).

I seguenti ulteriori provvedimenti hanno integrato e sviluppato le Nuove Reti Sanitarie:

- la d.g.r. n. VIII/10072 del 07.08.2009 "*Ulteriori determinazioni in merito alle Nuove Reti Sanitarie ed autorizzazione alle strutture che hanno presentato*

richiesta per l'attuazione dei relativi servizi sperimentali", che ha aggiornato i protocolli e le tariffe a partire dal 1 luglio 2009 ed ha autorizzato nuove strutture ad erogare i tre percorsi sperimentali.

- la d.g.r. IX/409 del 05.08.2010 "*Attivazione di un modello di telesorveglianza domiciliare per pazienti con BroncoPneumopatia Cronica Ostruttiva nell'ambito delle Nuove Reti Sanitarie e di servizi di teleconsulto specialistici in aree disagiate e montane"*, ha consentito il proseguimento dei principali servizi sperimentali attivati con il progetto Telemaco (che si è concluso il 9.09.2010). In attuazione della precedente deliberazione, il decreto dirigenziale sanità n. 11921 del 23.11.2010 ha autorizzato 32 Presidi Sanitari afferenti a 26 Strutture Sanitarie lombarde pubbliche, accreditate ed a contratto, all'attivazione del percorso sperimentale "*Telesorveglianza sanitaria domiciliare per pazienti con BPCO grave e molto grave*";
- la d.g.r. n. IX/1963 del 06.07.2011 "*Servizi sperimentali di Nuove Reti Sanitarie: prosecuzione attività per l'anno 2011*" ha finanziato per l'anno 2011 i servizi in atto e definito un accordo di collaborazione con il Politecnico di Milano per la gestione operativa e la valutazione delle attività per l'anno 2011 e aggiornato il tetto pazienti autorizzati.

Filoni di intervento attuali

1. Servizi sperimentali di **Nuove Reti Sanitarie** – Percorsi domiciliari rivolti a pazienti cronici, ospedalizzazioni domiciliari e teleconsulto specialistico al Medico di Medicina Generale, tutti supportati da strumenti di telemedicina. Attivi a partire dal 2006 www.cefriel.it/nrs

	Tipologia percorso	Patologia	Attività al 30.6.2011
Servizi sperimentali NRS -Nuove Reti Sanitarie	Telesorveglianza Domiciliare	Cardiaca: Scopenso II-III-IV NYHA	Dal 2006 con 36 Strutture e 1.566 pazienti conclusi
	Ospedalizzazione Domiciliare	Cardiaca: Riabilitazione postcardiochirurgica	Dal 2006 con 6 Strutture e 746 pazienti conclusi
	Ospedalizzazione Domiciliare	Oncologica: cure palliative terminali	Dal 2008 con 37 Strutture e 10.013 pazienti conclusi
	Telesorveglianza Domiciliare	Pneumologica: BPCO -III-IV stadio GOLD	Dal 10.9.2010 31 Strutture e 230 pazienti conclusi
	Teleconsulto specialistico al MMG	Cardiaca, Pneumologica Dermatologica, Diabetica	Dal 10.9.2010 7 ASL e 930 Teleconsulti effettuati

2. Progetti di ricerca europei

- EPSOS - European Patients Smart Open Services
- ALIAS - Alpine Hospitals Networking for Improved Access to Telemedicine Service
- PALANTE - PATient Leading and mANaging their healthcare through EHealth

3. Progetti Ministero della Salute e CCM

Recentemente conclusi:

- EVOLVO - EVOLuzione tecnologica e Valutazione Organizzativa dei modelli di cura per la prevenzione delle instabilizzazioni dello scompenso cardiaco in pazienti portatori di defibrillatori impiantabili
- TELEMACO - TELEMedicina Ai piccoli COMuni lombardi - www.telemaco.regione.lombardia.it
- RADICI - Reti A Diversa Intensità di Cura Integrate

In fase di avvio

- Day Service Ambulatoriale (DSA): una modalità innovativa, tecnologica e integrata di assistenza sanitaria per la prevenzione secondaria di soggetti con diabete mellito

In fase di valutazione

- Progetto CCM - Confronti e scenari applicativi di modelli di cura domiciliare, a diversa intensità, rivolti al paziente cronico che si possono avvalere della telemedicina. Loro efficacia, impatto economico e sostenibilità regionale, con focus sullo scompenso cardiaco cronico e sue comorbidità in Lombardia e in Toscana.

4. Progetti regionali di ricerca indipendente

Alcuni progetti proposti da AO o ASL prevedono l'utilizzo della telemedicina (ad esempio progetti ASL di Lodi, progetto BIMBI, progetto Centro Cardiologico Monzino, ...).

5. Ulteriori progetti o sperimentazioni regionali o aziendali

Progetti sperimentali quali ad esempio quelli previsti dalla d.g.r. n. IX/1479 del 30/03/2011 recante *"Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2011 - Il provvedimento di aggiornamento in ambito sanitario"* relativa ai CReG - *"..... Alla ASL è lasciato ampio margine per sperimentare le modalità tecnologiche ed organizzative più consone al perseguimento dell'obiettivo (call center, telemedicina, carte della salute, etc.....)".*

Strumenti

Si possono identificare diversi livelli di intervento in cui compare l'utilizzo della telemedicina e per ciascuno di essi si potranno delineare gli strumenti più adeguati, quali ad esempio nuove esperienze progettuali di integrazione e continuità di cura, valutazioni di quanto in atto anche a livello internazionale, modalità di integrazione con il SISS, coordinamento con il tavolo ministeriale, ecc.

- *livello programmatico* - Se la telemedicina non è un LEA e nemmeno una prestazione si dovranno ad esempio ridefinire gli scenari territoriali e i percorsi strategici per una sanità del futuro.

- *livello tecnologico* - Potrebbe diventare un problema se non gestito con lungimiranza e deve essere affrontata la convergenza verso il SISS in Lombardia e considerato ad esempio il modello del provider dei servizi per attivare servizi con modalità plug-in.

- *livello organizzativo e culturale* - Rilevanza della dimensione ottimale organizzativa dei servizi per consentire la loro sostenibilità, anche se nella gestione operativa si è dimostrato valido un livello di gestione vicino al paziente, organizzato a livello prevalentemente infermieristico, in grado di costituire un *'human middleware'* fra paziente e il livello specialistico. Ruolo dei clinici che devono condividere il modello innovativo per consentire l'arruolamento dei pazienti e la continuità di cura soprattutto per i pazienti cronici.

La tecnologia deve offrire soluzioni a problemi sanitari ben definiti, perché sono questi che devono far scegliere la tecnologia più adeguata e sostenibile in termini di sistema sanitario.

E' importante quindi:

- focalizzare l'attenzione non tanto sulle singole soluzioni tecnologiche, ma sull'impatto che queste hanno nell'organizzazione;
- mettere a punto percorsi di cura condivisi e metodologie di valutazione dei diversi impatti (clinico, sociale, economico) che l'introduzione di nuove tecnologie apporta in correlazione ai modelli organizzativi assistenziali adottati nelle diverse realtà;
- prevedere adeguati margini di flessibilità in relazione all'evoluzione tecnologica, ai comportamenti degli utenti, ed al contesto generale;
- mantenere allineate situazioni a diversa velocità;
- distinguere le proposte progettuali tecnologicamente sfidanti che possono evolvere a sistema, con attenzione al bilancio salute-costi;
- valutare le ricadute organizzative ed economiche delle numerose proposte che vengono sottoposte per richieste di finanziamento;
- capire come e con che tempi il CRS-SISS possa farsi carico delle esperienze in essere.

Solo dalla valutazione comparata degli esiti in termini di risultati di cura, di contenimento di costi e di sostenibilità organizzativa, si potranno avviare utilizzi della telemedicina su più ampio spettro:

- ✓ necessità di definire e differenziare le soluzioni offerte - reti a diversa intensità di cura
- ✓ transizione della telemedicina da strumento di cura a servizio integrato nella sanità elettronica.

Come inizia però ad essere sottolineato, anche a livello europeo, è importante che lo sviluppo della Telemedicina non sia guidato principalmente dall'industria, ma soprattutto, in una regione come la Lombardia, con eccellenze sanitarie significative, sia il risultato di una collaborazione che ponga in primo piano la qualità della cura offerta ai pazienti. Ciò significa anche che il costo delle tecnologie sia coerente con le effettive esigenze di cura della popolazione al domicilio che è formata principalmente da persone con malattia cronica e di età avanzata.

7. Edilizia Sanitaria

Scelte strategiche, varianti progettuali in corso d'opera e ribassi d'asta nei progetti di Edilizia Sanitaria

In continuità con l'anno 2010, le scelte strategiche delle A.O. e A.S.L. che impegnano il sistema a lungo termine e/o che hanno valenza trasversale sui punti di erogazione (ad esempio costruzione o variazioni significative di lay-out dei nuovi ospedali, ristrutturazioni significative di strutture ospedaliere esistenti, di servizi interaziendali, A.R.E.U. e sistemi informatici) devono essere preventivamente validate dall'Assessorato alla Sanità, nel rispetto della programmazione di sistema, e dalla Direzione Centrale Programmazione Integrata della Presidenza, in ordine agli impatti finanziari, indipendentemente dagli adempimenti procedurali connessi all'approvazione dei progetti e all'ammissione al finanziamento, nell'ottica di un governo delle decisioni strutturali che interessano il sistema sanitario lombardo.

A tal fine si richiama il disposto della legge regionale n. 17 del 18 giugno 2008 con particolare riferimento all'art. 1 comma 5.

Premesso che la legge regionale 27 febbraio 2007, n. 5 all'art. 1, comma 12 stabilisce che la validazione e l'approvazione dei progetti e delle perizie di variante in corso d'opera sono nelle attribuzioni e nella piena responsabilità del Responsabile Unico del Procedimento dell'Ente Appaltante e la DGR n. VIII/006268 del 21 dicembre 2007 ne dà piena attuazione, per quanto riguarda le varianti progettuali in corso d'opera relative ai progetti di edilizia sanitaria che usufruiscono di un finanziamento pubblico di qualsiasi importo, con l'esclusione degli interventi cosiddetti migliorativi nel limite del 5% dell'importo contrattuale, l'iter procedurale è il seguente.

I soggetti interessati (Aziende Sanitarie, Fondazioni I.R.C.C.S. di diritto pubblico, Società Regionale Infrastrutture Lombarde S.p.A.), prima di procedere agli adempimenti connessi all'approvazione delle perizie di variante in corso d'opera, devono presentare alla Direzione Generale Sanità e alla Direzione Centrale Programmazione Integrata della Presidenza apposita istanza per la validazione della/e variante/i in corso d'opera, che può costituire anche richiesta contestuale di autorizzazione preventiva all'utilizzo di economie derivanti da ribassi d'asta e/o dalle eventuali minori spese sostenute, corredata da una relazione illustrativa generale sintetica, a firma del Responsabile Unico del Procedimento e del Direttore Generale, che inquadri la proposta di variante evidenziando i seguenti elementi:

- inquadramento finanziario del progetto originario (legge di riferimento, provvedimento di assegnazione del contributo, importo del finanziamento regionale/statale, provvedimento di approvazione del progetto originario, eventuale decreto ministeriale di ammissione al finanziamento);

- le modifiche proposte rispetto al progetto originario approvato, l'eventuale variazione del piano economico gestionale dell'opera (anche con riferimento al piano delle risorse umane), e l'eventuale modifica del piano delle dotazioni strumentali;
- il quadro tecnico economico comparativo di confronto, con indicati gli importi a base d'asta, gli importi aggiudicati, gli importi di perizia e gli importi assestati;
- il costo dell'intervento di variante proposto, con indicata la relativa copertura finanziaria (economie da ribasso d'asta, finanziamento suppletivo, autofinanziamento);
- i tempi di realizzazione;
- gli aspetti sanitari;
- la coerenza con la programmazione sanitaria regionale e con le regole di sistema.

Gli interventi cosiddetti migliorativi nel limite del 5% dell'importo contrattuale, di competenza esclusiva del Responsabile del Procedimento che li approva secondo la disciplina vigente in materia, non sono soggetti né ad autorizzazione preventiva all'utilizzo di economie derivanti da ribassi d'asta e/o dalle eventuali minori spese sostenute né a validazione preventiva. Sarà cura del Responsabile del Procedimento aggiornare il quadro tecnico economico e comunicarlo alla Direzione Generale Sanità ai fini delle successive liquidazioni nonché garantire il mantenimento dei requisiti minimi di cui al D.P.R. 14/01/1997 ed alla D.G.R. 38133/1998. Il Responsabile del Procedimento si assume la responsabilità del mantenimento dell'equilibrio finanziario dell'opera così come previsto al momento del finanziamento.

La Direzione Generale Sanità e la Direzione Centrale Programmazione Integrata della Presidenza valuteranno la relazione illustrativa generale di cui sopra al fine di verificare il raggiungimento e la coerenza degli obiettivi di programmazione e più in generale della sostenibilità economica e finanziaria di sistema, e comunicheranno ai soggetti interessati l'esito della valutazione.

Per le varianti progettuali in corso d'opera, fermo restando il rispetto della normativa vigente in materia, e premesso che la verifica dei presupposti di ammissibilità secondo le disposizioni legislative vigenti compete al Responsabile del Procedimento dell'Ente Appaltante, si rammentano gli indirizzi contenuti nelle Circolari della Direzione Generale Sanità emanate in data 24/02/2003, avente ad oggetto "Varianti progettuali in corso d'opera ex art. 25 legge 109/1994 e rispetto dei tempi di realizzazione delle opere di edilizia sanitaria" e in data 12/12/2005 ad oggetto: "Varianti progettuali in corso d'opera introdotte unilateralmente dall'appaltatore. Precisazioni".

Nell'attuazione degli interventi le Stazioni Appaltanti sono tenute al rigoroso rispetto dei costi all'interno del quadro economico di spesa contenuto nel decreto di approvazione del progetto da parte della Direzione Generale Sanità e dei tempi di realizzazione dell'opera (cronogramma lavori).

La Regione esclude contributi per eventuali costi aggiuntivi.

Per le opere di edilizia sanitaria definite di interesse regionale (nuovi ospedali, riconversioni e ristrutturazioni significative) che stabiliscono specifiche determinazioni interessanti le società strumentali regionali, la Direzione Generale Sanità e le Direzioni Regionali competenti sono titolari in via esclusiva degli indirizzi operativi e gestionali.

Per quanto attiene alla procedura relativa all'utilizzo delle economie derivanti da ribassi d'asta e/o dalle eventuali minori spese sostenute per gli interventi di edilizia sanitaria finanziati con fondi statali e/o regionali, l'iter è il seguente:

- qualora la Stazione Appaltante per la realizzazione dell'intervento sia l'Azienda Sanitaria, la stessa dovrà dare comunicazione all'Assessorato alla Sanità dell'entità economica dell'eventuale ribasso d'asta conseguito in sede di gara, e successivamente potrà richiedere all'Assessorato preventivo assenso per l'utilizzo di parte o del totale di tale economia, nonché delle eventuali minori spese sostenute, tramite istanza motivata del Direttore Generale, sulla base della Relazione istruttoria del Responsabile Unico del Procedimento. Tale istanza potrà contenere la richiesta contestuale di validazione preventiva di varianti in corso d'opera secondo le modalità sopra riferite, nel qual caso dovrà essere trasmessa anche alla Direzione Centrale Programmazione Integrata della Presidenza. Nel caso di richiesta di utilizzo di economie, l'Assessorato risponderà dell'esito dell'istanza con nota formale. Nel caso di richiesta contestuale di validazione preventiva di varianti in corso d'opera, la Direzione Generale Sanità e la Direzione Centrale Programmazione Integrata della Presidenza comunicheranno ai soggetti interessati l'esito della valutazione.
- qualora la Stazione Appaltante per la realizzazione dell'intervento sia invece la Società Regionale Infrastrutture Lombarde S.p.A., la stessa dovrà dare comunicazione all'Azienda Sanitaria interessata dall'intervento e all'Assessorato alla Sanità dell'entità economica dell'eventuale ribasso d'asta conseguito in sede di gara e successivamente potrà richiedere all'Assessorato preventivo assenso per l'utilizzo di parte o del totale di tale economia, nonché delle eventuali minori spese sostenute, tramite istanza motivata del Direttore Generale, sulla base della Relazione istruttoria del Responsabile Unico del Procedimento. La Società Regionale Infrastrutture Lombarde S.p.A. dovrà trasmettere l'istanza anche all'Azienda Sanitaria interessata dall'intervento per opportuna informativa; l'Azienda provvederà a trasmettere le proprie osservazioni alla Direzione Generale Sanità e alla Direzione della Società Regionale Infrastrutture Lombarde S.p.A. entro e non oltre 10 giorni dalla ricezione dell'istanza stessa, dopodiché l'istanza si

intenderà condivisa dall'Azienda. Tale istanza potrà contenere la richiesta contestuale di validazione preventiva di varianti in corso d'opera secondo le modalità sopra riferite, nel qual caso dovrà essere trasmessa anche alla Direzione Centrale Programmazione Integrata della Presidenza. Nel caso di richiesta di utilizzo di economie l'Assessorato risponderà dell'esito dell'istanza con nota formale indirizzata alla Società Regionale Infrastrutture Lombarde S.p.A. e per conoscenza all'Azienda Sanitaria interessata dall'intervento. Nel caso di richiesta contestuale di validazione preventiva di varianti in corso d'opera la Direzione Generale Sanità e la Direzione Centrale Programmazione Integrata della Presidenza comunicheranno ai soggetti interessati l'esito della valutazione.

L'utilizzo delle economie risultanti dai ribassi d'asta, e/o dalle eventuali minori spese sostenute, alla conclusione dei lavori o durante l'esecuzione degli stessi, ove ricorrano motivate esigenze, previo assenso dell'Assessorato, è consentito:

- per lavori o acquisizioni (arredi, attrezzature o apparecchiature) integrativi o aggiuntivi o complementari, strettamente pertinenti e collegati al progetto originario;
- per la realizzazione di un nuovo intervento. Nel caso di interventi inseriti in Accordi di Programma Quadro, l'utilizzo delle economie avviene previa autorizzazione del Ministero della Salute e dell'Assessorato alla Sanità quando tali risorse "liberate" dal progetto originario si configurano come risorse "residue" del Programma di investimenti. Nel caso di interventi non inseriti in Accordi di Programma Quadro, l'utilizzo delle economie avviene previa autorizzazione dell'Assessorato alla Sanità. In entrambi i casi il procedimento dà luogo ad un altro intervento.

Una descrizione più dettagliata delle possibilità d'intervento per l'utilizzo dei ribassi d'asta derivanti da finanziamenti statali e/o regionali è contenuta nelle Linee Guida emanate con D.D.G. Sanità n. 655/2002 e s.m.i..

Nel caso di realizzazione di opere di edilizia sanitaria attraverso Project Finance e/o concessione di costruzione e gestione (ex art. 143 e ex art. 153 del Codice dei Contratti Pubblici) e qualora la Stazione Appaltante, ove ricorrano motivate esigenze, nel pieno rispetto della normativa vigente, al fine di assicurare il perseguimento economico-finanziario degli investimenti del concessionario, intenda apportare variazioni ai presupposti o condizioni di base del Contratto di concessione che comportino modifiche dei canoni e/o proroghe del termine di scadenza della concessione stessa, deve essere data preventiva comunicazione all'Assessorato alla Sanità (Servizio Economico-Finanziario e Edilizia Sanitaria) e alla Direzione Centrale Programmazione Integrata della Presidenza al fine di ottenere la validazione.

Si ricorda che nel caso in cui le variazioni apportate o le nuove condizioni introdotte risultino più favorevoli delle precedenti per il Concessionario, la revisione del piano dovrà essere effettuata a favore del Concedente.

Si ricorda che, secondo le linee guida dell'Unità Tecnica Finanza di Progetto (UTFP), il rischio che la realizzazione dell'opera non avvenga nei tempi, nei costi e con le specifiche concordate, rientra nei rischi del Concessionario.

Resta nella piena responsabilità dell'Ente Appaltante il rispetto della normativa vigente in materia di Opere Pubbliche, il rispetto delle prescrizioni normative di settore tecniche ed amministrative, comunque applicabili ai progetti, e il mantenimento dei requisiti minimi di cui al D.P.R. 14/01/1997 e DGR 38133/1998.

Patrimonio Culturale

Considerato che gli Enti pubblici sono responsabili per legge - art. 733 del Codice Penale - non solo di evitare la dispersione e il danneggiamento del patrimonio culturale, ma di prendersene attivamente cura, l'amministrazione regionale ha attivato un programma di azione a sostegno della responsabile gestione del patrimonio storico-artistico e scientifico tecnologico degli Enti Sanitari del Sistema Regionale svolta con la Direzione Centrale Organizzazione, Personale, Patrimonio e Sistema Informativo e con la Direzione Generale Cultura, che prevede le attività di inventariazione, studio e catalogazione, sicurezza, buona conservazione e valorizzazione del patrimonio con compartecipazione delle Aziende al finanziamento che verrà determinato con decreto attuativo.

In merito all'applicazione della Legge 29.07.1949 n. 717 riguardante il 2% del valore delle opere pubbliche da destinare a beni artistici e alle DGR VIII/8852/2008 e DGR VIII/10167/2009 in riferimento alle procedure operative per la realizzazione e la valorizzazione delle opere d'arte negli edifici pubblici, è atteso che le Stazioni Appaltanti applichino tale normativa esclusivamente nella costruzione di nuovi edifici pubblici.

Considerato, però, che all'art. 3 comma 6 della L. 392/88 viene specificato che l'art.1 della L.717/1949 non si applica agli interventi previsti dall'art. 20 L. 67/88 (programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia del patrimonio sanitario) e dall'art.1 L. 135/90, ne consegue che l'applicazione dell'art. 1 della norma di cui sopra, secondo la quale le Regioni e tutti gli altri enti pubblici che provvedano all'esecuzione di nuove costruzioni di edifici pubblici devono destinare all'abbellimento di essi mediante opere d'arte una quota non inferiore alla percentuale massima del 2 % della spesa prevista nel progetto, non può essere applicato alle opere di Edilizia Sanitaria indipendentemente dalle fonti di finanziamento.

Tuttavia, al fine di definire specifici e uniformi criteri per l'applicazione dell' art. 1 della L. 717/1949 negli interventi di Edilizia Sanitaria e per confermare l'interesse regionale in materia viene stabilito che:

1. l'art.1 della L. 717/1949 si applicherà a tutti gli interventi di Edilizia Sanitaria che siano finanziati da Regione Lombardia e dagli altri enti pubblici del sistema ai sensi dell'art. 1, comma 1 della L.R. 30/2006, e la quota massima del 2% dovrà essere calcolata sul valore delle opere a base d'asta e comunque fino ad un importo massimo di 1.000.000,00 di euro.
2. l'art.1 della L. 717/1949 si applicherà a tutti gli interventi di Edilizia Sanitaria che siano finanziati anche solo parzialmente con fondi statali di cui all'art. 20 L. 67/88 con la seguente modalità: il calcolo del valore massimo del 2% si applicherà esclusivamente al 5% dell'importo complessivo del progetto (che corrisponde alla quota obbligatoria di cofinanziamento regionale) ad esclusione della quota del privato e comunque fino ad un importo massimo di 1.000.000,00 di euro.

Si precisa altresì che tale procedura viene attivata dalla data di approvazione della presente deliberazione, mantenendo il calcolo della percentuale massima del 2% sull'intero importo del progetto per gli interventi, in accordo con l'assessorato alla sanità per reciproca utilità, per i quali sia già in atto la gara di concorso prevista dalla DGR VIII/10167/2009.

Allegato 5A

Prevenzione e tutela sanitaria

1. Principi generali

Negli ultimi anni l'impostazione delle attività di prevenzione è stata significativamente ripensata e rilanciata sulla base di alcuni principi:

- l'integrazione ed il coordinamento intersettoriale, anche con enti ed istituzioni esterni al servizio sanitario regionale; ciò nell'ottica di un approccio integrato da parte delle aziende sanitarie che sappia, a partire da un'analisi del proprio contesto, individuare le priorità su cui allocare in modo adeguato e coerente le risorse. È stato rimarcato il vincolo ad utilizzare per la prevenzione il 5,5% delle risorse, che costituisce il minimo che deve essere garantito e documentato attraverso i flussi informativi in atto (FluPer, Controllo di gestione);
- il riferimento per ogni azione, pur se contestualizzata al territorio lombardo, ai grandi obiettivi di salute della programmazione nazionale e comunitaria;
- l'ispirazione all'Evidence Based Medicine - Evidence Based Prevention (EBM-EBP), intesa come completamento dell'opera di revisione sistematica di attività, pratiche e prestazioni di sanità pubblica in base a criteri di appropriatezza e di efficacia sanitaria e, conseguentemente, come semplificazione e sburocratizzazione di taluni percorsi.

Sotto il profilo organizzativo è stata indicata alle aziende sanitarie locali la prospettiva di una sempre maggior affermazione della logica dipartimentale, con una gestione coordinata delle risorse nei dipartimenti di prevenzione medico e veterinario e nei relativi servizi, ed il potenziamento delle forme di integrazione con gli altri dipartimenti aziendali ed i distretti.

Il ruolo di governo esercitato a livello regionale è stato man mano indirizzato a definire sempre più obiettivi di risultato e sempre meno percorsi operativi per il loro raggiungimento, lasciando all'autonomia, anche in campo organizzativo, delle aziende sanitarie la scelta delle soluzioni più adeguate, ma obbligatoriamente nel rispetto del vincolo della destinazione delle risorse che il sistema assegna alle attività di prevenzione. L'assegnazione di obiettivi specifici ai Direttori generali delle aziende sanitarie locali ha rappresentato un passaggio essenziale nella rilevanza assunta dagli obiettivi di prevenzione a livello regionale e locale.

Anche per quanto riguarda la valutazione delle attività svolte, il punto di vista regionale si è spostato dall'analisi delle prestazioni effettuate e delle modalità di utilizzo delle risorse, all'esame di indicatori di risultato o, in carenza, di processo, e alla loro correlazione con le risorse complessivamente utilizzate.

L'evoluzione sopra descritta ha trovato riscontro e riferimento nelle regole di esercizio nell'ambito degli allegati dedicati alle attività di prevenzione, in particolare a partire dal 2006.

Il 2007 è stato un anno particolarmente importante perché con la l.r. 8 del 2 aprile sono state introdotte disposizioni in materia di semplificazione in sanità pubblica e

veterinaria, attraverso l'eliminazione di atti, provvedimenti e pareri oramai superati e inefficaci, ed è stata avviata la revisione della impostazione delle attività di prevenzione; con la circolare n. 11/SAN/07 del 6 aprile 2007 sono state fornite le prime indicazioni operative di carattere sanitario per l'applicazione della citata l.r. 8/07.

Con la DGR N. VIII/4799 del 30/5/2007 "*Disposizioni in materia di attività sanitarie e socio-sanitarie. Collegato*" - Attuazione art.6, comma 2" e poi con la circolare n. 32/SAN/07 del 18/10/2007 "*Indicazioni operative per la predisposizione e presentazione dei piani integrati delle attività di prevenzione e dei controlli ex DGR 4799/07*" sono state date direttive alle aziende sanitarie locali per avviare la revisione delle attività di prevenzione e per impostare la loro pianificazione secondo la metodologia della analisi e graduazione di rischi, della trasversalità e dell'integrazione.

Con successive circolari, a cadenza annuale, man mano le indicazioni regionali si sono affinate, anche sulla scorta della verifica del percorso attuato dalle aziende sanitarie locali, sia riguardo alla analisi di contesto e individuazione delle priorità sia nella programmazione dei controlli.

A partire dal 2008 è stato chiesto alle aziende sanitarie locali di programmare le attività di prevenzione secondo alcuni criteri:

- basarsi su una preliminare analisi di contesto, nell'ambito della quale individuare e motivare le priorità di azione, con riguardo ai risultati in termini di riduzione dei danni alla salute prevenibili o contenibili;
- scegliere interventi, iniziative, attività a partire dagli elementi disponibili riguardo alla loro *dimostrazione di efficacia*;
- nella salvaguardia dell'autonomia organizzativa di ciascuna azienda e delle diverse competenze specialistiche presenti, perseguire l'integrazione sia tra dipartimenti e servizi interaziendali, che con istituzioni ed associazioni esterne, quantomeno nella fase della programmazione annuale delle attività, operano nella logica di rete.

Nel 2009 l'obiettivo è stato quello di predisporre un "*Piano integrato per le attività di promozione della salute, prevenzione e controllo*", in coerenza col Documento "*Programmazione e coordinamento dei servizi sanitari e socio sanitari*" e in armonia con quanto indicato dagli specifici provvedimenti regionali, in particolare la DGR 4799/2007, con evidenza di:

1. analisi del contesto sotto il profilo epidemiologico e del territorio, con individuazione delle priorità di salute e indicazione delle relative motivazioni;
2. attività da realizzare, in coerenza con le priorità di cui al precedente punto, e rispettivi obiettivi da mantenere/incrementare;
3. modalità di monitoraggio e rendicontazione delle predette attività.

Si richiamano a tale proposito anche le circolari n. 19/SAN/08 del 20/11/2008 "*Linee guida per l'aggiornamento dei piani integrati di prevenzione e controllo annualità 2009 e indicazioni per la rilevazione dell'attività svolta nel 2008*" e n. 21/SAN/08 del 03/12/2008 "*Linee di indirizzo per l'aggiornamento dei piani integrati locali degli interventi di promozione della salute annualità 2009 e indicazioni per la rilevazione dell'attività svolta nel 2008*".

A partire dal 2010 è stato chiesto alle aziende sanitarie locali di realizzare specifici interventi di comunicazione ed informazione sugli interventi di prevenzione svolti, evidenziando ove possibile i guadagni di salute ottenuti.

Ai fini della valutazione dello stato di salute della popolazione è stato dato alle aziende sanitarie locali l'obiettivo della analisi delle principali prestazioni sanitarie e loro correlazioni sotto i profili della pertinenza/appropriatezza, corrispondenza con i protocolli diagnostico-terapeutici, qualità ed efficacia, a supporto degli interventi dell'azienda sanitaria locale per migliorare le performance dell'assistenza sanitaria primaria, specialistica e riabilitativa. Si richiama anche la circolare n. 26/SAN/2009 del 30/11/2009 *"Linee di indirizzo per l'aggiornamento dei Piani integrati di prevenzione e controllo annualità 2010"*.

Nel 2011 è stata confermata l'impostazione da dare alle attività di prevenzione e promozione della salute individuale e collettiva svolte dalle aziende sanitarie locali, anche con il concorso di istituzioni ed associazioni esterne, in un'ottica di approccio integrato, facendo discendere le azioni, in una logica di sistema, dal programma regionale di sviluppo e dai contenuti del PSSR, garantendo coerenza con gli obiettivi del piano regionale della prevenzione 2010-2012.

Si è sottolineato che la programmazione e declinazione delle azioni in interventi, iniziative, attività deve avvenire da parte dalle aziende sanitarie locali utilizzando la metodologia avviata negli anni precedenti, quindi:

- attraverso i piani integrati di prevenzione e controllo negli ambienti di vita e di lavoro e Piani integrati per gli interventi di promozione della salute,
- attraverso piani integrati di prevenzione e controllo dei dipartimenti di prevenzione veterinari
- adottando una modalità di programmazione delle attività il più trasversale e unitaria possibile nelle metodologie e nei criteri di individuazione delle priorità, con una visione delle attività sempre più orientata a criteri di efficacia.

Le attività di cui sopra riconducibili all'area della prevenzione medica e veterinaria sono parte integrante del documento di programmazione aziendale e riguardano in particolare per la prevenzione medica i seguenti ambiti:

- a) sorveglianza ed analisi epidemiologica, comprendente i sistemi di rilevazione e di elaborazione utilizzati, le prestazioni sanitarie erogate e la loro analisi;
- b) promozione della salute, con particolare riguardo a corretti stili di vita;
- c) profilassi e controllo delle malattie trasmissibili;
- d) screening oncologici, in linea con i provvedimenti regionali con particolare riguardo ai requisiti di qualità;
- e) vigilanza e controllo negli ambienti di vita e di lavoro;
- f) sicurezza alimentare e tutela della salute dei consumatori.

Illustrata brevemente l'evoluzione del percorso di rilancio delle attività di prevenzione che ha preso avvio nel 2006-2007, nei paragrafi che seguono vengono presentati gli elementi che hanno caratterizzato nelle Regole il percorso di revisione e rilancio delle attività in alcune grandi aree e settori di intervento:

- prevenzione, sorveglianza e controllo delle malattie infettive;
- promozione della salute, con particolare riguardo a stili di vita e ambienti favorevoli alla salute;

- attività di prevenzione secondaria - diagnosi precoce e screening oncologici;
- prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro;
- sicurezza alimentare e tutela del consumatore.

In ciascun paragrafo si presenta inizialmente la normativa regionale tuttora applicabile, una breve sintesi delle attività che vengono svolte a livello regionale e locale e una rassegna delle indicazioni contenute nelle Regole che rappresentano ad oggi un riferimento valido.

Infine un paragrafo conclusivo è dedicato ai sistemi informativi della prevenzione e alla rendicontazione delle attività.

2. Prevenzione, sorveglianza e controllo delle malattie infettive

L'attività viene svolta da parte di tutti gli attori del sistema (Direzione Generale Sanità, aziende sanitarie locali, aziende ospedaliere e strutture sociosanitarie) secondo quanto previsto dalla normativa nazionale E, per quanto riguarda l'ambito regionale, oltre alla l.r. 33/09, i principali riferimenti normativi sono i seguenti:

➤ *aspetti generali*

DGR VII/18853 del 30/9/2004 Sorveglianza, notifica e controllo delle malattie infettive: revisione e riordino degli interventi di prevenzione in Regione Lombardia

Circolare 37/SAN/2007 del 30/5/2007 Sistema informativo delle malattie infettive - controlli di qualità

DGR VIII/6117 del 12/12/2007 Aggiornamento e integrazione della DGR VII/18853/2004 in materia di prevenzione e controllo delle malattie infettive in Regione Lombardia

DGR VIII/9325 del 22/4/2009 Schema di convenzione con il Dipartimento di sanità pubblica-microbiologia-virologia dell'Università degli Studi di Milano per la realizzazione delle funzioni di interfaccia Regioni-CCM, con particolare riguardo alla sorveglianza e controllo delle malattie infettive e alla programmazione delle attività di prevenzione e controllo

DGR VIII/11154 del 3/2/2010 - Revisione e aggiornamento degli interventi di sorveglianza, prevenzione, profilassi e controllo delle malattie infettive

Decreto 7131 del 19/7/2010 - Finanziamento a favore delle ASL, AO e IRCCS pubblici per attività di profilassi, indagini e sorveglianza di laboratorio delle malattie infettive

➤ *prevenzione AIDS*

DGR VII/20766 del 16/2/2005 Determinazioni in merito alle strutture residenziali e semiresidenziali extra - ospedaliere di assistenza alle persone affette da HIV/AIDS e conseguente adeguamento delle tariffe e aggiornamento schema tipo di convenzione

Circolare 35/SAN/2006 del 21/12/2006 Assistenza residenziale e semiresidenziale malati AIDS e sindromi HIV correlate. assist malati AIDS

Circolare 2/SAN/2007 del 15/1/2007 Prevenzione dell'infezione da HIV – situazione epidemiologica e prospettive di intervento di prevenzione, diagnosi e cura

Circolare 12/SAN/2007 dell'11/4/2007 Assistenza extraospedaliera malati di AIDS e sindromi HIV correlate

Circolare 36/SAN/2007 del 15/11/2007 Assistenza domiciliare e residenziale ai malati di AIDS: Indicazioni operative per l'inserimento nella rete assistenziale delle RSA e ADI

Decreto 11572 del 16/11/2010 Sorveglianza e controllo dell'infezione da HIV: determinazioni per il potenziamento della attività di screening e di diagnosi precoce

➤ *prevenzione pandemie*

DCR VIII/216 2/8/2006 Piano pandemico regionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale secondo le direttive del Ministero della Salute

Circolare 33/SAN/2006 del 19/12/2006 Interventi attuativi del Piano pandemico regionale

DGR VIII/9396 6/5/2009 Schema di convenzione con il Centro Interuniversitario di Ricerca sull'Influenza e sulle infezioni virali per la sorveglianza epidemiologica e virologica dell'influenza 2009-2011

Circolare 8/SAN/2009 del 6/5/2009 Sindrome influenzale da nuovo virus A/H1N1: indicazioni operative per sorveglianza, controllo, prevenzione in Regione Lombardia

Circolare 15/SAN/2009 del 18/6/2009 Situazione pandemia influenzale A/H1N1 e indicazioni operative per la sorveglianza

DGR IX/1046 22/12/2010 Conclusione fase 6 pandemia influenzale da virus AH1N1

➤ *prevenzione legionellosi*

Decreto 2907 del 28/2/2005 Approvazione delle Linee guida "Prevenzione e controllo della legionellosi in Lombardia"

DGR VIII/4904 15/6/2007 Interventi tendenti a contrastare la diffusione della legionellosi in ambiente ospedaliero

Decreto 1751 del 24/2/2009 Linee guida per la prevenzione e il controllo della legionellosi in Lombardia

➤ *prevenzione diffusione Chikungunya*

Circolare 1/SAN/2008 del 10/1/2008 Prevenzione e controllo di focolai epidemici di Chikungunya: sintesi e coordinamento degli interventi in Regione Lombardia

Circolare 12/SAN/2009 del 14/5/2009 Prevenzione e controllo di focolai epidemici di Chikungunya: sintesi e coordinamento degli interventi in Regione Lombardia

DGR VIII/11404 10/2/2010 Convenzione con Regione Emilia Romagna per l'attuazione del progetto di sorveglianza della febbre da Chikungunya

➤ *prevenzione TBC*

DGR VII/19767 10/12/2004 Prevenzione, sorveglianza e controllo della malattia tubercolare

Circolare 27/SAN/2005 del 21/6/2005 Attuazione della DGR VII/19767 del 10/12/2004

➤ *prevenzione meningiti*

Decreto DG Sanità n. 6332 del 29/4/2005 Linee guida per la sorveglianza, prevenzione e controllo delle meningiti batteriche e malattie invasive da meningococco, emofilo e pneumococco, in Regione Lombardia.

Circolare 7/SAN/2007 del 26/2/2007 Sorveglianza meningiti batteriche – indagini di laboratorio

➤ *altre materie*

Decreto 14081 del 22/11/2007 Protocollo operativo per l'attuazione delle attività di prevenzione in ambito penitenziario

Circolare 20/SAN/2007 del 3/7/2007 Piano Nazionale di eliminazione del Morbillo e della Rosolia Congenita: indicazioni per la conferma di laboratorio e per la sorveglianza dei casi

Decreto DG Sanità n. 7846 del 29/7/2009 Prevenzione e controllo delle infezioni ospedaliere e correlate all'assistenza sanitaria

Circolare 17/San/2010 del 22/10/10 La prevenzione della intossicazione da funghi: indicazioni operative per l'attività di vigilanza e controllo.

Obiettivi generali delle attività regionali e delle Aziende Sanitarie Locali

A fronte del suddetto quadro normativo ed amministrativo di riferimento, nelle Regole 2006 è stata prevista la piena realizzazione della DGR VII/18853 del 30/9/2004, con particolare riguardo alla semplificazione dei sistemi di segnalazione, implementazione del nuovo flusso informativo, reperibilità H24, applicazione dei protocolli di intervento a fronte di focolai epidemici.

Nelle Regole 2008, a fronte dell'utilizzo ormai a regime del sistema informativo delle malattie infettive MAINF, è stato dato alle aziende sanitarie locali l'obiettivo della predisposizione di report periodici, con cadenza minima semestrale, da diffondere agli operatori del servizio sanitario regionale, ivi compresi Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, specialisti ospedalieri ed ambulatoriali, e alle associazioni scientifiche del territorio.

Inoltre, sempre ai fini del controllo, prevenzione e profilassi delle malattie infettive delle patologie infettive, è stato dato incarico alle aziende sanitarie locali di realizzare piani locali comprensivi di tutti gli interventi ed attività, compresi aggiornamenti di piani già presentati.

Nelle Regole 2011, confermato l'obiettivo del mantenimento dei requisiti di qualità del sistema informativo MAINF, sono stati individuati i seguenti indicatori:

- percentuale di casi delle malattie a segnalazione immediata inseriti con differenza tra data segnalazione e data apertura pratica inferiore a 3 giorni >80%;
- completezza schede diagnosi-contagio-fattori di rischio delle malattie soggette a segnalazione immediata >80%;
- concordanza nella scelta della patologia, rispetto ai contenuti della scheda diagnosi (per meningiti batteriche, m.i. pneumococcica-meningococcica-H1B, diarreie infettive, tossinfezioni alimentari, parassitosi) >90%

3. Promozione della salute, con particolare riguardo a stili di vita e ambienti favorevoli alla salute

L'attività viene svolta da parte della Direzione Generale Sanità e delle aziende sanitarie locali secondo quanto previsto dalla normativa nazionale (in particolare dal DPCM 4 maggio 2007 «Guadagnare salute»), dalla l.r. 33/2009 e dai seguenti atti:

19/12/2007	DGR N. VIII/6222	DETERMINAZIONI IN ORDINE ALL'ISTITUZIONE DEL MINISITO REGIONALE DEDICATO ALLE ATTIVITÀ DI PROMOZIONE E TUTELA DELLA SALUTE
19/11/2008	DGR N. VIII/8447	SCHEMA DI CONVENZIONE CON LA REGIONE EMILIA-ROMAGNA PER L'ATTUAZIONE DEL PROGETTO NAZIONALE PREVENZIONE DEL TABAGISMO "SOSTEGNO ALLE INIZIATIVE DI CONTROLLO DEL TABAGISMO: DALLA PIANIFICAZIONE REGIONALE ALLA PIANIFICAZIONE AZIENDALE"
28/07/2011	DGR N. IX/2056	PROGETTO SPERIMENTALE SULLA PRESCRIZIONE DELL'ESERCIZIO FISICO COME STRUMENTO DI PREVENZIONE E TERAPIA IN LOMBARDIA IN ATTUAZIONE DELL'ACCORDO TRA MINISTERO DELLA SALUTE E REGIONE LOMBARDIA DEL 23 DICEMBRE 2010
25/01/2005	Decreto N. 762	ORGANIZZAZIONE DI UN SISTEMA DI SORVEGLIANZA SUL TABAGISMO TRA I GIOVANI LOMBARDI IN ETA' SCOLARE.
27/02/2006	Decreto N. 2078	COSTITUZIONE COMMISSIONE: "PROMOZIONE DI STILI DI VITA SANI"
11/07/2006	Decreto N. 7953	FINANZIAMENTO DEI PROGRAMMI DI PROMOZIONE DI SANI STILI DI VITA - ANNO 2006
09/05/2007	Decreto N. 4649	ISTITUZIONE COMMISSIONE PER LA PROGRAMMAZIONE E COORDINAMENTO DEGLI INTERVENTI DI PROMOZIONE DELLA SALUTE
12/05/2008	Decreto N. 4718	CONFERIMENTO AD I.RE.F. - ISTITUTO REGIONALE LOMBARDO PER LA FORMAZIONE DEL PERSONALE DELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE DELL'INCARICO PER LA PROGETTAZIONE, IL COORDINAMENTO E LA REALIZZAZIONE DEL CORSO DI FORMAZIONE "LABORATORIO DI VALUTAZIONE DEI PIANI INTEGRATI DEGLI INTERVENTI DI PROMOZIONE DELLA SALUTE"
03/11/2009	DECRETO N. 11378	IMPEGNO A I.RE.F - ISTITUTO REGIONALE LOMBARDO PER LA FORMAZIONE DEL PERSONALE DELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE - PER LA REALIZZAZIONE DEL CORSO DI FORMAZIONE "KNOWLEDGE GROUP PER I CENTRI PER IL TRATTAMENTO DEL TABAGISMO IN REGIONE LOMBARDIA".

24/11/2009	Decreto N. 12408	LINEE DI INDIRIZZO "CENTRI PER IL TRATTAMENTO DEL TABAGISMO: REQUISITI METODOLOGICO-ORGANIZZATIVI E RACCOMANDAZIONI CLINICHE"
23/11/2010	DECRETO N. 11931	IMPEGNO A I.RE.F – ISTITUTO REGIONALE LOMBARDO PER LA FORMAZIONE DEL PERSONALE DELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE - PER LA REALIZZAZIONE DEL PERCORSO FORMATIVO PER IL SOSTEGNO DEI CENTRI PER IL TRATTAMENTO DEL TABAGISMO IN REGIONE LOMBARDIA
28/02/2011	DECRETO N. 1773	ASSEGNAZIONE ALLE ASL LOMBARDE DI RISORSE PER L'IMPLEMENTAZIONE LOCALE DEL PROGRAMMA NAZIONALE "SOSTEGNO ALLE FUNZIONI DI INTERFACCIA TRA LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME E IL CCM. ESERCIZIO FINANZIARIO 2007-2008, FINANZIATO DAL MINISTERO DELLA SALUTE.
10/03/2011	DECRETO N. 2202	IMPEGNO DI SPESA A FAVORE DI EUPOLIS - ISTITUTO SUPERIORE PER LA RICERCA E LA FORMAZIONE – PER L'INCARICO DELLA PROGETTAZIONE, DEL COORDINAMENTO E DELLA REALIZZAZIONE DEI CORSI DI FORMAZIONE PROGRAMMATI NEL PIANO DEGLI INTERVENTI FORMATIVI RIVOLTO AL SISTEMA SANITARIO REGIONALE – ANNO 2011.
14/01/2005	Circolare n. 2	DIRETTIVE IN APPLICAZIONE DELLA NORMATIVA IN MATERIA DI DIVIETO DI FUMO.
25/02/2005	Circolare n. 3	INDICAZIONI OPERATIVE PER L'APPLICAZIONE DELLA NORMATIVA DI DIVIETO DI FUMO.
03/12/2008	CIRCOLARE N. 21	LINEE DI INDIRIZZO PER L'AGGIORNAMENTO DEI PIANI INTEGRATI LOCALI DEGLI INTERVENTI DI PROMOZIONE DELLA SALUTE. ANNUALITÀ 2009 E INDICAZIONI PER LA RILEVAZIONE DELL'ATTIVITÀ SVOLTA NEL 2008.

Obiettivi generali delle attività regionali e delle Aziende Sanitarie Locali

Le patologie oggi prevalenti (malattie cardio-cerebro-vascolari, diabete, tumori) sono in gran parte determinate da stili di vita e modelli comportamentali non salutari; sostenere nella popolazione l'adozione consapevole di comportamenti salutari è quindi una priorità di sanità pubblica.

In particolare, le scelte verso cui orientare i comportamenti al fine di prevenire fattori di rischio e patologie quali obesità, sovrappeso, diabete, ipertensione, sedentarietà, ecc., attengono le abitudini alimentari, lo stile di vita attivo e la cessazione dall'eventuale abitudine tabagica.

In coerenza con le evidenze di efficacia e le indicazioni di letteratura internazionali, l'azione regionale assume la consapevolezza che la scelta di adottare un determinato stile di vita non dipende solo da fattori individuali (conoscenze, credenze e valori..), ma è anche influenzata da fattori ambientali

(urbanistici, organizzativi, ecc.), sociali (famiglia, gruppi di pari, ecc.) e socio-economici (reddito, occupazione, scolarità, ecc.). E' quindi necessario intervenire, sostenendo l'empowerment individuale attraverso un aumento di conoscenze e competenze per l'assunzione di scelte responsabili e, contestualmente, promuovere l'empowerment di comunità mediante il coinvolgimento (advocacy) di tutti i settori responsabili di cambiamenti ambientali, sociali, organizzativi (EELL, Scuole, Imprese, Produzione, ecc.), così da facilitare le scelte individuali e renderle sostenibili dal punto di vista economico e temporale.

Le azioni poste in atto dalla Regione e dalle aziende sanitarie locali sono quindi tese a sostenere una azione integrata ed intersettoriale, di interventi efficaci e di qualità, e sono a carattere di ricerca, programmazione, formazione e comunicazione.

In questo quadro si richiamano le disposizioni tuttora valide ritrovabili nei provvedimenti degli ultimi anni.

Regole 2006

È stato indicato alle aziende sanitarie locali di garantire il proseguimento dei progetti avviati nel 2005, nonché di implementare nuove iniziative, almeno su promozione dell'attività motoria, educazione ad una corretta alimentazione e prevenzione del tabagismo, secondo i piani e indirizzi regionali e i requisiti metodologici da essi indicati.

Regole 2007

È stato posto alle aziende sanitarie locali l'obiettivo di un programma integrato di promozione della salute, con evidenza di analisi di contesto, servizi e dipartimenti coinvolti, valutazione di priorità, metodologie e indicatori di risultato/processo, confermando che le aziende sanitarie locali, anche in collaborazione con le Scuole, i Comuni, le Associazioni, devono promuovere iniziative per sensibilizzare la popolazione sull'adozione di stili di vita e comportamenti sani, rivolgendo le principali attività alla corretta alimentazione, alla promozione dell'attività motoria, alla prevenzione del tabagismo, alla prevenzione degli infortuni domestici e alla prevenzione degli incidenti stradali; ciò anche in collegamento con il Piano oncologico e con il Piano per la prevenzione delle patologie cardiocerebrovascolari, nonché in attuazione del Piano di prevenzione attiva promosso dal Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM).

Regole 2008

Si è confermato che il punto focale è la necessità di integrare i diversi interventi, sia sotto il profilo dei contenuti (privilegiando progetti che affrontino congiuntamente alimentazione, fumo, attività motoria) che degli operatori chiamati ad effettuare gli interventi (evitando che le diverse articolazioni di ASL ed AO operino in maniera disgiunta e settoriale). Si è previsto che la Direzione Generale Sanità avviasse, nell'ambito del progetto delle funzioni regionali di supporto al CCM finanziate con contributo ministeriale, appositi "laboratori", su scala regionale e locale, per supportare nella programmazione e realizzazione degli interventi, adattandoli al contesto locale.

Regole 2009

È stato dato alle aziende sanitarie locali l'obiettivo di predisporre un Piano integrato per le attività di promozione della salute, prevenzione e controllo, in continuità con i Piani già adottati nel 2008, con evidenza, tra l'altro, delle attività di promozione della salute, con particolare riguardo a corretti stili di vita (considerando quanto emerso nel percorso dei Laboratori di valutazione attivati da IREF su indicazione della Direzione Generale Sanità).

In tale ambito sono stati indicati i seguenti criteri:

- la scelta delle specifiche popolazioni target deve essere motivata con criteri espliciti
- la scelta degli interventi deve fare riferimento documentato ad interventi di provata efficacia teorica, esperienze di buona pratica, raccomandazioni esitate dal percorso formativo Laboratori di valutazione.

Regole 2010

Previsto il consolidamento della pianificazione delle attività dell'area promozione della salute con riguardo a determinanti comportamentali (PIL), coerentemente con le raccomandazioni esitate dal percorso formativo "*Laboratorio di valutazione del piano integrato degli interventi di promozione della salute*" completato nel 2009, con particolare riferimento:

- alla esplicitazione dei criteri, qualitativi e quantitativi, di scelta dei destinatari
- alla scelta di interventi di documentata efficacia teorica e/o pratica

Rendicontazione annuale, mediante strumenti già utilizzati per il 2009, degli interventi realizzati.

Regole 2011

È stata indicazione alle aziende sanitarie locali che il Documento di Programmazione e coordinamento dei servizi sanitari e sociosanitari contenga 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) declini:

- scala di priorità;
- obiettivi di salute;
- indicatori di risultato misurabili anche in termini di guadagno di salute atteso.

Gli interventi saranno rendicontati annualmente mediante strumenti messi a disposizione dalla Direzione Generale Sanità; in particolare gli indicatori previsti sono, a seconda delle aree di intervento:

- **Promozione di corrette abitudini alimentari**

Indicazione nei capitolati d'appalto per le ristorazioni collettive a supporto di menù corretti (pane a ridotto contenuto di sale, frutta di stagione, ecc.).

Sviluppo di un percorso partecipativo per installare distributori per snack salutari presso le strutture del sistema sanitario regionale e presso le scuole secondarie di 2° grado.

- **Promozione dell'attività fisica**

Adottare il progetto "scale per la salute" nelle sedi/presidi della azienda sanitaria locale, incrementare i piedibus attivi sul territorio, avviare i piedibus sul territorio laddove non ancora attivati, incrementare i gruppi di cammino attivi sul territorio, avviare i gruppi di cammino sul territorio laddove non ancora attivati.

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

Almeno un programma di promozione di stili di vita salubri presso una struttura produttiva/di servizio di medie dimensioni con quota significativa di lavoratrici.

Realizzazione d'intesa con soggetti sanitari del territorio di almeno un 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.

Almeno un programma di formazione per Medici di Medicina Generale e Pediatri Di Famiglia relativo alla prescrizione di stili di vita favorevoli alla salute.

- **"Scuole che promuovono salute"**

Partecipazione alle iniziative informative- formative promosse dalla Direzione Generale Sanità.

4. Attività di prevenzione secondaria - diagnosi precoce e screening oncologici

L'attività viene svolta da parte della Direzione Generale Sanità e delle aziende sanitarie locali secondo quanto previsto dagli atti di pianificazione sanitaria nazionale e dalla l.r. 33/2009 e dai seguenti atti:

21/11/2007	DGR N. VIII/5873	ATTIVAZIONE PERCORSO PER LA DEFINIZIONE DI UN PROGRAMMA DI PREVENZIONE DEL CARCINOMA DELLA CERVICIA UTERINA.
27/02/2008	DGR N. VIII/6683	PROGRAMMA PER IL CARCINOMA DELLA CERVICIA UTERINA IN REGIONE LOMBARDIA - (DI CONCERTO CON L'ASSESSORE ABELLI).
27/03/2006	DECRETO N. 3354	ISTITUZIONE DEL GRUPPO DI LAVORO PER L'ORGANIZZAZIONE E LA VALUTAZIONE DEGLI SCREENING ONCOLOGICI IN REGIONE LOMBARDIA.
02/07/2007	DECRETO N. 7248	APPROVAZIONE DOCUMENTO: "ORGANIZZAZIONE DEI PROGRAMMI DI SCREENING ONCOLOGICI IN REGIONE LOMBARDIA. RACCOMANDAZIONI PER LA QUALITA'."
14/12/2010	DECRETO N. 13073	IMPEGNO E LIQUIDAZIONE A FAVORE DELLE ASL LOMBARDE PER LA PREDISPOSIZIONE/ADEGUAMENTO/SVILUPPO DI SPECIFICI APPLICATIVI PER IL MONITORAGGIO DELLA

		ATTIVITÀ DI PREVENZIONE ONCOLOGICA.
18/2/2010	CIRCOLARE N. 5/SAN/2010	PROGRAMMA REGIONALE PER LA PREVENZIONE DEL CARCINOMA DELLA CERVICE UTERINA.

Obiettivi generali delle attività regionali e delle Aziende Sanitarie Locali

In Lombardia a partire dal 2000 sono stati progressivamente attivati nelle diverse Aziende Sanitarie Locali, in collaborazione con le Aziende Ospedaliere del territorio, programmi di prevenzione oncologica secondaria. L'obiettivo dei programmi di screening è quello di ridurre la mortalità specifica per questi tipi di tumori, nonché la loro incidenza, identificando precocemente forme invasive di tumore o anche lesioni preinvasive ma a rischio di progressione. Il cancro della mammella, del colon retto, della cervice uterina sono tra i principali tumori che colpiscono la popolazione italiana. Il tumore della mammella è il più diffuso fra le donne nei Paesi occidentali: si stima che una donna su dieci lo svilupperà nel corso della sua vita. In Lombardia il carcinoma mammario è al primo posto per incidenza tra i tumori femminili e presenta, secondo le stime dell'Istituto Superiore di Sanità riferite al 2008, tassi superiori alla media nazionale (109/100.000 vs. 93/100.000). Il cancro del colon retto è un tumore che colpisce l'ultima parte dell'intestino (colon retto).

È al secondo posto come frequenza tra le malattie tumorali in Italia e in Europa.

Si sviluppa di solito da piccoli polipi (adenomi), che in una bassa percentuale di casi possono trasformarsi in tumore. La trasformazione è di solito molto lenta. In Lombardia il carcinoma colonrettale presenta per entrambi i sessi, tassi di incidenza sovrapponibili alle medie nazionali (maschi 69/100.000; femmine 39/100.000).

Il cancro della cervice uterina è invece un tumore relativamente raro, infatti stime effettuate a partire dai dati forniti dai Registri Tumori Lombardi mostrano tassi di incidenza di poco al di sotto della media italiana (9,4 vs 9,8 casi x 100.000).

La storia naturale di questi tumori può essere modificata dai programmi di screening oncologici, che prevedono l'attuazione di esami generalmente semplici e poco invasivi, che permettono di individuare precocemente una malattia neoplastica senza che abbia ancora dato sintomi, e che risulta quindi più facilmente curabile.

In questo quadro si richiamano le disposizioni contenute nei provvedimenti regionali degli ultimi anni.

Regole 2006

È stato dato alle aziende sanitarie locali l'obiettivo di:

- proseguire lo screening per il carcinoma mammario, con il rispetto delle modalità previste dalla linee-guida regionali, garantendo altresì l'effettuazione degli esami nei tempi previsti -scadenze di round- e con percentuali di adesione corrette superiori al 60%;
- proseguire lo screening per il carcinoma del colon-retto come previsto dal Piano Oncologico;

- per quanto riguarda lo screening per il carcinoma della cervice, completare la ricognizione dei differenti flussi informativi e dell'offerta presente nel territorio.

Regole 2007

Sono stati forniti alle aziende sanitarie locali i seguenti indicatori:

- a. screening per il carcinoma mammario con l'orientamento di intercettare la fascia di età a partire dai 45 anni: adesione = o > 60% e rispetto scadenze di round;
- b. screening per il carcinoma del colon-retto: estensione ad almeno il 70% della popolazione target, con rispetto delle scadenze di round.

Regole 2008

Sono stati confermati gli obiettivi relativi allo screening mammografico (estensione 100%; rispetto intervalli di round; 60% adesione corretta) e data indicazione di completare il primo round dello screening del carcinoma colo-rettale (estensione 100%; rispetto intervalli di round; 30% adesione corretta). Rammentato che è obbligo delle aziende sanitarie locali verificare la rendicontazione di tutte le prestazioni di screening nell'ambito del flusso della specialistica ambulatoriale, secondo le modalità indicate negli atti di indirizzo specifici, anche per prestazioni rese dalle stesse aziende sanitarie locali (es.: la ricerca del sangue occulto nelle feci).

Regole 2009

Obiettivi e declinazione delle attività:

1. rendicontazione completa e secondo regole corrette in flusso specialistica ambulatoriale per tutte le attività;
2. screening mammografico: estensione >90%; rispetto intervalli di round; adesione corretta > 60%;
3. screening del carcinoma colo-rettale : estensione 100%; adesione corretta > 30%;
4. screening del carcinoma della cervice uterina: estensione 100% nelle aziende sanitarie locali con screening organizzato; inserimento in flusso specialistica ambulatoriale di tutte le prestazioni rese presso strutture accreditate e verifica percentuali di copertura effettive nelle aziende sanitarie locali con screening spontaneo, con individuazione della quota che non ha effettuato nell'ultimo quinquennio alcuna prestazione e relative proposte innovative di "reclutamento".

Regole 2011

Obiettivi e declinazione delle attività:

- garantire il mantenimento delle performance di qualità e di risultato raggiunte nell'offerta di screening organizzati:
 - estensione screening mammella e colon retto $\geq 95\%$
 - adesione: mammella $\geq 60\%$; colon retto $\geq 40\%$
 - cervice uterina: adesione > del 40% nelle aziende sanitarie locali nelle quali è attivo un programma organizzato

- prevenzione del carcinoma della cervice uterina
 - reclutamento della popolazione fragile: attuazione di almeno un progetto per aziende sanitarie locali
 - corretta e completa rendicontazione di tutti gli esami citologici (91385) nel flusso della specialistica ambulatoriale: monitoraggio delle coperture annuali
 - razionalizzazione dei centri di lettura: proseguimento/stabilizzazione delle azioni di miglioramento avviate a seguito della circolare 5/SAN/2010
 - appropriatezza prescrittiva del test per la ricerca dell'HPV: monitoraggio delle prestazioni rendicontate e verifica della coerenza con indicazioni della circolare 5/San/2010
- invio dei dati attività di screening secondo il tracciato record nel rispetto delle indicazioni della Direzione Generale Sanità.

5. Controlli negli ambienti di vita e di lavoro

L'attività viene svolta da parte della Direzione Generale Sanità e delle aziende sanitarie locali secondo quanto previsto dalla normativa nazionale (in particolare per quanto riguarda la sicurezza del lavoro dal D. Lgs. 81/08), dalla l.r. 33/09 e dai seguenti atti:

➤ Sicurezza del lavoro

04/08/2005	DGR N. VIII/489	LINEE GUIDA PER LA PREVENZIONE E SICUREZZA NEI CANTIERI PER LA COSTRUZIONE DEL SISTEMA FERROVIARIO AD ALTA VELOCITA' E GRANDI OPERE.
02/04/2008	DGR N. VIII/6918	PIANO REGIONALE 2008-2010 PER LA PROMOZIONE DELLA SICUREZZA E SALUTE NEGLI AMBIENTI DI LAVORO.
20/05/2009	DGR N. VIII/9446	COMITATO REGIONALE DI COORDINAMENTO SULLA SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO. AGGIORNAMENTO COMPOSIZIONE E APPROVAZIONE REGOLAMENTO DI FUNZIONAMENTO (ART. 7, D. LGS. 81/2008)
08/06/2011	DGR N. IX/1821	PIANO REGIONALE 2011-2013 PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE E SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO
10/08/2005	DECRETO N. 12544	LINEE GUIDA REGIONALI IN APPLICAZIONE DEL D.M. 1/12/2004, N. 329 IN MATERIA DI ATTREZZATURE A PRESSIONE.
29/12/2005	DECRETO N. 20109	LINEE GUIDA REGIONALI: CRITERI IGIENICI E DI SICUREZZA IN EDILIZIA RURALE
02/08/2007	Decreto N. 8914	ISTITUZIONE DEL GRUPPO DI LAVORO PER LA VALUTAZIONE E LA DEFINIZIONE DI PROPOSTE AL TESTO UNICO PER IL RIASSETTO NORMATIVO E LA RIFORMA DELLA SALUTE E DELLA SICUREZZA SUL LAVORO.
14/06/2007	DECRETO N. 6434	ISTITUZIONE DEL GRUPPO DI LAVORO "TAVOLO PER IL MONITORAGGIO DELLE INIZIATIVE SPERIMENTALI DI

		FORMAZIONE PER I RESPONSABILI E GLI ADDETTI AL SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE (RSPP E ASPP)"
27/09/2007	DECRETO N. 10803	APPROVAZIONE DOCUMENTO: "LINEE GUIDA PER LA PREVENZIONE DEI RISCHI NEL COMPARTO DELLA PANIFICAZIONE ARTIGIANALE IN REGIONE LOMBARDIA".
14/01/2009	DECRETO N. 119	DISPOSIZIONI CONCERNENTI LA PREVENZIONE DEI RISCHI DI CADUTA DALL'ALTO PER IL CONTENIMENTO DEGLI EVENTI INFORTUNISTICI NEL COMPARTO EDILE
14/01/2009	DECRETO N. 120	LINEA OPERATIVA GESTIONE PARCO MACCHINE PER IL CONTENIMENTO DEGLI EVENTI INFORTUNISTICI NEL COMPARTO AGRICOLO
14/01/2009	DECRETO N. 126	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
19/01/2009	DECRETO N. 220	INDIRIZZI OPERATIVI PER GLI USI NON PROFESSIONALI DELLE FIBRE ARTIFICIALI VETROSE
03/02/2009	DECRETO N. 848	CRITERI PER L'INDIVIDUAZIONE DI "BUONE PRATICHE" IN RELAZIONE ALLA PREVENZIONE DELLE PATOLOGIE MUSCOLO SCHELETRICHE CONNESSE CON MOVIMENTI E SFORZI RIPETUTI DEGLI ARTI SUPERIORI
22/04/2009	DECRETO N. 3958	LINEE GUIDA REGIONALI PER LA PREVENZIONE DELLE PATOLOGIE MUSCOLO SCHELETRICHE CONNESSE CON MOVIMENTI E SFORZI RIPETUTI DEGLI ARTI SUPERIORI. EDIZIONE AGGIORNATA 2009
22/04/2009	DECRETO N. 3959	LINEE GUIDA PER LA SORVEGLIANZA SANITARIA IN AGRICOLTURA
29/05/2009	DECRETO N. 5368	LINEE GUIDA INTEGRATE IN EDILIZIA RURALE E ZOOTECNIA
04/06/2009	DECRETO N. 5547	INDIRIZZI OPERATIVI FINALIZZATI ALLA PREVENZIONE DELLE PATOLOGIE MUSCOLO SCHELETRICHE
14/09/2009	DECRETO N. 9046	TRASMISSIONE INFORMATIZZATA DELLA NOTIFICA PRELIMINARE DI AVVIO LAVORI NEI CANTIERI
30/11/2009	DECRETO N. 12830	CRITERI E METODI PER L'ANALISI DEL CONTESTO PRODUTTIVO E DI RISCHIO NEL SETTORE DELLA METALMECCANICA
30/11/2009	DECRETO N. 12831	REQUISITI MINIMI PER L'APPLICAZIONE DI UN SISTEMA DI GESTIONE PER LA SICUREZZA E LA SALUTE SUL LAVORO (SGSL) NELLE STRUTTURE SANITARIE
10/12/2009	DECRETO N. 13559	INDIRIZZI GENERALI PER LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO STRESS LAVORATIVO ALLA LUCE DELL'ACCORDO EUROPEO 8/10/2004

21/12/2009	DECRETO N. 14219	VADEMECUM PER IL MIGLIORAMENTO DELLA SICUREZZA E DELLA SALUTE NELLO STAMPAGGIO DI PLASTICA
29/12/2009	DECRETO N. 14521	LINEE DI INDIRIZZO PER LA REDAZIONE DEL DOCUMENTO UNICO DI VALUTAZIONE DEI RISCHI DA INTERFERENZA
16/09/2010	DECRETO N. 8713	VADEMECUM PER MIGLIORAMENTO DELLA SICUREZZA E DELLA SALUTE CON LE POLVERI DI LEGNO
16/09/2010	DECRETO N. 8715	VADEMECUM PER IL MIGLIORAMENTO DELLA SICUREZZA E DELLA SALUTE NELLO STAMPAGGIO DELLA GOMMA
22/12/2010	DECRETO N. 13541	LINEA GUIDA PER LA BONIFICA DI MANUFATTI IN POSA CONTENENTI FIBRE VETROSE ARTIFICIALI
13/04/2011	DECRETO N. 3357	VADEMECUM PER IL MIGLIORAMENTO DELLA SICUREZZA E DELLA SALUTE DEI LAVORATORI NELLE ATTIVITA' DI GALVANICA
03/05/2011	DECRETO N. 3933	VADEMECUM PER IL MIGLIORAMENTO DELLA SICUREZZA E DELLA SALUTE DEI LAVORATORI NELLE OPERE DI ASFALTATURA
10/08/2011	DECRETO N. 7629	GUIDA AL SOPRALLUOGO IN AZIENDE DEL COMPARTO METALMECCANICO
26/04/2006	CIRCOLARE N. 13	ATTUAZIONE DELL'ACCORDO PER LA FORMAZIONE DEGLI ADDETTI E RESPONSABILI SPP - DLGS 195/03 (GAZZETTA UFFICIALE - SERIE GENERALE - NUMERO 37 DEL 14 FEBBRAIO 2006)
27/07/2006	CIRCOLARE N. 21	ATTUAZIONE DELL'ACCORDO PER LA FORMAZIONE DEGLI ADDETTI E RESPONSABILI SPP - DLGS 195/03 (GAZZETTA UFFICIALE - SERIE GENERALE - NUMERO 37 DEL 14 FEBBRAIO 2006)
19/12/2006	CIRCOLARE N. 32	ATTUAZIONE DELL'ACCORDO PER LA FORMAZIONE DEGLI ADDETTI E RESPONSABILI SPP - DLGS 195/03
11/07/2007	CIRCOLARE N. 24	ATTUAZIONE DELL'ACCORDO PER LA FORMAZIONE DEGLI ADDETTI AL MONTAGGIO, ALLO SMONTAGGIO E ALLA TRASFORMAZIONE DEI PONTEGGI E DEGLI ADDETTI E PREPOSTI ALL'IMPIEGO DI SISTEMI DI ACCESSO E POSIZIONAMENTO MEDIANTE FUNI - DLGS 235/03 (GAZZETTA UFFICIALE - SERIE GENERALE - NUMERO 45 DEL 23 FEBBRAIO 2006)

➤ *Prevenzione del rischio amianto*

22/12/2005	DGR N. VIII/1526	APPROVAZIONE DEL "PIANO REGIONALE AMIANTO LOMBARDIA" (PRAL) DI CUI ALLA LEGGE REGIONALE 29 SETTEMBRE 2003 N. 17.
12/03/2008	DGR N. VIII/6777	DETERMINAZIONI IN MERITO ALLA PREVENZIONE SANITARIA DAL RISCHIO DI ESPOSIZIONE A FIBRE DA AMIANTO E AGGIORNAMENTO DELLE «LINEE GUIDA PER LA GESTIONE DEL RISCHIO AMIANTO» DI CUI ALLA D.G.R. N. 36262/1998.
08/02/2006	DECRETO N. 1342	ISTITUZIONE DI UN GRUPPO DI LAVORO PER LA SORVEGLIANZA SANITARIA DEGLI EX ESPOSTI ALL'AMIANTO: LAVORATORI, EX LAVORATORI, ED EVENTUALI LORO PARENTI, DELLA CENTRALE TERMOELETTRICA EX ENEL, ORA EDIPOWER DI TURBIGO E DITTE APPALTATRICI.
28/06/2006	DECRETO N. 7473	ATTUAZIONE PIANO REGIONALE AMIANTO LOMBARDIA: FINANZIAMENTO ALLE ASL PER IL CENSIMENTO E LO SVILUPPO DEL SISTEMA INFORMATIVO.
14/09/2006	DECRETO N. 10072	APPROVAZIONE DELLE AREE DEL TERRITORIO REGIONALE SU CUI EFFETTUARE LA MAPPATURA GEOREFERENZIATA DELLE COPERTURE IN CEMENTO AMIANTO
16/05/2007	DECRETO N. 4972	ISTITUZIONE DEL REGISTRO DEI LAVORATORI ESPOSTI ED EX ESPOSTI ALL'AMIANTO E ADOZIONE DEL PROTOCOLLO OPERATIVO PER LA LORO SORVEGLIANZA SANITARIA, PRESSO LE ASL, PREVISTI DALLA D.G.R. VIII/1526 DEL 22 DICEMBRE 2005.
18/11/2008	DECRETO N. 13237	APPROVAZIONE DEL "PROTOCOLLO PER LA VALUTAZIONE DELLO STATO DI CONSERVAZIONE DELLE COPERTURE IN CEMENTO AMIANTO" E CONTESTUALE ABROGAZIONE DELL'ALGORITMO PER LA VALUTAZIONE DELLE COPERTURE ESTERNE IN CEMENTO AMIANTO DI CUI ALLA D.G.R. N.VII/1439 DEL 4.10.2000.
10/02/2010	DECRETO N. 1082	ISTITUZIONE NUCLEO AMIANTO EX ART. 8 L.R. 29.09.2003

➤ *Prevenzione di altri rischi ambientali*

17/05/2006	DGR N. VIII/2552	REQUISITI PER LA COSTRUZIONE, LA MANUTENZIONE, LA GESTIONE, IL CONTROLLO E LA SICUREZZA, AI FINI IGIENICO-SANITARI, DELLE PISCINE NATATORIE.
10/02/2010	DGR N. VIII/11404	SCHEMA DI CONVENZIONE CON LA REGIONE EMILIA ROMAGNA PER L'ATTUAZIONE DEL PROGETTO "SVILUPPO DI UN SISTEMA DI SORVEGLIANZA NAZIONALE DELLA FEBBRE CHIKUNGUNYA" DI CUI AL

		PROGRAMMA 2007 DEL CCM
06/04/2011	DGR N. IX/1534	RECEPIMENTO DELL'ACCORDO DEL 29/10/2009 TRA IL GOVERNO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO CONCERNENTE IL SISTEMA DEI CONTROLLI UFFICIALI E RELATIVE LINEE DI INDIRIZZO PER L'ATTUAZIONE DEL REGOLAMENTO CE N. 1907 DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO CONCERNENTE LA REGISTRAZIONE, LA VALUTAZIONE, L'AUTORIZZAZIONE E LA RESTRIZIONE DELLE SOSTANZE CHIMICHE (REACH)
08/02/2005	DECRETO N. 1681	LINEE GUIDA REGIONALI PER LA PREVENZIONE DELLA ESPOSIZIONE A PCB IN LOMBARDIA NEL 2005-2006.
21/07/2005	DECRETO N. 11514	LINEE GUIDA REGIONALI PER LA GESTIONE OSPEDALIERA DI PERSONE ESPOSTE A IRRADIAZIONI E/O CONTAMINAZIONI ACUTE IN RELAZIONE AD EVENTUALI EMERGENZE RADIOLOGICHE.
06/02/2008	Decreto N. 902	DISPOSIZIONI IN MERITO ALLA IDONEITA' ALLA BALNEAZIONE PER LE LOCALITA' CONTROLLATE NEL CORSO DELLA STAGIONE BALNEARE 2007
11/02/2008	DECRETO N. 1146	COSTITUZIONE DEL GRUPPO DI LAVORO PER UNA INDAGINE EPIDEMIOLOGICA SUGLI EFFETTI SULLA SALUTE DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE CONNESSA CON L'INQUINAMENTO DERIVANTE DALL'INSEDIAMENTO DELL'EX SOCIETA' CHIMICA SARONIO
21/07/2008	DECRETO N. 8032	ISTITUZIONE DEL GRUPPO DI LAVORO "FITOSANITARI" PER L'ELABORAZIONE DI PROPOSTE FINALIZZATE ALLA PREVENZIONE SANITARIA DAL RISCHIO FITOSANITARI
27/03/2009	DECRETO N.3004	COSTITUZIONE DEL GRUPPO DI LAVORO FINALIZZATO ALLA COMUNICAZIONE E AL RACCORDO DELLE RICERCHE SCIENTIFICHE IN ATTO SULLA SALUTE DEI CITTADINI COINVOLTI DALL'EVENTO ICMESA
29/04/2010	DECRETO N. 4580	BUONA PRATICA UTILIZZO FITOFARMACI IN AGRICOLTURA
22/06/2010	DECRETO N. 6197	LINEE PROGRAMMATORIE PER L'ATTUAZIONE DELLA FORMAZIONE OBBLIGATORIA IN MATERIA DI RADIOPROTEZIONE DEL PAZIENTE, DI CUI ALL'ART. 7 DEL D. LGS. 187/2000. ANNI 2010-2011
10/10/2007	CIRCOLARE N. 30	D. LGS. 52/2007 - SORGENTI RADIOATTIVE AD ALTA ATTIVITÀ - INDICAZIONI OPERATIVE.
10/01/2008	CIRCOLARE N. 1	PREVENZIONE E CONTROLLO DI FOCOLAI EPIDEMICI DI CHIKUNGUNYA: SINTESI E COORDINAMENTO DEGLI INTERVENTI IN REGIONE LOMBARDIA.

➤ *Attività funebri*

21/01/2005	DGR N. VII/20278	ATTUAZIONE DEL REGOLAMENTO REGIONALE N. 6 IN MATERIA DI ATTIVITA' FUNEBRI E CIMITERIALI. APPROVAZIONE DEI CONTENUTI FORMATIVI PER GLI OPERATORI ESERCENTI L'ATTIVITA' FUNEBRE (ART. 32), DEI MODELLI REGIONALI (ARTT. 13-14-30-36-37-39-40 COMMA 6) NONCHE' DELLE CAUTELE IGIENICO-SANITARIE DI CUI ALL'ART. 40, COMMA 4.
04/03/2009	DGR N. VIII/9052	DETERMINAZIONI IN MERITO ALLE ATTIVITÀ E ALLA LOCALIZZAZIONE DEGLI IMPIANTI DI CREMAZIONE - MODIFICA DELLA DGR N. 4642/2007
30/05/2005	CIRCOLARE N. 21	INDIRIZZI OPERATIVI DEL REGOLAMENTO REGIONALE 9 NOVEMBRE 2004, N. 6 ("REGOLAMENTO IN MATERIA DI ATTIVITÀ FUNEBRI E CIMITERIALI")
12/01/2006	CIRCOLARE N. 2	GESTIONE DI CAMERE MORTUARIE, DEPOSITI DI OSSERVAZIONE INTERNE A TRUTTURE SANITARIE O SOCIO SANITARIE.
12/03/2007	CIRCOLARE N. 9	INDIRIZZI APPLICATIVI SULLA NORMATIVA IN MATERIA DI ATTIVITÀ FUNEBRE E CIMITERIALE.

Obiettivi generali delle attività regionali e delle Aziende Sanitarie Locali

Le azioni poste in atto dalla Regione per i controlli negli ambienti di vita e di lavoro riguardano in sintesi le attività di indirizzo, monitoraggio e valutazione dell'attività di vigilanza e controllo programmata e svolta dalle aziende sanitarie locali a tutela della popolazione e dei lavoratori.

Le attività inerenti gli ambienti di vita sono ad esempio quelle relative alla attuazione dei piani e protocolli sulle acque di balneazione, alle attività di controllo e programmazione in materia di igiene edilizia e dell'abitato, alla tutela della salute dagli inquinanti di natura biologica, chimica e fisica (amianto, radiazioni ionizzanti e non ionizzanti, PCB, inquinanti indoor tra cui il radon) in coordinamento con ARPA, alla prevenzione della esposizione ad agenti allergizzanti e ad infestanti, alle attività funebri e cimiteriali.

Per quanto riguarda la prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro, nel perseguire una politica di miglioramento della sicurezza e della salute nei luoghi di lavoro mirata ad ottenere un concreto guadagno di salute nella popolazione lavorativa, Regione si è dotata negli anni di Piani triennali con obiettivi impegnativi, tra cui in particolare la riduzione di eventi negativi quali l'incidenza degli infortuni sul lavoro e il numero assoluto degli infortuni mortali e l'emersione delle malattie professionali e lavoro-correlate (considerato il rilevante problema della sottotifica delle denunce) accompagnata da una riduzione del numero reale dei casi.

Gli indicatori individuati nelle Regole emanate negli ultimi anni sono di seguito riportati.

Regole 2008

A seguito della l.r. 8/2007, poi confluita nella l.r. 33/09, e della DGR VIII/4799/2007 l'attività dei servizi di prevenzione è stata profondamente innovata, come accennato al paragrafo 1; in particolare gli interventi volti al controllo delle attività e strutture che comportano un rischio per la salute dei lavoratori e della popolazione, sono stati reimpostati in forza dei principi di responsabilizzazione ed autocontrollo del sistema socio-economico, semplificazione delle procedure, potenziamento dei controlli a posteriori in corso di attività a regime, programmazione, dell'azione di controllo parametrata al livello di rischio, efficienza nell'utilizzo delle risorse grazie anche ad una maggior integrazione all'interno del sistema regionale della prevenzione. La concreta realizzazione di tali principi si è tradotta, a partire dal 2007, nella stesura dei Piani integrati delle attività di prevenzione e dei controlli ex DGR 4799/07.

Nei Piani sono inserite tutte le attività di competenza dei Dipartimenti di Prevenzione Medico e Veterinario, ossia ricompresi nei LEA – Assistenza sanitaria negli ambienti di vita e di lavoro, con la sola eccezione dei cosiddetti servizi alla persona. La programmazione deve essere attuata in base alla metodologia di analisi e graduazione del rischio, con la chiara esplicitazione dei criteri e parametri che conducono ad attribuire differenti gradi di rischio (sia per gli insediamenti esistenti che per i nuovi) e, dall'altra, una maggiore uniformità degli strumenti utilizzati tra le varie aree di intervento. Naturalmente alla base della programmazione vi è la analisi del contesto territoriale.

Obiettivo dei Piani integrati e delle nuove modalità di impostazione della vigilanza è un potenziamento dei controlli, sotto il versante quali-quantitativo, finalizzato ad ottenere un impatto positivo sulla salute della popolazione dei lavoratori e quindi ad una riduzione o contenimento degli infortuni sul lavoro e malattie professionali o di patologie, acute o croniche, derivanti da insediamenti produttivi, strutture abitative e di vita collettiva. In tale logica si è anche ridefinita l'attività di controllo su queste ultime, alla luce della valutazione sull'evidenza di efficacia degli interventi in atto.

Sono stati indicati alle aziende sanitarie locali i seguenti obiettivi:

1. i controlli delle strutture produttive per cui l'azienda sanitaria locale individui un elevato grado di rischio debbono costituire almeno il 60% del totale dei controlli;
2. la quota di controlli nell'area di tutela e sicurezza dei lavoratori non deve essere inferiore al numero di controlli assegnato per il 2008;
3. la quota di controlli nell'area degli ambienti di vita, per le strutture individuate dall'azienda sanitaria locale come a medio-basso grado di rischio, deve prevedere l'effettuazione di controlli a campione, esplicitando i criteri utilizzati nella relativa scelta.

Regole 2009

Con la finalità della completezza e qualità nella sorveglianza epidemiologica di infortuni e malattie professionali, data la necessità di implementare gli strumenti di lettura del fenomeno degli infortuni e malattie professionali (sia quelle segnalate ai Servizi Prevenzione Sicurezza Ambienti di Lavoro per obblighi di legge, che quelle reperite attraverso l'approfondimento di casi clinici suggestivi), consentendo anche un loro inserimento nelle basi dati sanitari correnti, si è previsto di

approntare un sistema informativo che, in modo sistematico ed informatizzato, sia in grado di raccogliere gli eventi patologici occorsi e i risultati delle indagini sull'esposizione lavorativa (prospettando anche la possibilità di agganciare dati della storia professionale derivanti dagli istituti previdenziali). Ciò consentirà di tracciare la "storia" di ciascun soggetto, leggendo il singolo evento in un'ottica più complessiva, e di far convergere le esperienze già condotte da aziende sanitarie locali e Unità Operative Ospedaliere di Medicina del Lavoro per la ricerca dei casi di tumore professionale.

Regole 2010

Riguardo alla stesura dei Piani integrati delle attività di prevenzione e dei controlli, si è indicato alle aziende sanitarie locali l'utilizzo dei sistemi informativi correnti (mortalità generale e prevenibile, malattie infettive, incidentalità stradale, infortuni e malattie professionali, registri tumori, natalità, BDA) ai fini della analisi di contesto e della definizione delle priorità di salute.

Inoltre essendo stato predisposto il Piano regionale 2008-2010 per la promozione della sicurezza e salute negli ambienti di lavoro, sono stati assegnati alle aziende sanitarie locali ulteriori obiettivi specifici quali:

- a. predisposizione di un report annuale sui rischi e danni da lavoro nel territorio di competenza, realizzato in collaborazione con le altre Istituzioni che concorrono agli obiettivi di tutela del lavoratore e con le forze sociali;
- b. predisposizione di un progetto mirato alla individuazione delle potenziali criticità territoriali dal punto di vista dei rischi di esposizione della popolazione a contaminanti ambientali, a partire dalle conoscenze sulle attività industriali presenti e passate.

Regole 2011

Nell'ambito della attività di 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 con rendicontazione tramite sistema IMPRES@, sono stati ridefiniti o inseriti i seguenti obiettivi:

- a. effettuazione dei controlli per la sicurezza nei luoghi di lavoro:
 - su almeno il 5% delle imprese attive, da calcolare secondo le indicazioni della Direzione Generale Sanità e con riferimento ai LEA;
 - su almeno il 10% delle imprese edili attive, da calcolare secondo le indicazioni della DGS;
- b. effettuazione di almeno il 60% dei controlli in imprese con livello di rischio elevato per i lavoratori, tra cui quelle classificate a Rischio di Incidente Rilevante, soggette ad Autorizzazione Ambientale Integrata, con elevati indici di frequenza e gravità per infortuni e malattie professionali, con esiti negativi nei precedenti controlli;
- c. effettuazione di almeno il 60% dei controlli nel settore della sicurezza negli ambienti di vita su strutture a rischio elevato (1 e 2);
- d. definizione nell'ambito del Comitato di coordinamento provinciale ex art. 18 LR 16/1999 e smi, di un programma, coordinato con ARPA e Amministrazione Provinciale, di controlli sulle aziende che svolgono attività che impattano sull'ambiente;

- e. partecipazione attiva alla definizione dei percorsi istruttori necessari per la definizione dei Piani di Governo del Territorio (PGT) e Valutazioni di Impatto Ambientale (VIA), con report sulle modalità, contenuti e strumenti utilizzati nella definizione dei pareri espressi dalle aziende sanitarie locali nelle procedure di VIA e di supporto alla definizione dei PGT;
- f. in relazione alla promozione dell'applicazione nelle aziende delle linee di indirizzo e vademecum decretati in materia di sicurezza e salute nei luoghi di lavoro e alla verifica della loro efficacia in coerenza con le indicazioni della Commissione consultiva permanente ex art. 6 D. Lgs. 81/2008, applicazione di almeno una linea di indirizzo da parte di ciascuna azienda sanitaria locale;
- g. adozione da parte dei Comitati di Coordinamento provinciali ex art. 7 D. Lgs. 81/2008 a livello territoriale del Piano triennale per la promozione della sicurezza nei luoghi di lavoro 2011-2013, in coerenza con il Piano Regionale della Prevenzione e con le indicazioni del Comitato di Coordinamento Regionale;
- h. per quanto riguarda l'adozione del sistema informativo gestionale PERSON@, si è prevista l'implementazione di tale sistema informativo secondo le indicazioni della U.O. Governo della Prevenzione e tutela sanitaria.

6. Sicurezza alimentare e tutela del consumatore

L'attività viene svolta da parte della Direzione Generale Sanità e delle aziende sanitarie locali secondo quanto previsto dalla normativa comunitaria (particolarmente importante in questo campo in relazione ai cosiddetti regolamenti del "pacchetto igiene" emanati nel 2004) nazionale, dalla l.r. 33/2009 e dai seguenti atti:

14/07/2010	DGR N. VIII/266	Istituzione del registro regionale dei laboratori che effettuano analisi nell'ambito delle procedure di autocontrollo delle industrie alimentari e contestuale revoca della DGR VII/2370/2006.
21/02/2006	Decreto N. 1838	Approvazione del documento "Procedura riguardante l'istituzione e l'attività dell'unità di crisi per la gestione di emergenze nel settore alimentare"
01/02/2007	Decreto N. 719	APPROVAZIONE DELLE PROCEDURE PER L'ESECUZIONE DEI CONTROLLI UFFICIALI MEDIANTE ISPEZIONE IN APLICAZIONE DEL REGOLAMENTO (CE) N. 882/2004 DEL 29.04.2004
21/07/2008	Decreto N. 8029	Piano di emergenza per la sicurezza di alimenti e mangimi
11/07/2011	Decreto N. 6351	Deroghe alle caratteristiche di qualità per le acque destinate al consumo umano per il parametro arsenico
16/12/2005	CIRCOLARE	Piano di campionamento per il controllo della presenza

	N. 51	di isopropylthioxanthone (ITX) in prodotti alimentari.
23/12/2005	CIRCOLARE N. 52	Introduzione dell'obbligo di registrazione e riconoscimento per le imprese del settore alimentare.
22/10/2010	CIRCOLARE N. 17	La prevenzione delle intossicazioni da funghi: indicazioni operative per l'effettuazione dell'attività di vigilanza e controllo.

Obiettivi generali delle attività regionali e delle Aziende Sanitarie Locali

Le azioni poste in atto dalla Regione per la sicurezza alimentare e la tutela del consumatore riguardano in sintesi:

1) indirizzo, monitoraggio e valutazione dell'attività di vigilanza e controllo ufficiale, da parte delle aziende sanitarie locali, sulle strutture nelle quali si svolge produzione, trasformazione, distribuzione di prodotti alimentari

L'attività di controllo ufficiale comprende ispezioni, verifiche documentali e audit; i controlli eseguiti sono accompagnati in diversi casi anche da attività di prelievo di campioni. All'interno del controllo ufficiale sui prodotti alimentari sono compresi anche i controlli sulle acque minerali, per quanto disciplinati da una normativa nazionale specifica.

2) definizione di piani regionali di controllo specifico rientranti nella pianificazione di livello nazionale

ad esempio riguardanti la determinazione di OGM e prodotti fitosanitari in alimenti

3) interventi per la verifica della qualità delle acque destinate al consumo umano
Tali interventi si articolano in piani annuali di campionamento svolti dalle ASL sulle reti di distribuzione dell'acqua potabile e di verifica degli adempimenti di competenza dei gestori degli acquedotti (autocontrollo, condizioni degli impianti, modalità di gestione dell'acquedotti).

Le aziende sanitarie locali svolgono attività di vigilanza e controllo sui prodotti alimentari, individuando ogni anno le priorità (strutture, settori, tipologia prodotti) sulla base di indirizzi regionali. Le aziende sanitarie locali a livello locale attuano quindi:

- i Piani di controllo sulle strutture di produzione di alimenti e mangimi, nonché sulla preparazione e somministrazione di alimenti e bevande; l'individuazione delle attività da sottoporre a controllo avviene sulla base di un sistema di analisi e graduazione del rischio e di criteri di evidenza scientifica, privilegiando l'integrazione e la trasversalità;
- la realizzazione dei piani di campionamento ed effettuazione delle analisi previste;
- gli adempimenti correlati ai sistemi di allerta alimentari, nel rispetto dei tempi definiti.

Si sottolinea che negli ultimi anni le procedure amministrative che riguardano la materia dell'igiene degli alimenti e più in generale della sicurezza alimentare sono state oggetto di una significativa semplificazione, avviata dai citati regolamenti comunitari del 2004 e consolidatasi poi anche nella normativa nazionale, ultimamente in particolare con la introduzione della segnalazione certificata inizio

attività (SCIA) di cui all'art. 19 della l. 241/90 modificata dalla l. 122/10, applicabile anche alle attività del settore. Tale semplificazione degli adempimenti amministrativi, che avuto rilievo sia per le imprese che per gli organi di vigilanza, è stata accompagnata in Lombardia da un significativo rilancio delle attività di prevenzione e controllo, non più impostate sulla base di verifiche documentali *ex ante* ma reindirizzate a controlli *ex post*, programmati, come già sopra accennato, in base ad una analisi e graduazione dei rischi associati alle attività economiche.

In questo quadro notevolmente innovato le disposizioni di cui alle Regole tuttora valide sono ritrovabili solo nei provvedimenti degli ultimi anni.

Regole 2009

E' stato indicato alle aziende sanitarie locali come obiettivo che la quota di controlli nell'area della sicurezza alimentare deve comprendere, per le strutture per cui l'azienda sanitaria locale individui un elevato grado di rischio, almeno un controllo annuale.

Inoltre, considerato che la normativa comunitaria in materia di sicurezza alimentare demanda agli Stati Membri il compito di organizzare un sistema di gestione delle attività inerenti il controllo ufficiale che sia in grado di verificare e valutare l'intera filiera della produzione alimentare e di assicurare il conseguimento dell'obiettivo generale di un elevato livello di tutela della salute umana, è stato indicato l'obiettivo di stabilire gli standard minimi di funzionamento dei Servizi ASL, come garanzia:

- di trasparenza nei confronti degli operatori della filiera alimentare assoggettati ai controlli e dei consumatori;
- di omogenea valutazione della capacità degli operatori del settore di garantire con l'autocontrollo che tutte le fasi della produzione, della trasformazione e della distribuzione degli alimenti, soddisfino i requisiti di igiene fissati dai regolamenti, compresa l'identificazione e la rintracciabilità degli stessi posti in commercio;
- di equivalenza dei controlli regionali alle garanzie internazionali richieste da Paesi Terzi come requisito per l'esportazione dei prodotti agro-alimentari;
- di capacità di verificare il proprio operato, in termini di organizzazione e di attività e con riferimento agli standard di efficacia del sistema Europeo sui controlli ufficiali, mediante la attuazione di audit interni ed esterni (di livello regionale e aziendale).

Con riferimento alla valutazione delle attività di prevenzione delle malattie trasmesse da alimenti, sono stati forniti alle aziende sanitarie locali come indicatori la variazione di incidenza di casi tra biennio 2006-2007 e biennio 2008-2009 e la proporzione di tali malattie attribuibile ad esposizioni al di fuori dell'ambiente domestico, naturalmente con l'obiettivo di non rilevare incrementi significativi di tali parametri.

Infine, in vista dell'EXPO 2015 incentrata sull'obiettivo "*Nutrire il Pianeta, energia per la vita*", si è prospettata l'attivazione a livello della Direzione Generale Sanità, in una logica di sistema regionale, di:

- un attivo coinvolgimento e collaborazione con operatori del settore agroalimentare, delle loro Organizzazioni/Associazioni, Università e centri di ricerca al fine di pervenire, anche nella logica di valorizzare i prodotti alimentari della nostra Regione e sviluppare la ricerca sulle caratteristiche nutrizionali degli stessi in coerenza con i principi contenuti nei diversi piani, all'adozione di uno speciale bollino (Bollino Expo 2015) quale garanzia della sicurezza del prodotto;
- contatti a livello internazionale per la realizzazione di progetti di collaborazione all'interno dei quali la Regione Lombardia possa condividere con Paesi di altre aree del mondo le proprie esperienze e conoscenze nel settore della produzione, valorizzazione e controllo dei prodotti agro alimentari e della zootecnia; questi progetti saranno finalizzati al miglioramento della qualità e della sicurezza delle produzioni alimentari senza interferenze nelle modalità tradizionali di produzione dei Paesi coinvolti.

Regole 2010

Si è confermato che tutte le attività/strutture in campo alimentare per cui l'azienda sanitaria locale individui un elevato grado di rischio devono essere oggetto di almeno un controllo annuale, precisando che i controlli nell'area della sicurezza alimentare devono essere programmati in maniera integrata ed attuati in maniera coordinata dai due Dipartimenti di Prevenzione Medico e Veterinario.

Si è prevista l'implementazione dell'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, con identificazione delle situazioni di criticità e percorso di miglioramento condiviso tra gestori e l'azienda sanitaria locale.

Regole 2011

Si è indicato quale obiettivo, nell'ambito della programmazione e attuazione delle attività di controllo, che almeno il 60% dei controlli nel settore della sicurezza alimentare sia effettuato su strutture a rischio elevato (livello 1 e 2, con almeno un controllo annuale sulle attività graduate con livello di rischio 1).

Con riferimento alla materia degli standard di funzionamento dei Servizi ASL competenti in materia di sicurezza alimentare, in relazione ai requisiti previsti dal Reg. (CE) n. 882/2004 e alla standardizzazione delle attività di controllo ufficiale, poiché nel dicembre 2010 è stato predisposto e pubblicato un documento regionale che individua gli standard operativi per lo svolgimento del controllo ufficiale delle aziende sanitarie locali sui prodotti alimentari, compresi i criteri per la valutazione dei piani di autocontrollo degli operatori del settore alimentare relativamente al loro impatto sulla salute, sono stati indicati alle aziende sanitarie locali gli obiettivi di:

- recepire e attuare le linee di indirizzo regionali e adeguare le proprie procedure aziendali entro il 30 giugno 2011;
- far partecipare almeno il 90% del personale ASL individuato ai percorsi di formazione organizzati dalla Regione.

Riguardo all'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 avviata nel 2010, a prosecuzione dell'azione si è prevista l'effettuazione delle verifiche sulle strutture non controllate nell'anno precedente, con evidenza di raccordo con i gestori e valutazione dei percorsi di miglioramento delle situazioni di criticità identificate.

7. Sistemi informativi della prevenzione e rendicontazione attività

Nell'ottica di una semplificazione e standardizzazione della raccolta dati, la Direzione Generale Sanità ha man mano sostituito i numerosi sistemi di raccolta dei dati di attività delle aziende sanitarie locali, i cosiddetti *output*, attingendo da informazioni derivanti da altri flussi già disponibili; dal 2006 viene utilizzato da tutte le aziende sanitarie locali il sistema informativo delle malattie infettive MAINF (sistema on line per la registrazione di tutti i casi, portale con le elaborazioni di incidenza per patologia).

Dal 2008 non è più stato chiesto alle aziende sanitarie locali di fornire i dati relativi all'area dei servizi alla persona (in particolare vaccinazioni somministrate, notifiche e inchieste epidemiologiche di malattie infettive, organizzazione e inviti per screening oncologici) ed i dati quali-quantitativi sugli operatori dei servizi di prevenzione (acquisendo le informazioni attraverso il flusso FLUPER, ove sono rendicontate le ore lavorate suddivise per qualifica e Servizio di appartenenza).

Per quanto riguarda le attività di controllo sulle attività economiche/di servizio svolte dalle aziende sanitarie locali, è stato messo a punto e avviato dal 2009 il sistema I.M.PRE.S@ (Sistema Informatizzazione Monitoraggio Prevenzione Sanitaria) e nel 2010 è stato ulteriormente implementato; tale sistema contiene l'anagrafica di tutte le imprese registrate alla camera di commercio e delle strutture comunque soggette a controlli sanitari (scuole, ospedali, RSA, ...) e a ciascuna impresa/struttura sono collegati gli infortuni eventualmente occorsi ai lavoratori (da fonte INAIL, disponibili anche in raggruppamenti per tipo di imprese, anno...) e i controlli effettuati dalle aziende sanitarie locali (ispezioni, campionamenti, misurazioni, verifiche documentali, inchieste infortuni...) a tutela del cittadino, del consumatore e del lavoratore, inseriti a partire dal 2009. E' stato recentemente arricchito con il modulo di gestione e rendicontazione dei dati sui controlli analitici svolti dalle aziende sanitarie locali. Nelle Regole è stato pertanto inserito sin dal 2010 l'obiettivo della rendicontazione di tutte le attività svolte dalle aziende sanitarie locali attraverso l'utilizzo del Sistema I.M.Pre.S@.

Nelle Regole 2010 si è previsto che ai fini dell'analisi del contesto territoriale le aziende sanitarie locali utilizzino i sistemi informativi correnti (mortalità generale e prevenibile, malattie infettive, incidentalità stradale, infortuni e malattie professionali, registri tumori, natalità, BDA) per la definizione delle priorità di salute.

Nelle Regole 2011 è stato infine indicato alle aziende sanitarie locali l'obiettivo della implementazione del sistema informativo gestionale PERSON@, che è riferito, appunto, alla persona e consente la rielaborazione del profilo di salute del cittadino/lavoratore in relazione a malattie professionali e infortuni.

Allegato 5B

Prevenzione veterinaria

1. Premessa

Il decreto legislativo 502 del 30 dicembre 1992, successivamente modificato dal decreto legislativo 517 del 23 dicembre 1993 e dal decreto legislativo 229 del 19 giugno 1999, ha segnato l'innesco di un processo di trasformazione del servizio sanitario nazionale, riduttivamente definito processo di aziendalizzazione.

Detto processo si è progressivamente realizzato sulla base di una serie di provvedimenti attuativi, integrativi e modificativi adottati a livello nazionale e regionale, attraverso i quali si sono introdotti strumenti e modalità coerenti con i principi fondanti il disegno normativo.

In questo contesto, particolarmente intenso è stato, spesso in anticipo sulle scelte nazionali, l'impegno della Regione Lombardia nella progettazione e nella sperimentazione di modelli innovativi di governo e di sviluppo del servizio sanitario. Il modello lombardo prevede per la Regione il ruolo di Ente di Governo competente in materia di attività di indirizzo, coordinamento e monitoraggio dell'erogazione dei servizi sanitari oltre che di determinazione dei livelli qualitativi e quantitativi dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza). La gestione e l'organizzazione dei servizi è invece in capo alle aziende sanitarie locali. Strumenti di tale razionalizzazione del servizio sanitario regionale sono l'autonomia organizzativa, amministrativa e patrimoniale attribuita alle Aziende Sanitarie (distinte in ASL - Azienda Sanitaria Locale - e AO - Azienda Ospedaliera), Enti del sistema regionale allargato (L. 33/2010) che vengono affidate alla direzione "manageriale" di un Direttore Generale, nominato dalla Giunta Regionale.

Al fine di salvaguardare la compatibilità tra obiettivi e risorse disponibili, la Regione, tenendo conto della specifica tipologia della domanda di salute presente nel territorio, delle priorità definite in sede di programmazione sanitaria nazionale e regionale, delle necessità di riequilibrio territoriale, nonché della esigenza di tendere al miglioramento dei livelli di efficienza gestionale delle aziende stesse e del sistema nel suo complesso, definisce e aggiorna nel tempo:

- i modelli organizzativi dei servizi sanitari;
- i livelli essenziali di assistenza da assicurare al cittadino;
- i criteri per la distribuzione delle risorse tra le singole aziende;
- le modalità per l'attuazione dei controlli sui livelli di efficacia e di efficienza conseguiti dalle singole aziende e dall'intero sistema regionale.

In questa prospettiva, un ruolo rilevante nel processo di definizione degli indirizzi di gestione del servizio socio sanitario regionale è rivestito dalle "Regole di sistema" cui è affidato il compito di assicurare il principio del buon andamento della pubblica amministrazione (*Articolo 97 della Costituzione italiana) e indirizzare l'utilizzo delle risorse verso il raggiungimento degli obiettivi definiti dalla programmazione nazionale e regionale.

Il Piano Regionale della Prevenzione Veterinaria (PRPV), definendo gli obiettivi strategici della sanità pubblica veterinaria, rappresenta il documento di riferimento per il governo del processo di codifica e gestione degli obiettivi di competenza del Dipartimento di Prevenzione Veterinario. Tali obiettivi vengono individuati secondo il "Testo Unico delle Regole", come di seguito rappresentato:

QUADRO SINOTTICO DEI PROCESSI DI SISTEMA REGOLAMENTATI

OBIETTIVI (suddivisi per macro-area)	LINEE DI ATTIVITÀ	INDICATORI
OBIETTIVI DI SISTEMA (processi direzionali orizzontali)	– Programmazione delle attività di prevenzione veterinaria	➤ Indicatore di processo
	– Attuazione del controllo ufficiale	➤ Indicatore di risultato
	– Formazione e aggiornamento del personale	➤ Indicatore di impatto
OBIETTIVI GESTIONALI (processi gestionali orizzontali)	– Rendicontazione dei LEA	➤ Indicatore di processo
	– Utilizzazione delle risorse finanziarie	➤ Indicatore di risultato
	– Implementazione e aggiornamento dei sistemi informativi	➤ Indicatore di risultato
OBIETTIVI OPERATIVI (processi operativi verticali)	– Piani di settore a valenza regionale e locale	➤ Indicatore di risultato
	– Piani di settore a valenza nazionale	➤ Indicatore di risultato
	– Piani di settore a valenza europea	➤ Indicatore di risultato

2. Programmazione delle attività di prevenzione veterinaria di competenza del Dipartimento di Prevenzione Veterinario

2.1 Quadro di riferimento

La materia è disciplinata dalla seguente normativa europea, statale e regionale:

- ✓ Regolamento (CE) n. 178/2002 "Regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio che stabilisce i principi e i requisiti generali della legislazione alimentare e fissa procedure nel campo della sicurezza alimentare";
- ✓ Regolamento (CE) n. 882/2004 "Regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio relativo ai controlli ufficiali intesi a verificare la conformità alla normativa in materia di mangimi e di alimenti e alle norme sulla salute e sul benessere degli animali";
- ✓ Legge n. 833 del 23/12/1978 "Istituzione del servizio sanitario nazionale";
- ✓ Decreto Legislativo 502/92 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 502";
- ✓ Decreto Legislativo 517/93 "Modificazioni al D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421";
- ✓ Decreto legislativo 229/99 "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della L. 30 novembre 1998, n. 419";
- ✓ Decisione della commissione del 21 maggio 2007 che stabilisce orientamenti per aiutare gli Stati membri a elaborare il piano di controllo nazionale pluriennale integrato unico previsto dal regolamento (CE) n. 882/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio (2007/363/CE)
- ✓ Decisione della commissione del 24 luglio 2008 che stabilisce orientamenti per aiutare gli Stati membri a elaborare la relazione annuale sul piano di controllo nazionale pluriennale integrato unico previsto dal regolamento (CE) n. 882/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio (2008/654/CE)

Occorre inoltre considerare i seguenti atti:

- ✓ L.r. n. 32/2002 "Disposizioni legislative per l'attuazione del documento di programmazione economico-finanziaria regionale, ai sensi dell'articolo 9-ter della legge regionale 31 marzo 1978, n. 34 (Norme sulle procedure della programmazione, sul bilancio e sulla contabilità della Regione) -Collegato";
- ✓ L.r. n. 33/2009 "Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità";
- ✓ DGR 937/2010 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2011".

2.2 Definizione e finalità

Il processo di programmazione in materia di "sicurezza alimentare" coinvolge diversi livelli di governo: europeo, nazionale, regionale e locale. Si tratta di una vera e propria griglia di livelli di responsabilità che devono essere coerenti con gli obiettivi e le risorse disponibili.

In questo contesto assume un ruolo determinante l'acquis comunitario, con particolare riferimento alla seguente normativa:

- Articolo 17, paragrafo 2 del Regolamento (CE) n. 178/2002, ... *omissis* ... *gli Stati Membri applichino la legislazione alimentare ... omissis ... in tutte le fasi della produzione, della trasformazione e della distribuzione . A tal fine deve essere organizzato un sistema ufficiale di controllo ... omissis*;
- Titolo V del Regolamento (CE) n. 882/2004, che disciplina la modalità di elaborazione e rendicontazione della programmazione sanitaria in materia di sicurezza alimentare;

In questo contesto ciascuna azienda sanitaria locale elabora il Piano Integrato Aziendale della Prevenzione Veterinaria, di seguito Piano:

- in conformità al documento "Standard di funzionamento delle Aziende Sanitarie Locali";
- in attuazione del Piano Regionale della Prevenzione Veterinaria (PRPV), documento di programmazione strategica cui è affidato il compito di:
 - o definire i principi di riferimento, lo scenario, gli obiettivi strategici, i temi prioritari di intervento e gli strumenti attuativi che dovranno caratterizzare la prevenzione veterinaria nei prossimi anni;
 - o assicurare un approccio corale e integrato alla tutela della salute pubblica tra i diversi soggetti che costituiscono il sistema sanitario lombardo: Direzione Generale Sanità, Aziende Sanitarie Locali, Agenzia Regionale per la protezione dell'Ambiente della Lombardia (ARPA Lombardia), Istituto superiore per la ricerca, la statistica e la formazione di Regione Lombardia (Eupolis Lombardia), Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Lombardia e dell'Emilia Romagna (IZSLER), Sistema Universitario Regionale, Nuclei Antisofisticazioni e Sanità (NAS), Polizia di Stato, Corpo Forestale dello Stato, Guardia di Finanza, Centri di ricerca, Centri di riferimento nazionale, Operatori economici e tutti coloro che, individualmente o in collaborazione, svolgono attività finalizzate alla promozione e alla tutela della salute dei cittadini.

2.3 Modalità di realizzazione

Il Piano è organizzato secondo un arco temporale triennale, con la pianificazione annuale delle attività, ed è elaborato sulla base dei criteri stabiliti nel "*Manuale Operativo delle Autorità Competenti Locali*" (Aziende Sanitarie Locali della Regione Lombardia), adottato con la DGR n. IX/000937 del 1 dicembre 2010 "*Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2011*".

Di seguito sono dettagliate le fasi in cui si articola il processo di programmazione delle attività di competenza del Dipartimento di Prevenzione Veterinario.

2.3.1 Tenuta sotto controllo del documento di programmazione

La definizione dei livelli di responsabilità è un processo mediante il quale ogni ruolo organizzativo viene analizzato e descritto in un documento strutturato per la comprensione dei relativi contenuti di lavoro. L'output del predetto processo è rappresentato da un documento strutturato "matrice delle responsabilità" che descrive in maniera analitica e formalizzata le principali caratteristiche di un ruolo organizzativo. Tale descrizione contiene le informazioni riguardanti lo scopo, la collocazione organizzativa e le aree di responsabilità del ruolo e consente una rilevazione sistematica di tutti gli elementi oggettivi caratterizzanti il lavoro. In questa prospettiva ciascun Dipartimento di prevenzione Veterinario definisce i livelli di responsabilità per perseguire i seguenti risultati:

- comunicare e condividere l'assegnazione di responsabilità e compiti specifici richiesti a ciascun ruolo (job description, mansionari);
- regolare i processi decisionali definendo i rapporti formali (rapporti gerarchico/funzionali) tra le diverse componenti organizzative (organigrammi, deleghe e procure);
- regolare i processi operativi definendo i flussi di attività trasversali tra i diversi sistemi procedurali;
- raccogliere le informazioni oggettive necessarie ad identificare e/o verificare il profilo del titolare del ruolo in termini di conoscenze, esperienze, capacità relazionali e di iniziativa;
- fornire le informazioni necessarie ad identificare gli obiettivi assegnati a ciascun ruolo ed il livello di influenza/responsabilità sui risultati da conseguire, in coerenza con le attività svolte nei processi operativi/gestionali ed i collegamenti interfunzionali.

2.3.2 Analisi di contesto

Descrive il processo conoscitivo adottato da ciascuna azienda sanitaria locale per la definizione degli obiettivi del Dipartimento di Prevenzione Veterinario. A tal fine il fabbisogno di informazioni statistiche viene soddisfatto attraverso la consultazione delle banche dati istituzionali all'uopo predisposte; ciò non esclude la consultazione di altre fonti di informazione, con particolare riferimento ai seguenti parametri: indici demografici, dati epidemiologici, dati ambientali e qualsiasi altro dato ritenuto funzionale al processo di programmazione. Il risultato atteso è una corretta costruzione scientifica dell'analisi di contesto, ossia della conoscenza del territorio e delle sue dinamiche socio-economiche e sanitarie, all'interno di un sistema di dati coerente e dimostrabile adatto a programmare in modo selettivo e realmente finalizzato ad una utilizzazione ottimale delle risorse.

2.3.3 Tecniche di controllo

Il Dipartimento di Prevenzione Veterinario attua il controllo ufficiale in conformità alle disposizioni del Reg. (CE) n. 882/2004; si richiama in particolare

l'articolo 10 del citato regolamento che dispone in merito alle attività, metodi e tecniche di controllo. Nella fattispecie i criteri di esecuzione dei controlli ufficiali intesi a verificare la conformità alla normativa in materia di mangimi e di alimenti e alle norme sulla salute e sul benessere degli animali sono regolamentati dal documento "*Manuale Operativo delle Autorità Competenti Locali*".

2.3.4 Campo di applicazione

La definizione del campo di applicazione del documento di programmazione si estrinseca attraverso:

- l'esposizione degli obiettivi (generali e specifici) - Gli obiettivi sono definiti in armonia con quelli programmati a livello regionale e coerenti con i fabbisogni desumibili dall'analisi di contesto, tenuto conto della disponibilità di risorse. Detti obiettivi devono rispecchiare le seguenti caratteristiche:
 - o rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni della collettività, alla missione istituzionale, alle priorità politiche ed alle strategie dell'amministrazione;
 - o specifici e misurabili in termini concreti e chiari;
 - o tali da determinare un significativo miglioramento della qualità dei servizi erogati;
 - o riferibili ad un arco temporale determinato, di norma corrispondente ad un anno;
 - o commisurati ai valori di riferimento derivanti da standard definiti a livello nazionale e internazionale, in coerenza con la metodologia definita dal "*Manuale Operativo delle Autorità Competenti Locali*";
 - o correlati alla quantità e alla qualità delle risorse disponibili.
- la descrizione delle attività da sottoporre al controllo ufficiale, in ottemperanza alla griglia dei requisiti cogenti previsti dalla normativa di settore;
- la rappresentazione delle modalità di graduazione del rischio, in conformità alle specifiche indicazioni regionali.

2.3.5 Sistemi di monitoraggio e misurazione

Il Direttore del Dipartimento di Prevenzione Veterinario, con il supporto dei Dirigenti afferenti al Dipartimento, verifica in itinere l'andamento delle performance rispetto agli obiettivi e, se necessario, effettua interventi correttivi in corso di esercizio. In questa prospettiva si avvale delle competenze dei sistemi di controllo presenti nell'amministrazione e a tal fine individua:

- le fasi, i tempi, le modalità, i soggetti e le responsabilità del processo di monitoraggio misurazione;
- le procedure relative all'applicazione del sistema di monitoraggio e valutazione;
- le modalità di raccordo e di integrazione con i sistemi di controllo esistenti;
- le modalità di raccordo e integrazione con i documenti di programmazione.

- un set di indicatori che permettano di valutare il grado di efficienza, di efficacia e di qualità dei servizi sanitari, in attuazione della metodologia codificata dal documento degli standard;

Il Sistema di monitoraggio e misurazione della performance concerne:

- l'attuazione di piani e programmi, ovvero la misurazione dell'effettivo grado di attuazione dei medesimi, nel rispetto delle fasi e dei tempi previsti, degli standard qualitativi e quantitativi definiti, del livello previsto di assorbimento delle risorse;
- la modernizzazione e il miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali e la capacità di attuazione di piani e programmi;
- l'incremento qualitativo e quantitativo delle relazioni con gli stakeholders, anche attraverso lo sviluppo di forme di partecipazione e collaborazione;
- l'efficienza nell'impiego delle risorse, con particolare riferimento al contenimento ed alla riduzione dei costi, nonché all'ottimizzazione dei tempi dei procedimenti amministrativi;
- la qualità e la quantità delle prestazioni e dei servizi erogati.

2.3.6 Procedure Amministrative

La "logica aziendale" che postula l'efficienza dell'azione amministrativa pone l'esigenza di individuare obiettivi precisi da mettere in relazione con i livelli di responsabilità dell'organizzazione. Questo modello impone un processo di lavoro articolato in varie fasi (pianificazione, programmazione, attuazione, controllo, valutazione) e, in questo contesto, è spesso richiesta la cooperazione di più uffici, appartenenti anche a strutture diverse.

Le funzioni amministrative svolte dal Dipartimento di Prevenzione Veterinario si articolano in funzioni di regolazione, programmazione e gestione:

- la funzione di regolazione riguarda la definizione degli standard e delle procedure del servizio e stabilisce i criteri di conformità per lo svolgimento delle prestazioni sanitarie;
- la funzione di programmazione riguarda lo sviluppo di politiche d'intervento, elaborate attraverso lo studio del contesto socio-economico, sanitario e l'individuazione delle priorità di intervento;
- la funzione di gestione riguarda l'amministrazione "attiva", ovvero la concreta offerta dei servizi sanitari e la correlata attività di monitoraggio e valutazione.

In ciascuno di questi ambiti il Dipartimento elabora procedure preposte a regolamentare l'esercizio della funzione e/o del ruolo in armonia con la normativa di riferimento sul procedimento amministrativo.

2.3.7 Finanziamenti specifici

La Regione assicura ai Dipartimenti di Prevenzione Veterinari un'adeguata dotazione di risorse finanziarie destinate a incrementare la capacità dei medesimi Dipartimenti di prevenire e, se del caso, gestire eventuali emergenze di carattere sanitario.

In questa prospettiva costituiscono una fonte di finanziamento, in aggiunta alla quota ordinaria del fondo sanitario nazionale e regionale, le seguenti ulteriori risorse finanziarie:

- attribuzione del fondo funzioni non tariffabili;
- introiti ascrivibili all'applicazione del D.Lgs. n. 194 del 19.11.2008;
- sanzioni amministrative correlate con l'attuazione del controllo ufficiale;
- ulteriori risorse attribuite sulla base di specifiche esigenze territoriali e/o in attuazione di obiettivi regionali.

L'attuazione del Piano Integrato Aziendale della Prevenzione Veterinaria rappresenta lo strumento attraverso il quale ciascun Dipartimento di Prevenzione Veterinario è chiamato a dare evidenza circa la corretta allocazione delle suddette risorse.

3. Attuazione del controllo ufficiale

3.1 Quadro di riferimento

La materia è disciplinata dalla seguente normativa comunitaria, statale e regionale:

- ✓ Reg. (CE) 28 gennaio 2002, n. 178/2002 "Regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio che stabilisce i principi e i requisiti generali della legislazione alimentare, istituisce l'Autorità europea per la sicurezza alimentare e fissa procedure nel campo della sicurezza alimentare";
- ✓ Reg. (CE) 29 aprile 2004, n. 854/2004 "Regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio che stabilisce norme specifiche per l'organizzazione di controlli ufficiali sui prodotti di origine animale destinati al consumo umano";
- ✓ Reg. (CE) 29 aprile 2004, n. 882/2004 "Regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio relativo ai controlli ufficiali intesi a verificare la conformità alla normativa in materia di mangimi e di alimenti e alle norme sulla salute e sul benessere degli animali";
- ✓ Reg. (CE) 27 gennaio 2009, n. 152/2009 "Regolamento della Commissione che fissa i metodi di campionamento e d'analisi per i controlli ufficiali degli alimenti per gli animali (Testo rilevante ai fini del SEE)";
- ✓ D.lgs. 6 novembre 2007, n. 193 "Attuazione della direttiva 2004/41/CE relativa ai controlli in materia di sicurezza alimentare e applicazione dei regolamenti comunitari nel medesimo settore";
- ✓ D.m. 20 aprile 1978 "Modalità di prelevamento dei campioni per il controllo ufficiale degli alimenti per gli animali";
- ✓ art. 99 della l.r. 33/2009 "Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità".

Occorre inoltre considerare i seguenti atti:

- ✓ Decisione 2006/677/CE "Decisione della Commissione del 29 settembre 2006 che stabilisce le linee guida che definiscono i criteri di esecuzione degli audit a norma del regolamento (CE) n. 882/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio relativo ai controlli ufficiali intesi a verificare la conformità alla normativa in materia di mangimi e di alimenti e alle norme sulla salute e sul benessere degli animali";
- ✓ Raccomandazione 2004/747/CE "Raccomandazione della Commissione del 4 ottobre 2004 relativa agli orientamenti tecnici sui metodi di campionamento e di rilevazione degli organismi geneticamente modificati e dei materiali ottenuti da organismi geneticamente modificati come tali o contenuti in prodotti, nel quadro del regolamento (CE) n. 1831/2003";
- ✓ Allegato 5 (Obiettivi dei Dipartimenti di prevenzione veterinari (DPV)) alla Dgr 937/2010 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario regionale per l'esercizio 2011".

3.2 Definizione e finalità

Per "controllo ufficiale" s'intende "qualsiasi forma di controllo eseguita dall'autorità competente o dalla Comunità per la verifica della conformità alla normativa in materia di mangimi e di alimenti e alle norme sulla salute e sul benessere degli animali" (art. 2, c. 1, p.1, del reg. 882/2004).

Finalità del controllo è verificare la conformità alle normative volte, segnatamente, a:

- a) prevenire, eliminare o ridurre a livelli accettabili i rischi per gli esseri umani e gli animali, siano essi rischi diretti o veicolati dall'ambiente;
- b) garantire pratiche commerciali leali per i mangimi e gli alimenti e tutelare gli interessi dei consumatori, comprese l'etichettatura dei mangimi e degli alimenti e altre forme di informazione dei consumatori. (art. 1, comma 1, dello stesso regolamento).

3.3 Attività, metodi e tecniche di controllo

In Regione Lombardia i compiti correlati all'attuazione del controllo ufficiale sono eseguiti mediante le seguenti tecniche di controllo, secondo le definizioni contenute nel regolamento (CE) n. 882/2004 e nel "Manuale Operativo delle Autorità Competenti Locali":

- **audit:** "esame sistematico e indipendente per accertare se determinate attività e i risultati correlati siano conformi alle disposizioni previste, se tali disposizioni siano attuate in modo efficace e siano adeguate per raggiungere determinati obiettivi";
- **ispezione:** "esame di qualsiasi aspetto relativo ai mangimi, agli alimenti, alla salute e al benessere degli animali per verificare che tali aspetti siano conformi alle prescrizioni di legge relative ai mangimi, agli alimenti, alla salute e al benessere degli animali";
- **campionamento e analisi:** "prelievo di un mangime o di un alimento oppure di una qualsiasi altra sostanza (anche proveniente dall'ambiente) necessaria alla loro produzione, trasformazione e distribuzione o che interessa la salute degli animali, per verificare, mediante analisi, la conformità alla normativa in materia di mangimi e di alimenti e alle norme sulla salute degli animali";
- **certificazione ufficiale:** la procedura per cui l'autorità competente o gli organismi di controllo autorizzati ad agire in tale qualità rilasciano un'assicurazione scritta, elettronica o equivalente, relativa alla conformità.

Nel contesto del Piano Regionale della Prevenzione Veterinaria, la funzione di verifica degli operatori del settore alimentare e dei mangimi, posta in capo ai Dipartimenti di prevenzione veterinari (DPV), è sostanzialmente assimilabile all'attività di valutazione dei sistemi di gestione, dei processi aziendali e dei requisiti cogenti declinati dal "pacchetto igiene" - Regolamenti (CE) n. 852/04, n. 853/04, n. 854/04, n. 882/04, attuati dagli operatori del settore alimentare (OSA) per

corrispondere al principio di responsabilità affermato nel regolamento (CE) n. 178/2002.

Al fine di coinvolgere gli OSA nel perseguimento degli obiettivi di sicurezza alimentare e nell'ottica della trasparenza amministrativa, i DPV presentano agli interessati il programma annuale dei controlli ufficiali. Nella relazione annuale sono poi illustrati i risultati dei controlli in relazione ai compiti istituzionali propri dell'autorità sanitaria

3.3.1 Audit

I DPV svolgono degli audit su un adeguato campione di Operatori del settore alimentare e dei mangimi, in ragione del livello di rischio attribuito a ciascuna unità di produzione. A tal fine viene predisposto il programma annuale di audit in modo da garantire i controlli *"dal campo alla tavola"*.

Le attività di verifica, condotte con preavviso, sono pianificate con indicazione degli obiettivi, dell'estensione e del campo di applicazione dei controlli; esse sono condotte al fine di verificare l'efficacia dei sistemi di gestione concretizzati dagli OSA per perseguire gli obiettivi di sicurezza della *"legislazione alimentare"*.

3.3.2 Ispezione

I DPV stabiliscono la frequenza delle ispezioni graduata in base al livello di rischio assegnato ad ogni categoria di attività produttiva.

Le attività ispettive, condotte senza preavviso, sono finalizzate alla verifica della conformità dei requisiti cogenti previsti dalla vigente normativa di settore. Rientrano nel campo di applicazione dell'ispezione tutti i processi aziendali messi in atto dagli OSA in esecuzione di specifiche norme.

3.3.3 Campionamento e analisi

I campioni sono effettuati nell'ambito di specifici piani di controllo o condotti a seguito di controlli che suggeriscono l'opportunità di un approfondimento analitico.

I campionamenti e le relative analisi di laboratorio sono eseguiti in conformità:

- alle pertinenti norme comunitarie;
- se tali norme non esistono, a norme o protocolli riconosciuti internazionalmente, ad esempio quelli accettati dal Comitato europeo di normalizzazione (CEN) o quelli accettati dalla legislazione nazionale;
- in assenza di norme o protocolli riconosciuti internazionalmente, ad altri metodi utili al raggiungimento degli obiettivi o sviluppati conformemente a protocolli scientifici.

In tutti gli altri casi, i metodi di campionamento e di analisi possono essere convalidati in un unico laboratorio conformemente ad un protocollo riconosciuto internazionalmente.

3.3.4 Certificazione ufficiale

I certificati ufficiali sono rilasciati in consonanza con la specifica procedura di sistema codificata dal "Manuale operativo delle autorità competenti locali"; essi certificano la conformità alle norme in materia di alimenti, mangimi, salute e benessere degli animali. A tal fine ciascuna azienda sanitaria locale individua i relativi livelli di responsabilità e assicura il necessario controllo circa la correttezza delle modalità di rilascio delle certificazioni.

4. Formazione e aggiornamento del personale

4.1 Quadro di riferimento

La materia è disciplinata dalla seguente normativa statale e regionale:

- ✓ art. 16 bis del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 *"Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421"* nel quale la formazione continua comprendente l'aggiornamento professionale e la formazione permanente è indicata quale attività finalizzata a *"garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza alla assistenza prestata dal Servizio sanitario nazionale"*;
- ✓ art. 20 (Sviluppo professionale continuo del personale del servizio sanitario regionale) della l.r. 33/2009 che affida alla Giunta regionale la definizione delle modalità operative per l'attivazione del programma di educazione continua in medicina (ECM);
- ✓ l.r. 6 agosto 2010, n. 14 *"Interventi di razionalizzazione sul sistema regionale"*;
- ✓ l.r. 24 novembre 2000, n. 26 *"Riordinamento dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Lombardia e dell'Emilia Romagna ai sensi del decreto legislativo 30 giugno 1993, n. 270 (Riordinamento degli Istituti Zooprofilattici Sperimentali, a norma dell'art. 1, comma 1, lett. H) della legge 23 ottobre 1992, n. 421)"*.

Occorre inoltre considerare i seguenti atti:

- ✓ d.g.r. n. IX/1535 del 6 aprile 2011 *"Determinazioni in merito all'attuazione del sistema lombardo ECM-CPD (Educazione continua in medicina – sviluppo professionale continuo). Anno 2011"*;
- ✓ d.g.r. n. IX/978 del 15 dicembre 2010 *"Approvazione degli schemi essenziali di convenzioni quadro tra la Giunta regionale e gli enti dipendenti di cui all'Allegato 1), sez. I della L.R. 30/2006"*, avente efficacia fino al 31 dicembre 2011, che autorizza i dirigenti della Regione a sottoscrivere le convenzioni quadro con l'Ente regionale per la ricerca, la statistica e la formazione;
- ✓ d.g.r. n. IX/1132 del 23 dicembre 2010 *"Determinazione in merito all'Ente regionale per la ricerca la statistica e la formazione di cui all'art. 3 della LR 6 agosto 2010 n. 14, denominato Istituto Superiore per la Ricerca, la Statistica e la Formazione"*;
- ✓ d.g.r. n. IX/1155 del 29 dicembre 2010 *"Documento tecnico di accompagnamento al 'Bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2011 e bilancio pluriennale 2011/2013 a legislazione vigente e programmatico' e programmi annuali di attività degli enti e aziende dipendenti"* che approva, tra l'altro, i programmi annuali di attività di enti e aziende dipendenti di cui all'art. 48 dello Statuto di autonomia, tra i quali l'Istituto superiore per la ricerca, la statistica e la formazione; in particolare, l'allegato D) *"Istituto Superiore per la Ricerca, la Statistica e la Formazione" - "Piano di attività unico"*-, capitolo 5.2: *"Formazione per il sistema socio-sanitario"* il quale prevede che la Scuola di direzione in sanità – SDS – in capo a tale Istituto,

- eroghi, anche per l'anno 2011, appositi "corsi manageriali" rivolti a direttori e dirigenti, nonché sviluppi attività a supporto della Direzione generale Sanità e il piano formativo per gli specialisti ambulatoriali;
- ✓ delibera del Consiglio di amministrazione dell'Istituto superiore per la ricerca, la statistica e la formazione n. 1 del 26 gennaio 2011 con la quale è stata ratificata la denominazione dell'Istituto in: "*Éupolis Lombardia - Istituto Superiore per la Ricerca, la Statistica e la Formazione*";
 - ✓ d.g.r. n. IX/1286 dell'1 febbraio 2011 "Preso d'atto della comunicazione del Presidente Formigoni avente ad oggetto: "*Eupolis Lombardia (Istituto superiore per la ricerca, la statistica e la formazione). Denominazione dell'Ente, linee di organizzazione e avvio dell'attività*";
 - ✓ "*Convenzione quadro tra la Giunta regionale della Lombardia e l'Istituto superiore per la ricerca, la statistica e la formazione (EUPOLIS)*" sottoscritta il 25 febbraio 2011;
 - ✓ "*Programma regionale di sviluppo della IX legislatura*" (PRS) approvato con d.c.r. n. IX/56 del 28 settembre 2010 nella parte "Sanità d'avanguardia per garantire la salute: dalla cura al prendersi cura";
 - ✓ "*Piano socio sanitario regionale 2010-2014*" (PSSR) approvato con d.c.r. n. IX/88 del 17 novembre 2010, nel capitolo relativo alla formazione, laddove indica, come direttrice di crescita del sistema, la "continua valorizzazione e promozione dello sviluppo professionale delle risorse umane del sistema sanitario e socio-sanitario regionale";
 - ✓ d.g.r. n. VIII/9174 del 30 marzo 2009, "*Modifica della d.g.r. n. 8994/2009 avente ad oggetto "Schema di convenzione con l'Istituto zooprofilattico sperimentale della Lombardia e dell'Emilia Romagna (IZSLER) per il finanziamento delle attività dell'Osservatorio epidemiologico veterinario regionale della Lombardia (OEVRL).*"

4.2 Definizione e finalità

Per "formazione" si intende qualsiasi attività di illustrazione, informazione o insegnamento, orientata ad aumentare il livello di cultura e di professionalità del personale, nell'ambito delle attività di competenza. Rientra in quest'ambito anche l'addestramento, inteso quale attività di insegnamento teorico-pratico, orientata a far apprendere le modalità di esecuzione di una specifica attività.

4.3 Modalità di realizzazione

Di seguito sono dettagliate le fasi in cui si articola il processo di erogazione delle attività di formazione.

4.3.1 Individuazione sistematica e occasionale delle necessità di formazione

Il direttore del DPV, in collaborazione con la competente struttura dell'azienda sanitaria locale, entro il mese di novembre di ogni anno, rileva il fabbisogno formativo del personale e, quindi, la necessità di formazione relativamente alle attività previste dal Piano regionale della prevenzione veterinaria. Propone, inoltre,

attività di formazione e/o addestramento del proprio personale ogni qualvolta se ne verifica la necessità a causa, ad esempio, di:

- assunzione nuovo personale;
- modifica di mansioni;
- nuovi processi o metodi di lavoro;
- servizi particolari richiesti dall'utenza;

Infine, quando si verifica l'opportunità nel corso dell'anno di corsi, convegni, fiere, ecc. che si ritengono di particolare interesse, le varie funzioni interessate propongono al direttore del DPV la partecipazione dei dipendenti ritenuti idonei in relazione alle attività svolte.

4.3.2 Pianificazione delle attività di formazione

Entro il mese di dicembre di ogni anno il direttore del DPV decide le attività di addestramento e formazione e redige, in collaborazione con la competente struttura dell'azienda sanitaria locale, il "Piano annuale di formazione", di seguito denominato piano, precisando:

- il fabbisogno formativo del personale;
- i temi formativi proposti;
- le organizzazioni coinvolte;
- i nominativi dei responsabili scientifici;
- il periodo e la durata delle singole attività di formazione;
- il numero delle edizioni proposte;
- il budget;
- l'elenco del personale coinvolto.

Il piano di formazione, di norma, assicura piena coerenza dei contenuti formativi con gli obiettivi strategici della Direzione Generale Sanità e con la programmazione aziendale. È comunque salvaguardata la facoltà di riprogrammazione o variazione dei percorsi formativi, in relazione a sopraggiunte necessità organizzative, strategiche e formative della Direzione Generale Sanità, della Direzione generale delle aziende sanitarie locali, della direzione del DPV e ad eventuali specifiche e motivate esigenze che dovessero emergere in sede locale. Il Piano in argomento è trasmesso alla direzione dell'U.O. Veterinaria, unitamente alle eventuali variazioni, per la necessaria azione di monitoraggio propedeutica al processo di rimodulazione degli obiettivi di sistema.

4.3.3 Attuazione del "Piano annuale di formazione"

Il direttore del DPV assicura la progettazione, il coordinamento e l'attuazione dei corsi di formazione programmati, nel rispetto del fabbisogno formativo evidenziato, attraverso la competente struttura dell'azienda sanitaria locale, che si avvale, se del caso, della collaborazione di Éupolis Lombardia, dell'IZSLER (Istituto zooprofilattico sperimentale della Lombardia e dell'Emilia Romagna) e di altre organizzazioni.

4.3.4 Modalità di gestione delle attività di formazione e addestramento

Le attività di formazione sono, di norma, realizzate attraverso la pianificazione delle seguenti iniziative:

- partecipazione a corsi specialistici interni e/o esterni;
- partecipazione a seminari;
- riunioni interne, con supporto o meno di consulenti esterni, per facilitare la comprensione di temi specifici;
- divulgazione di pubblicazioni, informazioni e documenti tecnici;
- affiancamento a personale più esperto per un determinato periodo di tempo.

Il direttore del DPV, in collaborazione con la competente struttura dell'azienda sanitaria locale, redige una relazione annuale sull'attività di formazione svolta, sulla base dei seguenti criteri:

- risultati ottenuti in riferimento agli obiettivi stabiliti nell'ambito del piano;
- numero di corsi erogati;
- numero di giornate di formazione effettuate;
- numero dei partecipanti;
- risultati registrati in riferimento all'attuazione di ciascun intervento di formazione;
- risultati conseguiti in riferimento al miglioramento dei processi aziendali correlato con le attività di formazione;
- riepilogo dei costi sostenuti per ciascun intervento di formazione.

La relazione è trasmessa alla direzione dell'U.O. Veterinaria, entro il mese di dicembre, per la necessaria valutazione di merito, anche in vista della rimodulazione degli obiettivi da definire per l'anno successivo.

5. Rendicontazione dei “livelli essenziali di assistenza” (LEA)

5.1 Quadro di riferimento

La materia è disciplinata dalla seguente normativa comunitaria, statale e regionale:

- ✓ Regolamento (CE) n. 178/2002 “Regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio che stabilisce i principi e i requisiti generali della legislazione alimentare e fissa procedure nel campo della sicurezza alimentare”;
- ✓ Regolamento (CE) n. 882/2004 “Regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio relativo ai controlli ufficiali intesi a verificare la conformità alla normativa in materia di mangimi e di alimenti e alle norme sulla salute e sul benessere degli animali”;
- ✓ Articolo 1 del D.Lgs. 502/92 “Regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio relativo ai controlli ufficiali intesi a verificare la conformità alla normativa in materia di mangimi e di alimenti e alle norme sulla salute e sul benessere degli animali”;
- ✓ D.P.C.M. 29/11/2001 “Definizione dei livelli essenziali di assistenza” e ss.mm.ii.;
- ✓ D.Lgs. 347/2001 “Interventi urgenti in materia di spesa sanitaria”;
- ✓ Legge 405/2001 “Conversione in legge, con modificazioni, del D.L. 18 settembre 2001, n. 347, recante interventi urgenti in materia di spesa sanitaria”;
- ✓ “Piano socio sanitario regionale 2010-2014” (PSSR) approvato con d.c.r. n. IX/88 del 17 novembre 2010

5.2 Definizione e finalità

I Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria (LEA) sono le prestazioni e i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è tenuto a garantire a tutti i cittadini, gratuitamente o in compartecipazione, grazie alle risorse raccolte attraverso il sistema fiscale. Tali livelli devono soddisfare gli obiettivi di salute indicati nel Piano Sanitario Nazionale. Le Regioni possono decidere di inserire nell’elenco ulteriori prestazioni, previ accordi interregionali.

I LEA che il Sistema Sanitario Nazionale deve garantire, sono suddivisi in tre aree:

- l’assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, che include tutte le attività che servono per mantenere una migliore qualità della vita di tutti i giorni. Sono qui incluse le prestazioni di competenza della sanità pubblica veterinaria;
- l’assistenza distrettuale;
- l’assistenza ospedaliera.

Il Servizio sanitario nazionale è finanziato attraverso la fiscalità generale, con imposte dirette (addizionale Irpef ed Irap) e indirette (compartecipazione all’Iva, accise sulla benzina).

Inoltre, le aziende sanitarie locali dispongono di entrate dirette derivanti dall’applicazione del D.Lgs. n. 194/2008, dall’attribuzione del fondo funzioni non tariffabili e dalle prestazioni rese a pagamento. Tra le risorse che affluiscono alle

Regioni per il finanziamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, sono incluse anche le compartecipazioni dei cittadini al costo delle prestazioni, che si applicano ad alcune tipologie di prestazioni tramite pagamento di tariffe.

5.3 Modalità di realizzazione

I Dipartimenti di prevenzione veterinari pianificano e attuano gli obiettivi operativi in armonia con quanto previsto dai LEA di riferimento e predispongono una scheda anagrafica di descrizione delle principali attività riconducibili ai LEA , in relazione al timing stabilito dall'U.O. Veterinaria e secondo il modello di seguito riportato:

SCHEDA ANAGRAFICA PER LA RILEVAZIONE DEI LEA	
Livello di assistenza	
Area di intervento	
Obiettivo operativo	
Altri obiettivi operativi coinvolti	
Prestazioni	
Destinatari	
Altri soggetti coinvolti	
Budget	

6. Utilizzazione delle risorse finanziarie

6.1 Quadro di riferimento

La materia è disciplinata dalla seguente normativa comunitaria, statale e regionale:

- ✓ D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 " *Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992 n. 421*", art. 12;
- ✓ Decreto Legislativo 517/93 " *Modificazioni al D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*";
- ✓ Decreto legislativo 229/99 " *Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della L. 30 novembre 1998, n. 419*";
- ✓ Articolo 65 del CCNL 1994_1997. (disciplina la gestione del budget);
- ✓ legge delega 4 marzo 2009, n.15 " *Delega al Governo finalizzata all'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e alla efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni nonché disposizioni integrative delle funzioni attribuite al Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro e alla Corte dei conti*";
- ✓ decreto legislativo attuativo 27 ottobre 2009, n. 150 " *Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni*";
- ✓ D.Lgs. n. 194/2008 " *Disciplina delle modalità di rifinanziamento dei controlli sanitari ufficiali in attuazione del regolamento (CE) n. 882/2004*";
- ✓ modifica del titolo V della parte II della Costituzione <lett. m) dell'art. 117, comma 2 - la tutela della salute rientra nella competenza concorrente affidata alle Regioni>

Occorre inoltre considerare i seguenti atti:

- ✓ d.g.r. n. VII/7780 del 18 dicembre 2002 " *Approvazione delle Linee guida sul Controllo di gestione delle Aziende Sanitarie della Regione Lombardia*";
- ✓ d.g.r. n. VIII/10077 del 7 agosto 2009 " *Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio-sanitario regionale per l'esercizio 2009 – V provvedimento*";
- ✓ d.g.r. n. VIII/10804 del 16 dicembre 2009 " *Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio-sanitario regionale per l'esercizio 2010*";
- ✓ d.g.r. n. XI /133 del 17 giugno 2010 " *Determinazioni 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 2009*";
- ✓ d.g.r. n. XI/937 del 1 dicembre 2010 " *Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2011*".
- ✓ d.g.r. n. IX / 2132 del 04/08/2011 " *Determinazioni in ordine alla remunerazione di alcune funzioni non coperte da tariffe predefinite svolte dalle aziende ed enti sanitari pubblici e privati accreditati per l'anno 2010*";

- ✓ d.g.r. n. 9014 del 20 febbraio 2009 " *Determinazioni in ordine al controllo delle prestazioni sanitarie ed ai requisiti di accreditamento (a seguito di intesa della competente commissione consiliare ai sensi dell'art. 4, comma 4, della L.R. 31/97*".

6.2 Definizione e finalità

La realtà organizzativa della sanità pubblica veterinaria, che opera in una situazione relativamente condizionata da vincoli normativi, impone l'adozione di un corretto processo di gestione finalizzato all'ottimizzazione delle risorse disponibili per il raggiungimento degli obiettivi aziendali, al fine di attuare un sistema tanto efficiente, quanto efficace. In questa prospettiva nell'ambito del processo di programmazione, organizzazione e realizzazione degli obiettivi pre-determinati, il controllo di gestione rappresenta un'insostituibile strumento per razionalizzare l'utilizzo delle risorse disponibili e facilitare il compito di fornire una risposta quantitativamente e qualitativamente adeguata alla domanda di prestazioni che le aziende sanitarie sono tenute a soddisfare, a livelli irrinunciabili di qualità ed a costi compatibili con i vincoli di bilancio. Il modello di riferimento per l'attuazione del predetto sistema di controllo è rappresentato dalla metodologia definita con la dgr n. 7780/2002. In tale ambito il processo di budget rappresenta lo strumento attraverso il quale il Dipartimento di prevenzione veterinario assicura un'efficace razionalizzazione dell'impiego delle risorse di cui dispone per la realizzazione dei propri obiettivi. In quanto strumento finalizzato ad assicurare coerenza tra obiettivi e risorse il budget deve essere formulato in modo da rendere esplicito e verificabile il rapporto intercorrente tra obiettivi che si intende raggiungere e risorse che si ritengono necessarie per il conseguimento di tali obiettivi, dando così alla direzione aziendale, in sede di negoziazione del budget, la possibilità di effettuare valutazioni e scelte secondo criteri di priorità.

6.3 Modalità di realizzazione (Indicazioni operative per la predisposizione della proposta di budget)

Le decisioni di carattere specialistico hanno una notevole rilevanza in termini economici; ciò coinvolge la responsabilità di coloro che attraverso le loro decisioni tecniche di fatto si configurano come i responsabili ultimi della gestione delle risorse. Il problema di fondo è quello di ricomporre in un unico momento decisionale la responsabilità tecnico-professionale e la responsabilità economico-gestionale. L'esigenza di una gestione programmata, attraverso la preliminare fissazione di un budget di esercizio, inteso quale specificazione di obiettivi - attività - risorse organicamente integrati in un programma di attività, è esigenza irrinunciabile per l'ottimizzazione della spesa sanitaria. In questa prospettiva la predisposizione della scheda di budget è strettamente correlata alla realizzazione di programmi e progetti aventi come scopo il raggiungimento degli obiettivi prefissati e il rispetto della disponibilità complessiva di spesa assegnata al Dipartimento di prevenzione veterinario, sulla base della metodologia della negoziazione per budget, come di seguito rappresentato:

6.3.1 Fase 1: definizione degli obiettivi

Il Direttore Generale, di norma con cadenza annuale e in corrispondenza con l'approvazione del Piano Integrato Aziendale della Prevenzione Veterinaria (PIAPV), sulla base delle indicazioni regionali e in coerenza con le risultanze dell'analisi di contesto definisce gli obiettivi generali e specifici del PIAPV.

6.3.2 Fase 2: descrizione delle attività

Le attività rappresentano un'insieme coordinato di azioni pianificate per il raggiungimento di ciascun obiettivo. A tal fine sono individuate le procedure preposte alla corretta esecuzione delle singole azioni e i relativi livelli di responsabilità, in armonia con il Piano Regionale della Prevenzione Veterinaria (PRPV). Ciò viene fatto allo scopo di pervenire a identificare i compiti che devono essere eseguiti dal singolo Operatore.

6.3.3 Fase 3: esplicitazione delle fonti di finanziamento

La Direzione Generale Sanità assicura ai Dipartimenti di Prevenzione Veterinari delle aziende sanitarie locali lombarde la necessaria dote di risorse finanziarie per l'attuazione del PIAPV. Le principali fonti di finanziamento sono il Fondo Sanitario Regionale e i fondi attivati con specifici provvedimenti regionali o derivanti da attività tipiche del Dipartimento di Prevenzione Veterinario, come di seguito rappresentato:

- finanziamento delle funzioni non tariffabili;
- risorse introitate ai sensi del D.Lgs. 194/2008;
- sanzioni amministrative correlate con l'attuazione del controllo ufficiale, di cui ai regolamenti (CE) nn. 882/2004 e 854/2004;
- finanziamento di progetti specifici.

6.3.4 Fase 4: allocazione delle risorse

Il Direttore Generale, sulla base degli esiti del processo di negoziazione, secondo i rispettivi ordinamenti:

- assegna a ciascuna articolazione funzionale del Dipartimento di Prevenzione Veterinario e del Distretto Veterinario le risorse umane, strumentali e finanziarie necessarie per l'attuazione del PIAPV;
- emana le conseguenti direttive generali per l'azione amministrativa, la gestione delle attività e la rendicontazione delle correlate risorse finanziarie.

6.3.5 Fase 5: verifica e attuazione di eventuali azioni correttive

Il Direttore Generale, con il supporto della competente struttura aziendale,

- monitora il flusso finanziario correlato con l'attuazione del PIAPV;
- modula e modifica, se del caso, gli impegni di spesa in relazione alla disponibilità di cassa;
- assicura la relativa rendicontazione in armonia con le indicazioni dell'U.O. Veterinaria.

7. Implementazione e aggiornamento dei sistemi informativi

7.1 Quadro di riferimento

La materia è disciplinata dalla seguente normativa europea, statale e regionale:

- Decisione 2002/459/CE, che istituisce TRACES, rete basata su Internet che collega le autorità veterinarie degli Stati membri dell'Unione europea e gli operatori economici (OE).
 - o Permette di produrre e scambiare informazioni :
 - su tutti i certificati di salute e benessere animale e di sanità pubblica che accompagnano gli animali, il loro sperma, gli embrioni e i prodotti di origine animale;
 - sul documento veterinario comune di entrata (DVCE) rilasciato dai posti di ispezione frontaliere dell'Unione europea in ventidue lingue ufficiali conformemente alla legislazione comunitaria applicabile.
 - o Segnala all'autorità competente del luogo di destinazione i movimenti dei prodotti commercializzati dal loro luogo di origine.
 - o Consente di immettere tutti i controlli in materia di salute e benessere animale e di sanità pubblica condotti dalle autorità competenti all'atto del trasporto o nel luogo di destinazione.
 - o Assiste le autorità veterinarie competenti nel prendere una decisione e reagire tempestivamente in caso di emergenza sanitaria rintracciando i movimenti degli animali e dei prodotti commercializzati e importati.
 - o Fornisce informazioni statistiche consolidate sulla salute e il benessere animale e sulla sanità pubblica utilizzando i dati immessi.
 - o Consente agli operatori economici di codificare le proprie richieste in linea al fine di accelerare gli iter amministrativi sia per gli scambi intracomunitari sia per le importazioni.
 - o Permette ai paesi terzi di immettere dati nei certificati di esportazione TRACES, al fine di notificare elettronicamente i prodotti da inviare all'Unione europea e accelerare gli iter amministrativi alla frontiera. Si veda "Accesso dei paesi terzi al mercato europeo"
- D.lgs 7 marzo 2005, n. 82 "Codice dell'amministrazione digitale";
- D.lgs 28 febbraio 2005, n. 42 "Istituzione del sistema pubblico di connettività e della rete internazionale della pubblica amministrazione, a norma dell'articolo 10, della legge 29 luglio 2003, n. 229";
- Regolamento (CE) N. 882/2004 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 29 aprile 2004 "relativo ai controlli ufficiali intesi a verificare la conformità alla normativa in materia di mangimi e di alimenti e alle norme sulla salute e sul benessere degli animali", in particolare l'Articolo 44 che prevede che "gli Stati membri presentano alla Commissione una relazione comprendente: a) qualsiasi modifica dei piani di controllo nazionali pluriennali per tener conto dei fattori di cui all'articolo 42, paragrafo 3; b) i risultati dei controlli e degli audit effettuati nell'anno precedente secondo le disposizioni del piano di controllo nazionale pluriennale; c) il tipo e il numero di casi di mancata conformità accertati; d) le azioni volte ad

assicurare il funzionamento efficace dei piani di controllo nazionali pluriennali, comprese le azioni per farli rispettare e i loro risultati."

- D. Lgs. 12 febbraio 1993, n. 39 "Norme in materia di sistemi informativi automatizzati delle amministrazioni pubbliche, a norma dell'art. 2, comma 1, lettera mm), della legge 23 ottobre 1992";
- Decreto legislativo 4 aprile 2006, n. 159 "Disposizioni integrative e correttive al decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, recante codice dell'amministrazione digitale";
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 3 aprile 2006, n. 200 "Regolamento recante modalità di coordinamento, attuazione ed accesso al Registro informatico degli adempimenti amministrativi";
- Decreto Legislativo 6 novembre 2007, n. 193 "Attuazione della direttiva 2004/41/CE relativa ai controlli in materia di sicurezza alimentare e applicazione dei regolamenti comunitari nel medesimo settore", disciplina le competenze delle Autorità Competenti in materia di gestione del controllo ufficiale, anche con riferimento alle procedure di alimentazione del sistema informativo SINTESI;

Di seguito si riporta la normativa preposta al governo delle anagrafi zootecniche, suddivisa per specie:

ANAGRAFE BOVINA

- **NORME COMUNITARIE**
 - ✓ Regolamento (CE) n. 1760/2000 del Parlamento europeo e del Consiglio del 17 luglio 2000 che istituisce un sistema di identificazione e di registrazione dei bovini e relativo all'etichettatura delle carni bovine e dei prodotti a base di carni bovine, e che abroga il regolamento (CE) n. 820/97 del Consiglio;
 - ✓ Regolamento (CE) n. 1825/2000 della Commissione, del 25 agosto 2000, recante modalità di applicazione del regolamento (CE) n. 1760/2000 del Parlamento europeo e del Consiglio per quanto riguarda l'etichettatura delle carni bovine e dei prodotti a base di carni bovine;
 - ✓ Regolamento (CE) n. 1791/2006 del Consiglio del 20 novembre 2006 L 363 1 20.12.2006, modificato da: Atto relativo alle condizioni di adesione all'Unione europea di alcuni Stati;
 - ✓ Regolamento (CE) n. 1082/2003 della Commissione del 23 giugno 2003 che stabilisce modalità di applicazione del regolamento (CE) n. 1760/2000 del Parlamento europeo e del Consiglio per quanto riguarda il livello minimo dei controlli da eseguire nel contesto del sistema di identificazione e registrazione dei bovini;
 - ✓ Regolamento (CE) n. 911/2004 della Commissione, del 29 aprile 2004, recante modalità di applicazione del regolamento (CE) n. 1760/2000 del Parlamento europeo e del Consiglio riguardo i marchi auricolari, i passaporti e i registri delle aziende;
 - ✓ Regolamento (CE) n. 499/2004 della Commissione, del 17 marzo 2004, recante modifica del regolamento (CE) n. 1082/2003 riguardo ai termini e al modello per la trasmissione delle informazioni nel settore bovino;

- ✓ Regolamento (CE) n. 1034/2010: modifica il regolamento (CE) n. 1082/2003 per quanto riguarda i controlli relativi alle prescrizioni per l'identificazione e la registrazione dei bovini Controllo effettuato ai sensi del Reg.(CE) 1034/2010 - 15/11/2010.
- **NORME NAZIONALI**
 - ✓ D.M. 31/01/2002 "*Disposizioni in materia di funzionamento dell'anagrafe bovina*";
 - ✓ D.M. 13 ottobre 2004 – Modifica del D.M. 31/01/2002 concernente "*Disposizioni in materia di funzionamento dell'anagrafe bovina*";
 - ✓ D. Lgs. 29/01/04 n. 58 "*Disposizioni sanzionatorie per le violazioni dei Reg. CE 494/98 del 27/02/98: applicazione di sanzioni amministrative nell'ambito del sistema di identificazione e registrazione dei bovini*".
 - ✓ Provvedimento del Ministero della Salute 26/05/05 "*Manuale operativo per la gestione della anagrafe bovina di cui al D.M. 31/01/2002 e s.m.i.*".
 - ✓ Decreto 23 gennaio 2007 del Ministero della Salute contenente la modifica degli allegati I, II, III, IV del D.M. del 13 ottobre 2004 e successive modifiche.

ANAGRAFE OVI-CAPRINA

- **NORME COMUNITARIE**
 - ✓ Regolamento (CE) N. 21/2004 del Consiglio del 17 dicembre 2003 che istituisce un sistema di identificazione e di registrazione degli animali delle specie ovina e caprina;
 - ✓ Reg.(CE) 1033/2010 - 15/11/2010 Controlli effettuati nel settore ovino e caprino in relazione ai requisiti per l'identificazione e la registrazione di tali animali in conformità del regolamento (CE) n. 21/2004;
- **NORME NAZIONALI**
 - ✓ Circolare del 28 luglio 2005 riguardante le indicazioni per l'applicazione del Regolamento (CE) n. 21/2004.

ANAGRAFE SUINA

- **NORME COMUNITARIE**
 - ✓ Direttiva 2008/71/CE del Consiglio, del 15 luglio 2008 relativa all'identificazione e alla registrazione dei suini;
 - ✓ Dec. 2000/678/CE della Commissione del 23 ottobre 2000, che stabilisce le modalità di registrazione delle aziende nelle basi di dati nazionali per gli animali della specie suina conformemente alla direttiva 64/432/CEE del Consiglio del 23 ottobre 2000 .
- **NORME NAZIONALI**
 - ✓ DPR 30 aprile 1996 n. 317 recante norme per l'attuazione della direttiva 92/102/CEE relativa all'identificazione e alla registrazione degli animali
 - ✓ D.Lgs. 26 ottobre 2010 n. 200 "*Attuazione della direttiva 2008/71/CE relativa all'identificazione e alla registrazione dei suini*".

ANAGRAFE EQUINA

- **NORME COMUNITARIE**
 - ✓ Regolamento (CE) n. 504/2008 della commissione, del 6 giugno 2008, recante "Attuazione delle direttive 90/426/CEE e 90/427/CEE del 26 giugno 1996 del Consiglio per quanto riguarda i metodi di identificazione degli equidi".
- **NORME NAZIONALI**
 - ✓ D.M. 5 maggio 2006 "Linee guida e principi per l'organizzazione e la gestione dell'anagrafe equina da parte dell'UNIRE"
 - ✓ DM 9 ottobre 2007 "Approvazione del manuale operativo per la gestione della anagrafe degli equidi";
 - ✓ Nota Ministero Salute DGSA II/14396 del 23 novembre 2007: "Controlli sul sistema I&R (Identificazione e Registrazione) degli equidi-check list - ai sensi del D.M. 5 maggio 2006 Art.14";
 - ✓ DM 29 dicembre 2009 "Linee guida e principi per l'organizzazione e la gestione dell'anagrafe degli equidi da parte dell'UNIRE (articolo 8, comma 15, legge 1° agosto 2003, n. 200";
 - ✓ D.lgs. 16 febbraio 2011 n. 29 "Disposizioni sanzionatorie per le violazioni del Reg. (CE) n. 504/2008 recante attuazione della direttiva 90/426/CEE e 90/427/CEE sui modi di identificazione degli equidi, nonché gestione dell'anagrafe da parte dell'UNIRE GU n. 72 del 29/03/2011".

Occorre inoltre considerare i seguenti atti:

- Legge Regionale 30 dicembre 2009 , n. 33 "Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità";
- DGR n. 11273/2010 "Preso d'atto della decisione della Commissione Salute della Conferenza delle Regioni relativa alla "Proposta per il miglioramento dei sistemi informativi regionali finalizzata alla costituzione di una piattaforma integrata nazionale della sicurezza alimentare e della sanità veterinaria";
- DGR n. VIII/10667 del 2/12/2009 "Partecipazione al progetto interregionale "PRO.DE. - progetto dematerializzazione" per dare attuazione alle attività relative al rafforzamento delle dematerializzazione documentale in forma cooperativa interregionale."

7.2 Definizione e finalità

Per Sistema Informativo Veterinario Integrato (SIVI) si intende quell'insieme di componenti hardware e software per la gestione delle attività di competenza della sanità pubblica veterinaria (Banca Dati Regionale per la gestione delle anagrafi zootecniche, Anagrafe degli animali da affezione, Sintesi, Traces, Allerta alimenti e mangimi).

Le singole componenti del SIVI hanno la funzione di:

- a. gestire le anagrafi: consistenza e distribuzione territoriale degli allevamenti e degli stabilimenti riconosciuti e registrati, movimentazione degli animali, stato

sanitario e profilassi del patrimonio zootecnico, degli animali da affezione ed il canile sanitario;

- b. programmare il controllo ufficiale in base al livello di rischio degli allevamenti/stablimenti per la ottimizzazione delle risorse;
- c. gestire la reportistica dei controlli ufficiali: il SIVI registra i dati dell'attività di controllo al fine di:
 - gestire le non conformità,
 - rimodulare la programmazione in funzione delle criticità rilevate;
- d. rendicontare e assolvere i debiti informativi con le componenti del sistema sanitario (ASL, Regione, Ministero della Salute, Unione Europea): il sistema costituisce lo strumento attraverso il quale i Dipartimenti di Prevenzione Veterinari (DPV) rendicontano l'attività svolta, monitorano il raggiungimento degli obiettivi di programmazione a livello aziendale, distrettuale ed individuale e assolvono al debito informativo con l'U.O. Veterinaria;
- e. comunicare e dematerializzare la gestione delle attività: il SIVI costituisce lo strumento di riferimento per la comunicazione dell'U.O. Veterinaria con gli utenti del sistema e per la dematerializzazione degli adempimenti correlati con la gestione del controllo ufficiale;
- f. armonizzare ed uniformare le attività: il sistema assicura la raccolta uniforme sul territorio regionale delle informazioni e la necessaria armonizzazione con i sistemi informativi connessi con il portale della veterinaria.

7.3 Modalità di attuazione

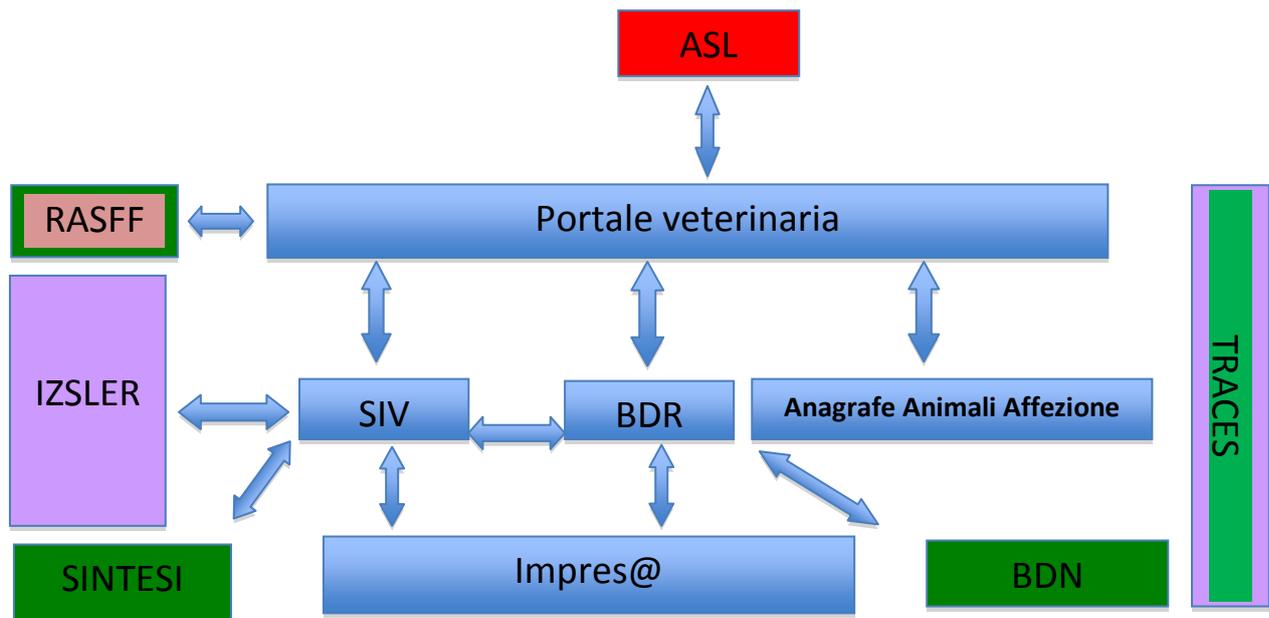
Per il funzionamento del SIVI ciascun Direttore del DPV deve assicurare:

- una adeguata dotazione di risorse tecnologiche: dotare tutto il personale coinvolto in operazioni di vigilanza e controllo addetto all'inserimento dati, di "postazione informatizzata" connessa alla rete internet, in modo che sia consona all'utilizzo di tutti i prodotti software offerti dal SIVI, al fine di poter correttamente interagire con il sistema;
- una efficace formazione del personale: provvedere alla formazione del personale utilizzatore del sistema secondo le diverse competenze ed in armonia alle indicazioni che verranno comunicate dalla U.O. Veterinaria regionale;
- una chiara identificazione dei livelli di responsabilità e tracciabilità del trattamento dei dati: verificare che gli operatori che devono accedere al sistema siano presso lo stesso accreditati, con il corretto profilo che consenta loro di eseguire tutte le operazioni necessarie alla funzione ricoperta e nel contempo precluda altre per le quali non hanno titolo. Sarà compito del DPV delle ASL mantenere aggiornati i profili utente all'interno del SIVI, comunicando variazioni di ruolo, nuovi utenti da accreditare, cessazioni causa trasferimento o fine servizio;
- un efficace sistema di certificazione dei dati: responsabilizzare gli operatori accreditati circa la corretta gestione del proprio account, sulla qualità, adeguatezza e veridicità del dato inserito in considerazione della tracciabilità

che segue ogni modifica o inserimento effettuata, nel rispetto delle politiche aziendali sulla privacy;

- l'implementazione delle banche dati in sintonia con le indicazioni regionali: disporre e verificare che il personale provveda, secondo la propria funzione, alla:
 - pianificazione delle attività programmate;
 - aggiornamento in continuo delle anagrafiche;
 - registrazione delle attività pianificate;secondo le modalità ed il timing stabiliti dall'U.O. Veterinaria.
- la rilevazione del fabbisogno di tecnologia e il relativo processo di adeguamento del SIVI: concorrere all'evoluzione del sistema suggerendo all'U.O. Veterinaria evoluzioni e/o migliorie ritenute funzionali allo sviluppo del sistema. A tal fine ogni DPV che ha sviluppato o che intende sviluppare programmi di utilizzo locale che dialogano direttamente con il SIVI ne darà comunicazione all'U.O. Veterinaria che, previa validazione, provvederà ad assicurare il necessario processo di omogeneizzazione e standardizzazione con il SIVI.

7.4 Connettori e diagramma di flusso dei dati



Il portale della veterinaria rappresenta il fulcro di un sistema a rete, costituito da banche dati e applicativi, preposto al governo delle attività di competenza della sanità pubblica veterinaria. In questo contesto ciascun Dipartimento:

- assolve alle funzioni istituzionali avvalendosi dei moduli che sono resi disponibili in SIVI;
- assicura l'allineamento delle banche dati di riferimento;

- alimenta il sistema nel rispetto dei vincoli di spazio e di tempo indicati dall'U.O. Veterinaria.

8. Piani di settore a valenza regionale e locale

8.1 Piano regionale della prevenzione veterinaria

Il Piano Regionale della Prevenzione Veterinaria (PRPV) rappresenta il documento di programmazione strategica cui è affidato il compito di:

- definire i principi di riferimento, lo scenario, gli obiettivi strategici, i temi prioritari di intervento e gli strumenti attuativi della sanità pubblica veterinaria;
- assicurare un approccio corale e integrato alla tutela della salute pubblica tra i diversi soggetti che costituiscono il sistema sanitario lombardo: Direzione Generale Sanità, Aziende Sanitarie Locali, Agenzia Regionale per la protezione dell’Ambiente della Lombardia (ARPA Lombardia), Istituto superiore per la ricerca, la statistica e la formazione di Regione Lombardia (Eupolis Lombardia), Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Lombardia e dell’Emilia Romagna (IZSLER), Sistema Universitario Regionale, Nuclei Antisofisticazioni e Sanità (NAS), Polizia di Stato, Corpo Forestale dello Stato, Guardia di Finanza,, Centri di ricerca, Centri di riferimento nazionale, Operatori economici e tutti coloro che, individualmente o in collaborazione, svolgono attività finalizzate alla promozione e alla tutela della salute dei cittadini

In questo contesto regola il processo decisionale e le modalità operative di declinazione dei piani di settore a valenza regionale e locale.

8.2 Definizione e finalità

La peculiare orografia della Lombardia ha generato una accentuata diversificazione territoriale del sistema economico e agroalimentare regionale. Ciascuna azienda sanitaria locale si trova ad operare in un contesto variegato per caratteristiche della popolazione zootecnica, gamma degli impianti agro-industriali e tipologia dei prodotti alimentari. La predetta complessità del sistema agro-alimentare si traduce a livello aziendale in programmi di prevenzione mirati in ragione del contesto di riferimento, proporzionati in relazione alla rilevanza dei problemi igienico-sanitari e organizzati in modo tale che vengano attuati interventi efficaci. I piani di settore a valenza regionale e locale intendono tradurre in progetti sanitari la domanda di salute coerente con i fabbisogni rilevati a livello regionale e locale; questo anche per attuare una corretta azione di indirizzo e coordinamento regionale e a sostegno della programmazione locale.

8.3 Modalità di realizzazione dei Piani

Di seguito si riportano le fasi del processo di determinazione dei piani regionali e locali.

8.3.1 Analisi di contesto

L’analisi di contesto viene attuata sulla base di un sistema di raccolta ed analisi dei dati codificato a livello regionale. A tal fine si richiama quanto disciplinato in merito alla gestione dei sistemi informativi. In tale ambito si declinano gli obiettivi operativi regionali in obiettivi specifici aziendali e si definiscono le aree di intervento per la stesura di eventuali progetti innovativi.

8.3.2 Definizione delle priorità di intervento

Le priorità di intervento della prevenzione veterinaria sono individuate dall'U.O. Veterinaria, sulla base dei modelli predittivi codificati nell'ambito del PRPV. Ciascuna azienda sanitaria locale/DPM attua i piani di settore trasmessi ogni anno nel contesto delle regole di sistema; inoltre, sulla base delle priorità ritenute rilevanti a livello territoriale, come specificato nel precedente paragrafo, predispone specifici progetti innovativi secondo le procedure all'uopo predisposte con le regole di sistema annuali.

8.3.3 Attribuzione delle risorse

La Regione, al fine di qualificare e potenziare le attività nelle materie di competenza della sanità pubblica, assicura la disponibilità delle risorse necessarie per l'attuazione degli obiettivi strategici (generali e specifici), stabilite a livello regionale e locale, secondo le modalità codificate nel processo di utilizzazione delle risorse finanziarie.

8.3.4 Metodologia operativa

I progetti innovativi possono essere elaborati da ciascuna azienda sanitaria locale, nel rispetto della propria autonomia, sulla base delle risorse assegnate 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:

MACROAREE
Governance del Dipartimento di Prevenzione Veterinario
Tutela sanitaria degli animali
Sicurezza alimentare
Igiene veterinaria

Ciascuna azienda sanitaria locale 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

Per ciascun progetto innovativo saranno ovviamente individuate le metodologie di valutazione più appropriate e comunque assumeranno particolare importanza sia gli aspetti più propriamente epidemiologici, sia la valutazione dei rischi per le diverse malattie e impianti.

9. Piani di settore a valenza nazionale

9.1 Piano Nazionale Integrato/Mancp (*Multi Annual National Control Plan*)

Il Piano Nazionale Integrato (PNI) 2011-2014 è stato approvato in Conferenza Stato Regioni con l'Intesa del 16 dicembre 2010 ed ha durata quadriennale. Predisposto ai sensi e in conformità dei principi e degli orientamenti contenuti nel Titolo V del Regolamento (CE) 882/2004, rappresenta la principale piattaforma programmatica intorno al quale il Ministero della Salute ha organizzato un sistema di controlli basati sulla proficua collaborazione tra diverse Amministrazioni: Ministero delle Politiche Agricole Alimentari e Forestali, il Ministero dell'Ambiente e della Tutela del Territorio e del Mare, gli Assessorati delle Regioni e Province autonome, le Forze di Polizia e l'Agenzia delle Dogane. Esso declina in obiettivi operativi gli obiettivi strategici del Piano Sanitario Nazionale, che si propone di assicurare una costante analisi dei bisogni e della domanda di salute, anche inespressa, della popolazione. Il Piano è Unico (art 41), Integrato (art 43(1)a), basato sulla valutazione del rischio (Reg. 178/2002) e sulla categorizzazione del rischio (Reg. 882/2004, art 42(2)b e art 43(1)).

9.2 Definizione e finalità

Il Piano Nazionale Integrato (PNI o MANCP) *descrive il "Sistema Italia"* dei controlli ufficiali in materia di alimenti, mangimi, sanità e benessere animale e sanità delle piante ed è finalizzato alla razionalizzazione delle attività, mediante un'opportuna considerazione dei rischi ed un adeguato coordinamento di tutti i soggetti istituzionali coinvolti. Obiettivo generale è quello di favorire, attraverso il progressivo completamento e l'integrazione delle sue parti, la visione complessiva delle attività di controllo attuate nel settore della sicurezza alimentare e della qualità degli alimenti e dei mangimi. Si tratta di uno strumento dinamico che declina a livello nazionale le seguenti azioni:

- gli obiettivi strategici nazionali generali, declinati in obiettivi operativi di settore;
- le competenze degli Enti del sistema sanitario nazionale nelle materie inerenti il Piano e delle Amministrazioni che operano in tali ambiti di attività. Per quanto riguarda le Autorità regionali e locali, la descrizione di dettaglio delle rispettive competenze;
- le attività di controllo ufficiale svolte sull'intero territorio nazionale, sulla base delle informazioni fornite a riguardo dagli uffici centrali competenti in materia.

In questa prospettiva la Regione pianifica gli obiettivi operativi di settore, programmati nell'ambito del PNI, che verranno attuati dai Dipartimenti di prevenzione veterinari delle aziende sanitarie locali nell'ambito del Piano Integrato Aziendale della Prevenzione Veterinaria

9.3 Modalità di realizzazione dei Piani

9.3.1 Determinazione degli obiettivi operativi

La Regione sulla base degli obiettivi strategici, generali e di settore esplicitati nell'ambito del PNI, declina:

- gli obiettivi operativi regionali;
- i livelli di responsabilità correlati con l'attuazione degli obiettivi operativi;
- i criteri di organizzazione e gestione dei controlli ufficiali, al fine di rendere trasparente il processo di determinazione della pressione dei controlli presso le strutture produttive territoriali (stabilimenti, allevamenti ecc.), elaborato dai Dipartimenti di Prevenzione Veterinari delle aziende sanitarie locali;
- le misure adottate per garantire il rispetto dei criteri operativi.

9.3.2 Programmazione degli obiettivi operativi

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

AMBITO DI PROGRAMMAZIONE
<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>

L'integrazione e la trasparenza dell'azione amministrativa rappresentano la bussola del processo di programmazione. Al riguardo sono stati adottati una serie di provvedimenti che costituiscono snodi determinanti nell'ambito delle attuali e future politiche per la salute in Lombardia. In questa prospettiva le aziende sanitarie locali garantiscono l'attuazione dei seguenti obiettivi:

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

9.3.3 Obiettivi operativi regionali

Alla luce delle sopra esposte attività I.U.O. Veterinaria individua gli obiettivi operativi regionali che andranno a costituire il mosaico degli interventi pianificati a livello aziendale nell'ambito del Piano Integrato Aziendale della Prevenzione

Veterinaria. Il PRPV, definendo gli obiettivi strategici della sanità pubblica veterinaria, rappresenta il documento di riferimento per il governo del processo di codifica e gestione degli obiettivi di competenza del Dipartimento di Prevenzione Veterinario.

Il Piano aziendale è organizzato secondo un arco temporale triennale, con la pianificazione annuale delle attività implementate annualmente attraverso le Regole di Sistema annuali.

L'insieme dei passi precedenti andrà a comporre quello che viene definito "processo di programmazione" che presenterà a fronte di uno schema operativo comune, obiettivi, risorse e metodologie diverse.

Al fine di salvaguardare la compatibilità tra obiettivi e risorse disponibili, la Regione, tenendo conto delle priorità definite in sede di programmazione sanitaria nazionale definisce e aggiorna nel tempo i criteri per la distribuzione delle risorse tra le singole aziende e le modalità per l'attuazione dei controlli sui livelli di efficacia e di efficienza conseguiti dalle singole aziende e dall'intero sistema regionale.

9.3.4 Raccolta dati

Il Sistema Informatico Regionale nelle sue diverse articolazioni svolge l'indispensabile ruolo di raccolta dei dati, attraverso un sistema codificato di registrazione delle attività effettuate dai Dipartimenti di Prevenzione Veterinari. Una corretta e puntuale raccolta di tali dati rappresenta il presupposto necessario per la verifica dello stato di attuazione degli obiettivi operativi e per la valutazione del processo di implementazione dei sistemi informativi. I dati presenti in quest'ultimo sistema saranno utilizzati per calcolare alcuni indicatori di performance. L'analisi critica di tali indicatori permetterà di individuare potenziali punti critici e metodologie operative da migliorare.

10. Piani di settore a valenza europea

10.1 Libro bianco sulla sicurezza alimentare

Il documento del 12 gennaio 2000 (COM/99/0719 definitivo) formula i principi generali attorno a cui costruire un'efficace politica a livello europeo sulla sicurezza alimentare, come di seguito elencati:

- una strategia globale, integrata, che si applica a tutta la catena alimentare;
- una definizione chiara dei ruoli di tutte le parti coinvolte nella catena alimentare (produttori di alimenti per animali, operatori agricoli e operatori del settore alimentare, gli Stati membri, la Commissione, i consumatori);
- la rintracciabilità degli alimenti destinati agli esseri umani e agli animali e dei loro ingredienti;
- la coerenza, l'efficacia e il dinamismo della politica alimentare;
- l'analisi dei rischi (compresa la valutazione, la gestione e la comunicazione dei rischi);
- l'indipendenza, l'eccellenza e la trasparenza dei pareri scientifici;
- l'applicazione del principio di precauzione nella gestione dei rischi.

In questo contesto ha assunto un ruolo determinante l'acquis comunitario ispirato al *"Libro bianco sulla sicurezza alimentare"*. I suddetti principi infatti sono stati tradotti in una serie di misure (regolamenti, direttive, decisioni, raccomandazioni) che hanno innovato in profondità la governance della sicurezza alimentare introducendo un modello più coordinato e integrato, comprendente soprattutto:

- la creazione di un'Autorità alimentare europea autonoma, incaricata di elaborare pareri scientifici indipendenti su tutti gli aspetti inerenti alla sicurezza alimentare, alla gestione di sistemi di allarme rapido e alla comunicazione dei rischi;
- un quadro giuridico migliorato che copre tutti gli aspetti connessi con i prodotti alimentari, *"dalla fattoria alla tavola"*;
- sistemi di controllo più armonizzati a livello nazionale;
- un dialogo con i consumatori e le altre parti coinvolte.

Nella fattispecie la produzione legislativa europea, cogente nel settore della sicurezza alimentare, è ispirata ai principi stabiliti dalla Dichiarazione di Parigi sull'efficacia degli aiuti (2005) e dall'Agenda per l'azione di Accra (2008).

La Regione concorre ad attuare la normativa comunitaria in osservanza delle disposizioni di cui alla legge n. 11 del 4 febbraio 2005, concernente *"Norme generali sulla partecipazione dell'Italia al processo normativo dell'Unione europea e sulle procedure di esecuzione degli obblighi comunitari"* e della legge regionale 17/2011 *"Partecipazione della Regione Lombardia alla formazione e attuazione del diritto dell'Unione europea"*

Detti principi hanno prodotto un modello operativo di costruzione del quadro giuridico di riferimento, di seguito rappresentato.

10.2 La genesi della legislazione alimentare

L'obiettivo sotteso dal suddetto "*modus operandi*" è quello di far diventare realtà il diritto universale alla salute. In questo contesto la produzione legislativa degli organismi europei si caratterizza per la cosiddetta "*formula aperta*" all'aggiornamento dei contenuti che sono subordinati all'evoluzione della conoscenza generata dalla ricerca scientifica e dalla esperienza maturata nell'ambito del processo di applicazione dei medesimi regolamenti comunitari. L'Unione Europea sin dall'atto costitutivo dell'Autorità Europea per la Sicurezza alimentare (E.U., 2002) ha fissato alcuni importanti principi che guidano il processo di aggiornamento della "*legislazione alimentare*". Nella fattispecie si pone particolare enfasi al processo di valutazione del rischio, condotto su basi scientifiche e in modo indipendente, propedeutico all'esercizio della potestà di regolamentazione nel settore della sicurezza alimentare e della sanità animale. Più recentemente, nel documento strategico sulla salute animale (E.U., 2007) è stata evidenziata la necessità di mettere in atto "*azioni concrete dirette ad ottenere risultati chiari*" in termini di prevenzione, controllo e capacità di gestire le crisi. In tale contesto la genesi della "*legislazione alimentare*" si articola in un percorso che tiene conto delle informazioni disponibili relative ai problemi sanitari rilevanti per la tutela della salute pubblica, agli obiettivi di salute da raggiungere e, non ultime, alle istanze del territorio e in coerenza con le risorse disponibili. Tale approccio indicato dalla UE ha portato, con un processo iniziato negli anni '90 ed ancora in corso, a produrre linee guida (EU, 2008) che hanno ispirato e ispirano lo sviluppo del contesto normativo in cui agiscono le autorità sanitarie e gli operatori economici del settore agroalimentare.

10.3 La regolamentazione europea per l'attuazione dei piani

Di seguito si riportano le fasi in cui si articola il modello operativo di costruzione del quadro giuridico di riferimento nel settore agroalimentare e zootecnico e, in tale ambito, la pianificazione dei piani di settore.

10.3.1 Rilevazione dei pericoli per la salute dei cittadini

L'EFSA è l'agenzia europea cui è demandato il compito di assicurare l'analisi dei pericoli nel settore della sicurezza alimentare, ritenuti rilevanti per la salute pubblica. In questo contesto relazione al Parlamento e alla Commissione dell'UE al fine di consentire decisioni appropriate in ragione della gravità del pericolo preso in considerazione. Lo sviluppo di un programma strutturato di prevenzione sanitaria, con obiettivi chiari, definiti e misurabili, viene subordinato ad una adeguata valutazione scientifica del pericolo.

10.3.2 Valutazione scientifica dei pericoli

L'attivazione di specifiche expertise in relazione al pericolo da valutare nell'ambito dei comitati scientifici all'uopo organizzati costituisce un requisito di garanzia circa l'autorevolezza del processo di analisi del rischio.

10.3.3 Le score card per la definizione delle priorità di intervento

Lo strumento adottato per la definizione delle priorità di intervento è la score card; ispirato alla metodica messa a punto all'interno del progetto europeo "Discontools" (<http://www.discontools.eu/home/index>), ha lo scopo di classificare i pericoli in relazione al potenziale guadagno di salute che deriverebbe dal relativo piano di intervento, ivo compreso l'impatto economico sulle produzioni alimentari.

10.3.4 Promulgazione ed esecuzione degli atti per l'organizzazione dei piani di settore

L'Unione Europea sulla base degli esiti delle score card emana gli atti di indirizzo, di norma regolamenti, per l'organizzazione del controllo ufficiale relativo al pericolo considerato rilevante a livello europeo, al fine di perseguire gli obiettivi di salute e di sicurezza alimentare.

La Regione sulla base dei criteri stabiliti dalla Regolamentazione comunitaria organizza un sistema di controllo ufficiale per il conseguimento degli obiettivi di salute e sicurezza alimentare definiti dai medesimi regolamenti. Detto sistema si concretizza attraverso la codifica di obiettivi operativi dedicati nell'ambito del PRPV e implementati dalle aziende sanitarie locali attraverso l'attuazione del processo di programmazione aziendale regolamentato dalle regole di sistema annuali.

Allegato 6

Organizzazione e personale dipendente del servizio sanitario regionale

1. Piani di organizzazione aziendale

Ai sensi dell'art. 13, c.1, della l.r. n. 33/2009, *"Le ASL, le aziende ospedaliere, gli ospedali classificati senza fini di lucro, gli IRCCS di diritto pubblico e gli IRCCS non trasformati in fondazioni ai sensi del d.lgs. n. 288/2003, adottano il piano di organizzazione e il piano strategico triennale e li sottopongono all'approvazione della Giunta Regionale"*; il successivo c. 2 del medesimo articolo, precisa che i piani predetti costituiscono la disciplina di quanto previsto dall'art. 3, sexies, c. 4, del d.lgs. n. 502/1992.

In particolare, l'art. 3, sexies, c. 4, del d.lgs. n. 502/1992, rinvia alla legislazione regionale la disciplina di previsioni normative contenute nel medesimo decreto legislativo ed inerenti le caratteristiche e le peculiarità della aziende sanitarie, i principi cui le stesse devono informare la propria attività, nonché gli organi dell'Azienda e le relative competenze.

L'art. 18, comma 6, lettera a), della medesima l.r. 33/2009, comprende il piano di organizzazione aziendale tra i provvedimenti delle aziende sanitarie soggetti a controllo preventivo della Giunta regionale nell'ambito delle disposizioni di cui all'art.4, comma 8, della Legge n. 412/1991.

Il preventivo controllo è svolto secondo quanto stabilito dalla DGR n. V/19855 del 17.03.1992 *"Disciplina provvisoria del controllo della Giunta Regionale sugli atti degli Enti Sanitari in attuazione dell'articolo 4, comma 8, della Legge n. 412 del 30.12.1991"*.

Inoltre, il c. 8 del citato art. 18, prevede l'invio del piano di organizzazione aziendale, per opportuna conoscenza, al Consiglio regionale.

Le aziende interessate elaborano il piano di organizzazione aziendale sulla base delle linee guida emanate, nell'ambito della propria competenza, dalla Direzione Generale Sanità e dalla Direzione Generale Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale.

La delibera aziendale con la quale è adottato il piano di organizzazione aziendale è trasmessa alla Regione ai fini del previsto controllo e sulla stessa sono resi, da parte delle competenti Direzioni Generali e Unità Operative, i pareri utili ai fini dell'approvazione.

RIEPILOGO DEI RIFERIMENTI

- Decreto Legislativo n. 502 del 30.12.1992 *“Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421”*;
- Legge Regionale n. 33 del 30.12.2009 *“Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità” ed in particolare i seguenti articoli:*
 - Articoli 4 e 5, che, rispettivamente, definiscono, in particolare, gli ambiti territoriali delle Aziende Sanitarie Locali e i criteri di organizzazione delle Aziende Ospedaliere;
 - Art. 13, c. 1 e art. 18, comma 6, lettera a);
- DGR VII/14049 del 08.08.2003, con cui sono state emanate le *“Linee guida regionali per l'adozione del Piano di Organizzazione e Funzionamento Aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Lombardia”*;
- DGR n. VIII/3848 del 20.12.2006 - Linee di Indirizzo relative al Dipartimento ASSI;
- Comunicazione relativa al Piano di Organizzazione Aziendale, contenente le indicazioni operative per la formulazione e presentazione dello stesso, trasmessa ai Direttori Generali delle ASL, delle AO, delle Fondazioni IRCCS e dell'Azienda Regionale Emergenza Urgenza con nota H1.2008.0020454 del 23.05.08 a firma congiunta delle Direzioni Generali Sanità e Famiglia e Solidarietà Sociale;
- Circolare n. 7 del 12.06.2008 *“Indicazioni organizzative relative alla Direzione Sociale”*, trasmessa ai Direttori Generale ed ai Direttori Sociali delle Aziende Sanitarie Locali, con cui la Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale ha fornito indicazioni organizzative per l'aggiornamento dei Piani di Organizzazione Aziendale delle Aziende sanitarie - anno 2008 - con riferimento specifico all'area delle dipendenze;
- Legge n. 412 del 30.12.1991 *“Disposizioni in materia di finanza pubblica”*, art. 4, c.7 *“Assistenza sanitaria”* art.4, c. 8;
- DGR n. V/19855 del 17.03.1992 recante *“Disciplina provvisoria del controllo della Giunta Regionale sugli atti degli Enti Sanitari in attuazione dell'articolo 4, comma 8, della Legge n. 412 del 30.12.1991”*.

2. Libera Professione Intramuraria

In applicazione degli artt. 4, commi 11 e 15 *quinques* del d.lgs. n. 502/1992 e nel rispetto dei principi fissati dagli stessi, a tutto il personale medico, veterinario e della dirigenza del ruolo sanitario del servizio sanitario nazionale, con rapporto di lavoro esclusivo, è consentito lo svolgimento dell'attività libero professionale all'interno delle Aziende ed Enti sanitari di cui sono dipendenti (libera professione intramuraria), da attuarsi nel rispetto delle norme che disciplinano i diversi aspetti della materia come il regime delle incompatibilità, la disciplina professionale in cui l'attività può essere svolta e le modalità previste.

Le Aziende ed Enti sanitari interessati sono le ASL, le AO, le Aziende Ospedaliere Universitarie, i Policlinici Universitari a gestione diretta e gli IRCCS di diritto pubblico; i predetti Enti sono tenuti ad adottare un apposito Regolamento sulla libera professione intramuraria, contenente in particolare le modalità di esercizio della medesima attività ed il relativo sistema di controlli.

Gli stessi Enti sono inoltre tenuti ad adottare un Piano triennale della libera professione intramuraria, concernente la gestione aziendale di tale istituto, che deve comprendere, in particolare, i rapporti tra i volumi di attività istituzionale e di attività in libera professione intramuraria, nonché le altre informazioni previste dall'art. 1 della legge n. 120/2007 "*Disposizioni in materia di attività libero professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria*".

La principale disciplina contrattuale dell'attività libero professionale intramuraria è contenuta negli artt. 54 e seguenti di entrambi i contratti collettivi nazionali di lavoro sottoscritti in data 08.06.2000, rispettivamente per l'area della dirigenza medica - veterinaria e per l'area della dirigenza SPTA.

Inoltre, l'art. 5 dei contratti collettivi nazionali di lavoro sottoscritti in data 17.10.2008 per entrambe le aree dirigenziali citate, attribuisce alla Regione, ferma restando l'autonomia contrattuale delle aziende ed enti, la possibilità di emanare, previo confronto con le organizzazioni sindacali firmatarie del medesimo contratto, linee generali di indirizzo anche in materia di libera professione intramuraria.

RIFERIMENTI NORMATIVI RELATIVI AD ALCUNI ISTITUTI DI PARTICOLARE INTERESSE INERENTI LA MATERIA.

A) NORME NAZIONALI

1. Rapporto unico di impiego con il Servizio sanitario nazionale e incompatibilità:

- L. 30.12.1991, n. 412 "*Disposizioni in materia di finanza pubblica*", art. 4, c.7 "*Assistenza sanitaria*";
- L. 23.12. 1996, n. 662 "*Misure di razionalizzazione della finanza pubblica*", art.1, c. 5 e art. 1, c.10.

2. Esclusività del rapporto di lavoro:
D.Lgs. 30.12.1992, n. 502 *"Riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'art. 1 della L. 23.10.1992, n. 421"*, art. 15 – bis, c. 2 *"Funzioni dei Dirigenti responsabili di Struttura"*.
3. Esclusività del rapporto di lavoro e Libera Professione Intramuraria.
 - D.Lgs. 30.12.1992, n. 502 *"Riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'art. 1 della L. 23.10.1992, n. 421"*:
 - o art. 15 quater *"Esclusività del rapporto di lavoro dei dirigenti del ruolo sanitario"*.
 - o art. 15 quinquies *"Caratteristiche del rapporto di lavoro esclusivo dei dirigenti sanitari"*.
4. Definizione di attività libero professionale intramuraria (ALPI):
 - D.M. Sanità 31.07.1997 *"Attività libero professionale e incompatibilità del personale della dirigenza sanitaria del S.S.N."*, art. 1 *"Attività libero professionale"*;
 - DPCM 27.03.2000 *"Atto di indirizzo e coordinamento concernente l'attività libero professionale intramuraria del personale delle dirigenza sanitaria del servizio sanitario nazionale"*, art. 2 *"Attività libero professionale"*
5. Categorie professionali interessate all'ALPI:
 - D.M. Sanità 31.07.1997 *"Attività libero professionale e incompatibilità del personale della dirigenza sanitaria del S.S.N."*, art. 2.
 - DPCM 27.03.2000 *"Atto di indirizzo e coordinamento concernente l'attività libero professionale intramuraria del personale delle dirigenza sanitaria del servizio sanitario nazionale"*, art. 3 *"Categorie professionali"*
6. Soggetti ed Enti destinatari:
 - D.M. Sanità 31.07.1997 *"Attività libero professionale e incompatibilità del personale della dirigenza sanitaria del S.S.N."*, art. 3.
 - DPCM 27.03.2000 *"Atto di indirizzo e coordinamento concernente l'attività libero professionale intramuraria del personale delle dirigenza sanitaria del servizio sanitario nazionale"*, art. 4.
7. Opzione tra attività libero professionale intramuraria ed extramuraria:
 - D.M. Sanità 31.07.1997 *"Attività libero professionale e incompatibilità del personale della dirigenza sanitaria del S.S.N."*, art. 4;
 - L. 23.12.1998, n. 448 *"Misure di finanza pubblica per la stabilizzazione e lo sviluppo"*, art. 72 *"Disposizioni per la riqualificazione dell'assistenza sanitaria"*;
8. Attività di consulenza e consulti:
 - D.M. Sanità 31.07.1997 *"Attività libero professionale e incompatibilità del personale della dirigenza sanitaria del S.S.N."*, art. 5.

9. Controllo sul rispetto delle disposizioni relative all'incompatibilità:
- D.M. Sanità 31.07.1997 "Attività libero professionale e incompatibilità del personale della dirigenza sanitaria del S.S.N.", art. 5;
 - L. 23.12.1998, n. 448 "Misure di finanza pubblica per la stabilizzazione e lo sviluppo", art. 72 "Disposizioni per la riqualificazione dell'assistenza sanitaria";
10. Regolamento aziendale della attività libero professionale:
- D.M. Sanità 31.07.1997 "Linee Guida dell'organizzazione dell'attività libero professionale intramuraria della dirigenza sanitaria del Servizio sanitario nazionale", art.1 "Organizzazione dell'attività intramuraria";
 - DPCM 27.03.2000 "Atto di indirizzo e coordinamento concernente l'attività libero professionale intramuraria del personale delle dirigenza sanitaria del servizio sanitario nazionale", art. 5.
11. Controlli ed interventi regionali:
- D.L. 04.07.2006, n. 223 (Legge di conversione 04.08.2006, n. 248) "Disposizioni urgenti per il rilancio economico e sociale, per il contenimento e la razionalizzazione della spesa pubblica, nonché interventi in materia di entrate e di contrasto all'evasione fiscale", art. 22 - bis, c. 4 "Riduzione della spesa per incarichi di funzione dirigenziale. Disposizioni in materia di attività libero professionale".
12. Piano Aziendale della libera professione:
- L. 03.08.2007, n. 120 "Disposizioni in materia di attività libero professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria", art. 1.

B) NORME CONTRATTUALI:

1. Disposizioni contrattuali in materia di Libera professione intramuraria dei dirigenti medici e veterinari e della dirigenza del ruolo sanitario, con rapporto di lavoro esclusivo:
- CCNL della dirigenza medica e veterinaria, parte normativa 1998 – 2001, parte economica 1998 – 1999 sottoscritto il giorno 08.06.2000 - Parte III – Titolo I – Capo I – artt. da 54 a 61.
 - CCNL della dirigenza SPTA, parte normativa 1998 – 2001, parte economica 1998 – 1999 sottoscritto il giorno 08.06.2000 - Parte III Titolo I – Capo I – artt. da 54 a 61.
2. Attribuzione alla Regione della possibilità di emanare linee generali di indirizzo in materia di libera professione:
- CCNL della dirigenza medica e veterinaria, parte normativa 2006 – 2009, parte economica 2006 – 2007 sottoscritto il giorno 17.10.2008 – art.5, lettera J),

- CCNL della dirigenza SPTA, parte normativa 2006 – 2009, parte economica 2006 – 2007 sottoscritto il giorno 17.10.2008 – art.5, lettera J).

C) DELIBERE E NOTE REGIONALI IN MATERIA DI ALPI

- DGR del 05.04.2006, N. V/III/2308 *“Linee guida regionali per la predisposizione dei regolamenti aziendali che disciplinano l’attività libero professionale intramuraria”*;
- DGR del 25.07.2007, n. VIII/005162 *“Determinazioni in ordine all’esercizio dell’attività libero professionale intramuraria”*,
- DGR del 13.06.2008, n. VIII/007441 *“Linee di indirizzo in ordine all’esercizio della libera professione intramuraria da parte dei medici veterinari”*;
- DGR n. VIII/9463/2009, *“Linee di indirizzo in applicazione dell’art. 5 (coordinamento regionale) dei CCNL della dirigenza medica e veterinaria e SPTA del SSN sottoscritti il 17.10.2008.”*
- Nota prot. n. H1.2004.0004117 del 25.01.2004 *“Esercizio attività libero – professionale presso strutture sanitarie accreditate”*.
- Nota prot. n. H1.2004.0062997 del 22.12.2004 *“Rapporti tra strutture sanitarie”*.

3. Formazione del personale del SSR ed Educazione Continua In Medicina

3.1 Educazione Continua in Medicina

L'attività formativa serve a mantenere, sviluppare ed incrementare le conoscenze, le competenze e le performance degli operatori della sanità e viene denominata ECM (Educazione continua in medicina); è stata introdotta in Italia con l'art. 14 del D.lgs. n. 229/1999 che ha provveduto ad inserire nel testo del D.lgs. n. 502/1992 gli artt. 16-bis e segg.

La formazione continua comprende l'aggiornamento professionale e la formazione permanente.

L'aggiornamento professionale è l'attività successiva al corso di diploma, laurea, specializzazione, formazione complementare, formazione specifica in medicina generale, diretta ad adeguare per tutto l'arco della vita professionale le conoscenze professionali.

La formazione permanente comprende le attività finalizzate a migliorare le competenze, le abilità cliniche, tecniche e manageriali ed i comportamenti degli operatori sanitari al progresso scientifico e tecnologico con l'obiettivo di garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza alla assistenza prestata dal servizio sanitario nazionale.

La formazione continua consiste in attività di qualificazione specifica per i diversi profili professionali, attraverso la partecipazione a corsi, convegni, seminari, organizzati da istituzioni pubbliche o private accreditate nonché soggiorni di studio e la partecipazione a studi clinici controllati e ad attività di ricerca, di sperimentazione e di sviluppo.

La formazione continua è sviluppata sia secondo percorsi formativi autogestiti sia, in misura prevalente, in programmi finalizzati agli obiettivi prioritari del Piano sanitario nazionale e del Piano sanitario regionale nelle forme e secondo le modalità indicate dalla Commissione Nazionale per la Formazione Continua.

Quadro di riferimento normativo

La materia è regolamentata da due fonti principali poste a diversi livelli:

1. il primo livello, che potremmo definire centrale, definisce le regole comuni alle quali fanno riferimento sia gli enti accreditanti regionali che i provider erogatori di formazione continua e scaturisce per effetto della stipula degli Accordi tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano (c.d. accordi stato regioni).

Attualmente esplicano efficacia:

- l'accordo del 1 agosto 2007 concernente "*Riordino del sistema di Formazione continua in medicina*";

- il successivo accordo del 5 novembre 2009 "Accordo concernente il nuovo sistema di formazione continua in medicina- accreditamento dei provider, formazione a distanza, obiettivi formativi, valutazione della qualità del sistema formativo in ambito sanitario, attività formative realizzate all'estero, liberi professionisti";
 - l'art. 14 del D.lgs. n. 229/1999 che ha provveduto ad inserire nel testo del D.lgs. n. 502/1992 gli artt. 16-bis e segg.
2. il secondo livello, c.d."regionale", è regolato dalla legge regionale n. 33, art. 20 e da due diversi provvedimenti amministrativi emanati annualmente:
- una delibera di carattere generale che tiene conto sia delle regole comuni che dei mutamenti normativi, oltre a delineare le linee di indirizzo del sistema al fine di preservarne ed implementare le peculiarità locali;
 - un decreto di attuazione della delibera di cui sopra che disciplina le regole di dettaglio rivolte agli operatori.

Attualmente sono vigenti e costituiscono punto di riferimento per i provider e per i professionisti sanitari i seguenti provvedimenti regionali:

- DGR n. IX/1535 del 6 aprile 2011 " *Determinazioni in merito all'attuazione del sistema lombardo ECM – CPD (Educazione continua in medicina – sviluppo professionale continuo). Anno 2011*";
- DDG San n. 3243 del 8 aprile 2011.

3.2 Formazione del Personale del SSR: Piani di formazione aziendali

Ogni anno le aziende ospedaliere pubbliche devono predisporre il Piano annuale di formazione aziendale tenendo conto degli obiettivi aziendali, regionali e nazionali evidenziati nei documenti strategici di programmazione regionali e nazionali e nelle regole di sistema regionali approvate annualmente dalla Direzione Generale Sanità.

Ogni anno vengono definiti dalla Direzione Generale Sanità gli argomenti ritenuti strategici: lo svolgimento e la partecipazione dei professionisti a tali eventi sono collegati anche agli obiettivi dei Direttori generali aziendali.

I Piani di formazione aziendali devono garantire l'opportunità di formazione a tutte le categorie di lavoratori dell'azienda. Le norme generali per l'accREDITAMENTO dei Piani di formazione fanno riferimento agli atti della Direzione Generale Sanità relativi all'ECM sopra citati e devono contenere in particolare:

- gli eventi che concorrono a costituire gli obiettivi dei Direttori generali d'azienda, in quanto ritenuti particolarmente strategici dalla Direzione Generale Sanità di Regione Lombardia;
- la formazione obbligatoria, in quanto legata a normativa nazionale: formazione sulla prevenzione all'AIDS (legge 135/1990 " *Programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS.*") e sulla radioprotezione del paziente (D.Lgs. 187/2000 " *Attuazione della direttiva*

97/43/Euratom in materia di protezione sanitaria delle persone contro i pericoli delle radiazioni ionizzanti connesse ad esposizioni mediche.”).

3.3 Formazione Manageriale

Ogni anno vengono attivati dalla Direzione Generale Sanità, per tramite di Eupolis, i corsi di formazione manageriale per:

- Direttori di Azienda Sanitaria
- Direttori di struttura complessa – area territoriale e area sanitaria.

Quadro di riferimento normativo

- Decreto legislativo n. 502/92 *“Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421.”* e in particolare l'art. 16 *quinques*;
- Decreto del Presidente della Repubblica n. 484/1997 *“Regolamento recante la determinazione dei requisiti per l'accesso alla direzione sanitaria aziendale e dei requisiti e dei criteri per l'accesso al secondo livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale.”* e in particolare l'art. 1 (Requisiti per l'accesso dell'incarico di direzione sanitaria aziendale) e l'art. 7 (Corsi di formazione manageriale) in cui sono definiti gli obiettivi, i contenuti, il numero di ore, le modalità di svolgimento dei corsi e dell'accertamento degli esiti finali;
- Decreto legislativo n. 229/1999 *“Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della L. 30 novembre 1998, n. 419.”* e in particolare l'art. 3 bis, comma 3, che individua i requisiti che devono possedere gli aspiranti direttori di azienda sanitaria, tra i quali il certificato di formazione in materia di sanità pubblica, organizzazione e gestione sanitaria;
- Legge Regionale n. 33/2009 *“Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità”* e in particolare l'art. n. 15 (Direttore Sanitario, Direttore Amministrativo, Direttore Sociale e Responsabili delle strutture, Consiglio dei sanitari).

Allegato 7

Sistema Informativo Sociosanitario (SISS)

1. Inquadramento

Il SISS, avviato come progetto nel 1999, è stato previsto nella “delibera delle regole” relativamente da pochi anni. Inizialmente l’inserimento ha avuto il solo scopo di omologare i contratti e gli addenda, corposi e complessi, che già ne disciplinavano puntualmente i diversi aspetti.

Il primo momento significativo di discontinuità si è avuto nel 2007, anno in cui si è passati da una fase di progettazione e sperimentazione nonché di adesione volontaria, all’obbligatorietà di utilizzo.

Riferimenti:

- comma 9 bis dell’art. 14 della l.r. 31/1997, come sostituito dall’art. 1, comma 1, lett. a), della l.r. 18/2007, (v. ora art. 22 della l.r. 33/2009) che fissa l’obbligatorietà del SISS per tutti gli operatori in ambito sanitario e sociosanitario;
- dgr VIII/5738/2007 “*Progetto CRS_SISS: prima attuazione art 1 l.r 18/2007*” di prima attuazione dell’obbligatorietà.

In fase di scadenza del contratto decennale iniziale, con una serie di atti è stato avviato il riordino complessivo del SISS e dei sistemi informativi sanitari.

Riferimenti:

- dgr VIII/10031/2009 “*Determinazione in merito all’evoluzione del Progetto CRS-SISS*”
- dgr VIII/10512/2009 “*Determinazione in merito all’evoluzione del progetto CRS-SISS-Approvazione della pianificazione di dettaglio, dello schema d’incarico a Lombardia Informatica SPA e degli schemi di convenzione tra Regione Lombardia, Lombardia Informatica SPA e aziende sanitarie*” che dettagliano il piano degli obiettivi del triennio 2010-2012 e approvano strumenti di controllo e di governance sul territorio, nel quadro dei rapporti con LISPA.

Operativamente, come stabilito nelle sopracitate delibere del 2009, a valle delle delibere stesse si definisce uno schema di piano annuale che declina puntualmente tutte le azioni che le aziende sono tenute ad attuare per raggiungere gli obiettivi fissati.

2. Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE): I Referti

La finalità da perseguire è rendere disponibili sul FSE un numero sempre più rilevante di referti, nell’ottica della completezza dell’FSE e della sua valorizzazione

a supporto della diagnosi e cura (evoluzione del sistema delle reti di patologia e dei piani diagnostici terapeutici, integrazione con i sistemi di emergenza/urgenza).

In particolare le aziende erogatrici devono:

- sensibilizzare i propri operatori sia sulla pubblicazione di tutte le tipologie di referti sia sulla comunicazione ai cittadini delle modalità di consultazione dei referti on-line; ciò implica adeguamenti dell'assetto organizzativo aziendale rispetto all'attuale fase/processo di consegna del referto cartaceo;
- continuare a sensibilizzare, con le diverse attività di comunicazione, in sinergia con la propria ASL, i cittadini sull'opportunità della costituzione del proprio FSE attraverso il semplice rilascio del "consenso".

Obiettivo per l'anno 2011 è stato aumentare le attuali percentuali di pubblicazione dei referti.

Riferimenti:

Linee guida nazionali 2011

3. Patient Summary

In attuazione degli accordi collettivi nazionali per la medicina generale dell'8 luglio 2010, nel 2011 si è previsto di estendere progressivamente la sperimentazione del documento di sintesi clinica del cittadino (patient summary) su un numero maggiore di ASL e quindi di pazienti interessati.

Il patient summary rappresenta, infatti, un obiettivo fondamentale per favorire la continuità di cura e la gestione delle situazioni di emergenza. La finalità è la raccolta dei soli dati essenziali per l'emergenza e non può prescindere dalla piena collaborazione dei Medici di Medicina Generale /Pediatri di Libera Scelta che sono i titolari delle informazioni e gli unici attori responsabili dell'inserimento all'interno del FSE.

L'obiettivo per l'anno 2011 era la valutazione sulla base del numero di cittadini con patient summary compilato, nei territori in cui si è deciso di attivare il servizio.

4. Dematerializzazione

Strettamente legate ai due obiettivi precedenti sono le attività volte alla creazione e alla gestione di un sempre maggior numero di documenti sanitari in formato elettronico. Dovranno essere incrementate nel tempo le tipologie di documenti dematerializzati, anche sulla base delle sperimentazioni realizzate.

Le aziende sanitarie dovranno:

- attuare azioni di coinvolgimento e comunicazione sui diversi attori, al fine di ottenere l'adeguato supporto;
- realizzare gli adeguamenti tecnologici degli applicativi degli operatori sanitari e delle modalità di connessione di questi con il SISS, al fine di creare le basi per l'effettiva dematerializzazione dei documenti sanitari;

- avviare le azioni necessarie per l'adeguamento dei processi organizzativi interni.

Nel 2011 è stato definito un piano pluriennale per la conservazione sostitutiva dei documenti sanitari che porterà al completamento di tutte le strutture per il 2015.

Riferimenti

D.Lgs. 7 marzo 2005, n. 82 "Codice dell'amministrazione digitale" così come modificato dal D.Lgs. 30 dicembre 2010, n. 235 "Modifiche ed integrazioni al decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, recante Codice dell'amministrazione digitale, a norma dell'articolo 33 della legge 18 giugno 2009, n. 69."

5. Ricetta Elettronica e invio delle prescrizioni

La legge 122/2010 recante "Misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica", sancisce la completa sostituibilità del documento prescrittivo cartaceo, rendendo possibile l'avvio effettivo della sperimentazione volta al passaggio dalla prescrizione cartacea (RUR) alla prescrizione elettronica. Contemporaneamente, con riferimento all'attuazione, in ambito regionale, delle disposizioni di cui al DPCM del 26 marzo 2008 "Attuazione dell'articolo 1, comma 810, lettera c), della legge 27 dicembre 2006, n. 296, in materia di regole tecniche e trasmissione dati di natura sanitaria, nell'ambito del Sistema pubblico di connettività." riguardanti la trasmissione telematica dei dati delle ricette dei medici a carico del SSN, il Ministero dell'Economia e delle Finanze, con decreto del 14 luglio 2010, ha fissato al 1 ottobre 2010 la data di avvio a regime del sistema informativo socio-sanitario della Regione Lombardia, rendendo esecutive le disposizioni di cui agli accordi collettivi nazionali con i medici convenzionati inerenti l'obbligo di trasmissione per i medici, attraverso il sistema regionale, dei dati delle ricette e le eventuali sanzioni da applicare in caso di inadempienza o a fronte di trasmissione inferiore all'80% del totale stabilito.

In tale contesto normativo diventa fondamentale, da un lato, promuovere e monitorare i livelli prescrittivi nei diversi territori, dall'altro, registrare con maggiore attenzione, al momento dell'erogazione, il corretto valore del codice IUP presente sulla prescrizione, nonché diffondere l'utilizzo del SISS anche per le prescrizioni effettuate da specialisti.

Riferimenti normativi

DPCM 26 marzo 2008 "Attuazione dell'articolo 1, comma 810, lettera c), della legge 27 dicembre 2006, n. 296, in materia di regole tecniche e trasmissione dati di natura sanitaria, nell'ambito del Sistema pubblico di connettività"

DM 14 luglio 2010 "Comunicazione dell'avvio a regime del sistema regionale della regione Lombardia, per la trasmissione telematica dei dati delle ricette a carico del Servizio sanitario nazionale da parte dei medici prescrittori regionali"

D.M. 2 novembre 2011 " *De-materializzazione della ricetta medica cartacea, di cui all'art. 11, comma 16, del decreto-legge n. 78 del 2010. (Progetto Tessera sanitaria).*"

6. Certificati di malattia on line

Con decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali e con il Ministro dell'Economia e delle Finanze (DM 26 febbraio 2010 " *Definizione delle modalità tecniche per la predisposizione e l'invio telematico dei dati delle certificazioni di malattia al SAC*"), attuativo dell'art. 8 del DPCM del 26 marzo 2008, sono state definite le modalità tecniche di predisposizione ed invio telematico, da parte dei medici all'INPS, dei dati delle certificazioni di malattia.

Per la Lombardia è stata attivata la procedura di predisposizione e invio telematico all'INPS dei dati delle certificazioni di malattia da parte dei medici prescrittori tramite il SISS.

Nel corso del 2011, a valle degli approfondimenti da parte della Conferenza Stato-Regioni, sono state implementate le soluzioni informatiche specifiche per migliorare la fruizione del servizio in ambito ospedaliero (pronto soccorso) ed agevolare l'attività dei medici.

7. Coinvolgimento degli Enti Erogatori privati accreditati

Come sottolineato dal PSSR della IX legislatura, al fine di garantire la completezza dell'FSE nonché l'effettiva dematerializzazione di un numero sempre più elevato di documenti sanitari, è necessario proseguire e completare le attività d'integrazione al SISS dei sistemi informativi degli enti erogatori privati accreditati.

In particolare, dovrà progressivamente realizzarsi l'integrazione con il SISS finalizzata alla comunicazione degli eventi sanitari e alla pubblicazione dei documenti sanitari elettronici sottoscritti digitalmente, compresi i certificati di malattia on-line.

Riferimenti

DGR VIII/7054/2008 " *Determinazioni in merito al progetto CRS-SISS: Adesione degli enti erogatori privati accreditati*"

DGR VIII/10922/2009 " *Determinazioni in merito al progetto CRS-SISS degli enti erogatori privati accreditati ed in merito al progetto CRS_SISS*"

8. Rete Regionale di prenotazione

Per garantire al cittadino la più ampia possibilità di scelta spazio-temporale della struttura presso la quale usufruire della prestazione, si è proceduto al potenziamento del servizio con il quale poter effettuare le prenotazioni tramite il SISS-SEB GP ++ (servizio di base gestione prenotazioni) .

Vista la riorganizzazione complessiva del servizio attualmente in corso, nel 2011 si sono consolidati i livelli quantitativi delle prenotazioni.

Riferimenti:

dgr IX/1350/2011 " del 25/2/2011 " *Determinazioni relative all'evoluzione del Call Center Regionale (CCR) di prenotazione di prestazioni sanitarie*"

dgr IX/2405 del 26/10/2011 " *Nuove determinazioni in merito all'evoluzione del CCR di prenotazione delle prestazioni sanitarie*"

9. Tematiche specifiche

Sottesa ai temi trattati esiste tutta una serie di tematiche centrate o sulle diverse categorie di operatori che devono raggiungere gli obiettivi di cui sopra o sugli strumenti/modalità da utilizzare.

9.1. Categorie di operatori

Medici	accordo regionale del 2004 intesa del 2009
Pediatri	accordo regionale del 2004
Farmacisti	dgr IX/1213/2011 del 12/01/2011 " <i>Determinazioni in merito al progetto CRS-SISS: proroga convenzione con le farmacie per la partecipazione ai servizi siss, inclusi quelli di prenotazione e registrazione del consenso informato</i> " dgr IX/1894 del 22/6/2011 " <i>Determinazione in merito al progetto CRS-SISS: approvazione dello schema di accordo regionale con le farmacie avente ad oggetto 'Rinnovo convenzione per l'utilizzo della piattaforma tecnologica SISS da parte delle farmacie lombarde e per la loro partecipazione ai servizi messi a disposizione del sistema SISS per la comunicazione ed elaborazione dei dati sanitari ed il miglioramento dei servizi all'utenza'</i> ."
Provider	dgr IX/1153/2010 " <i>Determinazioni inerenti i provider dei servizi della rete del sistema informativo socio sanitario (SISS)</i> "

9.2. Strumenti

Privacy	<i>dgr VIII/5198/2007 "Progetto CRS SISS: individuazione dei responsabili del trattamento dei dati personali. Disposizioni per le aziende sanitarie pubbliche e schema di convenzione con le aziende socio sanitarie private accreditate a contratto"</i>
---------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Allegato 8

Attività di assistenza protesica e integrativa

I principali provvedimenti che disciplinano la materia a livello nazionale sono:

- Legge n. 115 del 16 marzo 1987 "Disposizioni per la prevenzione e la cura del diabete mellito";
- D.M. 27 agosto 1999, n. 332 – "Regolamento recante norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale: modalità di erogazione e tariffe";
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza";
- DM 4 maggio 2006 "Limiti massimi di spesa per l'erogazione dei prodotti senza glutine, di cui all'articolo 4, commi 1 e 2, della legge 4 luglio 2005, n. 123, recante: «Norme per la protezione dei soggetti malati di celiachia»";
- Legge n. 111 del 15 luglio 2011 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98 recante disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria.", articolo 17 comma 1 lettera c).

A livello regionale i seguenti provvedimenti hanno contribuito a orientare l'attività in materia di protesica e assistenza integrativa:

- DGR n. 8678 del 9 aprile 2002 "Definizione delle procedure per la gestione integrata del paziente diabetico";
- DGR n. 8730 del 22 dicembre 2008 "Revisione e riorganizzazione dell'attività di prescrizione ed erogazione di presidi - ausili - protesi";
- DGR n. IX/002633 del 6 dicembre 2011 avente ad oggetto "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2012".

L'erogazione delle prestazioni di assistenza protesica nell'ambito del servizio sanitario nazionale è definita dalla vigente normativa nazionale e regionale, che ne disciplina la modalità prescrittiva, erogativa e la tariffazione.

Le prestazioni erogabili di assistenza protesica si dividono in :

- elenco n. 1 del nomenclatore, che contiene i dispositivi (protesi, ortesi e ausili tecnici) costruiti su misura e quelli di serie la cui applicazione richiede modifiche eseguite da un tecnico abilitato su prescrizione di un medico specialista ed un successivo collaudo da parte dello stesso. L'elenco n. 1 contiene, altresì, i dispositivi di fabbricazione continua o di serie finiti che, per essere consegnati ad un determinato paziente, necessitano di essere specificamente individuati e allestiti a misura da un tecnico abilitato, su prescrizione del medico specialista. I dispositivi contenuti nell'elenco n. 1 sono destinati esclusivamente al paziente cui sono prescritti. La loro applicazione è effettuata da un tecnico in possesso del titolo abilitante all'esercizio della specifica professione o arte sanitaria ausiliaria, ai sensi del

regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, dell'articolo 6 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni e dell'articolo 4 della legge 26 febbraio 1999, n. 42.

- elenco n. 2 del nomenclatore, che contiene i dispositivi (ausili tecnici) di serie la cui applicazione o consegna non richiede l'intervento del tecnico abilitato.
- elenco n. 3 del nomenclatore, che contiene gli apparecchi acquistati direttamente dalle aziende unità sanitarie locali (Usl) ed assegnati in uso con le procedure indicate nell'articolo 4.

La sperimentazione di cui alla DGR n. 8730 del 22 dicembre 2008 relativa alla revisione e riorganizzazione dell'attività di prescrizione ed erogazione di presidi - ausili - protesi nel corso del 2011 ha visto coinvolte tutte le ASL. L'obiettivo di allargamento a tutte le ASL lombarde del sistema di erogazione di ausili-presidi-protesi attraverso la sua informatizzazione si può considerare raggiunto, tuttavia, l'estensione ad una gamma più estesa di dispositivi richiede l'attuazione dei contenuti definiti nei diversi gruppi di lavoro e il passaggio dal sw Assistant locale al sw Assistant-RL per tutti gli operatori ASL.

Allegato 9

Programmazione delle attività di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza e di psichiatria

1. Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza

I principali provvedimenti che disciplinano la materia a livello nazionale sono:

- Linee di indirizzo nazionali per la salute mentale del 20 marzo 2008;
- DM 24 aprile 2000 "Adozione del Progetto Obiettivo Materno-Infantile relativo al Piano Sanitario Nazionale 98/2000";
- DPR 10 novembre 1999 "Approvazione del Progetto Obiettivo Tutela della salute mentale 1998-2000".

A livello regionale hanno contribuito a orientare l'attività in materia di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza:

- DCR 980 del 29 luglio 1998 "Determinazioni in ordine agli afferimenti delle Unità Operative di Neuropsichiatria per l'Infanzia e l'Adolescenza (UONPIA) alle Aziende Ospedaliere";
- DGR 6860 del 19 marzo 2008 "Linee di indirizzo regionali per l'infanzia e l'adolescenza in attuazione del PSR 2007/2009";
- DGR 2185 del 4 agosto 2011 "Determinazioni in ordine al processo di individuazione e accompagnamento dell'alunno con disabilità ai fini dell'integrazione scolastica".

I Servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA), pubblici e privati accreditati, effettuano attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione in ambito neurologico, psichiatrico e neuropsicologico per soggetti di età compresa tra 0 e 18 anni. Si tratta di disturbi molto rilevanti per la salute pubblica, poiché molte patologie psichiatriche, neurologiche e neuropsicologiche hanno il loro esordio in età evolutiva e, se non adeguatamente e tempestivamente trattate, possono determinare conseguenze significative in età adulta, sia per quanto riguarda la salute mentale che per le condizioni di disabilità e non autosufficienza.

Si è inoltre assistito negli ultimi anni a una costante crescita della domanda per la maggiore sensibilità della popolazione in generale e per l'aumentato impatto dei fattori di rischio sullo sviluppo del bambino e dell'adolescente.

Nell'attualità la situazione dei servizi di NPIA presenta tuttavia significativi elementi di disomogeneità a livello regionale, in termini sia di strutture esistenti (non tutte le Unità Operative di NPIA sono per esempio dotate dell'intera rete di servizi previsti - ambulatoriali, semiresidenziali, residenziali, di ricovero) che di modelli organizzativi (in alcune realtà le UONPIA afferiscono al Dipartimento Materno-Infantile, in altre al Dipartimento di Salute Mentale).

Per questo motivo è stata ripetutamente sottolineata l'importanza di perseguire il consolidamento di un Sistema Integrato di Servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza su tutto il territorio regionale, relativamente alle professionalità stabilmente assegnate (neuropsichiatri, psicologi, terapisti della

neuropsicomotricità dell'età evolutiva, logopedisti, educatori ecc), alle strutture e alle modalità di raccordo tra istituzioni. Particolare importanza assume in quest'ottica il ruolo di governo clinico da parte degli Organismi di Coordinamento per la NPIA attivi in ogni ASL e l'attivazione dal 2008 di progetti a finanziamento regionale.

Tali progetti hanno l'obiettivo di sviluppare percorsi integrati e coordinati tra più servizi sul territorio di una stessa ASL, migliorando qualità e appropriatezza in aree di particolare criticità. Tra le aree di maggior bisogno individuate trasversalmente a più territori, si evidenziano la risposta (territoriale, semiresidenziale, residenziale e di ricovero) all'acuzie psichiatrica in adolescenza, nonché la tempestività dell'intervento diagnostico, terapeutico e riabilitativo nell'ambito della disabilità complessa e dei disturbi dello sviluppo, in stretto raccordo con i servizi di riabilitazione dell'età evolutiva e con le strutture educative e del sociale.

2. Psichiatria

La normativa nazionale che disciplina l'ambito delle attività psichiatriche è costituita, tra l'altro, da:

- DPR 10 novembre 1999 *"Approvazione del Progetto Obiettivo Tutela della salute mentale 1998-2000"*;
- Linee di indirizzo nazionali per la salute mentale del 20 marzo 2008.

A livello regionale numerosi provvedimenti hanno contribuito a definire il modello organizzativo dei servizi psichiatrici e le loro attività. Tra questi:

- DCR 30 gennaio 1995 n.1329 *"Progetto Obiettivo 'Tutela socio-sanitaria dei malati di mente - Triennio 1995-1997'"*;
- DGR 17 maggio 2004 n.17513 *"Piano regionale triennale per la salute mentale in attuazione del Piano Socio-Sanitario Regionale 2002-2004"*;
- DGR 28 febbraio 2007 n. 4221 *"Riordino della residenzialità psichiatrica in attuazione della DGR 17 maggio n. 17513 'Piano regionale Triennale per la Salute Mentale'"*;
- DGR 30 luglio 2008 n. 7861 *"Determinazioni in ordine alla residenzialità leggera in psichiatria"*.

Il sistema di offerta delle Unità Operative di Psichiatria (UOP), a ciascuna delle quali afferiscono almeno:

- uno o più Centri Psico-Sociali (CPS) e Ambulatori deputati a svolgere sul territorio l'attività ambulatoriale e domiciliare attraverso equipe multiprofessionali;
- 1 Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) ospedaliero;
- 1 Day Hospital;
- 1 Centro Diurno (CD) che eroga attività semiresidenziali;
- un'offerta di strutture residenziali (CRA, CRM, CPA, CPM, CPB) tali da garantire il rispetto dello standard di 1pl/4.000 abitanti, caratterizzate da livelli diversi di intensità sia assistenziale (variando da strutture che prevedono la presenza degli operatori nelle 24 ore a strutture che prevedono la presenza degli

operatori solo in alcune fasce orarie) che riabilitativa (essendo definiti programmi di alta, media e bassa intensità);

- uno o più programmi di residenzialità leggera;

ha registrato negli anni un progressivo consolidamento e appare nell'attualità omogeneamente diffuso su tutto il territorio regionale.

La solidità della rete di offerta ha reso possibile uno sviluppo costante dell'attività sia in termini di aumento del tasso di pazienti di età superiore a 18 anni trattati sia in termini di incremento del volume e della tipologia degli interventi offerti, come risulta dai dati resi disponibili dal Sistema Informativo Psichiatrico regionale che rileva in tutte le UOP informazioni relative alle caratteristiche cliniche e socio-demografiche degli utenti in contatto con i servizi e dati relativi ai contatti e alle differenti tipologie di prestazioni erogate.

Per quanto riguarda le caratteristiche del sistema di offerta aree di attenzione particolare sono:

- il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura rispetto a cui è iniziato un processo di revisione complessiva degli indirizzi circa l'emergenza-urgenza psichiatrica, il trattamento dell'acuzie e i nuovi modelli organizzativi, oltre agli aspetti fondamentali legati alle modalità di contenimento dell'aggressività, all'umanizzazione e alla sicurezza del contesto
- l'Ospedale Psichiatrico Giudiziario in quanto, in coerenza con le disposizioni normative nazionali, deve trovare compimento una organica modalità di attuazione del processo di dimissione dei pazienti lombardi ricoverati presso gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari seguendo i percorsi ordinari e sperimentali definiti a livello regionale da un gruppo tecnico di esperti.
- i programmi di residenzialità leggera, soluzioni abitative (il cui fabbisogno è stato rilevato nel 2011 con una ricognizione svolta su tutto il territorio regionale) che prefigurano una modalità efficace di integrazione tra sanitario e socio-sanitario e che rimandano a una ipotesi di revisione più generale delle forme di finanziamento, di remunerazione e di contribuzione alla spesa per le attività psichiatriche.

Per quanto riguarda l'innovazione, da due triennali vengono finanziati in tutte le UOP programmi innovativi territoriali e formativi per la salute mentale. I dati ricavati dai flussi informativi relativi alle attività dei programmi avviati nel triennio 2009-2011 mostrano non solo la capacità di risposta delle innovazioni ai bisogni specifici di salute nelle aree di intervento individuate dalla Direzione Generale Sanità come prioritarie (prevenzione e intervento precoce nei disturbi psichici gravi, inserimento lavorativo, intervento integrato e lavoro di rete, disturbi emergenti) ma anche il miglioramento dei dati di accesso e di soddisfazione delle attività territoriali.

Un'area in cui sia la neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza che la psichiatria sono state chiamate a un impegno particolare è rappresentata dall'integrazione.

Se in prima battuta la necessità di promuovere integrazione ha coinciso per entrambe le aree con l'esigenza di costruire e rafforzare strumenti e procedure atti a facilitare lo sviluppo di una programmazione congiunta da parte dei diversi stakeholders, istituzionali e non, coinvolti (istituzione in ogni ASL di un Organismo di

Coordinamento per la NPIA e di un Organismo di Coordinamento per la Salute Mentale dell'adulto), successivamente il tema dell'integrazione si è imposto in particolare con riferimento all'opportunità di promuovere una maggiore integrazione proprio tra psichiatria e neuropsichiatria relativamente all'area dei disturbi psichici in adolescenza, sia rispetto all'intervento in urgenza e al ricovero di adolescenti con quadri acuti, sia riguardo alle modalità di prevenzione e di trattamento territoriale dei disturbi nella fascia 16-18 anni. L'interesse per questa area di passaggio all'età giovanile, di grande rilievo prognostico e preventivo, rappresenta un primo terreno in cui mettere a frutto le esperienze innovative svolte, allo scopo di unire conoscenze e competenze tra NPIA e Psichiatria ed elaborare nuove linee di intervento condivise e integrate.

Allegato 10

Sanità Penitenziaria

1. Premessa

Con l'entrata in vigore del DPCM 1 aprile 2008 "*Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria*", in attuazione dell'art. 2, comma 283, della legge 244/2007 (legge finanziaria 2008), sono state trasferite alle Regioni le funzioni sanitarie in capo al Ministero della Giustizia e svolte dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria.

Con DGR n. 8120/2008 "*Sanità penitenziaria - Prime determinazioni in ordine al trasferimento al SSN in attuazione del DPCM 1.4.2008*", la Regione ha recepito il suddetto DPCM, disponendo, a far tempo dal 1 ottobre 2008, il relativo trasferimento alle aziende ospedaliere nei cui territori insistono gli istituti penitenziari e i centri di giustizia minorile.

2. Modello organizzativo

Il modello organizzativo per l'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari per adulti è quello riportato nella seguente tabella.

Istituto di pena	Azienda Ospedaliera di riferimento
Casa Circondariale di Bergamo	A.O. Ospedale Riuniti di Bergamo
Casa di Reclusione di Bollate	A.O. San Paolo di Milano
Casa Circondariale di Milano	A.O. San Paolo di Milano
Casa di Reclusione di Opera	A.O. San Paolo di Milano
Casa Circondariale di Brescia	A.O. Spedali Civili di Brescia
Casa di Reclusione di Bs Verziano	A.O. Spedali Civili di Brescia
Casa Circondariale di Busto Arsizio	A.O. Ospedale di Circolo di Busto Arsizio
Casa Circondariale di Cremona	A.O. di Cremona
Casa Circondariale di Lecco	A.O. Ospedale di Lecco
Casa Circondariale di Lodi	A.O. della Provincia di Lodi
Casa Circondariale di Pavia	A.O. della Provincia di Pavia
Casa Circondariale di Vigevano	A.O. della Provincia di Pavia
Casa Circondariale di Voghera	A.O. della Provincia di Pavia
Casa Circondariale di Sondrio	A.O. della Valtellina e della Valchiavenna
Casa Circondariale di Mantova	A.O. Carlo Poma di Mantova

Casa Circondariale di Varese	A.O. Ospedale di Circolo Fondazione Macchi di Varese
Casa Circondariale di Como	A.O. S. Anna di Como
Casa Circondariale di Monza	A.O. San Gerardo di Monza
Strutture per minori	A.O. San Carlo di Milano / Ao Spedali Riuniti BS

L'assistenza sanitaria di ogni istituto di pena presente sul territorio regionale è assegnata ad un'azienda ospedaliera responsabile.

Presiede al coordinamento delle attività di sanità penitenziaria l'Osservatorio Regionale per la Sanità Penitenziaria.

Il ruolo di coordinamento dei medici penitenziari è svolto dalla Unità Operativa Sanità Penitenziaria.

L'organizzazione della Sanità Penitenziaria negli istituti di pena per adulti presenti sul territorio lombardo è rappresentata come di seguito.

3. Assistenza farmaceutica

Con la DGR n. 8120/2008 è stata assicurata la continuità dell'assistenza farmaceutica ai detenuti adulti e minori internati presso gli istituti penitenziari secondo le determinazioni assunte con DGR n. 13915/2003 *"Prime determinazioni in attuazione alla DGR n. VII/11705 del 23 dicembre 2002 relativa all'accordo quadro tra la Regione Lombardia e il Ministero della Giustizia in ordine all'individuazione di priorità in materia penale per adulti e minori"*.

In base alla DGR n. 8120/2008, sono state altresì confermate le modalità di fornitura dei farmaci (di fascia A e C) e dei dispositivi medici per il tramite dell'azienda ospedaliera.

Al fine di monitorare le prestazioni di assistenza farmaceutica, è obiettivo di sistema e perciò dei Direttori generali delle aziende ospedaliere la corretta e completa compilazione del file F – tipologia 12.

4. Coordinamento attività sanitarie in rapporto alle esigenze di sicurezza

Per la definizione degli aspetti organizzativi relativi alle attività sanitarie e alle attività inerenti il trattamento e la sicurezza di competenza dell'amministrazione penitenziaria è stato costituito presso la Direzione Generale Sanità un gruppo di lavoro interdirezionale e interistituzionale con il Provveditorato dell'amministrazione penitenziaria e della giustizia minorile.

5. Minori

L'erogazione di prestazioni sanitarie dovute ai minori sottoposti a procedimento penale presso i tribunali di Milano e Brescia e collocati presso l'Istituto Penale Minorile Beccaria, il Centro di prima accoglienza di Milano o il Centro di pronta accoglienza di Brescia è regolata in base alla nota prot. H1.2011.0011704 a firma del Direttore Generale della Sanità "*Indicazioni relative alla attività sanitaria rivolta a soggetti sottoposti a procedimento penale presso i Tribunali per i minorenni di Milano e Brescia.*"

Tali indicazioni sono state elaborate e condivise con il Centro per la giustizia minorile di Milano.

6. Ospedali psichiatrici giudiziari (OPG)

Secondo l'accordo sancito tra Governo e Regioni (Conferenza unificata del 16.11.2009), all'OPG di Castiglione delle Stiviere afferiscono gli uomini residenti in Lombardia, Piemonte e Valle d'Aosta e le donne residenti nelle Regioni del centro-nord.

La Lombardia, che ha il maggior numero di persone ricoverate nei diversi OPG italiani, ha definito un proprio percorso per il conseguimento dell'obiettivo previsto delle dimissioni con le modalità, i tempi e le risorse necessarie, anche attivando presso la Direzione Generale Sanità un gruppo di lavoro specifico.

Esso considera i programmi da realizzare per i pazienti lombardi dimissibili sia dall'OPG Castiglione delle Stiviere sia da quello di Reggio Emilia e dagli altri OPG, nonché quelli relativi ai pazienti piemontesi.

Tenuto conto delle difficoltà a reinserire la maggior parte dei pazienti al loro domicilio e della necessità di fornire ai Dipartimenti di salute mentale (DSM) strumenti idonei a farsene carico, il percorso articolato coinvolge la Regione, le Aziende Sanitarie Locali con gli organismi di coordinamento per la salute mentale (OCSM) e i DSM lombardi e, in particolare, il DSM dell'azienda ospedaliera Poma di Mantova.

Come capofila del bacino di utenza dell'O.P.G., Regione Lombardia, per tramite della Direzione Generale Sanità, provvede ad assicurare il coordinamento con le Regioni afferenti al bacino stesso (Piemonte e Valle d'Aosta), affinché provvedano al recupero sul territorio dei pazienti ricoverati in OPG e dimissibili.

L'O.P.G. di Castiglione delle Stiviere coordina i programmi relativi ai pazienti ricoverati negli OPG valutati idonei alla dimissione, operando in collaborazione con il gruppo di lavoro OPG della DGS. A tale scopo l'O.P.G. di Castiglione delle Stiviere funge da snodo per i progetti inerenti sia al rientro dei pazienti lombardi inseriti negli altri O.P.G. italiani sia alla dimissibilità dei ricoverati con residenza lombarda, piemontese o valdostana dell'OPG di Castiglione, e deve pertanto provvedere alla puntuale e tempestiva segnalazione dei nominativi dei pazienti alle regioni ed alle aziende sanitarie locali lombarde competenti territorialmente, avendo il compito di monitorare costantemente le presenze di ricoverati afferenti

al bacino di Castiglione presso altri O.P.G. italiani, oltre che di segnalare alle aziende sanitarie locali i nominativi di nuovi casi oggetto di misure giudiziarie.

Allo stesso modo le aziende sanitarie locali e i DSM delle aziende ospedaliere devono mantenere un'intensa collaborazione con l'O.P.G. lombardo per la programmazione del reinserimento nel territorio dei pazienti lombardi presenti a Castiglione delle Stiviere e negli altri O.P.G. italiani.

I Direttori sanitari delle aziende sanitarie locali provvedono prontamente ad inviare, per il tramite delle Direzioni sanitarie delle aziende ospedaliere, ad ogni Dipartimento di Salute Mentale l'elenco dei residenti nell'area di competenza che risultano inseriti presso gli OPG italiani, con l'indicazione, se già individuata dalle strutture di provenienza, della loro dimissibilità valutata in accordo con la Direzione dell'OPG di Castiglione.

I DSM concordano quindi con l'OPG di Castiglione i programmi delle attività relative ai ricoverati in OPG valutati dimissibili, di cui all'elenco summenzionato, con indicazione sintetica dei percorsi personalizzati, individuati o previsti e con relativa tempistica, inviandone adeguata relazione alla attenzione del Direttore Generale dell'O.P.G. di Castiglione delle Stiviere, che a sua volta provvederà a trasmetterne copia (con dati anagrafici anonimizzati per motivi di privacy) alla Direzione Generale Sanità.

La "Struttura per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza in regime di Licenza Esperimento e per l'Esecuzione Penale Esterna della Libertà Vigilata" (SLiEV) è stata realizzata nel territorio di Castiglione delle Stiviere allo scopo di rispondere all'esigenza di una fase di accoglimento e di osservazione clinica propedeutica a successivi passaggi verso un reinserimento sociale degli utenti lombardi già internati in OPG e di difficile accoglimento a scadenza della Misura di Sicurezza nei DSM della Lombardia, e può essere utilizzata in favore dei programmi di dimissione dei pazienti lombardi ricoverati all'OPG di Castiglione.

L'azione di Regione Lombardia prevede una serie di tappe, con l'obiettivo di:

- programmare la dimissione da Castiglione dei pazienti provenienti dal Piemonte e dalla Valle d'Aosta valutati dimissibili, oltre che dagli altri OPG, coinvolgendo i DSM interessati;
- proseguire le azioni in tutte le aziende sanitarie locali lombarde, al fine di programmare la graduale dimissione e l'adeguato inserimento nel territorio o in idonee strutture residenziali del territorio degli utenti dimissibili dai diversi OPG, tramite riunioni operative in sede OCSM con la Direzione dell'OPG di Castiglione;
- prevedere quindi l'attuazione delle dimissioni degli utenti lombardi ricoverati, che necessitano di inserimento in apposite strutture residenziali, secondo una ampia progettualità sperimentale (con adattamento dei moduli riabilitativi-assistenziali) e programmando l'inserimento dei pazienti nel sistema assistenziale lombardo con il reperimento di strutture pubbliche o

private, in diversi ambiti territoriali, con una mission aperta a programmi di assistenza e riabilitazione di pazienti autori di reato;

- le provvidenze strutturali si accompagnano alle maggiori disponibilità di risorse residenziali, previste dal punto sulla residenzialità psichiatrica: per l'inserimento la procedura di invio da parte dei DSM va condivisa dalla Direzione dell'OPG di Castiglione e autorizzata dall'ASL di competenza: ciò ai fini della realizzazione pratica della progettualità citata sopra per l'inserimento in tutto il territorio regionale degli utenti dimissibili;
- promuovere azioni a salvaguardia di alcuni principi:
 1. la creazione, all'interno dei DSM e dei diversi enti e servizi interessati, di una cultura e di una formazione che contempli lo sviluppo delle capacità, da parte di dirigenti e operatori, di realizzare programmi terapeutico - riabilitativi in favore di pazienti autori di reato, anche prevedendo a livello regionale opportuni progetti formativi;
 2. l'osservanza del principio che le dimissioni dei pazienti da tutti gli OPG avvengano solo sulla base di progetti condivisi tra OPG e DSM secondo linee guida definite;
 3. il rispetto dei limiti massimi di capienza nell'OPG di Castiglione e delle modalità di invio dei pazienti pienamente coerenti con la normativa vigente.

Allegato 11

Controllo delle prestazioni sanitarie e monitoraggio dei tempi di attesa

1. Attività di controllo delle prestazioni di ricovero

Di seguito le principali disposizioni, attualmente vigenti, di interesse per l'attività di controllo, in materia di:

- 1.1 codifica, tariffe e modalità erogative delle prestazioni di ricovero;
- 1.2 controllo delle attività di ricovero;
- 1.3 prestazioni di ricovero extrabudget

1.1 Codifica, tariffe e modalità erogative delle prestazioni di ricovero

È stata effettuata un'analisi dei dati epidemiologici relativi ai ricoveri ostetrici degli anni 2002-2003 ed in collaborazione con le Società Scientifiche e dei gruppi di lavoro istituiti dalla Direzione Generale Sanità si è convenuto di equiparare il valore dei DRG 373, 374 e 375 al valore del DRG 371 "Parto cesareo senza CC". La differenza rispetto la tariffa precedente e la nuova è finalizzata a finanziare l'analgia in travaglio di parto.

In caso di effettuazione di analgesia in travaglio di parto dovrà essere inserito il codice 0391 "Iniezione di anestetico nel canale vertebrale per analgesia" nei campi della SDO "Altri interventi o procedure", al fine di ottenere dati epidemiologici sulla frequenza dell'analgia nel parto.

(Fonte: DGR n. VIII/19688 del 03.12.2004, Regole 2005 – Allegato 10)

Area Riabilitativa

Di seguito vengono dati i criteri di massima per la predisposizione del progetto riabilitativo di struttura e del progetto riabilitativo individuale che saranno considerati, anche in fase di verifica e di controllo delle attività erogate, la principale chiave di lettura e di giustificazione dell'appropriatezza delle cure erogate.

Progetto Riabilitativo di Struttura (PRS)

1. si definisce «Struttura U.O. di riabilitazione» quella in cui per tutti i pazienti trattati risulti documentato il «Progetto Riabilitativo Individuale»;
2. le strutture riabilitative devono definire nel PRS la propria mission collocandosi all'interno delle tipologie previste dalla «delibera di riordino»;
3. in «Riabilitazione Specialistica» il PRS deve essere redatto dalla Direzione Sanitaria in stretto raccordo con i Dirigenti di Struttura Complessa Specialista;
4. in coerenza con la «mission» dichiarata devono essere esplicitati i raggruppamenti diagnostici prevalenti descrittivi della casistica trattata;
5. il PRS deve essere coerente con il POA e rispettare i requisiti di accreditamento strutturali ed organizzativi previsti per la tipologia riabilitativa;

6. preso atto che il PSSR prevede che: «l'obiettivo che la Regione Lombardia deve perseguire è quello di creare un modello di percorso integrato e continuo sanitario, socio-sanitario e socio-assistenziale», ogni singola struttura riabilitativa deve prevedere nel PRS le modalità di raccordo con le altre strutture del percorso riabilitativo (U.O. invianti, U.O. accettanti, strutture territoriali etc.), in riferimento alle modalità prevalenti di accettazione e dimissione. Le modalità di raccordo devono almeno avere la possibilità di un riscontro documentale condiviso. È auspicabile che le varie strutture di riabilitazione agiscano in maniera coordinata all'interno di un'organizzazione «dipartimentale» e che questa venga descritta nel PRS;
7. ove possibile si raccomanda inoltre di descrivere nel PRS le modalità di integrazione della struttura nell'ambito della «rete delle cure intermedie» territoriali.

Progetto Riabilitativo Individuale (PRI)

Per il PRI si fa riferimento alla definizione ed ai contenuti espressi nelle «Linee Guida per le attività di Riabilitazione» (G.U. n. 124 del 30 maggio 1998):

1. il PRI attiene alla responsabilità del Dirigente medico dell'U.O. di Riabilitazione che emette la SDO relativa al paziente per cui si propone il progetto;
2. il PRI è il documento diagnostico, prognostico e terapeutico elaborato dal «Team Riabilitativo» responsabilità del Dirigente medico dell'U.O. di Riabilitazione;
3. il PRI viene stilato in base al gruppo diagnostico principale e alle diagnosi funzionali che caratterizzano il paziente ammesso alla struttura riabilitativa e si declina prendendo in considerazione attraverso gli aspetti previsti dalle dimensioni «attività e partecipazione» dell'ICF (International Classification of Functioning) dell'OMS. In modo particolare si richiede che, all'interno del progetto venga formulato un obiettivo coerente, vengano identificate le figure professionali che partecipano al progetto, vengano definite la metodologia e i tempi entro cui verificare (ad es. con scale funzionali validate) il raggiungimento degli obiettivi previsti;
4. il PRI deve far parte integrante della cartella clinica;
5. il PRI deve essere declinato in programmi riabilitativi.

Programma/i Riabilitativo/i Individuale/i (Pri)

1. i Pri rappresentano la declinazione sui singoli pazienti del Progetto Riabilitativo Individuale.
2. i Pri sono documenti che devono far parte integrante della cartella clinica.
3. i Pri devono essere tenuti a cura dell'operatore sanitario che li attua all'interno del «team riabilitativo» coordinato dal Direttore della U.O. Specialistica.

(Fonte: DGR n. VIII/1375 del 14.12.2005, Regole 2006 – Allegato 8)

A decorrere dalle accettazioni effettuate dal 1° gennaio 2009 il trasferimento in riabilitazione specialistica o generale geriatrica dei pazienti operati per protesi all'anca o al ginocchio avviene quando le condizioni clinico / funzionali degli stessi permettono di iniziare una mobilitazione attiva.

A decorrere dalle dimissioni effettuate dal 1° gennaio 2009 la soglia di degenza oltre la quale si applica la riduzione della tariffa prevista per i DRG afferenti alla

MDC 08 non viene calcolata per singolo ricovero ma per paziente, sommando quindi le giornate di degenza di ricoveri differenti che si possono verificare anche in ospedali differenti. Rappresenta una soluzione di continuo rispetto a questa regola un intervallo di almeno 15 giorni tra la dimissione da un reparto di riabilitazione e la successiva riammissione in un reparto riabilitativo accreditato con pari intensità assistenziale e terapeutica.

(Fonte: DGR n. VIII/8501 del 26.11.2008, Regole 2009 – Allegato 15)

Si integra di una quota pari a 400 euro il DRG 257 nel caso di posizionamento della protesi ad espansione contestuale a intervento chirurgico demolitivo della mammella che trova la sua indicazione nel caso di pazienti candidate a mastectomia totale o radicale non radiotrattate sulla mammella che deve essere asportata. Tale intervento risponde infatti al duplice obiettivo della radicalità oncologica e del ripristino di un risultato estetico soddisfacente per la donna¹.

Le controindicazioni alla ricostruzione con protesi ad espansione sono le seguenti:

- Carcinoma localmente avanzato della mammella con infiltrazione del piano muscolare.
- Pazienti già sottoposte a chirurgia conservativa della mammella e radioterapia, affette da recidiva o seconda neoplasia mammaria nella sede della pregressa malattia.
- Pazienti con malattie cardiovascolari, deficit respiratorio di grado medio-elevato, malattie che comprendono il performance status elevando il rischio operatorio e la frequenza di gravi complicanze post-operatorie.
- Tale intervento comporta dei costi maggiori in quanto necessita di equipe operatoria combinata (senologi e plastici), aumento della durata dei tempi operatori di circa 60-100 minuti totali (riposizionamento della paziente sul letto operatorio, ridisinfezione del campo, intervento di posizionamento della protesi), prolungata degenza post-operatoria tot. 4-6 gg (senza dissezione ascellare, con d.a.) e medicazioni più numerose e frequenti.

Si integra di una quota pari a 2.000 euro il DRG 257 nel caso in cui avvenga la ricostruzione della mammella mediante lembi muscolari delle pazienti stesse. I

¹ *In tema di integrazioni tariffarie di specifici DRG, sulla base del riconoscimento del possibile diverso impegno diagnostico/terapeutico in relazione alle modalità di esecuzione di determinate procedure, si ricordano anche le indicazioni della DGR n. VIII/2645 del 31.05.2006, in merito alla prestazione “mapping prostatico” - codificata come “biopsia trans perineale [percutanea] [agobiopsia] della prostata” utilizzando il cod. 60.11 sia se erogata in regime ambulatoriale che in regime di ricovero ordinario o di day Hospital. In particolare, in considerazione dell’evoluzione delle tecniche e delle indicazioni diagnostiche che prevedono nel caso di “mapping prostatico” di effettuare contestualmente un elevato numero di biopsie – spesso superiore a 6 – comportando una maggiore complessità nella gestione dei pazienti, si ritiene opportuno per i DRG 346 e 347, solo in caso di effettuazione di “mapping prostatico” in regime di day hospital o di ricovero ordinario di 1 giorno, di modificare la tariffa, portandola a 800,00 euro. Nel caso di effettuazione della procedura di “mapping prostatico”, la stessa dovrà essere codificata, nel campo denominato “tipo tariffa” in posizione 221 – 221 del file SDO2.TXT, la lettera M; i casi afferenti ai DRG 346 e 347, in caso di effettuazione di semplice biopsia della prostata e non di “mapping prostatico”, dovranno essere codificati, nel campo denominato “tipo tariffa” in posizione 221 – 221 del file SDO2.TXT con la lettera N e mantengono la tariffa di un giorno e di day hospital invariata rispetto a quella attualmente in vigore. La prestazione “biopsia del tessuto periprostatico”, deve essere codificata utilizzando il cod. 60.15 e di norma in assenza di tessuto prostatico, ovvero quando sia stata asportata la prostata in precedenza.*

lembi utilizzati nelle ricostruzioni delle pazienti sottoposte a mastectomia radicale o totale non possono essere candidate al posizionamento di expander sono principalmente due:

- Lembo di m. retto addominale (durata complessiva dell'intervento fino a sei ore).
- Meno frequentemente il lembo di m. dorsale, in cui il tempo complessivo dell'intervento è leggermente inferiore all'intervento precedente.²

Si riducono del 20% le tariffe dei DRG 006 (decompressione tunnel carpale) e 039 (interventi sul cristallino con o senza vitrectomia) con la finalità di incentivarne l'effettuazione in regime ambulatoriale.

Si differenzia la valorizzazione del DRG 483 (Tracheostomia escl. per disturbi orali, laringei o faringei) in funzione della durata della degenza. Per degenze maggiori di un giorno e inferiori/uguali a 30 giorni la tariffa sarà pari al 50% della tariffa ordinaria dello stesso.

(Fonte: DGR n. VIII/3776 del 13.12.2006, Regole 2007 – Allegato 8)

La DGR VIII/4799 del 30 maggio 2007, per quanto riguarda la tematica tariffaria, ha stabilito che *"dopo verifica su base sistemica si preveda un adeguamento del valore del DRG complicato rispetto a quello non complicato utilizzando un sistema che valuti le giornate di degenza e quindi prevedendo che il DRG possa essere codificato come complicato solo al di sopra di una soglia di degenza, tale soglia sarà calcolata rispetto all'omologo non complicato, che rende ragione della necessità di una assistenza più elevata. Sulla base di valutazioni statistiche accurate si può quindi ipotizzare:*

- 1) *una rimodulazione del rapporto tra la tariffa complicata e non complicata in proporzione al rapporto calcolato tra le degenze dei DRG complicato e non complicato. Esattamente come viene fatto negli USA;*
- 2) *l'individuazione, per ciascuna coppia di DRG, di una soglia di degenza al di sotto della quale non vale comunque la tariffa del complicato in quanto non si rilevano gli estremi per finanziare in modo aggiuntivo la maggiore complessità."*

Il costante monitoraggio delle attività di ricovero e cura attraverso la valutazione delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) fornite alla DG Sanità dalle strutture

² *Come già precisato dalla DGR n. VIII/2645 del 31.05.2006, nel caso di ricovero riconducibile ai DRG 257, 258, 259, 260 che veda, o contestuale all'intervento di mastectomia, o effettuata precedentemente in occasione di un altro episodio di ricovero in regime di day hospital od ordinario, l'esecuzione della procedura di ricerca della positività del cosiddetto "linfonodo sentinella" si ha un incremento della tariffa di 600,00 euro. Per i suddetti DRG, l'effettuazione della procedura di ricerca della positività del cosiddetto "linfonodo sentinella" dovrà essere codificata nel campo denominato "tipo tariffa" in posizione 221 – 221 del file SDO2.TXT la lettera K; nel caso in cui non venga effettuata la procedura di ricerca della positività del cosiddetto "linfonodo sentinella" dovrà essere codificata nel campo denominato "tipo tariffa" in posizione 221 – 221 del file SDO2.TXT la lettera L. Nel caso di effettuazione della procedura di ricerca della positività del cosiddetto "linfonodo sentinella" in occasione di un precedente episodio di ricovero in regime di day hospital od ordinario, questo ricovero non deve essere trasmesso con il flusso SDO in quanto la procedura viene segnalata e remunerata con il successivo ricovero in cui avviene la procedura di mastectomia.*

di ricovero accreditate, nonché le rilevazioni e valutazioni sui bilanci di esercizio e sulla contabilità analitica degli erogatori di prestazioni, hanno evidenziato la necessità di intervenire su tre elementi di rilievo che partecipano a formare la tariffa delle prestazioni erogate: il peso relativo del DRG nella coppia di DRG complicato-non complicato, il valore di durata della degenza (valore soglia) oltre il quale è previsto un contributo integrativo giornaliero al DRG, il valore economico del punto DRG a partire dal quale sono ricalcolate le tariffe di ogni DRG. Nel seguito vengono descritti sia la metodologia adottata sia i risultati ai quali si è pervenuti:

1. Rimodulazione del peso relativo del DRG nella coppia di DRG complicato-non complicato.

Nelle attività di monitoraggio e valutazione delle SDO specifica attenzione è stata dedicata durante l'anno 2007 al tema della durata della degenza. Di particolare interesse è risultata la valutazione di quei DRG che ammettono la coppia complicato-non complicato. Essendo proprio la durata della degenza il fattore principale (per quanto non l'unico) che determina la differenziazione delle due classi dello stesso DRG si è ritenuto di valutare tale indicatore ai fini di una eventuale rimodulazione del peso relativo di tali DRG.

Per ognuno dei DRG facenti parte della coppia complicato-non complicato è stata effettuata la distribuzione di frequenza della durata dei ricoveri ordinari, utilizzando le SDO dei dimessi nel corso del 1° semestre del 2007, evidenziandone i singoli centili.

In corrispondenza di alcuni centili rilevanti (5°, 10°, 25°, 50°, 75°, 90°, 95°) è stato calcolato il rapporto tra la durata di ricovero corrispondente alla casistica afferente al DRG complicato rispetto alla durata di ricovero corrispondente alla casistica afferente al DRG non complicato. Tali rapporti tra durate di degenza (entro coppia di DRG) sono stati mediati tra loro per ciascuna coppia di DRG al fine di individuare un indicatore di peso relativo tra DRG complicato e DRG non complicato.

Questa metodologia di calcolo è stata ripetuta modificando la scelta dei centili rilevanti, simulando così una analisi di sensibilità, al fine di valutare quanto il risultato finale fosse dipendente (o meno) dalla scelta dei centili considerati: la poca variabilità dei risultati di tali analisi ha fatto ricadere la scelta sui 7 centili sopra riportati di più comune uso ed interpretazione.

Moltiplicando il peso DRG del DRG non complicato di ogni coppia per il rapporto calcolato come indicato in precedenza è stato definito il nuovo peso DRG per il DRG complicato della stessa coppia.

Un confronto di tali nuovi pesi con i pesi in vigore per ogni singola coppia complicato-non complicato ha permesso di valutare con dettaglio la eventuale presenza di coppie dal comportamento anomalo o meritevoli di specifica rivalutazione.

Seppur con qualche eccezione, la adozione della metodologia descritta ha portato ad una generale riduzione della forbice esistente tra il peso del DRG complicato e quello del corrispondente DRG non complicato.

2. Conseguente determinazione di una nuova tariffa per il DRG complicato.

Individuata la nuova struttura dei pesi della coppia di DRG complicato-non complicato in particolare per quanto riguarda la modifica del valore del peso per il solo DRG complicato è stata calcolata la nuova tariffa di tale DRG moltiplicando la tariffa corrente (anno 2007) del DRG non complicato per il rapporto dei pesi tra DRG complicato e non complicato identificato al punto precedente.

3. Ridefinizione del valore soglia per i DRG complicati.

La modifica strutturale della durata di degenza dei ricoveri ordinari che è emersa dal monitoraggio delle SDO rende necessario anche l'adeguamento dei valori soglia di durata della degenza. Come noto tali valori soglia sono necessari per determinare il valore di durata del ricovero oltre il quale, per ogni ricovero ordinario, deve essere riconosciuto un contributo economico aggiuntivo su base giornaliera. Sempre utilizzando la casistica dei ricoveri ordinari del 1° semestre del 2007 e facendo riferimento alle ben note formule per la determinazione dei valori soglia (vedi DM Aprile 2004) sono stati calcolati i nuovi valori soglia per la durata della degenza per i DRG complicati.

Anche in questo caso il risultato della applicazione delle formule correnti alla casistica 2007 ha dato luogo ad una generale riduzione dei valori soglia della degenza.

4. Identificazione di nuove regole per la valorizzazione dei DRG complicati.

L'analisi delle SDO del 1° semestre 2007 per le coppie di DRG complicato-non complicato, sempre con riferimento alla durata della degenza, ottenuta mettendo a confronto la distribuzione di frequenza delle durate di degenza dei ricoveri ordinari, ha suggerito di adottare una nuova strategia per la valorizzazione economica di tali DRG, ed in particolare per la valorizzazione del DRG complicato all'interno della coppia. Al fine di incentivare un uso appropriato del ricovero complicato (quando necessario) e di disincentivare eventuali tentativi di codifica opportunistica all'interno della coppia complicato-non complicato verso il DRG complicato ("DRG creeping") si è ritenuto di applicare la nuova tariffa del DRG complicato solo per quei ricoveri che presentano una durata di degenza superiore alla durata mediana del DRG non complicato.

Ciò premesso, le nuove regole per la valorizzazione della coppia di DRG complicato-non complicato sono le seguenti:

- a) DRG non complicato. Viene valorizzato alla tariffa del DRG non complicato in vigore.
- b) DRG complicato, con durata del ricovero inferiore o uguale alla durata mediana del corrispondente DRG non complicato. Viene valorizzato alla tariffa del DRG non complicato corrispondente.
- c) DRG complicato, con durata del ricovero superiore alla durata mediana del corrispondente DRG non complicato. Viene valorizzato alla tariffa del DRG complicato.

(Fonte: DGR n. VIII/5743 del 31.10.2007, Regole 2008 - Allegato 7)

Si approva il documento, Allegato A alla DGR VII/7612 del 11.07.08 (sottoallegato 11A), che, con riferimento ai DRG 146, 148, 154 (n.d.r.: i DRG 148 e 154 sono stati

eliminati dal 1° gennaio 2010 a seguito dell'adozione della versione 24^a della classificazione DRG), 191, 193, precisa:

- le diagnosi che si possono considerare complicanti;
- a quali condizioni è corretto codificare le predette diagnosi sulla SDO al momento della dimissione dei pazienti.

Si precisa che i criteri contenuti nel documento, Allegato A alla DGR VII/7612 del 11.07.08, sono vincolanti per tutte le Strutture, con riferimento ai pazienti dimessi a decorrere dal 1° luglio 2008.

(Fonte: DGR n. VIII/7612 del 11.07.2008, Regole 2008, Il Provvedimento)

Corretta codifica delle complicanze e delle comorbidità sulla SDO

La approvazione della DGR VIII/7612 del 11 luglio 2008 ha stabilito che alcune diagnosi e/o condizioni cliniche non dovessero essere codificate sulla SDO in quanto le stesse, sulla base delle indicazioni fornite da un gruppo di lavoro di chirurghi operanti in Strutture della Rete Oncologica Lombarda (ROL) ed afferenti alla Società Lombarda di Chirurgia, non sono da ritenersi corrispondenti ai criteri definiti con il D.D.G. Sanità n. 4733 del 28.02.2000 "Regole generali per l'utilizzo della versione italiana dell'ICD-9-CM 1997 e per la corretta selezione e codifica delle informazioni cliniche rilevate attraverso la SDO. Modifica del D.D.G. n. 64001 del 6.7.1998".

Ci si riferiva in particolare all'Allegato tecnico dello stesso decreto che ha stabilito che "per diagnosi secondaria deve intendersi qualunque condizione, diversa dalla diagnosi principale, che influenzi l'assistenza erogata al paziente in termini di: trattamento terapeutico, procedure diagnostiche eseguite, durata della degenza, assistenza infermieristica, monitoraggio clinico".

Una prima valutazione dell'impatto della predetta DGR VIII/7612 effettuata con alcuni dei componenti del gruppo di lavoro che aveva portato alla definizione delle determinazioni nella stessa contenute ha evidenziato la necessità, pur nella piena condivisione della decisione a suo tempo presa, di poter indicare nella SDO, al momento della dimissione, delle diagnosi e/o dei quadri clinici che pur non potendo costituire delle "complicanze" dal punto di vista della attribuzione corretta del DRG possono rappresentare delle importanti informazioni di tipo epidemiologico (linfonodo positivo ad esempio).

Con la finalità di conciliare questa necessità di tipo conoscitivo/epidemiologico con l'obbligo di rispettare le regole di codifica si stabilisce che la posizione relativa alla sesta diagnosi già prevista nella SDO debba essere utilizzata solo per indicare diagnosi e/o quadri clinici, che possono in generale essere delle complicanze, quando le stesse vengono codificate relativamente a ricoveri per i quali invece rappresentano solo un dato descrittivo di tipo epidemiologico e non una complicanza. Ne consegue che la sesta diagnosi a decorrere dalle dimissioni effettuate dal 1° gennaio 2009 non verrà più utilizzata ai fini del calcolo dei DRG.

(Fonte: DGR n. VIII/8501 del 26.11.2008, Regole 2009, Allegato 15)

Si prevede, come precisato nel punto successivo:

- di migliorare la descrizione delle procedure di sostituzione valvolare per via percutanea, modificandone la codifica, precisando che la diversa codifica

individuata non modifica l'attribuzione del DRG e non comporta un incremento di costi;

- di individuare una codifica anche per l'intervento di sostituzione per via transapicale della valvola cardiaca aortica.

Si stabilisce che la codifica dell'intervento di sostituzione per via percutanea / transapicale delle valvole cardiache aortica o polmonare preveda come diagnosi principale quella che descrive la patologia valvolare e come procedura la valvuloplastica percutanea (Cod. 35.96).

Si stabilisce che, in fase prima applicazione ed in attesa di definire eventuali ulteriori indicazioni sulle corrette modalità clinico organizzative di erogazione delle prestazioni di cui al punto precedente, si debba prevedere che:

- a. le menzionate procedure di sostituzione valvolare aortica o polmonare per via percutanea/transapicale debbano essere effettuate in una sala operatoria ibrida o con uno stand by chirurgico presso strutture che abbiano accreditata ed operante una unità operativa di cardiocirurgia, ciò al fine di garantire le necessarie multidisciplinarietà e sicurezza per i pazienti;
- b. la sostituzione percutanea/transapicale della valvola aortica sia effettuata per trattare pazienti anziani e/o con gravi comorbilità associate e con un rischio operatorio grave (euroscore > 10);
- c. la sostituzione percutanea della valvola polmonare sia effettuata per trattare pazienti precedentemente già sottoposti a sostituzione della valvola polmonare e/o con un rischio operatorio grave (euroscore > 10);
- d. tutte le strutture che intenderanno effettuare queste procedure dovranno darne preventiva comunicazione alla Direzione Generale Sanità e dovranno accettare per questa casistica una revisione tra pari sulla appropriatezza specifica di queste prestazioni.

(Fonte: DGR n. VIII/7612 del 11.07.2008, Regole 2008, Il Provvedimento)

Interventi e/o prestazioni sanitarie messe in atto per tipizzazioni genomiche e per la cura della lipodistrofia nei pazienti HIV positivi in trattamento antiretrovirale.

Per una maggiore sicurezza dei pazienti e per una corretta indicazione diagnostico-terapeutica, gli interventi e/o procedure di seguito indicati possono essere effettuati, a decorrere dal 1° gennaio 2009, solo presso Strutture sanitarie in cui vi sia una Unità Organizzativa di Malattie Infettive autorizzata, accreditata e a contratto con il Sistema Sanitario Regionale. Con questa scelta si pongono le premesse per permettere allo specialista in malattie infettive di essere il riferimento principale nella gestione del percorso diagnostico terapeutico dei pazienti affetti da HIV.

L'intervento di Coleman per atrofia del tessuto cutaneo e/o sottocutaneo al volto nei pazienti HIV positivi in trattamento antiretrovirale è identificato con il codice di intervento 86.89 "Altra riparazione o ricostruzione di cute e tessuto sottocutaneo" (n.d.r.: dal 1° agosto 2011, utilizzare il cod. 86.81, come da allegato A della DGR n. IX/2057/2011) dell'elenco sistematico degli interventi chirurgici e delle procedure ICD-9-CM.

L'intervento di liposuzione per la rimozione dell'accumulo di tessuto adiposo a livello del volto, del collo e della parte superiore del tronco (lipomatosi cervicale

[gobba di bufalo]) nei pazienti HIV positivi in trattamento antiretrovirale è identificato con il codice di intervento 86.89 "Altra riparazione o ricostruzione di cute e tessuto sottocutaneo" (n.d.r.: dal 1° agosto 2011, utilizzare il cod. 86.83, come da allegato A della DGR n. IX/2057/2011) dell'elenco sistematico degli interventi chirurgici e delle procedure della classificazione ICD-9-CM.

In caso di prestazioni eseguite in regime di ricovero per ragioni cliniche documentate, la diagnosi principale da indicare nella SDO corrisponde al codice 701.8 "Altre affezioni ipertrofiche e atrofiche specificate della cute" seguita da una diagnosi secondaria identificata nel codice V08 "Stato infettivo asintomatico da virus da immunodeficienza umana (HIV)" dell'elenco sistematico delle malattie e dei traumatismi della classificazione ICD-9-CM.

Trapianto di cornea

Per dare piena attuazione alle previsioni contenute nella DGR VIII/6231 del 21/12/2007 che ha stabilito che a decorrere dal 1° gennaio 2009 il finanziamento dei tessuti sia a carico delle strutture di ricovero e cura che li acquistano dalle banche, si stabilisce che il DRG 042 in caso di trapianto di cornea con acquisto del tessuto da una delle banche regionali autorizzate, dovrà essere codificata, nel campo denominato "tipo tariffa" in posizione 221 - 221 del file SDO2.TXT, la lettera S. Resta inteso che per le restante casistica afferente al DRG 042 nel campo denominato "tipo tariffa" in posizione 221 - 221 del file SDO2.TXT, dovrà essere indicata la lettera N.

(Fonte: DGR n. VIII/8501 del 26.11.2008, Regole 2009, Allegato 15)

Si stabilisce per i ricoveri con dimissione dal 01.05.2009, di dover fornire all'allegato 3 (sottoallegato 11B), parte integrante e sostanziale della DGR VIII/9173 del 30.03.09, delle precisazioni e delle integrazioni riguardanti alcune attività afferenti alla dermatologia³ (terapia fotodinamica cutanea) e alla pneumologia (resezione meccanica laser assistita in broncoscopia rigida per stenosi tracheo - bronchiale di varia eziologia (neoplastica e non)).

³ A proposito della dermatologia, si ricordano le raccomandazioni contenute nella DGR n. VII/2645 del 31.05.2006 in tema di appropriatezza di codifica e di regime erogativo della suddetta tipologia di prestazioni, secondo cui per le prestazioni di cui ai codici ambulatoriali 86.3.1, 86.3.2, 86.3.3, 86.3.4 e 86.4 e ai codici di ricovero e cura ordinario e di day hospital 86.4 e 86.3, valgono le disposizioni contenute nell'allegato tecnico della citata DGR, che dispone quanto segue: fatti salvi eventuali accordi stipulati in ottemperanza all'articolo 4 dello schema tipo di contratto sottoscritto tra ASL ed erogatori, si ritiene di dare indicazioni riguardo la codifica di prestazioni di asportazione di lesioni cutanee. Di norma tali prestazioni devono essere erogate in regime ambulatoriale ma possono essere erogate in regime di day surgery nei casi in cui si tratti di:

1. lesioni del distretto del capo-collo escluso area orbitale:
 - lesioni con franca diagnosi benigna, con estensione \geq di cm 2,
 - lesioni con sospetto o caratteristiche di patologia maligna, con estensione \geq di cm 1,
2. lesione di altre sedi:
 - lesioni con franca diagnosi benigna, con estensione \geq di cm 5,
 - lesioni con sospetto o caratteristiche di patologia maligna, con estensione \geq di cm 2.

I codici di intervento da utilizzare sono: 86.3 "Altra asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto cutaneo e sottocutaneo" e 86.4 "Asportazione radicale di lesione della cute". Si ricorda che il codice 86.4 può essere utilizzato solo nei casi di asportazione e/o escissione radicale "alla fascia"; tale informazione deve emergere chiaramente da quanto riportato nella descrizione dell'intervento chirurgico conservata in cartella clinica.

Si definisce che per 3 DRG (n.d.r.: 124, 125, 224) la degenza per questa tipologia di attività deve prevedere almeno una notte di ricovero post procedura.

(Fonte: DGR n. VIII/9173 del 30.03.2009, Regole 2009, III Provvedimento)

Attività di chemioterapia

Nel corso del 2009 la Direzione Generale Sanità, UO Governo dei Servizi Sanitari Territoriali, in collaborazione con alcuni rappresentanti del CIPOMO (Collegio Italiano dei Primari Oncologi Medici Ospedalieri) ha preso atto ed ha affrontato la problematica di seguito esplicitata.

Si è posta, anche in seguito alle attività di controllo effettuate dalle ASL, la necessità di differenziare, secondo la normativa vigente, gli accessi di DH eseguiti per trattamento chemioterapico originanti il DRG 410 (I, J), dagli altri accessi (es. trattamenti di supporto, gestione di complicanze...) che avvengono durante il periodo (abituamente 6 mesi) in cui il paziente svolge il programma di chemioterapia (setting neoadiuvante, adiuvante o palliativo).

Attualmente, secondo quanto stabilito dalle regole, la correttezza di rendicontazione richiede che se è aperta una cartella di DH per chemioterapia e si presentano necessità cliniche diverse dalla chemioterapia, la cartella e la relativa SDO viene chiusa, si apre un'altra cartella in cui far confluire le procedure diagnostiche assistenziali diverse dalla chemioterapia, al termine di queste attività la si chiude e se ne apre in seguito un'altra per proseguire la programmata chemioterapia e così via se successivamente dovesse ripresentarsi la stessa necessità.

Si è convenuto, a semplificazione e razionalizzazione del percorso, che la documentazione (cartella) che segue un paziente debba essere unica e che essa sia in grado di descrivere tutto l'iter assistenziale al quale il paziente ha preso parte.

È stata fatta una ricognizione, CIPOMO, che ha riguardato il 2° trimestre del 2009 (circa 3000 cartelle) sulle UO di oncologia ospedaliera della nostra regione e si è rilevato che l'incidenza di tali accessi (diversi dalla chemioterapia) è eterogenea (a seconda delle opportunità locali assistenziali), variando tra il 2% ed il 14%.

Sulla base di queste osservazioni e valutazioni si è stabilito, a partire dai cicli di chemioterapia che inizieranno dal 1° gennaio 2010, di procedere come segue.

Viene aperta e gestita una sola cartella di DH nella quale vengono riportati tutti gli accessi eseguiti, sia per la chemioterapia sia per il cosiddetto "supporto".

Nella rendicontazione degli accessi si registrano sulla SDO tutti gli accessi sia per chemioterapia sia per attività di supporto, come di seguito specificate, nello spazio dedicato, ovvero nel tracciato SDO2 il campo "Day hospital - giornate di presenza". Sullo stesso tracciato SDO2, nel campo "Giornate non a carico del SSN" si registreranno invece solo gli accessi "di supporto" che, in fase di valorizzazione, saranno pertanto automaticamente decurtati dal finanziamento. La valorizzazione del DRG 410 (I, J) sarà incrementata del 7% per coprire adeguatamente le attività legate agli accessi non da chemioterapia e non più conteggiati ai fini della remunerazione.

Fondamentale è che nella individuazione di questi ingressi non da chemioterapia sia ben definita l'appropriatezza (es. non è pensabile un accesso per semplici procedure diagnostiche o per una visita...).

Di seguito vengono riportati alcuni esempi di condizioni cliniche, che vengono affrontate nella normale prassi clinico assistenziale, che assolvono i criteri di complessità clinico assistenziale necessari per il DH, che comportano accessi diversi dalla chemioterapia e che nel 2010 saranno rendicontate nel tracciato SDO2, campo "Giornate non a carico del SSN":

- 1) diagnosi e trattamento della neutropenia febbrile e/o complicanze infettive;
- 2) diagnosi e trattamento delle sindromi dismetaboliche, disidratazione, malnutrizione in corso di trattamento antitumorale;
- 3) diagnosi e trattamento delle sindromi occlusive del tratto gastroenterico;
- 4) trattamento trasfusionale dell'anemia e piastrinopenia;
- 5) diagnosi e trattamento dei versamenti neoplastici in corso di chemioterapia;
- 6) diagnosi e trattamento delle complicanze tromboemboliche.

(Fonte: DGR n. VIII/10804 del 16.12.2009, Regole 2010 - Allegato 12)

Decurtazioni tariffarie per ricoveri ripetuti

La DGR VI/37597 del 24.07.1998 ha stabilito che le tariffe dei ricoveri ordinari successivi dello stesso paziente, in degenza ordinaria per acuti superiore a un giorno, effettuati entro 45 giorni dal primo ricovero, nello stesso ospedale, classificati nella stessa categoria di diagnosi principale (MDC), fossero ridotte del 20%, in quanto i costi relativi per l'assistenza specialistica di un paziente già noto clinicamente sono inferiori in particolare per le procedure diagnostiche; tale riduzione aveva ed ha inoltre l'obiettivo di evitare comportamenti opportunistici volti a frazionare artificialmente un episodio di ricovero in più episodi successivi e ravvicinati nel tempo. Nel merito si rileva che le condizioni motivanti la riduzione del 20% della tariffa non sempre trovano un'adeguata giustificazione clinico organizzativa per certe attività afferenti all'area oncologica, quali quelle di chemioterapia, radioterapia e trapianto di midollo osseo/reinfusione autologa di cellule staminali. Infatti per queste prestazioni sono i protocolli clinici che richiedono di effettuare degli accessi ravvicinati nel tempo in quanto alcune attività sono propedeutiche ad altri interventi. Ad esempio, l'intervento chirurgico precede successivi accessi per chemio o radioterapia. Sulla base di queste premesse si stabilisce che a partire dalle dimissioni a decorrere dal 1° di gennaio del 2010 la regola tariffaria di cui al punto 4 del deliberato della DGR VI/37597 del 24.07.1998 non sia applicata ai DRG 409, 410 e 481. Per queste tre tipologie di attività, in considerazione della particolarità di trattamento della patologia oncologica, non si rilevano come determinanti né il rischio di frammentazione opportunistico degli episodi di ricovero né le condizioni di minore complessità di gestione legate alla mancata necessità di ripetere determinate procedure diagnostiche già effettuate nel corso di ricoveri precedenti.

(Fonte: DGR n. VIII/10804 del 16.12.2009, Regole 2010 - Allegato 12)

Attività di termoablazione epatica eco o tc guidata

Con i codici ICD9-CM versione 2002 oggi vigenti, le procedure di termoablazione epatica eco o tc guidata vengono codificate secondo le indicazioni di cui alla DGR VII/15324 del 28/11/2003 ed alla successiva circolare esplicativa 43SAN/2003 del 24/12/2003. A seguito della introduzione della versione ICD9-CM 2007, tra le altre, viene introdotta, dal 1° gennaio 2010, la procedura a codice 50.24 (Ablazione percutanea di tessuto o lesioni epatiche) che viene attribuita ai DRG chirurgici 191/192. Ne deriva che a decorrere dai dimessi dal 1° gennaio 2010 cessa, in quanto non più necessaria, la suddivisione del DRG 203 oggi vigente e le procedure di termoablazione epatica eco o tc guidata non dovranno essere più codificate con il codice 99.85, ma con il codice 50.24. **(Fonte: DGR n. VIII/10804 del 16.12.2009, Regole 2010 – Allegato 12)**

Trattamenti di radioembolizzazione con microsferi veicolanti Yttrio-90, in pazienti portatori di epatocarcinoma

Con l'introduzione dell'ICD9-CM 2007 ed in considerazione delle emanande "Linee guida nazionali per la codifica delle informazioni cliniche della SDO", i ricoveri per brachiterapia o terapie radiometaboliche per neoplasie maligne (pur in contrasto con le indicazioni del manuale, ma per omogeneità di classificazione rispetto ai ricoveri per radioterapia) dovranno essere così rappresentati:

- Diagnosi Principale V58.0 Sessione di radioterapia
- Diagnosi Secondaria Neoplasia maligna (codice a seconda della sede)
- Procedura, a seconda del trattamento effettuato:
 - 92.27 Impianto o inserzione di elementi radioattivi
 - 92.28 Iniezione o instillazione di radioisotopi
 - 92.29 Altre procedure radioterapeutiche

Alla luce di quanto sopra esplicitato, si ritiene che il particolare "Trattamento di radioembolizzazione con microsferi veicolanti con Yttrio-90 in pazienti portatori di epatocarcinoma", debba essere codificato come segue:

- Diagnosi Principale V58.0 Sessione di radioterapia
- Diagnosi Secondaria 155.0 Tumori maligni primitivi del fegato [EPATOCARCINOMA]
- Procedura 92.28 Iniezione di radioisotopi (in particolare microsferi veicolanti con Yttrio-90)

Sarà attribuito in questo caso il DRG 409 di Radioterapia con una tariffa incrementata rispetto a quella base al fine di remunerare i costi relativi alle microsferi, alla procedura di radiologia interventistica ed alle giornate di degenza necessarie. Questa metodica potrà essere effettuata solo alle seguenti condizioni strutturali ed organizzative:

A) Presenza di una struttura di Radiologia interventistica in sede che effettui un numero adeguato di chemio-embolizzazioni e/o embolizzazioni (TACE/TAE) epatica selettiva e/o super-selettiva per anno e che sia dotata di una tecnologia adeguata (RMN e TAC a strato sottile di 1-5 mm. associate a software adeguato per il calcolo della volumetria e per la valutazione della risposta dimensionale e tissutale in accordo con le linee guida internazionali in materia).

- B) Presenza di una struttura di Medicina Nucleare in sede che:
- disponga di letti di degenza per la terapia metabolica (Decreto Legislativo 187/2000)
 - disponga di un permesso per la detenzione di Y-90 in quantità adeguata a garantire almeno 15 trattamenti all'anno (almeno 75.000 MBq/anno) .
 - abbia comprovata esperienza di trattamenti radio-metabolici.
- C) Presenza di una struttura di Fisica Sanitaria in sede con i necessari requisiti per la determinazione ed il calcolo dosimetrico dei trattamenti, nonché per la effettuazione dei controlli radioprotezionistici prima e dopo ogni procedura .
- D) Presenza di una struttura clinica Medico-Chirurgica ad indirizzo epatologico con comprovata esperienza nella gestione di complicanze epato-gastro-enterologiche, con eventuale riferimento adeguato ad Unità di Terapia Intensiva.
- (Fonte: DGR n. VIII/10804 del 16.12.2009, Regole 2010 – Allegato 12)**

Indicazioni sulla effettuazione delle procedure di eviscerazione pelvica, sulla modalità di codifica e sulla loro remunerazione

In occasione del lavoro di definizione delle tariffe 2010 relative alle prestazioni di ricovero sono state effettuate delle elaborazioni che, tra altre questioni, hanno permesso di evidenziare, all'interno del DRG 353, una casistica di bassa numerosità e con degenza significativamente prolungata rispetto ai restanti casi afferenti allo stesso DRG, afferibile alla procedura maggiore (MPR) ICD9-CM a codice 68.8 "eviscerazione pelvica".

Si tratta di una procedura molto complessa che può essere effettuata con accettabili margini di successo sulla base di precise indicazioni, adeguate e differenziate competenze professionali e dotazioni tecnologiche e per la quale si rileva sia necessario dare di seguito delle indicazioni in termini di definizione, indicazione clinica, modalità di effettuazione della procedura e competenze necessarie per la effettuazione della stessa.

Definizione: intervento di rimozione in blocco di tutti visceri pelvici coinvolti dall'infiltrazione neoplastica (Brunschiwig 1950).

Classificazione: a seconda dei visceri rimossi si distinguono:

- Eviscerazione anteriore sovradiaframmatica: rimozione di utero e vescica.
- Eviscerazione posteriore sovradiaframmatica: rimozione di utero e retto.
- Eviscerazione totale sovradiaframmatica: asportazione di utero + vescica + retto.
- Eviscerazione anteriore sottodiaframmatica: asportazione di utero + vescica + vagina.
- Eviscerazione posteriore sottodiaframmatica: asportazione di utero + vagina + retto.
- Eviscerazione totale sottodiaframmatica: asportazione di utero + vagina + retto + vescica.
- Eviscerazione totale sottodiaframmatica + vulvectomy totale.

Indicazioni:

- Persistenza o recidiva centrale o centro-laterale di tumori della cervice uterina (70%), del corpo uterino, sarcomi o esiti fistolosi di radioterapia.

- Ultima possibilità di trattamento dopo terapia chirurgica e terapia radiante.
- Neoplasia biologicamente favorevole dopo che tutti i trattamenti di cura sono falliti.

Finalità:

- Curativa: 50% di guarigione a 5 anni.
- Prolungamento della sopravvivenza (di almeno 2 anni).
- Palliativa (miglioramento della qualità di vita).

Tempi chirurgici: 1) demolitivo e 2) ricostruttivo.

1) Tempo demolitivo: Specialista: ginecologo oncologo - Durata: 3-4 ore.

2) Tempo ricostruttivo:

A) vie urinarie: vescica continente o condotto ileale incontinente (Specialista: Urologo - Durata: 2-3 ore);

B) ricostruzione tratto retto-colico: anastomosi termino- terminale o J-pouch colica con colostomia protettiva (Specialista: Chirurgo Generale - durata: 2-3 ore);

C) Ricostruzione vagina tramite flap muscolo retto addominale o muscoli gracili; chiusura del difetto perineale tramite flap muscolare (Specialista: Chirurgo Plastico - Durata: 2-3 ore);

D) Eventuale trattamento di radioterapia intraoperatorio in caso di margini sospetti (IORT) (Specialista Radioterapista - durata: 1 ora).

Tipo di ricostruzione:

A nei casi di eviscerazione anteriore;

B nei casi di eviscerazione posteriore;

A+B in tutti i casi di eviscerazione totale;

A+B+C eviscerazione totale sottodiaframmatica;

A+B+D eviscerazione tot. sottodiaf, margini positivi.

Durata totale intervento: 10 – 14 ore.

Specialisti coinvolti: Ginecologo Oncologo, Chirurgo Generale, Urologo, Chirurgo Plastico, Anestesisti, Psicologo, Infermiere dedicate.

Codifica della procedura e remunerazione:

Ferme le indicazioni e le modalità di intervento sopra descritte si rileva che a decorrere dai dimessi dal 1° gennaio 2010 potrà essere utilizzato il codice 68.8, ICD9-CM 2007, solo per queste tipologie di interventi ed il conseguente DRG 353, solo per questa casistica, avrà una tariffa pari a euro 30.000,00.

Nel corso del 2010 sarà attivato uno specifico gruppo di lavoro che avrà come obiettivo quello di effettuare un monitoraggio preciso e puntuale di questa tipologia di prestazioni.

(Fonte: DGR n. VIII/10804 del 16.12.2009, Regole 2010 – Allegato 12)

Considerato che in data 09 dicembre 2009 in Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, serie generale n° 286, supplemento ordinario n° 229, è stata pubblicata la determinazione AIFA n° 1460 del 24 novembre 2009 avente per oggetto "Autorizzazione all'immissione in commercio del medicinale per uso umano «Mifegyne»" e, rilevato che la citata determinazione AIFA stabilisce che "il percorso abortivo deve avvenire sotto la sorveglianza di un medico del servizio ostetrico ginecologico cui è demandata la corretta informazione sull'utilizzo del medicinale, sui farmaci da associare, sulle metodiche alternative e sui possibili

rischi connessi, nonché l'attento monitoraggio onde ridurre al minimo le reazioni avverse segnalate, quali emorragie, infezioni ed eventi fatali" si stabilisce che la somministrazione del medicinale «Mifegyne» e le successive fasi di monitoraggio avvengano in un'area intraospedaliera che dovrà rispettare i requisiti strutturali ed organizzativi previsti per la macroattività chirurgica a bassa complessità operativa ed assistenziale all'Allegato 10 e che, solo per questa attività, i posti tecnici di osservazione possano essere aggiuntivi rispetto a quelli oggi accreditati e che, solo per questa attività, si preveda di effettuare un episodio di ricovero pur essendo la somministrazione del farmaco e la successiva osservazione effettuate in un'area diversa da quella della degenza ordinaria e del day hospital.

(Fonte: DGR n. VIII/10804 del 16.12.2009, Regole 2010 – Allegato 9)

Si stabilisce, sulla base dei dati e delle indicazioni fornite dagli ematologi membri della REL (Rete Ematologica Lombarda) contenute nell'Allegato 2 (n.d.r.: vedi di seguito sostituzione contenuti Allegato 2 come da DGR n. IX/2057 del 28.07.2011):

- di valorizzare gli accessi di day hospital relativi ai DRG 410 I con diagnosi secondaria tra quelle elencate nell'Allegato 2, parte integrante del presente atto, con la tariffa in vigore per il DRG 492;
- di confermare per queste attività le modalità di rendicontazione sopra ricordate previste nell'Allegato 12 "Tariffe prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale, scheda di dimissione ospedaliera e mobilità internazionale" alla citata DGR n. VIII/10804/09 nella parte relativa all'"Attività di chemioterapia".

Si precisa che la modifica tariffaria di cui al precedente punto decorrerà per le SDO di day hospital chiuse a partire dal 1° ottobre 2010. **(Fonte: DGR n. IX/621 del 13.10.2010, Regole 2010, III Provvedimento)**

Si modifica l'Allegato 2 alla DGR n. IX/621 del 13 ottobre 2010, sostituendo tutte le specifiche patologie oncoematologiche ivi indicate ed identificate dai rispettivi codici, con tutti i codici del Cap. "Tumori maligni del tessuto linfatico ed ematopoietico" (codici dell'ICD9CM 2007 da 200.-- a 208.--), in modo da includere tutte le sottovarianti istologiche o di sedi.

(Fonte: DGR n. IX/2057 del 28.07.2011, Regole 2011, III Provvedimento)

Si recepisce l'allegato B del Patto per la salute 2010 – 2012, individuando per i DRG di cui all'Allegato F (sottoallegato 11C), parte integrante e sostanziale della DGR IX/2057 del 28.07.11, una nuova modalità di remunerazione a decorrere dai dimessi a far data dal 1° gennaio 2011.

Si stabilisce che la nuova modalità di remunerazione, di cui al già citato Allegato F, abbia l'obiettivo prioritario di disincentivare il ricorso al ricovero ordinario per acuti soprattutto per brevi durate di degenza, che rappresentano l'area a maggiore rischio di inappropriatazza causata dal ricorso al ricovero ordinario per effettuare delle attività di tipo prevalentemente diagnostico. **(Fonte: DGR n. IX/2057 del 28.07.2011, Regole 2011, III Provvedimento)**

Si stabilisce che a decorrere dai dimessi dal 1° luglio 2011 i pazienti provenienti da altre regioni (mobilità attiva) saranno finanziati al valore concordato, per il 2011, a livello nazionale della tariffa unica convenzionale (TUC).

(Fonte: DGR n. IX/2057 del 28.07.2011, Regole 2011, III Provvedimento)

1.2 Controllo delle attività di ricovero

Viene confermata la necessità che per l'anno 2011 le direzioni strategiche delle ASL diano la massima priorità, in termini di programmazione e di risorse dedicate, alla attuazione delle disposizioni progressivamente introdotte dalla Giunta Regionale con le DGR VIII/4799 del 30 maggio 2007, VIII/8501 del 26 novembre 2008, VIII/9014 del 20 febbraio 2009, VIII/9581 del 11 giugno 2009, VIII/10804 del 16 dicembre 2009 e IX/621 del 13 ottobre 2010.

Il Ministero competente in data 10.12.2009 ha emanato un apposito decreto "Controlli sulle cartelle cliniche", pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n.122 del 27.05.2010, che con il presente atto viene adottato dalla Regione Lombardia.

Il Piano dei controlli, previsto dalla DGR VII/15324 del 2003, è il principale strumento di programma di cui le ASL dispongono per declinare nel concreto le linee di intervento a supporto della mission aziendale e per integrare tra loro le varie linee di intervento per tutte le aree oggetto di controllo.

Le ASL entro il 31 gennaio 2011 devono predisporre ed inviare obbligatoriamente su supporto magnetico non modificabile alla Direzione Generale Sanità il piano dei controlli relativo all'esercizio 2011. Si ricorda l'obbligo dell'invio mensile (*n.d.r.: come da DGR n. VII/12692 del 10.04.2003, entro e non oltre il giorno 10 del mese successivo a quello di effettuazione*), da parte delle ASL, del flusso informativo relativo alle attività di controllo. Con decorrenza dall'esercizio 2011, secondo il formato che sarà indicato dalla Direzione Generale Sanità con apposita circolare entro il 31 dicembre 2010, le ASL dovranno mensilmente trasmettere le informazioni relative alle diffide ed alle sanzioni amministrative. I responsabili delle ASL dovranno comunque comunicare prontamente alla Direzione Generale Sanità ogni evento di particolare rilevanza in merito ai controlli.⁴

Si ribadisce, come già indicato per l'anno 2010, che vengono superate le tempistiche e le modalità relative alla produzione delle controdeduzioni da parte del soggetto erogatore ed al successivo riscontro della ASL alle stesse, previste dalla DGR VII/12692 del 10.04.2003 "Modalità di attuazione dei controlli e gestione delle pratiche oggetto di controdeduzioni". Valgono i tempi e di modi previsti

⁴ *L'effetto economico dei controlli, come da DGR n. VII/12692 del 10.04.2003, in termini di diversa valorizzazione delle pratiche controllate, si intende valido sulla valorizzazione lorda attribuita a livello regionale. Tale effetto, a partire da quanto erogato nel corso del 2003, si riflette sul bilancio dell'esercizio relativo all'anno solare in cui sono effettuati i controlli, indipendentemente dall'anno di erogazione delle prestazioni. L'eventuale beneficio economico scaturito dall'attività di controllo, effettuata su quanto erogato a partire dall'anno 2003, costituirà per il bilancio della ASL economia di spesa a tutti gli effetti, e non potrà essere da essa utilizzato per altri fini.*

dalla legge 689/81(articolo 18) e s.m.i. Le Asl dovranno riscontrare le controdeduzioni nel rispetto dei tempi previsti dalla legge 241/90 e s.m.i..⁵

I disposti della dgr VIII/4799 del 30 maggio 2007⁶

Si ricordano di seguito, tra le altre, alcune delle indicazioni fornite dalla già citata DGR VIII/4799 del 30 maggio 2007:

- la non obbligatorietà del preavviso della visita ispettiva a suo tempo definito in 48 ore "lavorative" dalla d.g.r. n. VII/8078 del 18.02.2002; con questa indicazione si intende che l'eventuale preavviso non può essere inoltrato dalla ASL alla

⁵ Si precisa che, come da DGR n. VII/12692 del 10.04.2003, la eventuale diversa rappresentazione delle pratiche sottoposte a verifica di congruenza deve essere comunicata solo dalla ASL titolare dei controlli. Pertanto gli Enti erogatori non dovranno inviare, in data posteriore ai controlli effettuati, alcuna correzione dei record precedentemente inviati alla Direzione Generale Sanità della Regione Lombardia, limitandosi solo alla compilazione di una nuova SDO, recante data di effettuazione del controllo e sue risultanze, da allegare alla cartella clinica oggetto di controllo. Tale seconda SDO non dovrà sostituire l'originale, ma renderà solo conto della diversa rappresentazione dell'episodio di ricovero susseguente alla attività di controllo.

⁶ Tra le principali novità introdotte dalla DGR n. VIII/4799 del 30 maggio 2007, figurano i 6 indicatori di seguito richiamati che la Direzione Generale Sanità, con frequenza semestrale, trasmette alle Asl:

1. % di casi ordinari con degenza di 2/3 giorni: questo indicatore può evidenziare la tendenza a massimizzare da parte di una struttura la resa economica del ricovero con il minimo impegno di risorse; è chiaro che esso deve essere letto alla luce delle regole stabilite dalla Giunta Regionale, in quanto, ad esempio, per i DRG chirurgici di cui all'allegato 2C del DPCM 2001 sui LEA è in vigore una tariffa unica a prescindere dalla durata della degenza e quindi l'indicatore in questi casi individua puramente una scelta organizzativa della struttura che è ininfluente rispetto ai rimborsi dovuti alla stessa;
2. % casi complicati: questo indicatore, calcolato solo per le coppie di DRG e per la casistica ordinaria che prevede l'accoppiata complicato/non complicato, può evidenziare la tendenza a segnalare complicanze e/o comorbidità che non sono state significative in termini di necessità di impegno maggiore di risorse e di degenza prolungata;
3. incidenza di un DRG sul mix dell'unità operativa: questo indicatore, calcolato per la casistica ordinaria, può indicare o la particolare attrattività/specializzazione di una struttura o la tendenza ad usare codifiche o ad adottare modalità organizzative degne di attenzione e di valutazione;
4. % di ricoveri ripetuti per la stessa MDC ed all'interno dello stesso ospedale: questo indicatore può evidenziare o la tendenza a frammentare i processi di erogazione delle cure o problemi in termini di efficacia delle stesse. In entrambi i casi la valutazione è opportuna, facendo attenzione al fatto che, essendo tale indicatore basato sulla casistica di tutta la struttura, e non distinguendo tra ricoveri per acuti e ricoveri riabilitativi, nelle strutture in cui sono presenti entrambe le tipologie di assistenza, la percentuale dei ricoveri ripetuti può derivare dall'assetto organizzativo della struttura stessa;
5. numero di accessi per record di day hospital: questo indicatore può evidenziare la tendenza ad effettuare, per ciclo di day hospital, un numero eccessivo di accessi; questo indicatore è stato calcolato anche per i DRG chirurgici ma in questo caso è puramente informativo in quanto gli stessi sono remunerati a pacchetto e quindi a prescindere dal numero degli accessi;
6. % di procedure effettuate in ambulatorio: sono state isolate tutte le procedure (circa 100) che sono presenti sia nell'ICD-9-cm sia nel nomenclatore ambulatoriale ed è stata calcolata l'incidenza della modalità di erogazione in regime ambulatoriale rispetto al totale delle prestazioni - riconducibili alla stessa codifica - erogate nella stessa struttura sia in ambulatorio sia in regime di ricovero. Questo indicatore può evidenziare la tendenza ad utilizzare in modo anomalo il regime di ricovero invece della più appropriata modalità ambulatoriale di erogazione delle prestazioni.

Si precisa che sono riportati solo i DRG/presidio/reparto di dimissione specifici che si discostano per una deviazione standard dalla media regionale con una numerosità totale superiore a 20 record nell'anno considerato. Il posizionamento al di fuori dal parametro regionale (media regionale + o - una deviazione standard) illustra una situazione statisticamente "anomala" ed è quindi da considerarsi come un indicatore di allerta, da contestualizzare rispetto alla situazione locale e inquadrare rispetto alle conoscenze e all'analisi delle ASL, competenti per territorio, sulla peculiarità di attività del presidio/reparto stesso.

struttura prima delle 48 ore precedenti il controllo e che il preavviso non è più da considerarsi un obbligo;

- l'assenza della limitazione di tipologia di controllo (appropriatezza o congruenza della codifica) sulla stessa pratica;
- il superamento di quanto previsto dalla VII/12692 del 10.04.2003 alla voce "calendarizzazione dei controlli", dando la priorità alla verifica delle attività erogate nel corso dell'esercizio di cui non sono state ancora saldate le attività che si individua con il periodo che va dal 1° gennaio di un anno al 28 febbraio dell'anno seguente;
- la non sospensione del controllo a seguito di "interpello" alla Direzione Generale Sanità, così come previsto dalla circolare 37/SAN/2003, privilegiando, nel caso di contestazione, l'interpretazione conservativa della modalità di codifica proposta dalla ASL, che deve essere quella prevista dalle linee guida regionali emanate a riguardo della codifica delle prestazioni e che riguarda le procedure consolidate e storicizzate nella pratica clinica e quindi anche utilizzate in sede di rilevazione dei costi e definizione delle tariffe delle prestazioni sia a livello nazionale che regionale;
- l'obbligatorietà dell'estensione del campione a tutta la casistica, nel caso di rilevazione di errori che superano la soglia statistica di significatività;
- dare attuazione, come previsto dalla l.r. 8/2007, alla sovraterritorialità della funzione di controllo prevedendo che le ASL verifichino le prestazioni a favore di propri residenti erogate da strutture ubicate presso altre ASL, dando atto che la possibilità di maggiore azione anche sul piano territoriale potrà essere una buona garanzia di crescita dell'efficacia delle attività di controllo attraverso anche il confronto tra e con diversi operatori, superando la previsione del d.d.g. Sanità n. 1375/05 e della dgr. n. VIII/3776 del 13.12.2006 – in tema di controlli tra ASL viciniori;
- si raccomanda la massima attenzione all'utilizzo dello strumento interpello che è attivo sul sito della Direzione Generale Sanità. Le risposte fornite dalla Regione ai quesiti posti tramite Interpello sono pareri vincolanti tramite i quali vengono chiariti i dubbi relativi all'interpretazione o all'applicazione di normative o disposizioni amministrative già vigenti, garantendo così una applicazione omogenea sul territorio regionale della funzione di controllo delle ASL.

Il ruolo dei NOC⁷

Si ribadisce il contenuto della legge 689/81 (e dell'art.17 della legge regionale 33/09) a riguardo del ruolo del Responsabile NOC che effettui una ispezione.

⁷ Il Nucleo Operativo di Controllo, inizialmente regionale, è stato istituito con la DGR n. VI/29381 del 20.06.1997 "Costituzione nucleo operativo di controllo delle attività sanitarie delle strutture accreditate. Approvazione dello schema tipo di convenzione con aziende sanitarie per l'utilizzo di personale dipendente delle stesse nel nucleo operativo di controllo", che stabilisce l'inizio dell'attività normativa relativa ai controlli in Regione Lombardia. Con la DGR n. VI/34809 del 27.02.1998 "Attività di vigilanza e controllo sulle modalità di applicazione del sistema di finanziamento a prestazione", si stabilisce che la competenza sui controlli e la conduzione delle relative attività passano alle ASL, tramite l'istituzione di Nuclei Operativi di Controlli presso ciascuna Azienda Sanitaria Locale.

Il Responsabile dell'ispezione NOC nell'esercizio della specifica funzione è pubblico ufficiale: ha potere autoritativo (potere di imporre alla controparte un "fare", una attività, come ad esempio la sospensione della attività) e un potere certificativo (potere di redigere un verbale). I componenti dell'equipe di quella specifica ispezione concorrono, per le azioni compiute per le pratiche esaminate, allo svolgimento dell'ispezione stessa.

Nel momento in cui il responsabile dell'ispezione NOC verifica una condotta illecita è tenuto ad applicare le relative sanzioni amministrative per le quali la norma non ammette discrezionalità.

Il verbale di accertamento di condotta oggetto di sanzione amministrativa deve necessariamente contenere i seguenti elementi:

- data;
- generalità trasgressore (legale rappresentante dell'ente);
- eventuali responsabili in solido;
- descrizione del fatto;
- indicazione della norma violata;
- indicazione della sanzione.

(Fonte: DGR n. IX/937 del 01.12.2010, Regole 2011 – Allegato 12)

Si modifica l'indicazione di cui al punto 8 della Circolare n. 37/SAN/2003 circa la soglia di significatività dell'errore sanzionabile e si elimina il riferimento alla "stessa fattispecie di codifica" contenuto nello stesso punto 8, così come successivamente esplicitato dalla Circolare della Direzione Generale Sanità del 09.02.2011, definendo che l'oggetto della valutazione ai fini dell'irrogazione della sanzione amministrativa, non sia il numero delle cartelle modificate ma il loro valore economico, facendo sì quindi che la soglia del 5% di errore sia calcolata sull'entità della decurtazione economica realizzata come esito delle attività di controllo, secondo la seguente formula:

$$\frac{\text{decurtazione in Euro dei ricoveri dell'intero campione}}{\text{valorizzazione in Euro dei ricoveri dell'intero campione}} \geq 5\%$$

Si precisa che, in tema di contestazione di illecito amministrativo e di irrogazione di sanzioni amministrative, le due predette azioni e le relative tempistiche di attuazione debbano essere tenute ben distinte nei termini seguenti:

- l'eventuale contestazione di illecito amministrativo deve essere contestuale alla redazione del verbale di accertamento o al massimo deve essere notificata entro 90 giorni dalla redazione del verbale ispettivo;
- l'eventuale notifica di irrogazione di sanzione amministrativa deve essere inviata entro un tempo massimo di 5 anni dalla redazione del verbale ispettivo.

(Fonte: DGR n. IX/2057 del 28.07.2011, Regole 2011, III Provvedimento)

Si stabilisce che la DGR n. VI/45934 del 28.10.1999 avente ad oggetto "Approvazione delle linee guida per lo svolgimento della attività di controllo esterno da parte dell'ASL sulle modalità di applicazione del sistema di pagamento a prestazione" nel punto in cui prevede che "nel caso in cui non si arrivasse ad un

accordo le pratiche non definite saranno poste alla attenzione di un <<comitato di Saggi>>, all'uopo costituito che si pronuncerà obbligatoriamente nel termine di 90 giorni dall'affidamento del mandato" è superata dalle previsioni di cui alla DGR VII/3826 del 16.03.2001 "Determinazioni in merito alle modalità di controllo delle prestazioni sanitarie" e che l'allegato 8 "appropriatezza specifica delle prestazioni" della DGR VIII/9014 del 20 febbraio 2009 prevede di attribuire funzioni di supporto qualificato ad esperti accreditati, inseriti in un elenco aggiornabile, selezionati per le principali branche specialistiche mediche e chirurgiche, i quali saranno chiamati dalla Direzione Generale Sanità, sulla base di necessità prioritarie del sistema, ad effettuare valutazioni sulla appropriatezza specifica delle prestazioni di ricovero e di specialistica e sulla congruenza di codifica delle prestazioni stesse ai fini della loro remunerazione.

(Fonte: DGR n. VIII/9173 del 30.03.2009, Regole 2009, III Provvedimento)

Si ribadisce l'indicazione riguardante l'obbligo, per ogni ASL, di verificare, ai sensi dell'articolo 79 della legge 133 del 06.08.2008 - legge finanziaria 2009 - almeno il 10% degli episodi di ricovero avvenuti sul proprio territorio di competenza (n.d.r.: precedentemente all'esercizio 2009, la quota di controllo delle prestazioni di ricovero prevista in Regione Lombardia era del 5%, come da DGR n. 45934/1999).

(Fonte: DGR n. VIII/8501 del 26.11.2008, Regole 2009 - Allegato 10)

Si stabilisce che (n.d.r.: in ottemperanza alle indicazioni della DGR n. VIII/9014 del 20.02.2009, in merito agli elementi della cartella clinica, la cui assenza costituisce condizione per la non rimborsabilità dei ricoveri in quanto non chiaramente rappresentativi del percorso di cura del paziente) la compilazione del diario medico debba essere contestualizzata all'interno dei requisiti organizzativi specifici di autorizzazione e accreditamento, ovvero:

- se la presenza del medico è prevista obbligatoriamente dal lunedì al venerdì in relazione ad una prevista fascia oraria, l'obbligatorietà di compilazione del diario medico è valida per le medesime giornate;
- nel corso delle altre giornate, essendo l'assistenza garantita in forma di guardia/reperibilità, il diario medico viene compilato solo se si effettuano attività sul paziente;
- si ribadisce, invece, la necessità della compilazione giornaliera del diario infermieristico e, se del caso, del terapeuta della riabilitazione, in conformità a quanto previsto per l'assolvimento dei requisiti organizzativi specifici di autorizzazione e accreditamento.

(Fonte: DGR n. VIII/9581 del 11.06.2009, Regole 2009, IV Provvedimento)

Si prevede, a valere dall'esercizio 2009 e secondo le modalità di cui all'allegato 2 (sottoallegato 11D), parte integrante della DGR VIII/10077 del 07.08.09, che fino ad un massimo di 3 punti percentuali dei 10 complessivi previsti dalla DGR VIII/8501/2008, per quanto riguarda la quantità di pratiche di ricovero da controllarsi nel corso del 2009, possa essere soggetto ad autocontrollo da parte degli erogatori, sulla base di un campione estratto dalla ASL ed applicando

quanto previsto dalla DGR VIII/9581/09 per le verifiche della completezza della cartella clinica.⁸

(Fonte: DGR n. VIII/10077 del 07.08.2009, Regole 2009, V Provvedimento)

Si definisce, al fine di attuare pienamente lo spirito dell'allegato 3 "Cartella Clinica" alla DGR VIII/9014/2009, così come integrato con DGR VIII/9581/2009, pesature per le componenti dei requisiti dirimenti ed una nuova soglia di accettabilità di errore per i requisiti non dirimenti. Congruentemente, a decorrere dai controlli relativi a ricoveri con dimissioni avvenute dal 1° gennaio 2010, l'assenza di uno degli elementi della cartella clinica di seguito elencati, costituisce condizione per la non rimborsabilità del ricovero parziale o totale:

- N° progressivo cartella clinica (100%).
- Generalità della persona assistita (100%).
- Struttura dove avviene il ricovero (100%).
- Data di ingresso e di uscita del paziente (100%).
- Nel caso di prestazione di DH per ogni accesso data ed orario di ingresso e di uscita e camera/posto letto dove viene ricoverato il paziente (100%).
- La SDO firmata dal medico della UO (anche sigla) (100%).
- Gruppo di requisiti (somma 100%):
 - a. Il motivo del ricovero (nel foglio di ricovero o nel diario medico in 1° giornata o nella documentazione di valutazione all'ingresso) (peso 20%).
 - b. Anamnesi patologica prossima (peso 10%).
 - c. Esame obiettivo all'ingresso (40%) firmato (anche sigla) (20%) e datato (10%) (peso totale della voce 70%).
- Nel caso di ricoveri riabilitativi: firmati dal medico facente parte della equipe riabilitativa il progetto ed il programma riabilitativo individuale (PRI, pri) (100%).
- Il consenso informato, firmato dal medico e dal paziente, all'intervento chirurgico ed alle trasfusioni (90%) datato (10%). (Questo requisito non supera la normativa vigente e quindi non solleva la struttura dalle responsabilità derivanti dall'obbligo di raccogliere il consenso informato in tutti i casi previsti dalla normativa vigente non contemplati nel requisito stesso).
- Gruppo di requisiti (somma 100%):
 - a. Documentazione/cartella anestesiologicala (chiaramente nei casi in cui l'anestesista prende parte all'intervento) riportante il monitoraggio intraoperatorio (40%).
 - b. Verbale operatorio incompleto: descrizione dell'intervento, identificazione degli operatori, data e durata dell'intervento (60%).

⁸ I restanti 7 punti percentuali sono soggetti a controlli di congruenza, i quali, come da DGR n. VII/12692 del 10.04.2003, sono indirizzati a verificare la corrispondenza tra dati inviati dagli Enti erogatori accreditati, sotto forma di record, alla Direzione Generale Sanità della Regione Lombardia, dati riportati sulla SDO, e informazioni desunte dall'esame della cartella clinica. Questa modalità di controllo consente anche di valutare le modalità organizzative di erogazione delle prestazioni sanitarie, per quanto riguarda ricoveri ripetuti, dimissioni precoci, scelta di ambiti di erogazione delle prestazioni sanitarie.

- Lettera di dimissione comprendente almeno: data di stesura, identificazione del medico redattore, una sintesi descrittiva del decorso clinico, le eventuali terapie e prescrizioni diagnostiche previste (100%).
- Per i restanti requisiti della cartella clinica di cui alla DGR VIII/9014 si stabilisce che non più di due degli stessi possa avere più del 20% di mancanze rispetto al totale delle registrazioni attese.

(Fonte: DGR n. IX/621 del 13.10.2010, Regole 2010, III Provvedimento)

Si conferma la necessità, per l'anno 2011, che almeno il 10% delle attività di ricovero siano soggette a controlli. Una quota fino a 3 punti percentuali dei 10 sopra previsti potrà essere riferita ad attività di autocontrollo effettuate a cura dei soggetti erogatori secondo le modalità di selezione del campione e di verifica dell'autocontrollo effettuati dalle ASL stabilite dalla DGR VIII/10077/09 e dalla DGR IX/621/10.

Per i restanti 7 punti percentuali si conferma la priorità da riservarsi, da parte delle ASL, alla selezione di tipo mirato della casistica.

Per le attività di specialistica ambulatoriale si ribadisce, per il 2011, una percentuale di controllo pari ad almeno il 3,5% delle pratiche.

Si stabilisce che nel piano dei controlli 2011 le ASL propongano quindi delle azioni quantitativamente e qualitativamente adeguate a riguardo delle attività di controllo summenzionate.

Per quanto riguarda le indicazioni date nel 2009 relativamente alla verifica della presenza sulle impegnative del sospetto/quesito diagnostico e sulle modalità di verifica della presenza nelle cartelle cliniche dei requisiti approvati con la DGR VIII/9014/2009 si confermano per il 2011 le ultime indicazioni date con le DGR VIII/9581/2009 e VIII/10077/2009.

Le ASL devono inviare alla Direzione Generale Sanità con cadenza mensile gli esiti delle attività di controllo utilizzando il flusso stabilito con d.g.r. n. VII/12692 del 10.04.2003, al fine di consentire alla Direzione Generale Sanità di fornire alle ASL stesse, con cadenza, bimestrale, i dati aggiornati relativi all'andamento dei controlli rispetto agli erogatori del proprio territorio e alle prestazioni usufruite dai propri residenti in ASL diverse in Regione Lombardia.

(Fonte: DGR n. IX/937 del 01.12.2010, Regole 2011 – Allegato 12)

Si approva il documento "Aggiornamento delle Linee Guida per la codifica delle informazioni cliniche della SDO", Allegato A (sottoallegato 11E), parte integrante della DGR IX/2057 del 08.07.11, quali indicazioni per i produttori ospedalieri pubblici e privati da applicarsi dal 1° agosto 2011. **(Fonte: DGR n. IX/2057 del 28.07.2011, Regole 2011, III Provvedimento)**

1.3 Prestazioni di ricovero extrabudget

La DGR 621 del 13 ottobre 2010 ha stabilito, a decorrere dai dimessi dal 1° ottobre 2010, di prevedere che le SDO afferenti a DRG chirurgici con diagnosi principale 225XX (tumori benigni del Sistema Nervoso Centrale) debbano integrare l'elenco

delle prestazioni remunerate a consuntivo sulla base di quanto effettivamente erogato di cui all'Allegato 14 della citata DGR n. VIII/10804 del 16.12.2009.

A seguito di ulteriori valutazioni effettuate nel merito di questa casistica si ritiene che a partire dai dimessi dal 1° gennaio 2011 le prestazioni di ricovero remunerate a consuntivo sulla base di quanto effettivamente erogato di cui all'Allegato 14 della citata DGR n. VIII/10804 del 16.12.2009 siano integrate con i seguenti codici di diagnosi principale:

2273, 2274, 2374, 2375, 2376, 23770, 23771, 23772, 2379, 22801, 22802, 22809, 2130, 2132.

(Fonte: DGR n. IX/937 del 01.12.2010, Regole 2011 – Allegato 11)

Non saranno comprese nella quota di risorse assegnate alle strutture erogatrici, in quanto saranno remunerate a consuntivo sulla base di quanto effettivamente erogato, fatte salve le valutazioni di tipo clinico - epidemiologico e di appropriatezza che dovranno essere effettuate entro il 31 luglio 2011:

in regime di ricovero e cura:

- le prestazioni relative ai DRG chirurgici con diagnosi principale di Neoplasia Maligna già individuate con la DGR VII/19688 del 3 dicembre 2004;
- le prestazioni relative ai DRG chirurgici con diagnosi principale di Neoplasia Benigna 225XX, 2273, 2274, 2374, 2375, 2376, 23770, 23771, 23772, 2379, 22801, 22802, 22809, 2130, 2132;
- le attività di chemioterapia effettuate in day hospital che prevederanno l'utilizzo di farmaci antineoplastici ad alto costo, così come da indicazioni regionali, avranno la remunerazione composta come segue: un rimborso, per ogni singolo accesso, finalizzato a finanziare i soli costi assistenziali, ancillari e generali di struttura, ed il rimborso del costo del farmaco che sarà rendicontato attraverso il File F. Per queste tipologie di prestazioni dovrà essere effettuata, in collaborazione con le farmacie ospedaliere e con gli oncologi medici, una stima di previsione dei consumi 2011 al fine di avere un riferimento rispetto al quale effettuare le opportune verifiche anche procedendo, se necessario, all'effettuazione di attività di audit clinico finalizzate a valutare l'appropriatezza nell'utilizzo di questi farmaci;
- i parti (DRG dal 370 al 375);
- le prestazioni relative ai dimessi da strutture con Pronto Soccorso, DEA o EAS con diagnosi principale come da allegato alla DGR VIII/3776 del 13 dicembre 2006. Per quanto riguarda la problematica relativa alle sindromi coronariche acute (SCA) – già evidenziata nella DGR VIII/404 del 26 luglio 2005 – si rileva che per le SCA NSTEMI (senza sovraslivellamento del tratto ST) sulla scheda di dimissione ospedaliera dovrà sempre essere utilizzata la codifica 4107x e che le stesse saranno considerate al di fuori dei contratti solo se entro le 24 ore dal ricovero effettueranno una procedura invasiva di angioplastica percutanea o di by-pass aorto – coronarico, ovvero se, così come evidenziato da ANMCO, si tratta di casi con grave instabilità clinica, elettrica od emodinamica per i quali il tempo di intervento è indicato in poche ore. Al fine di favorire una corretta e moderna gestione dei casi appropriati si prevede l'esecuzione di audit clinici randomizzati per tutte le strutture coinvolte; audit supplementari saranno previsti nelle strutture

in cui vi sarà uno scostamento rispetto al 2010 delle diagnosi di IMA NSTE maggiore del 10% ed un ricorso a procedure invasive maggiore del 15%.

- le prestazioni relative a pazienti dimessi da Unità Operative di riabilitazione specialistica afferenti alla Direzione Generale Sanità che abbiano avuto in atto nel giorno della loro accettazione una sindrome post-comatosa caratterizzata da un punteggio Glasgow Coma Scale < 13, documentato dal punteggio delle singole voci, e supportata da adeguata documentazione di valutazione clinica e strumentale. Al momento della dimissione la struttura di riabilitazione, secondo le modalità indicate con la circolare della Direzione Generale Sanità 45/SAN del 23 dicembre 2004, segnalerà sulla SDO l'evidenza della condizione clinica di sindrome post - comatosa;
- le prestazioni relative a pazienti dimessi da Unità Operative di riabilitazione specialistica che abbiamo avuto in atto nel giorno della loro accettazione postumi di mielolesione traumatica, vascolare, infettiva, infiammatoria e post - chirurgica. I postumi di mielolesione devono essere caratterizzati da un livello su scala ASIA (american spinal injury association) compreso tra A e C ed il quadro clinico deve essere supportato da adeguata documentazione di valutazione clinica e strumentale. Al momento della dimissione la struttura di riabilitazione, secondo le modalità indicate con la circolare della Direzione Generale Sanità 45/SAN del 23 dicembre 2004, segnalerà sulla SDO l'evidenza della condizione clinica di postumi di mielolesione traumatica, vascolare, infettiva, infiammatoria e post - chirurgica;
- fino a 3 milioni di euro complessivi su base regionale le quote relative agli accompagnatori di pazienti ricoverati presso unità operative di cure palliative.

(Fonte: DGR n. IX/937 del 01.12.2010, Regole 2011 - Allegato 13)

Si stabilisce che, per le dimissioni a far data dal 1° gennaio 2012, i ricoveri per solo impianto di protesi al seno, codificati secondo le modalità previste dalla DGR n. VII/13796 del 25 luglio 2003, in seguito ad asportazione per quadrantectomia o mastectomia di tumore maligno al seno siano da considerarsi tra le attività non comprese nella quota di risorse assegnate alle strutture erogatrici, in quanto saranno remunerate a consuntivo sulla base di quanto effettivamente erogato.

(Fonte: DGR n. IX/2057 del 28.07.2011, Regole 2011, III Provvedimento)

2. Attività di controllo delle prestazioni di specialistica ambulatoriale

Di seguito le principali disposizioni, attualmente vigenti, di interesse per l'attività di controllo, in materia di:

- 2.1 macroattività di chirurgia ambulatoriale a bassa complessità operativa ed assistenziale;
- 2.2 codifica, tariffe e modalità erogative delle prestazioni ambulatoriali;
- 2.3 controllo delle attività di specialistica ambulatoriale;
- 2.4 prestazioni ambulatoriali extrabudget.

2.1 Macroattività di chirurgia ambulatoriale a bassa complessità operativa ed assistenziale

È in atto a livello nazionale tra il Governo e le Amministrazioni Regionali il confronto relativo al rinnovo del patto della salute ed alle conseguenti nuove definizioni in tema di standard di posti letto, di ricoveri, di dotazione di personale e di criteri da utilizzare per valutare la appropriatezza della modalità di erogazione delle prestazioni. Nei documenti preliminari di lavoro ampio spazio e priorità hanno temi quali la riduzione dei posti letto ordinari "classici", la razionalizzazione della modalità di erogazione di alcune procedure chirurgiche e mediche di bassa complessità e l'ampliamento della lista dei 43 DRG oggi contenuti nell'allegato 2C del DPCM dei LEA oggi vigente. In questo caso ai DRG per i quali si ritiene inappropriata la gestione in regime ordinario ne vengono aggiunti altri per i quali la modalità più appropriata di erogazione viene ritenuta quella ambulatoriale. A ciò si aggiunga il fatto che per alcune tipologie di attività è necessaria la permanenza in ospedale più in termini di necessità di osservazione e monitoraggio del decorso clinico e della efficacia del trattamento somministrato che in termini di assistenza ed erogazione di cure specifiche.

Converge verso questi temi anche la bozza attualmente elaborata relativa ai nuovi LEA nei quali ampio spazio viene riservato alle attività di chirurgia ambulatoriale.

Sulla base di queste premesse è ipotizzabile che sia il nuovo patto per la salute sia i nuovi LEA possano essere approvati nel prossimo futuro e che quindi inizino ad avere un'incidenza significativa sulla programmazione regionale fin dai primi mesi dell'esercizio 2010.

Per queste motivazioni ed anche al fine di promuovere ulteriormente la semplificazione e la flessibilità organizzativa di erogazione di alcune tipologie di attività chirurgica, nel pieno rispetto della sicurezza dei pazienti e degli operatori, si ritiene, nelle more di eventuali future determinazioni finalizzate ad individuare degli ulteriori requisiti di accreditamento, di individuare, all'allegato 10, i requisiti minimi autorizzativi di una nuova macroattività denominata "Macroattività chirurgica a bassa complessità operativa ed assistenziale".

(Fonte: DGR n. VIII/10804 del 16.12.2009, Regole 2010 – Allegato 9)

Si precisa nei termini seguenti i contenuti dell'Allegato 9 alla DGR n. VIII/10804 del 16.12.2009:

sulla base delle attività erogate in regime ordinario ed in day surgery nel corso del 1° semestre 2009, sono state individuate le procedure chirurgiche influenzanti l'attribuzione del DRG (MPR) che, per almeno il 90%, sono risultate erogate in Day Surgery o in degenza ordinaria di 1 giorno. Per queste attività, in considerazione della bassa complessità operativa ed assistenziale degli interventi e dei nuovi requisiti previsti, viene individuata una tariffa unica che è pari al 95% della media pesata dei costi unitari attualmente sostenuti per finanziare le attività in degenza ordinaria ed in Day Surgery. Queste attività, elencate all'Allegato A contenuto nella DGR VIII/10804/2009 (*sottoallegato 11F*), saranno rendicontate, parimenti alle attività di specialistica ambulatoriale, con il flusso informativo di cui alla circolare 28/SAN ed anche i casi che permangono nella struttura per una sola notte verranno considerati di tipo ambulatoriale in quanto la notte di permanenza in "ospedale" verrà considerata non di assistenza ma di semplice osservazione. Continueranno ad essere considerati e rendicontati come attività di ricovero solo i casi con almeno 2 notti di degenza pur prevedendo per gli stessi la nuova tariffa unica di cui all'Allegato A di cui sopra. Poiché le prestazioni di chirurgia ambulatoriale di cui all'Allegato A danno origine a DRG che non contengono solo tali prestazioni, questi DRG, quando risultanti dalla erogazione di prestazioni diverse da quelle di cui all'Allegato A, non sono modificati ed influenzati dai requisiti e dalle tariffe di cui al presente Allegato 9; ne deriva quindi che la scelta della modalità di rendicontazione delle prestazioni di chirurgia ambulatoriale è guidata principalmente dai seguenti criteri:

- le prestazioni di cui all'allegato A rappresentano delle procedure chirurgiche che, sulla base degli algoritmi allocativi del Grouper 3M, sono determinanti nella attribuzione del DRG (M.P.R. major procedure related);
- su questa base, nel caso di effettuazione contestuale di più procedure chirurgiche, deve essere "scelta" quella che il Grouper 3M individua come principale (M.P.R.);
- nel caso in cui vengano effettuate contestualmente più procedure di cui solo la principale (M.P.R.), individuata nel modo descritto al punto precedente, è contenuta nell'Allegato A tutte le procedure chirurgiche effettuate devono essere ricondotte alla principale e quindi una sola prestazione deve essere rendicontata con il flusso di cui alla circolare 28/SAN;
- nel caso in cui vengano effettuate contestualmente più procedure di cui la principale (M.P.R.), individuata come sopra descritto, non è contenuta nell'Allegato A e qualcuna delle altre invece lo sia, l'episodio segue le normali modalità di rendicontazione in uso per le attività di day surgery o di degenza ordinaria.

(Fonte: DGR n. IX/621 del 13.10.2010, Regole 2010, III Provvedimento)

Si rettifica la descrizione della prestazione identificata dal cod. 83.01 indicata nell'Allegato A alla DGR n. VIII/10804 del 16.12.2009, come segue:

“83.01 ESPLORAZIONE DELLA FASCIA TENDINEA AD ECCEZIONE DELLA MANO Se eventualmente effettuati sono inclusi: visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo”.

(Fonte: DGR n. IX/621 del 13.10.2010, Regole 2010, III Provvedimento)

Si stabilisce che a partire dalle prestazioni erogate dal 1° dicembre 2010, anche in caso di eventuale accettazione da pronto soccorso, le prestazioni di cui all'allegato A della DGR VIII/10804 del 16 dicembre 2009 non avranno l'incremento del 25% previsto per le prestazioni di Pronto Soccorso seguite da dimissione del paziente e rendicontate con il flusso informativo di cui alla circolare 28SAN.

(Fonte: DGR n. IX/937 del 01.12.2010, Regole 2011 - Allegato 11)

Cheratocono e Cross Linking Corneale

Si introduce la prestazione di cross linking corneale nell'ambito della “macroattività chirurgica a bassa complessità operativa ed assistenziale”, integrando, a decorrere dalle attività erogate dal 1° di ottobre del 2010, l'Allegato A alla DGR n. VIII/10804 del 16.12.2009 come segue:

Branca	Nota	Codice	Descrizione	Tariffa
Oculistica	IHCa	11.99.7	CROSS LINKING CORNEALE Incluso: Prima visita ed esami pre operatori di arruolamento, intervento, visite di controllo entro 12 mesi (come da Allegato 1*)	1.000,00 €

individuando i relativi criteri di appropriatezza di erogazione e di presa in carico dei pazienti indicati nell'Allegato 1 (*n.d.r. vedi nuova definizione criteri di appropriatezza come da DGR n. IX/2057 del 28.07.2011).

(Fonte: DGR n. IX/621 del 13.10.2010, Regole 2010, III Provvedimento)

La DGR 621 del 13 ottobre 2010 ha introdotto tra le attività afferenti alla “macroattività chirurgica a bassa complessità operativa ed assistenziale” il CROSS LINKING CORNEALE includendo nelle attività remunerate con la medesima tariffa di 1.000,00 euro la prima visita, gli esami pre operatori di arruolamento, l'intervento e le visite di controllo entro i dodici mesi. Valutazioni più approfondite relativamente all'impegno della sala operatoria ed al costo delle attività diagnostiche di arruolamento individuano una non adeguata copertura dei costi sostenuti per concludere l'intero percorso di trattamento. Si prende atto di questa valutazione, che potrebbe limitare l'accesso dei pazienti a questa procedura terapeutica, e si stabilisce che più adeguatamente dal 1° gennaio del 2011 la tariffa per questo percorso diagnostico terapeutico sia pari a 1.850,00 euro. Le ASL nel corso del 2011 dovranno porre la massima attenzione affinché le strutture che erogano questa prestazione rispettino in pieno la logica di remunerazione a

pacchetto dell'intero percorso di diagnosi, terapia e follow up e che quindi per lo stesso paziente non espongano a carico del SSN altre prestazioni se non quella a codice 11.99.7 la cui tariffa rimborsa l'intero percorso così come è stato individuato all'allegato 1 della citata DGR 621/2010.

(Fonte: DGR n. IX/937 del 01.12.2010, Regole 2011 – Allegato 11)

Si modifica l'Allegato 1 alla DGR n. IX/621/2010 nelle parti relative all' "Adeguatezza dell'arruolamento" e alle "Controindicazioni", come di seguito indicato:

- I criteri di "Adeguatezza dell'arruolamento" vengono sostituiti dai seguenti:
 - ▶ Età superiore a 8 anni;
 - ▶ 2 topografie sequenziali prima del trattamento, eseguite con lo stesso strumento, distanziate di almeno 2 mesi, con incremento di curvatura massima in mappa istantanea differenziale superiore ad 1 diottria;
 - ▶ Visus corretto, sia con lenti a tempiale che con lente a contatto, tollerata, non inferiore a 5 decimi;
 - ▶ Conta endoteliale superiore a 2.000 cell/mm².
- Le "Controindicazioni" vengono integrate dalle seguenti:
 - ▶ Anestesia corneale;

Specificare "severe dry eye": alterazione della lubrificazione con Schirmer test <5 mm/5 min, BUT <5 sec, cheratite puntata ed epiteliopatia congiuntivale (Severity Level 3 o 4 del grading scheme delle International Dry Eye Guidelines 2008. Issue: April 2008. The Definition & Classification of Dry Eyes Disease – Guidelines from the 2007 International Dry Eye Workshop. By Michael A. Lemp, M.D. and Gary N. Foulks, M.D., F.A.C.S.).

(Fonte: DGR n. IX/2057 del 28.07.2011, Regole 2011, III Provvedimento)

2.2 Codifica, tariffe e modalità erogative delle prestazioni ambulatoriali

Per le branche di radioterapia e di dermatologia vengono introdotte le modifiche e le integrazioni tariffarie così come ad oggi possono essere ricavate dal lavoro svolto dal gruppo di lavoro ministero salute/regioni relativo al mattone per la specialistica ambulatoriale. Le nuove prestazioni e quelle modificate sono state verificate per la radioterapia con i rappresentanti regionali di AIRO e dei primari ospedalieri, per la dermatologia con i rappresentanti regionali dei primari ospedalieri.

Per la radiologia diagnostica vengono introdotte le prestazioni di biopsia miniinvasiva "vacuum assisted" con sistema di guida ecografico, e di biopsia miniinvasiva "vacuum assisted" con sistema di guida stereotassico.

Vengono incrementate le tariffe relative alla visita generale (codice 897 corrispondente alla prima visita) ed alla visita di controllo (codice 8901) portandole rispettivamente a 23 euro e 19 euro.

Si introducono nel nomenclatore tariffario ambulatoriale sotto la branca di oculistica la prestazione di Int. su cristallino con o senza vitrectomia e, per quanto

si evince da un'analisi effettuata sulle attività 2006 dei reparti che prevalentemente erogano il DRG 006, sotto le branche di ortopedia, chirurgia plastica e neurochirurgia la prestazione di Decompressione del tunnel carpale. Questa scelta è giustificata dal fatto che per entrambe le procedure chirurgiche interessate nel 2006 quasi il 99% degli interventi vengono effettuati o in day surgery o in una giornata di ricovero ordinario. Si ritiene quindi che la previsione di raggiungere, come previsto dall'Intesa Stato Regione del 23 marzo 2005, entro il 31 dicembre 2007 il tasso di ospedalizzazione di 180 ricoveri per 1000 abitanti, possa essere perseguita anche mediante questa soluzione di razionalizzazione delle modalità di erogazione di queste prestazioni senza compromettere la qualità delle stesse.

(Fonte: DGR n. VIII/3776 del 13.12.2006, Regole 2007 – Allegato 8)

Si danno indicazioni, per alcune prestazioni ambulatoriali di dermatologia, sulla ripetibilità, su base annuale, delle stesse, sulla tenuta di elementi documentali a riguardo di alcune tipologie di lesioni e si fornisce la corretta codifica da utilizzare per la prestazione di ossimetria transcutanea così come da allegato A parte integrante della DGR VIII/5237 del 02.08.07 (sottoallegato 11G).

Si precisa che le su citate indicazioni entrano in vigore per le prestazioni erogate dal 15 agosto del 2007.

Si integra la branca radioterapia con due nuove prestazioni di cui all'allegato A parte integrante della presente delibera.

Si precisa che queste nuove prestazioni e le relative tariffe entrano in vigore per le prestazioni ambulatoriali prenotate dal 1° settembre 2007.

Si integra la branca ambulatoriale di oculistica, con limitazione di erogazione in contesto ospedaliero, inserendo la prestazione "iniezione intravitreale di sostanze terapeutiche", di cui all'allegato A parte integrante della presente delibera. Questa prestazione di tipo ambulatoriale, potrà essere codificata solo per terapie effettuate in asepsi ed in sala operatorie per somministrare con iniezione intravitreale il farmaco Avastin per pazienti affetti da maculopatia essudativa e da glaucoma neovascolare così come previsto dalla determinazione AIFA del 23 maggio 2007.

Si prevede che la su citata nuova prestazione e la relativa tariffa entrano in vigore per le prestazioni ambulatoriali prenotate dal 1° settembre 2007; si precisa inoltre che questa prestazione dovrà essere esclusivamente erogata in regime ambulatoriale intraospedaliero.

(Fonte: DGR n. VIII/5237 del 02.08.2007, Regole 2007, Il Provvedimento)

Interventi e/o prestazioni sanitarie messe in atto per tipizzazioni genomiche e per la cura della lipodistrofia nei pazienti HIV positivi in trattamento antiretrovirale.

Si stabilisce che le valutazioni di tipizzazione genomica propedeutiche alla somministrazione di determinate terapie per le quale sia clinicamente indispensabile verificare in via preventiva elementi significativi di tossicità e/o di corretto dosaggio, vedi ad esempio l'abacavir solfato, devono essere rendicontate con il codice del nomenclatore tariffario ambulatoriale 90.78.5 "tipizzazione genomica HLA-B mediante sequenziamento diretto".

L'intervento/procedura di inoculazione di filler per il trattamento dell'atrofia del tessuto cutaneo e/o sottocutaneo al volto per pazienti HIV positivi in trattamento antiretrovirale è identificato dal codice 99.2B "iniezione o infusione di sostanze specifiche per la cura della lipoatrofia al volto nei pazienti HIV positivi in trattamento antiretrovirale" del nomenclatore tariffario ambulatoriale.

(Fonte: DGR n. VIII/8501 del 26.11.2009, Regole 2009, Allegato 15)

Si integra la branca di ostetricia – ginecologia del nomenclatore tariffario delle prestazioni ambulatoriali con le prestazioni con codice 9337 (training prenatale) ed 88797 (ecografia transvaginale).

(Fonte: DGR n. VIII/9173 del 30.03.2009, Regole 2009, III Provvedimento)

Si individua per le prestazioni a codice 89.7B.8, 89.7A.3, 88.72.2, 88.72.3, 89.48.1, 88.73.1 ed 88.73.2, la descrizione come indicato nella tabella sotto riportata e si conferma la tariffa e la branca / branche di afferenza individuate dalla DGR VIII/10804:

codice	nota	descr_prestaz breve	DESCR_PRESTAZ_completa
89.7B.8	M	PRIMA VISITA ORL	PRIMA VISITA ORL
89.7A.3	M	PRIMA VISITA CARDIOLOGICA	PRIMA VISITA CARDIOLOGICA
88.72.2	M	ECO (COLOR) DOPPLERGRAFIA CARDIACA	ECO (COLOR) DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo
88.72.3	MH	ECO (COLOR) DOPPLERGRAFIA CARDIACA	ECO (COLOR) DOPPLERGRAFIA CARDIACA dopo prova fisica o farmacologica*
89.48.1	M	CONTROLLO/PROGRAMMAZION E DI PACE-MAKER	CONTROLLO/PROGRAMMAZIONE DI PACE-MAKER
88.73.1	M	ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA	ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA
88.73.2	M	ECOGRAFIA MONOLATERALE DELLA MAMMELLA	ECOGRAFIA MONOLATERALE DELLA MAMMELLA

* (n.d.r.: vedi modifica descrizione come da DGR n. IX/621 del 13.10.2010)

Si elimina la prestazione 89.02 "Visita a completamento della prima visita", in attesa delle definitive determinazioni che saranno prese al riguardo dal Ministero della Salute.

Si precisa, inoltre, che le prestazioni identificate con i codici: 88.79.5 e 88.79.6 sono erogabili anche per la branca di urologia.

Si precisa che l'allegato A della già citata dgr n.VIII/10804/09 "Macroattività chirurgica a bassa intensità operativa ed assistenziale", che riporta le prestazioni ed i relativi codici ambulatoriali, risulta integrato secondo le previsioni di seguito riportate: erogabili anche per la branca di chirurgia generale le prestazioni identificate con codice: 38.59, 38.69, 43.11, 64.0, 68.16.2 e 69.09; erogabili anche per la branca di chirurgia plastica le prestazioni identificate con codice: 80.23, 80.74, 81.72, 81.75, 82.01, 82.12, 82.21, 82.29, 82.31, 82.33, 82.53 e 83.01; erogabili anche per le branche di chirurgia generale e di chirurgia plastica le prestazioni

identificate con codice: 82.39, 82.45 e 82.91. **(Fonte: DGR n. VIII/11270 del 10.02.2010, Regole 2010, Il Provvedimento)**

Prestazioni di dialisi

Si stabilisce che le prestazioni di dialisi, la cui prescrivibilità viene rinnovata periodicamente dai centri dialisi, dovranno essere prescritte su ricettario SSN.

Data la ripetitività delle prestazioni erogate si dispone che la prescrizione per le prestazioni di dialisi potrà essere predisposta mensilmente per singolo assistito su un'unica ricetta.

(Fonte: DGR n. VIII/10804 del 16.12.2009, Regole 2010 – Allegato 13)

Per le prestazioni identificate dai codici 39.95.1, 39.95.2, 39.95.4, 39.95.5, 39.95.6, 39.95.7, 39.95.8, 39.95.9, le tariffe includono il costo dei farmaci, delle indagini di laboratorio e di altre prestazioni comunemente connesse al trattamento dialitico. Pertanto l'eventuale erogazione dei farmaci, degli esami diagnostici e delle prestazioni sotto elencate, in corso di trattamento dialitico, non dà diritto ad alcuna remunerazione aggiuntiva oltre alla tariffa della prestazione dialitica erogata.

Sono comprese nella tariffa del trattamento emodialitico una o più delle seguenti prestazioni:

- Esami diagnostici di laboratorio: Sodio, Potassio, Emocromo, Emogasanalisi di sangue misto venoso (Equilibrio Acido Base).
- Erogazione di farmaci: Carbonato di Calcio, Carbonato di Magnesio, Calcio Acetato, Ferro per somministrazione venosa, Calcitriolo per somministrazione venosa, Eritropoietina (per il costo del farmaco e dell'infusione).
- Ed inoltre:

8901	VISITA DI CONTROLLO
89651	EMOGASANALISI ARTERIOSA SISTEMICA
89655	MONITORAGGIO INCRUENTO DELLA SATURAZIONE ARTERIOSA
89656	EMOGASANALISI PRIMA E DOPO IPERVENTILAZIONE
897	VISITA GENERALE
93561	FASCIATURA SEMPLICE
9659	ALTRA IRRIGAZIONE DI FERITA
99241	INFUSIONE DI SOSTANZE ORMONALI
992A	INIEZIONE O INFUSIONE DI FARMACI SPECIFICI

Ciascuna delle 8 prestazioni dialitiche sopra elencate (39.95.1, 39.95.2, 39.95.4, 39.95.5, 39.95.6, 39.95.7, 39.95.8, 39.95.9) erogate dal 1° gennaio 2010 ha la tariffa incrementata di 9,00 euro.

(Fonte: DGR n. VIII/10804 del 16.12.2009, Regole 2010 – Allegato 12)

Si stabilisce che tra le prestazioni da non rendicontare in associazione alle prestazioni afferenti alla branca di nefrologia (39.95.1, 39.95.2, 39.95.4, 39.95.5, 39.95.6, 39.95.7, 39.95.8, 39.95.9) di cui all'Allegato 13, punto E alla DGR n. VIII/10804/09, sono da considerarsi anche cod. 89.7B.4 (Prima visita nefrologica), cod. 89.01.B (Visita nefrologica di controllo) e cod. 91.49.2 (Prelievo di sangue venoso).

Si introduce nel nomenclatore tariffario delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, per le prestazioni erogate a decorrere dal 1° ottobre 2010, la prestazione 89.03 "Stesura del piano di emodialisi o di dialisi peritoneale" con la tariffa di 15,85 euro che può essere rendicontata contestualmente alla seduta dialitica.

(Fonte: DGR n. IX/621 del 13.10.2010, Regole 2010, III Provvedimento)

Si stabilisce, con riferimento al nomenclatore tariffario regionale per le prestazioni ambulatoriali di cui all'Allegato B alla DGR n. VIII/10804/09 che:

- che la corretta descrizione della prestazione 88.72.3 è "ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA a riposo e dopo prova fisica o farmacologica";
- che, conseguentemente, le prestazioni effettuate nel corso di un unico accesso ambulatoriale sono due e ciò comporta un adeguamento della tariffa di tale prestazione;
- che la nuova tariffa, a partire dalle prestazioni prenotate dal 1° ottobre 2010, diviene pari a 85 euro;
- che la prestazione 88.72.3 non può essere effettuata contestualmente alla prestazione 88.72.2 ed alla prestazione 88.72.A;
- che la prestazione 88.72.2 "ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA a riposo" risulta essere esente secondo le condizioni previste dal Decreto Ministeriale - Ministero della Sanità 21 maggio 2001, n. 296.

Si precisa che l'Allegato 13 e l'Allegato B alla DGR n. VIII/10804 del 16.12.2009, nella parte relativa all'estrazione del DNA, prevedono che l'estrazione del DNA sia compresa nella prestazione di ricerca del virus solo per alcune prestazioni di nuova introduzione. Per le altre prestazioni (HCV, HBV ed HIV) nulla è innovato ed in questi termini è da intendersi l'indicatore di controllo inserito nell'Allegato 13 "Attività di controllo" alla medesima DGR n. 10804/2009: tale indicatore vale, evidentemente, solo per le prestazioni di nuova introduzione nel 2010 che sono identificate dai codici 91.24.9, 91.24.B e 91.24.C.

(Fonte: DGR n. IX/621 del 13.10.2010, Regole 2010, III Provvedimento)

Nel corso del 2010 si sono tenuti presso la Direzione Generale Sanità degli incontri con i rappresentanti regionali delle tre società scientifiche AIGO (Associazione Italiana Gastroenterologi ed Endoscopisti Digestivi Ospedalieri), SIED (Società Italiana di Endoscopia Digestiva) e SIGE (Società Italiana di Gastroenterologia) durante i quali si è discusso di alcune problematiche emergenti relative alle attività di endoscopia digestiva.

In particolare si è discusso delle metodiche di Video Endoscopia Capsulare e di Enteroscopia con doppio pallone che sono diventate negli ultimi tempi delle attività sufficientemente diffuse nella pratica clinica e che necessitano, proprio per questo motivo, di avere definiti dei criteri di appropriatezza di indicazione ed una modalità appropriata di erogazione delle prestazioni stesse che di norma non può essere rappresentata né dal day hospital né dal ricovero ordinario.

Sulla base di queste considerazioni e tenendo conto della disponibilità data dalle tre società scientifiche a collaborare attivamente con la Direzione Generale Sanità per valutare dal punto di vista quali-quantitativo l'impatto sul sistema regionale della introduzione di queste prestazioni, si stabilisce che a decorrere dal 1° gennaio 2011 possano essere prenotate le seguenti prestazioni di specialistica ambulatoriale con i seguenti criteri di appropriatezza di indicazione:

BRANCA	NOTA	CODICE	DESCRIZIONE	INDICAZIONI PRESCRITTIVE	TARIFFA
GASTR.	IH	45.13.01	ENTEROSCOPIA CON MICROCAMERA INGERIBILE [VCE]	Sanguinamento intestinale oscuro (persistente o ricorrente, con EGDS e colonscopia negative). Sospetta m. di Crohn digiuno-ileale (con altre indagini non conclusive). Follow up di sindromi poliposiche. Malattia celiaca refrattaria / sospetto linfoma	€ 850,00
GASTR.	IH	45.13.A	ENTEROSCOPIA PER VIA ANTEROGRADA con pallone [BAE]	Integrazione di VCE, enteroTC, enteroRM, ecografia con studio delle anse	€ 750,00
GASTR.	IH	45.13.B	ENTEROSCOPIA PER VIA ANTEROGRADA con pallone [BAE] CON BIOPSIA	Integrazione di VCE, enteroTC, enteroRM, ecografia con studio delle anse	€ 850,00
GASTR.	IH	45.23.A	ILEOCOLONSCOPIA PER VIA RETROGRADA con pallone [BAE]	Integrazione di VCE, enteroTC, enteroRM, ecografia con studio delle anse	€ 750,00
GASTR.	IH	45.23.B	ILEOCOLONSCOPIA PER VIA RETROGRADA con pallone [BAE] CON BIOPSIA	Integrazione di VCE, enteroTC, enteroRM, ecografia con studio delle anse	€ 850,00

Per quanto riguarda le attività afferenti alla branca della Diagnostica per Immagini, in particolare prestazioni TAC ed RMN, si dà mandato alla Direzione Generale Sanità di istituire un tavolo di lavoro, che coinvolga i rappresentanti dei medici radiologi ed i rappresentanti degli erogatori, che abbia come obiettivo, entro il 30 maggio 2011, di definire delle linee di indirizzo relativamente alla prescrizione, all'utilizzo appropriato ed alla programmazione territoriale di queste tecnologie, soprattutto considerando i diversi livelli di potenza diagnostica delle tecnologie stesse.

(Fonte: DGR n. IX/937 del 01.12.2010, Regole 2011 – Allegato 11)

Si stabilisce:

1. Di approvare in Allegato B, parte integrante della DGR IX/2057 del 28.07.11 (*sottoallegato 11H*), una modalità vincolante di gestione delle prestazioni della sottobranchia di "citogenetica" in cui sono definite:
 - le modalità per "l'accesso" dell'inizio dell'iter diagnostico ed il sospetto diagnostico ad esso correlabile o le situazioni cliniche a cui sono associabili;
 - le combinazioni delle "prestazioni" del nomenclatore tariffario regionale che sono ritenute sufficienti per produrre un referto appropriato e che sono riconosciute e remunerate agli erogatori;
 - i professionisti abilitati a richiedere le varie prestazioni (medico di medicina generale, medico specialista, "genetista") e i casi in cui, prima di procedere alla richiesta di prestazioni analitiche, è necessaria la "consulenza genetica";
2. Di esplicitare nel nomenclatore tariffario regionale la prestazione:

Nota	Codice	Descrizione della prestazione	Tariffa Euro
IR	91.36.09	IBRIDAZIONE GENOMICA COMPARATIVA su array (Array - CGH). Inclusa estrazione, amplificazione e rivelazione	1.013,00

già precedentemente erogata facendo riferimento alle prestazioni cod. 91.36.5 "ESTRAZIONE DI DNA O DI RNA (nucleare o mitocondriale) da sangue periferico, tessuti, colture cellulari, villi coriali", e cod. 91.37.3 "IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI; mediante sonde molecolari a singola copia in cosmide", precisando che non si può prescrivere e rendicontare contemporaneamente la prestazione con codice 91.36.9 e quelle con codice 91.36.5;

3. Di stabilire che, nel caso di sospetto diagnostico di disfunzione tiroidea e nelle condizioni per cui è necessario accertare una corretta funzionalità tiroidea (ad esempio utilizzo di mezzi di contrasto):
 - si esegue solo il dosaggio del TSH denominato TSH riflesso (TSH-R) e si procede secondo la procedura riportata in Allegato C, parte integrante della DGR IX/2057 del 28.07.11 (*sottoallegato 11I*);
 - nel caso di TSH-R non compreso nei limiti stabiliti, il laboratorio procede automaticamente all'esecuzione delle analisi previste dal citato Allegato C (FT4 ed eventualmente FT3);
 - che le ulteriori prestazioni che devono essere eseguite dagli erogatori non danno luogo a richieste di partecipazione alla spesa ulteriori per i cittadini;
4. Di aggiornare il nomenclatore tariffario regionale inserendo la prestazione:

Nota	Codice	Descrizione della prestazione	Tariffa Euro
IR	90.41.08	TIREOTROPINA RIFLESSA (TSH-R) TSH Incluso eventuale dosaggio di FT4 e FT3	13,50

- pur mantenendo la prestazione Tireotropina (TSH) cod. 90.42.1;
5. Di precisare, con riferimento a quanto indicato nei punti sub 7) e 8) che:
 - con il termine "riflesso" applicato alle prestazioni innanzi riportate si intende indicare alcune prestazioni iniziali che possono dare origine a successivi approfondimenti e che quindi non si tratta di introdurre nuove prestazioni, ma di applicare una diversa modalità di prescrizione di prestazioni già indicate nel nomenclatore tariffario regionale;
 - nel caso di pazienti con accertata patologia tiroidea le prescrizioni devono riportare i relativi codici di esenzione o in assenza devono riportare come quesito diagnostico "approfondimenti per patologia tiroidea" e che in questo caso il prescrittore può richiedere le prestazioni che ritiene necessarie (TSH, FT4, FT3 ecc.), che sono considerate normali prestazioni ambulatoriali;
 - che non si può prescrivere e rendicontare contemporaneamente la prestazione con codice 90.41.8 e quelle con codice 90.42.1 (TSH), 90.42.3 (FT4) o 90.43.3 (FT3);
 6. Di stabilire, sulla base delle indicazioni che si evincono dalla letteratura scientifica, che:
 - non si deve eseguire il PSA libero quando il PSA totale ha dato valori uguali o inferiori a 2 ng/mL o uguali o superiori a 10 ng/mL;
 - quando il valore del PSA totale è superiore a 2 ng/mL e inferiore a 10 ng/mL deve essere eseguito automaticamente il dosaggio del PSA libero che non dà luogo a richieste di partecipazione alla spesa ulteriori per i cittadini, così come riportato in Allegato D parte integrante della DGR IX/2057 del 28.07.11 (*sottoallegato 11 L*);
 - non può essere richiesto il solo dosaggio del PSA libero, prestazione che viene eliminato dal nomenclatore tariffario regionale;
 7. Di aggiornare il nomenclatore tariffario regionale, modificando la descrizione della prestazione:

Nota	Codice	Descrizione della prestazione	Tariffa Euro
	90.56.0 5	ANTIGENE PROSTATICO SPECIFICO (PSA)	12,15

così come di seguito riportato:

Nota	Codice	Descrizione della prestazione	Tariffa Euro
M	90.56.0 5	ANTIGENE PROSTATICO SPECIFICO (PSA) Incluso eventuale dosaggio della Frazione Libera	15,40

8. Di procedere, in via sperimentale e limitatamente alle richieste di urinocoltura, alla modifica della descrizione della prestazione cod. 90.94.2 "ESAME COLTURALE DELL' URINA [URINOCOLTURA]" in modo che, in caso di urino coltura positiva, permetta di eseguire l'antibiogramma e l'identificazione dei microrganismi isolati, così come riportato in Allegato E, parte integrante della

DGR IX/2057 del 28.07.11 (*sottoallegato 11 M*), senza dover provvedere a emissione di un aggiornamento di partecipazione alla spesa e di definire, nel citato Allegato E, indicazioni circa l'appropriatezza della richiesta dell'esame colturale delle urine;

9. Di aggiornare, in via sperimentale, il nomenclatore tariffario regionale modificando la descrizione e la tariffa della prestazione:

Nota	Codice	Descrizione della prestazione	Tariffa Euro
	90.94.2	ESAME COLTURALE DELL' URINA [URINOCOLTURA] Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni Incluso: conta batterica	9,85

così come di seguito riportato:

Nota	Codice	Descrizione della prestazione	Tariffa Euro
M	90.94.2	ESAME COLTURALE DELL' URINA [URINOCOLTURA] Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni Incluso: conta batterica. Incluso eventuale identificazione e antibiogramma	15,30

10. Di precisare che non risultano più applicabili le previsioni relative ai test di identificazione e di sensibilità agli antibiotici (antibiogrammi) di cui al DDG Sanità n. 32731 del 18.12.2000, limitatamente all'esame colturale dell'urina cod. 90.94.2 e che in caso di isolamento dalle urine di batteri uropatogeni è obbligatorio eseguire l'identificazione e l'antibiogramma degli stipiti isolati;
11. Di modificare, laddove possibile, le modalità di prescrizione informatizzata del sistema CRS-SISS in modo da renderlo compatibile con quanto previsto nel presente provvedimento;
12. Di introdurre nei controlli delle prestazioni ambulatoriali delle ASL dei meccanismi automatici che permettano di individuare comportamenti degli erogatori e dei prescrittori non conformi a quanto previsto nel presente provvedimento;
13. Di stabilire che le disposizioni relative ai punti 1 e da 3 a 12:
- entrano in vigore dal 90° giorno dalla data di pubblicazione sul BURL;
 - hanno carattere sperimentale e ne verranno valutati i risultati trascorso un anno dalla relativa entrata in vigore.

(Fonte: DGR n. IX/2057 del 28.07.2011, Regole 2011, III Provvedimento)

Si confermano le previsioni in ordine alla promozione della prevenzione ortodontica di cui alla DGR n. VIII/10946 del 30.12.2009 (*n.d.r.: contributo alle spese delle famiglie con figli di età compresa tra i 10 ed i 16 anni, bisognosi di cure preventive di tipo ortodontico, per i trattamenti con inizio nel corso del 2010, per un massimo di 700 euro per ciclo terapeutico completo*) anche per i trattamenti che avranno inizio nel corso dell'anno 2011. **(Fonte: DGR n. IX/2057 del 28.07.2011, Regole 2011, III Provvedimento)**

2.3 Controllo delle attività ambulatoriali⁹

Per facilitare lo svolgimento di queste attività si ricordano di seguito alcune indicazioni già date al riguardo nel passato e si aggiungono delle proposte di nuovi indicatori che sarà necessario implementare da parte delle Asl a decorrere dall'esercizio 2010:

A. Partendo dal medesimo Nr CONTATORE PRESCRIZIONE, relativo allo stesso erogatore, nei campi CODICE PRESTAZIONE, si cercheranno i codici, eventualmente ripetuti se esiste più di un PROGRESSIVO INTERNO, che non possono essere contemporaneamente presenti, come:

- 87.03 (TAC capo senza contrasto) e 87.03.1 (senza e con contrasto)
- 87.03.2 (TAC massiccio facciale senza contrasto) e 87.03.3 (senza e con contrasto)
- 87.03.5 (TAC orecchio senza contrasto) e 87.03.6 (senza e con contrasto)
- 87.03.7 (TAC collo senza contrasto) e 87.03.8 (senza e con contrasto)
- 87.41 (TAC torace senza contrasto) e 87.41.1 (senza e con contrasto)
- 87.71 (TAC reni senza contrasto) e 87.71.1 (senza e con contrasto)
- 88.01.1 (TAC addome superiore senza contrasto) e 88.01.2 (senza e con contrasto)
- 88.01.3 (TAC addome inferiore senza contrasto) e 88.01.4 (senza e con contrasto)
- 88.01.5 (TAC addome completo senza contrasto) e 88.01.6 (senza e con contrasto)
- 88.38.1 (TAC rachide senza contrasto) e 88.38.2 (senza e con contrasto)
- 88.38.3 (TAC arto superiore senza contrasto) e 88.38.4 (senza e con contrasto)
- 88.38.6 (TAC arto inferiore senza contrasto) e 88.38.7 (senza e con contrasto)
- 88.91.1 (RM cervello e tronco senza contrasto) e 88.91.2 (senza e con contrasto)
- 88.91.3 (RM massiccio facciale senza contrasto) e 88.91.4 (senza e con contrasto)
- 88.91.6 (RM collo senza contrasto) e 88.91.7 (senza e con contrasto)
- 88.92 (RM torace senza contrasto) e 88.92.1 (senza e con contrasto)
- 88.92.3 (RM cuore senza contrasto) e 88.92.4 (senza e con contrasto)
- 88.92.6 (RM mammella monolaterale senza contrasto) e 88.92.7 (senza e con contrasto)
- 88.92.8 (RM mammella bilaterale senza contrasto) e 88.92.9 (senza e con contrasto)
- 88.93 (RM colonna senza contrasto) e 88.93.1 (senza e con contrasto)

⁹ Questa tipologia di controllo è stata istituita con la DGR n. VII/12692 del 10 aprile 2003 "Determinazioni in merito alle modalità di controllo delle prestazioni sanitarie per l'anno 2003". L'attività di controllo della prestazioni ambulatoriali ricerca la presenza di prestazioni erogate in Pronto Soccorso e seguite da ricovero ovvero di prestazioni ambulatoriali erogate in corso di ricovero o ricomprese nel costo del DRG di ricovero nonché verifica la congruenza tra prescrizione ed attività erogata, tra prestazioni erogate e rendicontazione delle stesse mediante ricerca della corrispondenza tra contenuto del tracciato record e relativa prescrizione nonché tra contenuto del referto e relativo tracciato record di cui è richiesto il pagamento.

- 88.94.1 (RM muscoloscheletrica senza contrasto) e 88.94.2 (senza e con contrasto)
- 88.95.1 (RM addome superiore senza contrasto) e 88.95.2 (senza e con contrasto)
- 88.95.4 (RM addome inferiore senza contrasto) e 88.95.5 (senza e con contrasto)

Le prestazioni senza e con contrasto comprendono quelle senza contrasto

B. Partendo dal medesimo Nr CONTATORE PRESCRIZIONE, relativo allo stesso erogatore, nei campi CODICE PRESTAZIONE, si cercheranno i codici, eventualmente ripetuti se esiste più di un PROGRESSIVO INTERNO, sotto riportati. La presenza contemporanea di due o più codici richiamati costituirà indicazione al controllo per verificare discrepanze eventuali tra prescrizione e refertazione della prestazione erogata.

- 87.22 (Radiografia colonna cervicale) e 87.23 (colonna toracica) e 87.24 (colonna lombosacrale)
- 87.62 (Radiografia tratto gastrointestinale superiore) e 87.64 (tratto gastrointestinale inferiore)
- 88.74.1 (Ecografia addome superiore) e 88.75.1 (Ecografia addome inferiore)

D. Partendo dal medesimo Nr CONTATORE PRESCRIZIONE, relativo allo stesso erogatore, nei campi CODICE PRESTAZIONE, si cercheranno i codici, eventualmente ripetuti se esiste più di un PROGRESSIVO INTERNO, con quantità maggiore di 1 o con ripetizione del medesimo codice. Il riscontro di tali evenienze costituirà indicazione al controllo al fine di verificare discrepanze eventuali tra prescrizione e refertazione della prestazione erogate:

- 87.06.1 (Radiografia con contrasto delle ghiandole salivari)
- 87.07 (Laringografia con contrasto)
- 87.13.1 (Artrografia temporomandibolare con contrasto)
- 87.17.2 (Radiografia della sella turcica)
- 87.17.3 (Controllo radiologico di derivazioni liquorali)
- 87.22 (Radiografia della colonna cervicale)
- 87.29 (Radiografia completa della colonna)
- 87.37.1 (Mammografia bilaterale)
- 87.37.2 (Mammografia monolaterale)
- 87.38 (Fistolografia della parete toracica)
- 87.44.1 (Radiografia del torace di routine)
- 87.44.2 (Telecuore con esofago baritato)
- 87.49.1 (Radiografia della trachea)
- 87.61 (Radiografia completa del tubo digerente)
- 87.62 (Radiografia del tratto gastrointestinale superiore studio seriato)
- 87.74.1 (Pielografia retrograda monolaterale)
- 87.74.2 (Pielografia retrograda bilaterale)
- 87.76 (Cistouretrografia retrograda)
- 87.77 (Cistografia)
- 87.77.1 (Cistografia con doppio contrasto)
- 87.79 (Radiografia dell' apparato urinario)
- 87.79.1 (Uretrografia)

- 87.83 (Isterosalpingografia)
- 87.89.1 (Colpografia)
- 88.03.1 (Fistolografia della parete addominale e/o dell' addome)
- 88.19 (Radiografia dell' addome)
- 88.29.2 (Radiografia assiale della rotula)
- 88.32 (Artrografia con contrasto)
- 88.33.1 (Studio dell'età ossea)
- 88.35.1 (Fistolografia dell' arto superiore)
- 88.37.1 (Fistolografia dell' arto inferiore)
- 88.39.1 (Localizzazione radiologica corpo estraneo)
- 92.02.1 (Scintigrafia epatica)
- 92.15.1 (Scintigrafia polmonare perfusionale)
- 87.16.3 (Tomografia temporomandibolare monolaterale)
- 87.37.2 (Mammografia monolaterale)
- 87.42.2 (Tomografia toracica monolaterale)
- 88.66.1 (Flebografia degli arti inferiori monolaterale)
- 88.73.2 (Ecografia della mammella monolaterale)
- 88.92.6 (RM della mammella monolaterale)
- 88.92.7 (RM della mammella senza e con contr. monolaterale)
- 87.43.1 (Radiografia di coste, sterno e clavicola bilaterale)
- 88.65.3 (Flebografia iliaca bilaterale)
- 88.85 (Teletermografia della mammella bilaterale)
- 92.03.1 (Scintigrafia renale)

Per queste prestazioni è previsto:

- a) o un numero medio o minimo di proiezioni o radiogrammi, senza indicazione di eventuale duplicazione della codifica per esecuzione su vari segmenti corporei
- b) o esiste la rispettiva voce con indicazione di bilateralità, oppure nella descrizione della prestazione è già specificata la bilateralità

E. Partendo dal medesimo Nr CONTATORE PRESCRIZIONE, relativo allo stesso erogatore, nei campi CODICE PRESTAZIONE, si cercheranno i codici, eventualmente ripetuti se esiste più di un PROGRESSIVO INTERNO, che non possono essere contemporaneamente presenti.

- una delle seguenti prestazioni (39951, 39952, 39954, 39955, 39956, 39957, 39958, 39959) associata ad una o più delle seguenti prestazioni: 8966 (Emogasanalisi sangue venoso), 90374 (Potassio), 90404 (Sodio), 90622 (Emocromo), 8901 (visita di controllo), 89651 (emogasanalisi arteriosa sistemica), 89655 (monitoraggio incruento della saturazione arteriosa), 897 (visita generale), 93561 (fasciatura semplice), 9659 (altra irrigazione di ferita), 99241 (infusione di sostanze ormonali), 992A (iniezione o infusione di farmaci specifici).

Tutte le prestazioni elencate sopra sono comprese nella tariffa delle Dialisi

F. Partendo dal medesimo Nr CONTATORE PRESCRIZIONE, relativo allo stesso erogatore, nei campi CODICE PRESTAZIONE, si cercheranno i codici, eventualmente ripetuti se esiste più di un PROGRESSIVO INTERNO, che non possono essere contemporaneamente presenti

- 90.16.3 (Creatinina) e 90.16.4 (Creatinina Clearance)

La creatinina clearance comprende la creatinina

G. Partendo dal medesimo Nr CONTATORE PRESCRIZIONE, relativo allo stesso erogatore, nei campi CODICE PRESTAZIONE si cercheranno i codici, eventualmente ripetuti se esiste più di un PROGRESSIVO INTERNO, che non possono essere contemporaneamente presenti

- 90.26.4 (Glucosio Curva da carico 3 determinazioni) e 90.27.1 (Glucosio)
- 90.26.5 (Glucosio Curva da carico 6 determinazioni) e 90.27.1 (Glucosio)

La curva da carico comprende la glicemia basale

H. Partendo dal medesimo Nr CONTATORE PRESCRIZIONE, relativo allo stesso erogatore, nei campi CODICE PRESTAZIONE, si cercheranno i codici, eventualmente ripetuti se esiste più di un PROGRESSIVO INTERNO, che non possono essere contemporaneamente presenti

- 90.10.4 (Bilirubina totale) e 90.10.5 (Bilirubina totale e frazionata)

La bilirubina totale e frazionata comprende la Bilirubina totale

I. Partendo dal medesimo Nr CONTATORE PRESCRIZIONE, relativo allo stesso erogatore, nei campi CODICE PRESTAZIONE, si cercheranno i codici, eventualmente ripetuti se esiste più di un PROGRESSIVO INTERNO, che non possono essere contemporaneamente presenti

- 90.38.4 (Elettroforesi proteine del siero. Incluso: Dosaggio proteine totali) e 90.38.5 (Proteine)
- 90.39.1 (Elettroforesi proteine urinarie. Incluso: Dosaggio proteine totali) e 90.38.5 (Proteine)

L'elettroforesi include il dosaggio delle proteine

J. Partendo dal medesimo Nr CONTATORE PRESCRIZIONE, relativo allo stesso erogatore, nei campi CODICE PRESTAZIONE, si cercheranno i codici, eventualmente ripetuti se esiste più di un PROGRESSIVO INTERNO, che non possono essere contemporaneamente presenti

- 90.94.3 (Coprocultura) e 90.88.5 (Campylobacter esame colturale)
- 90.94.3 (Coprocultura) e 91.07.6 (Salmonelle esame colturale)
- 90.94.3 (Coprocultura) e 91.08.3 (Shigelle da coltura)

La coprocultura comprende la ricerca di Salmonella, Campylobacter e Shigelle

K. Partendo dal medesimo Nr CONTATORE PRESCRIZIONE, relativo allo stesso erogatore, nei campi CODICE PRESTAZIONE, si cercheranno i codici, eventualmente ripetuti se esiste più di un PROGRESSIVO INTERNO, che non possono essere contemporaneamente presenti

- 90.93.4 (Esame colturale campioni apparato genitourinario) e 90.97.3 (Antimicogramma da coltura)
- 90.94.2 (Urinocoltura) e 90.97.3 (Antimicogramma da coltura)
- 90.93.5 (Esame colturale cavità oro faringo nasale) e 90.97.3 (Antimicogramma da coltura)

L'antimicogramma può essere remunerato solo per inquadramento diagnostico-terapeutico di micosi sistemiche

M. Si cercherà, nei campi CODICE PRESTAZIONE, il codice sottostante. Il riscontro di tale evenienza, in quantità superiore al 5% degli antibiogrammi complessivi eseguite presso il medesimo erogatore, costituirà indicazione al

controllo al fine di verificare discrepanze eventuali tra prescrizione e refertazione delle prestazioni erogate, con valutazione della metodica in uso.

– 90.85.2 (Batteri antibiogramma M.I.C.)

L'antibiogramma di norma viene eseguito con metodica in diffusione (Codice 90.85.1) o con metodica Break-Point che va comunque codificata con 90.85.1

O. Si cercherà, nei campi CODICE PRESTAZIONE, il codice:

– 91.36.5 (Estrazione di DNA RNA)

La prestazione è ricompresa nelle prestazioni di Biologia Molecolare.

P. Dato un determinato "n° ricetta" verificare la congruenza tra il "codice esenzione", le prestazioni contenute nella ricetta e la correttezza del valore del campo "Ticket".

Q. Dato un determinato "n° ricetta" verificare che il campo "contatore prescrizione", che identifica la prescrizione, non sia codificato per la stessa con valori diversi.

R. Data una determinata "data contatto" verificare che l'assistito nella stessa data non risulti ricoverato in degenza ordinaria per acuti o riabilitazione.

S. Data una determinata "data contatto" verificare che l'assistito non risulti deceduto precedentemente a tale data.

T. Dato un determinato "codice medico prescrittore", data una determinata "data compilazione" verificare che lo stesso medico non risulti cessato precedentemente a tale data.

U. Partendo dal medesimo Nr CONTATORE PRESCRIZIONE, relativo allo stesso erogatore, nei campi CODICE PRESTAZIONE, si cercheranno i codici, eventualmente ripetuti se esiste più di un PROGRESSIVO INTERNO, che non possono essere contemporaneamente presenti

46.85.1 (Dilatazione dell'intestino) e 45.23 (Colonscopia con endoscopio flessibile)

46.85.1 (Dilatazione dell'intestino) e 45.24 (Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile)

44.22.1 (Dilatazione endoscopica dello stomaco) e 45.13 (Esofagogastroduodenoscopia)

88.72.1 (Ecografia cardiaca) e 88.72.2 (Ecocolordopplergrafia cardiaca a riposo)

88.72.1 (Ecografia cardiaca) e 88.72.3 (Ecocolordopplergrafia cardiaca a riposo e dopo prova fisica)

88.72.2 (Ecocolordopplergrafia cardiaca a riposo) e 88.72.3 (Ecocolordopplergrafia cardiaca a riposo e dopo prova fisica)

88.72.4 (Ecocolordopplergrafia cardiaca trans esofagea)

V. Partendo dal medesimo Nr CONTATORE PRESCRIZIONE, relativo allo stesso erogatore, nei campi CODICE PRESTAZIONE, si cercheranno i codici, eventualmente ripetuti se esiste più di un PROGRESSIVO INTERNO, che non possono essere contemporaneamente presenti

95.02 (Prima visita oculistica) e 95.09.1 (Esame del Fundus Oculi)

89.13 (Prima visita neurologica) e 95.09.1 (Esame del Fundus Oculi)

89.7B.5 (Prima visita odontomatologica) e 98.01 (Rimozione corpo estraneo intraluminale dalla bocca senza incisione)

98.7B.8 (Prima visita ORL) e 98.11 (Rimozione corpo estraneo intraluminale dall'orecchio senza incisione)
98.7B.8 (Prima visita ORL) e 98.12 (Rimozione corpo estraneo intraluminale dalla bocca senza incisione)
89.26.1 (Prima visita ginecologica) e 89.26.3 (Prima visita ostetrica)
89.26.1 (Prima visita ginecologica) e 98.17 (Rimozione corpo estraneo intraluminale dalla vagina senza incisione)
89.26.1 (Prima visita ginecologica) e 91.48.4 (Prelievo citologico)
89.26.2 (Visita ginecologica di controllo) e 89.26.4 (Visita di controllo ostetrica)
89.26.2 (Visita ginecologica di controllo) e 98.17 (Rimozione corpo estraneo intraluminale dalla vagina senza incisione)
89.26.2 (Visita ginecologica di controllo) e 98.71 (Rimozione di dispositivo contraccettivo intrauterino) **(Fonte: DGR n. VIII/10804 del 16.12.2009, Regole 2010 – Allegato 13)**

Riprendendo il già ricordato obiettivo minimo del 3,5% di attività ambulatoriali da sottoporre ad attività di controllo¹⁰, si evidenzia che per questa tipologia di attività, caratterizzata da un alto numero di prescrizioni, pari a circa 40 milioni annui, è assolutamente necessario privilegiare i controlli di tipo statistico formale per verificare l'eventuale occorrenza di situazioni ad alto rischio di opportunismo e/o di errata modalità di erogazione / rendicontazione delle prestazioni.

Per facilitare lo svolgimento di queste attività si confermano le indicazioni già date dalla DGR VIII/10804 del 16 dicembre 2009.

(Fonte: DGR n. IX/937 del 01.12.2010, Regole 2011 – Allegato 12)

Si abilitano i seguenti medici del SSN all'effettuazione di prescrizioni di prestazioni di specialistica ambulatoriale a favore di assistiti lombardi con l'utilizzo dei ricettari del Servizio Sanitario Nazionale, ex articolo 50 della Legge n. 326 del 24 novembre 2003, di conversione del D.L. n. 269/2003:

- Medici delle Aziende Ospedaliere e medici di Strutture Sanitarie di diritto privato, sia intra che extra ospedaliere, accreditate e a contratto con il Servizio Sanitario Regionale;
- Medici degli Istituti di Ricovero e Cura a carattere Scientifico di diritto pubblico e privato;
- Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta;
- Medici di Continuità Assistenziale;
- Medici Specialisti Ambulatoriali convenzionati ed i Medici addetti al servizio di Guardia Turistica;

richiamando l'obbligo in capo alle Strutture sanitarie di trasmissione dei dati, ai sensi del medesimo articolo di legge.

Si stabilisce che l'utilizzo dei ricettari del Servizio Sanitario Nazionale da parte dei medici abilitati ai sensi del presente provvedimento:

¹⁰ La numerosità dei controlli di specialistica ambulatoriale è stata residuale rispetto al controllo dell'attività di ricovero fino agli anni 2003-2007 allorché, a seguito dell'emanazione della DGR n. VIII/4799 del 30 maggio 2007, è stato precisata del 3,5 % del totale delle prestazioni a carico del SSR, rendicontate nell'anno precedente.

- è consentito unicamente nell'ambito dell'attività istituzionale, escludendo quindi qualsiasi impiego in attività libero professionale;
- costituisce un obbligo contrattualmente rilevante per le Strutture sanitarie, ai sensi dell'art. 1 del contratto tipo stipulato con le Aziende Sanitarie Locali, al fine di migliorare l'appropriatezza prescrittiva delle prestazioni.

Si stabilisce che:

- le prestazioni di specialistica ambulatoriale non corredate dal quesito o dal sospetto diagnostico prevalente correttamente esplicitato non possano rappresentare un costo per il Servizio Sanitario Regionale per le prescrizioni di prestazioni di specialistica ambulatoriale effettuate dal 1 ottobre 2009 in poi; tale data viene indicata anche per permettere la distribuzione dei ricettari a tutti i nuovi prescrittori, che dovrà avvenire entro e non oltre il 31 luglio 2009;
- per quanto attiene la compilazione del quesito / sospetto diagnostico può essere esaustiva anche la motivazione di indagine clinico diagnostica per condizioni connesse alla prevenzione cerebrocardiovascolare o oncologica o metabolica;
- in tema di quesito / sospetto diagnostico è opportuno precisare la sua duplice natura di motivazione clinica e di quesito diagnostico. È quindi necessario, pur distinguendo le due entità citate, prevedere che entrambe siano valide ai fini del rispetto delle indicazioni di cui alla presente deliberazione; infatti:
 - la motivazione clinica è la traduzione della sintomatologia accusata dal paziente (per es. colica addominale, gonalgia, tosse...);
 - mentre il quesito diagnostico esprime precisamente il sospetto clinico che il medico prescrittore ha formulato dopo aver raccolto l'anamnesi, visitato il paziente ed aver eventualmente valutato indagini precedenti, radiologiche, di laboratorio o meno.

Si prevede una soglia di casualità dell'errore, rispetto alla compilazione del quesito / sospetto diagnostico, pari al 10% delle prescrizioni oltre la quale scatta la penalizzazione economica del soggetto erogatore.

Si stabilisce che:

- le Aziende Sanitarie Locali, nell'ambito delle proprie competenze di vigilanza e controllo, dovranno prevedere delle azioni specifiche di monitoraggio in merito all'adempimento delle suddette disposizioni;
- i soggetti erogatori accreditati ed a contratto con il SSR dovranno continuare a segnalare mensilmente alle ASL di ubicazione le ricette sprovviste di quesito / sospetto diagnostico, al fine di permettere l'efficace svolgimento delle predette attività di verifica, monitoraggio ed informazione degli operatori.

(Fonte: DGR n. VIII/9581 del 11.06.2009, Regole 2009, IV Provvedimento)

Si amplia, in seguito alle esigenze rappresentate dai referenti regionali della FROMCEO (Federazione Regionale degli Ordini dei Medici), il periodo di durata dell'impegnativa, individuandolo in 1 anno a partire dalla data di compilazione della stessa fino alla data di prenotazione.

Si precisa che medici abilitati all'uso del ricettario del SSN, addetti al Pronto Soccorso, sono tenuti a prescrivere sul ricettario stesso le prestazioni di specialistica

ambulatoriale indispensabili a definire, anche in tempi successivi rispetto all'accesso di Pronto Soccorso, la diagnosi dell'evento acuto in urgenza.

Si estende l'utilizzo del "Bollino verde", per prestazioni urgenti - differibili, ai medici abilitati all'uso del ricettario del SSN ai sensi della DGR n. VIII/9581/2009, precisando che:

- la distribuzione dei "Bollini verdi" ai nuovi utilizzatori dovrà essere effettuata dalle Aziende Sanitarie Locali entro il 31 ottobre 2010;
- i soggetti erogatori accreditati ed a contratto di diritto pubblico e privato dovranno provvedere ad informare in modo capillare tutti i singoli medici circa le suddette disposizioni riguardanti l'utilizzo del "Bollino verde".

(Fonte: DGR n. IX/621 del 13.10.2010, Regole 2010, III Provvedimento)

Si ribadisce che il cittadino può usufruire delle prestazioni contenute nella stessa ricetta presso la medesima struttura, in momenti diversi, entro un periodo di tempo coerente rispetto al tipo di patologia e di trattamento prescritto, di norma entro 6 mesi dall'effettuazione della prima prestazione. In caso di non effettuazione di tutte le prestazioni richieste, dovranno essere rendicontate solo le prestazioni effettivamente erogate.

L'art. 1 del Decreto del Ministero Economia e delle Finanze del 17 marzo 2008 "Revisione del decreto ministeriale 18 maggio 2004, attuativo del comma 2 dell'articolo 50 della legge n. 326 del 2003 (Progetto tessera sanitaria), concernente il modello di ricettario medico a carico del Servizio sanitario nazionale (GU n. 86 del 11-4-2008 - Suppl. Ordinario n.89)" riferisce che la prescrizione delle prestazioni sanitarie con onere a carico del Servizio Sanitario Nazionale presso strutture a gestione diretta o accreditate è effettuata esclusivamente mediante l'impiego di ricettari le cui caratteristiche sono fissate dal disciplinare tecnico allegato allo stesso decreto.

Per un puntuale assolvimento dei debiti informativi da inviare entro il 10 di ogni mese al MEF (Ministero Economia e Finanze), in risposta alle esigenze di monitoraggio della spesa sanitaria stabilite dall'art. 50 del decreto legge n. 269/2003 convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, e successive modificazioni, si conferma la necessità che tutte le prestazioni erogate a carico del SSN trovino corrispondenza con quanto prescritto sui ricettari di cui al comma 1. art. 1 del DM 17/3/2008.

(Fonte: DGR n. IX/937 del 01.12.2010, Regole 2011 - Allegato 12)

2.4 Prestazioni ambulatoriali extrabudget

Non saranno comprese nella quota di risorse assegnate alle strutture erogatrici, in quanto saranno remunerate a consuntivo sulla base di quanto effettivamente erogato, fatte salve le valutazioni di tipo clinico - epidemiologico e di appropriatezza che dovranno essere effettuate entro il 31 luglio 2011:

in regime di specialistica ambulatoriale:

- a. le prestazioni di dialisi e di radioterapia già individuate con la DGR VII/19688 del 3 dicembre 2004 e con la DGR VIII/3776 del 13 dicembre 2006;

- b. la mammografia mono e bilaterale (codici del nomenclatore di specialistica ambulatoriale 87371, 87372), l'ecografia mammaria mono e bilaterale (codici del nomenclatore di specialistica ambulatoriale 88731, 88732) ed alcune diagnostiche endoscopiche dell'apparato gastroenterico (codice del nomenclatore di specialistica ambulatoriale 4523, 45231, 4525, 4524, 4824, 4542), essenziali per la diagnosi precoce di patologie oncologiche frequenti quali il tumore al seno ed al colon retto; nonché le altre prestazioni ambulatoriali riferite alle campagne di screening di 1° livello (FOBT, ricerca del sangue occulto nelle feci - 90214, Pap test - 91385, 91484) e di 2° livello (colposcopia - 7021) organizzate dalle ASL; così come definito dalla DGR VIII/9173 del 30/03/2009.

(Fonte: DGR n. IX/937 del 01.12.2010, Regole 2011 - Allegato 13)

3. Monitoraggio dei tempi di attesa

Di seguito le principali disposizioni, attualmente vigenti, in materia di monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e delle prestazioni di ricovero.

Azioni di governo e programmazione

Entro il 31 gennaio 2011 le ASL predispongono e formalizzano gli aggiornamenti dei Piani attuativi oggi vigenti con l'obiettivo di attualizzarli rispetto ad eventuali nuove priorità e necessità. Le Aziende Ospedaliere e le Fondazioni IRCCS di diritto pubblico dovranno, congruentemente con i Piani Attuativi delle ASL, presentare i Piani semestrali Aziendali di Governo dei Tempi di Attesa (PGTAz) entro il 28 febbraio del 2011 ed entro il 31 luglio del 2011 dovranno presentare i PGTAz relativi al secondo semestre del 2011.

(Fonte: DGR n. IX/937 del 01.12.2010, Regole 2011 – Allegato 12)

Il monitoraggio dei tempi di attesa¹¹

Per dare piena attuazione all'Intesa del 28 marzo 2006 anche sul versante dei ricoveri ospedalieri programmabili e della sospensione delle attività di erogazione delle prestazioni in regime ambulatoriale e/o di ricovero, si impone dal 2008 l'adozione formale e la piena applicazione, per tutti gli erogatori pubblici e privati a contratto, delle rispettive "Linee guida" contenute nel Documento finale del Gruppo di Progetto del Mattone "Tempi di attesa" che ha concluso l'attività con l'approvazione da parte della Cabina di Regia il 27 Giugno 2006 "Principi e proposte operative - Tempi di attesa", come pubblicate sul sito WEB all'indirizzo: http://www.mattoni.ministerosalute.it/imgs/C_22_ActivitaMattoni_10_documenti_documento_0_fileAllegato.pdf.

Tale adempimento è conseguente alle indicazioni derivanti dalle Linee Guida del Comitato verifica LEA di cui all'art. 9 dell'Intesa 23 marzo 2005.

Il Documento finale del Mattone dei Tempi di Attesa, di cui la Direzione Generale Sanità è stata parte promotrice avendo pienamente partecipato al Gruppo di Lavoro ristretto, è pienamente condiviso e, nello specifico, le due parti divenute "cogenti" a seguito delle indicazioni del Comitato di verifica dei LEA, rispettivamente alle pagine 86 e 93 del Documento finale, sono:

- **LINEE GUIDA PER LE AGENDE DI PRENOTAZIONE DEI RICOVERI OSPEDALIERI PROGRAMMABILI**
- **LINEE GUIDA PER LA SOSPENSIONE DELLE ATTIVITÀ DI EROGAZIONE**

¹¹ Nel merito delle modalità di monitoraggio dei tempi di attesa si richiama quanto disposto dalla DGR n. IX/1775 del 24 maggio 2011, che recepisce l'Intesa del 28 ottobre 2010 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sul Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa per il triennio 2010-2012.

Ad esse si rimanda per:

- la corretta predisposizione dei Registri dei ricoveri ospedalieri programmabili di cui alla Legge 724/1994, art.3, comma 8, come richiamato al punto 7.1 del Piano Nazionale di Contenimento dei Tempi di Attesa per il triennio 2006-2008;
- la modalità da utilizzare in caso di sospensione delle attività di erogazione dovuta a problemi strutturali ed organizzativi estemporanei.

Si ribadisce infine che la sospensione delle attività di prenotazione delle prestazioni è vietata dal comma 282 della Legge 266/2005, Finanziaria dello Stato per l'anno 2006.

Il Sistema di Monitoraggio dei Tempi di Attesa consolidatosi dal 2003 ad oggi in Regione Lombardia si basa sulle due modalità di rilevazione ex ante ed ex post, il primo utile al cruscotto direzionale delle Aziende per monitorare il fenomeno delle prenotazioni in tempo pressoché reale con la possibilità di interventi istantanei o estemporanei, il secondo per l'analisi dei tempi reali a consuntivazione annuale, più utile per la programmazione e la stipula dei contratti.

L'utilizzo consolidato del **sistema RL_MTA** per il monitoraggio mensile nel giorno indice continuerà anche nel 2008, estendendo però l'attuale metodologia per l'ambulatoriale anche ai ricoveri programmabili ed alla radioterapia, in quanto anche per questi due ambiti di attività la rilevazione dovrà essere prospettica e dovrà basarsi necessariamente, considerati gli obblighi di contenuto di cui sopra, sulle Agende di Prenotazione. Il Monitoraggio retrospettivo per i ricoveri potrà essere migliorato con il miglioramento del dato "data di prenotazione", sulla scorta delle indicazioni delle Linee guida del Progetto Mattone. Sia per l'ambulatoriale, sia per i ricoveri, saranno raccolte indicazioni da Gruppi di lavoro specifici o dalla letteratura, qualora già acquisite, al fine della definizione di Classi di Priorità, oltre a quelle già stabilite nei precedenti atti regionali.

(Fonte: DGR n. VIII/5743 del 31.10.2007, Regole 2008 – Allegato 9)

La Direzione Generale Sanità, in adempimento alla DGR VIII/5743 del 31 ottobre 2007, dal maggio 2008 sta raccogliendo i dati delle rilevazioni prospettiche mensili attraverso un portale web dedicato, messo a disposizione di tutti gli erogatori, adeguatamente formati, che accedono attraverso ID e Password.

Nel corso del 2011 si prevede di effettuare almeno 12 rilevazioni di prevalenza dei tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero e cura oggetto di monitoraggio.

Si ribadisce la necessità che il campo denominato "identificativo tipo di prestazione" sia obbligatoriamente ed accuratamente compilato nella totalità dei record con l'attenzione, fatte salve le altre codifiche previste per questo campo, di utilizzare il codice O per le prestazioni ordinarie di 1° accesso ed il codice Z per i secondi accessi, i follow up e tutte le prestazioni per le quali non è previsto il monitoraggio del tempo di attesa.

Per quanto riguarda inoltre il campo "classe di priorità" si rende necessario che sia obbligatoriamente ed accuratamente compilato nella totalità dei record.

Al fine di monitorare puntualmente le classi di priorità stabilite dalla DGR 2828/2006, si prevede, a partire dal 1° gennaio del 2011, di compilare questo campo aggiungendo prioritariamente le seguenti codifiche:

- "On" per le prestazioni afferenti "Area Oncologica"
- "CV" per le prestazioni afferenti all'"Area Cardiovascolare"
- "MI" per le prestazioni afferenti all'"Area Materno Infantile"
- "Ge" per le prestazioni afferenti all'"Area Geriatrica"

In tutti i casi che non ricadono nelle tipologie precedenti, a partire dal 1° gennaio del 2011, si conformano le codifiche già in uso a quelle indicate nel Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa ovvero:

- Attuale codice A (procedura da eseguirsi entro 3 giorni): dovrà essere codificata U (urgente).
- Attuale codice B (procedura da eseguirsi entro 30 gg per le visite, 60 gg per le prestazioni diagnostiche strumentali): dovrà essere codificata D (differibile)
- Attuale codice C (follow up, da eseguirsi oltre i 60 gg): dovrà essere codificata P (programmata).

Nel caso in cui la classe di priorità non fosse compilata dal prescrittore si sottintende che la prestazione, per volontà implicita dello stesso, ricade nella categoria P (programmata) e così deve essere compilata dall'erogatore in fase di rendicontazione (sostituisce la precedente categoria X).

(Fonte: DGR n. IX/937 del 01.12.2010, Regole 2011 - Allegato 12)

**Allegato A alla DGR n. VIII/7612 del 11.07.2008
(Regole 2008, II Provvedimento)**

DRG 146 (Resezione rettale, con CC)

ICD	DESCRIZIONE COMPLICANZA	VALUTAZIONE
1962	Tumori maligni secondari e non specificati dei linfonodi intraaddominali	NON COMPLICA
1977	Tumori maligni secondari del fegato, specificati come metastatici	SOLO NON COMPLICA COMPLICA se res. epatica
5672	Altra peritonite suppurativa	COMPLICA
5609	Occlusione intestinale non specificata	COMPLICA
56983	Perforazione dell'intestino	COMPLICA
56089	Anemia postemorragica acuta	COMPLICA se trasfusioni di sangue "eterologo" (escluse cioè eventuali autotrasfusioni) o prolungamento degenza
2851	Altra occlusione specificata dell'intestino	COMPLICA
1976	Tumori maligni secondari di retroperitoneo e peritoneo	SOLO NON COMPLICA COMPLICA se intervento associato
2800	Anemia da carenza di ferro secondaria a perdita ematica (cronica)	SOLO NON COMPLICA COMPLICA se associato a cardiopatia ischemica, BPCO, emotrasfusioni di sangue "eterologo" (escluse cioè eventuali autotrasfusioni), prolungamento degenza etc.
99859	Altra infezione postoperatoria	COMPLICA - documentare in CC
9974	Complicazioni gastrointestinali, non classificate altrove	COMPLICA se ben documentato in CC (p.e. ritardo nella ripresa della canalizzazione)
5185	Insufficienza polmonare successiva a trauma o a intervento chirurgico	COMPLICA - sempre associata a terapia intensiva

42731	Fibrillazione atriale	SOLO NON COMPLICA COMPLICA se associato a TAO
57410	Calcolosi della colecisti con altra colecistite, senza menzione di ostruzione	SOLO NON COMPLICA COMPLICA se intervento nel post-op o netto prolungamento tempo operatorio
5570	Insufficienza vascolare acuta dell'intestino	COMPLICA
5679	Peritonite non specificata	COMPLICA
56081	Aderenze intestinali o peritoneali con ostruzione (postoperatorio) (postinfettivo)	COMPLICA
99811	Emorragia complicante un intervento	COMPLICA se reintervento o emotrasfusioni o prolungamento degenza
9986	Fistola postoperatoria persistente, non classificata altrove	COMPLICA se causata dall'intervento attuale
5678	Altra peritonite specificata	COMPLICA
49120	Bronchite cronica ostruttiva, senza menzione di esacerbazione acuta	SOLO NON COMPLICA COMPLICA se associato a cardiopatia ischemica, rianimazione, FKT post-op, dimostrati numerosi accertamenti pre-op
1974	Tumori maligni secondari dell'intestino tenue, incluso il duodeno	COMPLICA se resezione intestinale associata
1966	Tumori maligni secondari e non specificati dei linfonodi intrapelvici	NON COMPLICA COMPLICA se infoadenectomia che prolunga il tempo operatorio
78559	Altro shock senza menzione di trauma	COMPLICA
5961	Fistola intestino-vescicale	COMPLICA

DRG 191 (Int. su pancreas, fegato e di shunt con CC)

ICD	DESCRIZIONE COMPLICANZA	VALUTAZIONE
5715	Cirrosi epatica senza menzione di alcol	COMPLICA
1962	Tumori maligni secondari e non specificati dei linfonodi intraaddominali	COMPLICA
2851	Anemia postemorragica acuta	COMPLICA se trasfusioni di sangue "eterologo" (escluse cioè eventuali autotrasfusioni) o

		prolungamento degenza
9986	Fistola postoperatoria persistente, non classificata altrove	COMPLICA se causata dall'intervento attuale
5712	Cirrosi epatica alcolica	COMPLICA
1977	Tumori maligni secondari del fegato, specificati come metastatici	SOLO NON COMPLICA COMPLICA se res. epatica
5185	Insufficienza polmonare successiva a trauma o a intervento chirurgico	COMPLICA - sempre associata a terapia intensiva
57410	Calcolosi della colecisti con altra colecistite, senza menzione di ostruzione	SOLO NON COMPLICA COMPLICA se intervento nel post-op o netto prolungamento tempo operatorio
1976	Tumori maligni secondari di retroperitoneo e peritoneo	SOLO NON COMPLICA COMPLICA se intervento associato
99811	Emorragia complicante un intervento	COMPLICA se reintervento o emotrasfusioni di sangue "eterologo" (escluse cioè eventuali autotrasfusioni) o prolungamento degenza
5764	Fistola del dotto biliare	COMPLICA
7895	Ascite	COMPLICA se prolungamento degenza
07054	Epatite C cronica senza menzione di coma epatico	COMPLICA
99859	Altra infezione postoperatoria	COMPLICA
5119	Versamento pleurico non specificato	COMPLICA se drenaggio toracico, prolungamento degenza
2800	Anemia da carenza di ferro secondaria a perdita ematica (cronica)	SOLO NON COMPLICA COMPLICA se associato a cardiopatia ischemica, BPCO, emotrasfusioni, prolungamento

		degenza etc.
9974	Complicazioni gastrointestinali, non classificate altrove	COMPLICA se ben documentato in CC (p.e. ritardo nella ripresa della canalizzazione)
5770	Pancreatite acuta	COMPLICA
42731	Fibrillazione atriale	SOLO NON COMPLICA COMPLICA se associato a TAO
5761	Colangite	COMPLICA se ben documentato quadro settico
56881	Emoperitoneo (non traumatico)	COMPLICA
5678	Altra peritonite specificata	COMPLICA
5672	Altra peritonite suppurativa	COMPLICA
25001	Diabete mellito, tipo I (insulinodipendente) (diabete giovanile), non def....	NON COMPLICA
1970	Tumori maligni secondari del polmone	COMPLICA se intervento associato
07032	Epatite virale B cronica senza menzione di coma epatico, senza menz.....	COMPLICA
5720	Ascesso del fegato	COMPLICA
5772	Cisti e pseudocisti del pancreas	COMPLICA solo se intervento associato
9973	Complicanze respiratorie, non classificate altrove	COMPLICA
51881	Insufficienza respiratoria acuta	COMPLICA
9982	Puntura o lacerazione accidentale durante un intervento, non classificate altrove	COMPLICA solo se intervento resettivo associato
1975	Tumori maligni secondari di colon e retto	COMPLICA solo se intervento resettivo associato
1974	Tumori maligni secondari dell'intestino tenue, incluso il duodeno	COMPLICA solo se intervento resettivo associato
1540	Tumori maligni della giunzione rettosigmoidea	COMPLICA solo se intervento resettivo associato
49120	Bronchite cronica ostruttiva, senza menzione di esacerbazione acuta	SOLO NON COMPLICA COMPLICA se associato a cardiopatia ischemica, rianimazione, FKT post-op, dimostrati numerosi accertamenti pre-op

19889	Tumori maligni secondari di altre sedi specificate	COMPLICA solo se intervento associato
78559	Altro shock senza menzione di trauma	COMPLICA
585	Insufficienza renale cronica	NON COMPLICA
57400	Calcolosi della colecisti con colecistite acuta, senza menzione di ostruzione	SOLO NON COMPLICA COMPLICA se intervento nel post-op o netto prolungamento tempo operatorio
452	Trombosi della vena porta	COMPLICA solo se manovre invasive o prolungamento degenza
1890	Tumori maligni del rene, eccetto la pelvi	COMPLICA solo se intervento associato
25002	Diabete mellito, tipo II (non insulinodipendente) (diabete dell'adulto) o no.....	NON COMPLICA
99812	Ematoma complicante un intervento	COMPLICA solo se chirurgia o prolungamento degenza
2513	Ipoinsulinemia post-chirurgica	NON COMPLICA
1541	Tumori maligni del retto	COMPLICA solo se intervento resettivo associato
03842	Setticemia da Escherichia coli (E. coli)	COMPLICA (Setticemia)
57451	Calcolosi del dotto biliare senza menzione di colecistite, con ostruzione	SOLO NON COMPLICA COMPLICA se intervento nel post-op o netto prolungamento tempo operatorio
57512	Colecistite acuta e cronica	SOLO NON COMPLICA COMPLICA se intervento nel post-op o netto prolungamento tempo operatorio
5849	Insufficienza renale acuta, non specificata	COMPLICA
5755	Fistola della colecisti	COMPLICA

DRG 193 (Int. su vie biliari escl. colecistectomia con CC)

ICD	DESCRIZIONE COMPLICANZA	VALUTAZIONE
5761	Colangite	COMPLICA se ben documentato quadro

		settico
1977	Tumori maligni secondari del fegato, specificati come metastatici	COMPLICA
1962	Tumori maligni secondari e non specificati dei linfonodi intraaddominali	COMPLICA
42731	Fibrillazione atriale	SOLO NON COMPLICA COMPLICA se associato a TAO
5770	Pancreatite acuta	COMPLICA
1976	Tumori maligni secondari di retroperitoneo e peritoneo	SOLO NON COMPLICA COMPLICA se intervento associato
5678	Altra peritonite specificata	COMPLICA
1570	Tumori maligni della testa del pancreas	COMPLICA solo se intervento associato
5764	Fistola del dotto biliare	COMPLICA
57450	Calcolosi del dotto biliare senza menzione di colecistite, senza menzione di ost	SOLO NON COMPLICA COMPLICA se intervento nel post-op o netto prolungamento tempo operatorio
99859	Altra infezione postoperatoria	COMPLICA
5715	Cirrosi epatica senza menzione di alcol	COMPLICA
V427	Fegato sostituito da trapianto	COMPLICA
9986	Fistola postoperatoria persistente, non classificata altrove	COMPLICA se causata dall'intervento attuale
5373	Altra ostruzione del duodeno	COMPLICA se reintervento o prolungamento degenza
2851	Anemia postemorragica acuta	COMPLICA se trasfusioni di sangue "eterologo" (escluse cioè eventuali autotrasfusioni) o prolungamento degenza
1551	Tumori maligni dei dotti biliari intraepatici	COMPLICA
57451	Calcolosi del dotto biliare senza menzione di colecistite, con ostruzione	COMPLICA solo se intervento associato
99811	Emorragia complicante un intervento	COMPLICA se reintervento o emotrasfusioni di sangue "eterologo" (escluse cioè eventuali autotrasfusioni) o

		prolungamento degenza
5755	Fistola della colecisti	COMPLICA
5185	Insufficienza polmonare successiva a trauma o a intervento chirurgico	COMPLICA – sempre associata a terapia intensiva
25002	Diabete mellito, tipo II (non insulinodipendente) (diabete dell'adulto) o no....	NON COMPLICA
5763	Perforazione del dotto biliare	COMPLICA
585	Insufficienza renale cronica	NON COMPLICA
1579	Tumori maligni del pancreas, parte non specificata	COMPLICA solo se intervento associato
49120	Bronchite cronica ostruttiva, senza menzione di esacerbazione acuta	SOLO NON COMPLICA COMPLICA se associato a cardiopatia ischemica, rianimazione, FKT post-op, dimostrati numerosi accertamenti pre-op
1974	Tumori maligni secondari dell'intestino tenue, incluso il duodeno	COMPLICA solo se intervento resettivo associato
99682	Complicazioni di trapianto di fegato	COMPLICA
57441	Calcolosi del dotto biliare con altra colecistite, con ostruzione	SOLO NON COMPLICA COMPLICA se intervento nel post-op o netto prolungamento tempo operatorio
1550	Tumori maligni primitivi del fegato	COMPLICA se resezione associata
57410	Calcolosi della colecisti con altra colecistite, senza menzione di ostruzione	SOLO NON COMPLICA COMPLICA se intervento nel post-op o netto prolungamento tempo operatorio
57400	Calcolosi della colecisti con colecistite acuta, senza menzione di ostruzione	SOLO NON COMPLICA COMPLICA se intervento nel post-op o netto prolungamento tempo operatorio
51881	Insufficienza respiratoria acuta	COMPLICA
5119	Versamento pleurico non specificato	COMPLICA se drenaggio toracico, prolungamento

		degenza
2800	Anemia da carenza di ferro secondaria a perdita ematica (cronica)	SOLO NON COMPLICA COMPLICA se associato a cardiopatia ischemica, BPCO, emotrasfusioni, prolungamento degenza etc.
07054	Epatite C cronica senza menzione di coma epatico	COMPLICA
1519	Tumori maligni dello stomaco, non specificato	COMPLICA solo se intervento resettivo associato
78559	Altro shock senza menzione di trauma	COMPLICA
5849	Insufficienza renale acuta, non specificata	COMPLICA
5753	Idrope della colecisti	SOLO NON COMPLICA COMPLICA se intervento nel post-op o netto prolungamento tempo operatorio
570	Necrosi acuta e subacuta del fegato	COMPLICA
1970	Tumori maligni secondari del polmone	COMPLICA solo se intervento associato
2761	Ipoosmolarità e/o iponatriemia	NON COMPLICA
03849	Altre setticemie da microrganismi gram-negativi	COMPLICA
57461	Calcolosi della colecisti e del dotto biliare, con colecistite acuta, con ostruzione	SOLO NON COMPLICA COMPLICA se intervento nel post-op o netto prolungamento tempo operatorio
25001	Diabete mellito, tipo I (insulinodipendente) (diabete giovanile), non definit....	NON COMPLICA

**Allegato 3 alla DGR n. VIII/9173 del 30.03.2009
(Regole 2009, III Provvedimento)**

Resezione meccanica laser assistita in broncoscopia rigida per stenosi tracheo -
bronchiale di varia eziologia (neoplasica e non)

Condizioni operative necessarie per effettuare queste procedure:

1. l'attrezzatura necessaria deve comprendere set completo di broncoscopia rigida (vari diametri), ottiche con pinze coassiali, sondini per aspirazione rigidi, set di posizionamento protesi siliconiche e broncofibroscopi;
2. assortimento di protesi siliconiche e metalliche delle diverse misure necessarie;
3. apparecchiatura LASER a diodi o ND-YAG, doppio aspiratore;
4. la metodica deve essere praticata esclusivamente in anestesia generale sotto controllo continuo di un anestesista esperto nella metodica, con l'assistenza di personale infermieristico addestrato;
5. la metodica si pratica in una sala endoscopica attrezzata o in una sala operatoria con monitoraggio continuo di saturazione ossiemoglobinica, traccia ECG e, possibilmente della pressione arteriosa con sonda intraarteriosa;
6. devono essere utilizzate o comunque disponibili, apparecchiature per la ventilazione come Poncho per ventilazione a pressione negativa, Jet Ventilation, ventilatore meccanico da sala operatoria; devono inoltre essere a disposizione tubo corrugato, ambu, ossigeno per ventilazione manuale;
7. deve essere a disposizione carrello con tutto il necessario per la gestione delle urgenze oltre a defibrillatore;
8. la broncoscopia rigida operativa può essere effettuata solo in presidi ospedalieri che siano dotati di Sala di Rianimazione e di U.O. Chirurgiche in grado di gestire le eventuali complicanze (sanguinamenti, pneumotoraci, insufficienza respiratoria, cardiovascolari, ecc.);
9. ogni operatore che esegue broncoscopie operative deve effettuare almeno 10 procedure all'anno nel suo Centro.

Tali ricoveri devono essere segnalati sulla SDO come segue:

- Nel caso di interventi sui bronchi:
Dia Princ. 519.1 Altre malattie della trachea e dei bronchi, non classificate altrove, oppure tumore (secondo la definizione di Diagnosi Principale) ed eventuali complicanze
Int./Proc. 32.01 Asportazione o demolizione endoscopica di lesione o tessuto bronchiale
33.29 Altre procedure diagnostiche sul polmone
96.05 Altra intubazione del tratto respiratorio (per eventuale inserzione di stent)
- Nel caso di interventi sulla trachea:

Dia Princ. 519.1 Altre malattie della trachea e dei bronchi, non classificate altrove, oppure tumore (secondo la definizione di Diagnosi Principale) ed eventuali complicanze

Int./Proc. 31.5 Asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto della trachea

96.05 Altra intubazione del tratto respiratorio (per eventuale inserzione di stent

- Quindi per i risultanti DRG 076 Altri interventi su app. respiratorio con CC e DRG 077 Altri interventi su app. respiratorio senza CC, il campo TIPOTARIFFA (FILE SDO2.txt, posizione 221-221) deve essere così compilato:
 - lasciare il campo vuoto (spazio) per i DRG 076 e 077 che continuano ad essere finanziati con la tariffe allegate alla DGR VIII/8501 del 26.11.2008;
 - compilare U per i DRG 076 e 077 per cui è previsto un finanziamento pari a euro 6.000 per le dimissioni effettuate a decorrere dal 01.05.2009, giustificato dal protocollo operativo su riportato.

Dermatologia

Attività di day hospital

Terapia fotodinamica cutanea

A seguito della valutazione della proposta formulata dalla Associazione dei Responsabili UOC e UOSD di Dermatologia della Regione Lombardia per l'esecuzione della prestazione di cui sopra si precisa che:

per i soli trattamenti di carcinomi basocellulari, Morbo di Bowen con lesioni di dimensioni superiori a 2 cm² al viso o 6 cm² al tronco ed arti, oppure di cheratosi attiniche che raggiungano un'area complessiva di 6 cm² al viso o 18 cm² al tronco ed arti, in considerazione del costo del farmaco foto sensibilizzante utilizzato, è consentito segnalare sulla SDO, in regime di DH:

Dia.Princ. V58.1 Chemioterapia (seguito dal codice della specifica patologia trattata)

Int./Proc. 86.28 Rimozione non asportativa di ferita, infezione o ustione

99.83 Altra fototerapia

Si rileva inoltre che analogamente a quanto dovrebbe essere effettuato prima di qualunque asportazione di lesione cutanea con qualunque tecnica, alla cartella deve essere sempre allegata documentazione fotografica delle lesioni trattate.

**Allegato F alla DGR n. IX/2057 del 28.07.2011
(Regole 2011, III Provvedimento)**

In riferimento ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriata in regime di ricovero ordinario di cui all'allegato B del Patto per la Salute 2010-2012, al fine di valutare un possibile ricorso inappropriato, con finalità prevalentemente diagnostiche, al regime ordinario di ricovero, è stata effettuata una valutazione della distribuzione della casistica in funzione della durata dello stesso.

È risultato che nel 2010 il 46% della casistica di ricoveri ordinari per acuti riferita ai DRG di tipo medico di cui al sopra citato allegato B, era compresa entro i 3 giorni di degenza.

Per ridurre il numero di ricoveri prevalentemente diagnostici e nello stesso tempo per non penalizzare i ricoveri necessari a causa di una reale instabilità clinica dei pazienti, si è stabilito di definire, per 66 DRG di tipo non chirurgico ricompresi nel citato allegato B del Patto per la Salute 2010-2012, una soglia di degenza, nella maggioranza dei casi coincidente con il 50° della durata dei ricoveri, al di sotto della quale il rimborso dei ricoveri stessi è effettuato con un valore pari alla durata di degenza moltiplicata per la tariffa di 0-1 die ed a partire dalla quale il rimborso dei ricoveri è equivalente al valore forfettario del DRG (tariffa piena).

DRG	Descrizione	Degenza in gg*
013	Sclerosi multipla e atassia cerebellare	4
019	Malattie dei nervi cranici e periferici senza CC	5
047	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC	4
065	Alterazioni dell'equilibrio	4
070	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età < 18 anni	4
073	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età > 17 anni	4
074	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età < 18 anni	3
088	Malattia polmonare cronica ostruttiva	4
131	Malattie vascolari periferiche, senza CC	4
133	Aterosclerosi, senza CC	4
134	Ipertensione	4
139	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca, senza CC	4
142	Sincope e collasso, senza CC	4
183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	4
184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni	4
187	Estrazioni e riparazioni dentali	3

189	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	4
206	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica, senza CC	4
208	Malattie delle vie biliari, senza CC	4
241	Malattie del tessuto connettivo, senza CC	4
243	Afezioni mediche del dorso	4
245	Malattie dell'osso e artropatie specifiche, senza CC	4
248	Tendinite, miosite e borsite	5
249	Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	5
251	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni senza CC	4
252	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età < 18 anni	4
254	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni senza CC	4
256	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	4
276	Patologie non maligne della mammella	4
281	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni senza CC	4
282	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età < 18 anni	4
284	Malattie minori della pelle senza CC	4
294	Diabete età > 35 anni	4
295	Diabete età < 36 anni	4
299	Difetti congeniti del metabolismo	4
301	Malattie endocrine, senza CC	4
317	Ricovero per dialisi renale	4
323	Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia ESW	4
324	Calcolosi urinaria, senza CC	4
326	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	4
327	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età < 18 anni	4
329	Stenosi uretrale, età > 17 anni senza CC	4
332	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	4
333	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età < 18 anni	4
349	Ipertrofia prostatica benigna, senza CC	4
351	Sterilizzazione maschile	3
352	Altre diagnosi relative all'apparato riproduttivo maschile	4
369	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	4
384	Altre diagnosi parto senza complicazioni mediche	4
395	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	5

396	Anomalie dei globuli rossi, età < 18 anni	4
399	Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario senza CC	4
404	Linfoma e leucemia non acuta senza CC	5
409	Radioterapia	4
410	Chemioterapia senza dia. secondaria di leucemia acuta	3
411	Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia	4
412	Anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia	4
426	Nevrosi depressive	5
427	Nevrosi eccetto nevrosi depressive	5
429	Disturbi organici e ritardo mentale	5
465	Assistenza riabilitativa con anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	4
466	Assistenza riabilitativa senza anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	5
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	5
490	H.I.V. associato o non ad altre patologie correlate	4
563	Convulsioni età >17 anni senza CC	4
564	Cefalea età >17 anni	4

**le suddette disposizioni non sono previste per:*

- DRG 323 – Tipo tariffa S - Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia ESW (Con codice di intervento principale 9851 “Litotripsia extracorporea del rene, uretere e/o vescica”)
- DRG 409 – Tipo tariffa S - Radioterapia (con Dia Pr. V580, Dia Sec. 1550 e Interv. 9228 radioemb. microsfere Yttrio-90 ... V. indicazioni allegato 12)
- DRG 467 – Tipo tariffa S - Altri fattori che influenzano lo stato di salute (prelievo di midollo Dia=V593, Int=4191 / prelievo di cellule staminali Dia=V5902, Int=9979)

**Allegato n. 2 alla DGR n. VIII/10077 del 07.08.2009
(Regole 2009, V Provvedimento)**

Attività autocontrollo dei soggetti erogatori ai sensi dell'allegato 3 della DGR VIII/9014/2009 e della DGR VIII/9581/2009

Ciascun presidio di ricovero deve provvedere alla autovalutazione relativa alla completezza della documentazione clinica (allegato 3 delle DGR 9014 e DGR 9581 del 2009), su un numero di cartelle cliniche pari ad almeno il 3% della produzione annuale e comunque non inferiore a 100 pratiche(anno).

Il campione oggetto dell'autocontrollo viene individuato dalla ASL su pratiche relative a pazienti SSN dimessi dal 8 di giugno del 2009. È cura delle strutture la trasmissione tempestiva alla ASL degli esiti delle attività di autocontrollo secondo le tempistiche concordate con la ASL.

La ASL provvede a verificare a campione una quota delle pratiche che sono state oggetto di autocontrollo.

La numerosità di questo campione di verifica viene individuata con l'utilizzo del metodo già approvato con la DGR VII/8078/2002 che per comodità si riporta di seguito.

La selezione del campione da sottoporre a verifica ASL dovrà essere eseguita con criterio casuale.

La numerosità delle cartelle componenti il campione viene calcolata utilizzando la seguente formula che consente di estrarre da una popolazione definita un campione statisticamente significativo; ciò al fine di estendere alla popolazione di riferimento i dati ottenuti sul campione:

$$Z^2 N Py (1-Py)$$

$$n \geq \frac{Z^2 N Py (1-Py)}{(N-1) e^2 Py^2 + Z^2 Py (1 - Py)}$$

n = dimensione del campione

Z = livello di significatività (1,96 _ 95% ; 2,58 _ 99%)

N = numerosità della popolazione (cartelle verificate in autocontrollo)

Py = proporzione dell'evento nella popolazione (% di errore attesa / riscontrata in studio pilota)

e = è lo scarto che siamo disposti a tollerare tra la proporzione dell'errore nel campione in relazione alla proporzione dell'errore nella popolazione.

Dopo che la ASL ha verificato il campione di cartelle selezionato tra quelle soggette ad autocontrollo è possibile calcolare il livello di concordanza nei termini già stabiliti dalla sopracitata DGR VII/8078/2002 che per comodità si riporta di seguito:

Livelli kappa di affidabilità - Soglia di affidabilità generalmente considerata

1.0 Massimo

0.8 – 1.0 Quasi perfetto

0.6 – 0.8 Considerevole

0.4 – 0.6 Discreto

0.2 – 0.4 Sufficiente

0.0 – 0.2 Scadente

< 0.0 Mancanza di concordanza

Fatta salva la facoltà delle ASL di assumere un livello maggiore di concordanza si ritiene che la soglia di affidabilità delle attività di autocontrollo possa coincidere con il livello definito "Discreto" nella tabella sopraesposta. Ciò significa che se il livello di concordanza è almeno discreto le attività di autocontrollo possono essere ragionevolmente ritenute valide dalla ASL (fatta salva l'adozione di un livello maggiore di affidabilità), mentre in caso contrario la ASL estende il controllo all'intero campione soggetto ad autocontrollo.

VERBALE

Alla fine della verifica NOC sull'attività di autocontrollo viene redatto un verbale di sintesi riportante almeno: le pratiche revisionate dai NOC, l'esito della valutazione ASL e l'esito dell'autocontrollo effettuato dalla Struttura.

ESITO NOC NON CONCORDATO DALLA STRUTTURA

I tempi e le modalità del contenzioso sono quelli ridefiniti con la DGR VIII/8501 del 20 novembre 2008.

DESCRIZIONE DEL PROCESSO

- 1) La ASL trasmette a ciascun presidio sanitario di ricovero e cura l'elenco delle cartelle cliniche oggetto dell'autocontrollo relativo alla completezza delle documentazione clinica (allegato 3 DGR 9014 e DGR 9581), pari al 3% della produzione annuale e comunque non inferiore a 100 pratiche (anno), estratto in maniera casuale.
- 2) L'erogatore trasmette l'esito dell'autocontrollo alla ASL indicando il codice ente, il codice presidio, il numero della cartella clinica e l'esito del controllo che viene espresso come segue: 1=cartella conforme, 0=cartella non conforme.
- 3) La ASL esegue un campionamento dall'elenco delle pratiche trasmesso ai presidi di ricovero la cui numerosità viene individuata come sopra specificato, procedendo essa stessa al controllo, su quanto estratto, circa la completezza delle documentazione clinica (allegato 3 DGR 9014 e DGR 9581).
- 4) Dopo che la ASL ha verificato il campione di cartelle selezionato tra quelle soggette ad autocontrollo è possibile calcolare il livello di concordanza tra le due valutazioni e quindi il livello di affidabilità nei termini sopra espressi.
- 5) Al mancato raggiungimento della soglia di affidabilità predefinita la ASL procede a controllare tutte le pratiche di cui al punto 1). Nel caso di raggiungimento della soglia di affidabilità predefinita potrà essere ritenuto valido l'esito dell'autocontrollo effettuato dall'erogatore sulle restanti pratiche.

FLUSSI INFORMATIVI

La struttura erogatrice – per le pratiche soggette ad autocontrollo – non procede ad alcuna segnalazione diretta in Regione rispetto alla completezza o meno della documentazione clinica. A tale segnalazione procederà direttamente l'ASL, nell'ambito del flusso NOC ASL/Regione.

Tutte le pratiche oggetto dell'autocontrollo vengono inserite nel consueto flusso dei controlli di congruenza attualmente in uso tra NOC ASL e Regione.

I campi da compilare sono i seguenti:

1 COSP codice struttura;
2 SUBCOSP subcodice struttura (ove previsto);
3 PRATIC numero pratica;
52 IMPTOT il valore che esita dal controllo ASL;
57 DATA_CONTR data di firma verbale di sintesi;
58 RILEVATORE per le pratiche direttamente visionate dai NOC, il rilevatore è indicato come da tracciato di congruenza, per le pratiche visionate solo dalla struttura il rilevatore è indicato dalle ultime 5 cifre del cosp;
59 TIPO_CAMP tipologia del campione A (Autocontrollo);
60 ESITO esito dell'autocontrollo dell'erogatore: 1=cartella conforme, 0=cartella non conforme;
61 ESITO_ALTRO esito in termini di concordanza tra valutazione ASL ed autovalutazione: S= concordanza, N= non concordanza;
62 DESTINAZIONE come da tracciato di congruenza;
65 IMPTOT_OR importo originale in Euro.

I restanti campi non andranno compilati.

TEMPISTICA

- 1) La ASL fornisce l'elenco delle cartelle da controllare alle strutture di ricovero e cura.
- 2) Nel caso in cui la ASL trasmetta l'elenco delle cartelle da verificare in autocontrollo in almeno tre differenti momenti distribuiti nel corso dell'anno l'erogatore entro 30 giorni restituisce l'elenco delle pratiche controllate e il relativo esito. Nel caso in cui, invece, la ASL trasmetta l'elenco delle cartelle da verificare in una soluzione unica l'erogatore entro 60 giorni restituisce l'elenco delle pratiche controllate e il relativo esito. In seguito la ASL inizia i propri controlli ed entro 40 giorni trasmette il tutto alla Direzione Generale Sanità.

Sottoallegato 11E

**Allegato A alla DGR n. IX/2057 del 28.07.2011
(Regole 2011, III Provvedimento)**

AGGIORNAMENTO DELLE LINEE GUIDA PER LA CODIFICA
DELLE INFORMAZIONI CLINICHE
DELLA SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA (SDO)

Revisione 2011

Luca Merlino, Rosella Ghioldi, Ugo Calanca, Daniela Nicolosi -
DG Sanità - UO Governo dei Servizi Sanitari Territoriali e Politiche di Appropriatelyzza e
Controllo

Marina Formigaro - AO Ospedale Niguarda Ca' Granda - S.C. Qualità e sicurezza
clinica

Ornella Leoncini - IRCCS Istituto Clinico Humanitas – Direzione Sanitaria

INDICE

<u>PRESENTAZIONE</u>	<u>6</u>
<u>REGOLE GENERALI PER LA CODIFICA DELLE DIAGNOSI</u>	<u>9</u>
SELEZIONE E CODIFICA DELLA DIAGNOSI PRINCIPALE DI DIMISSIONE	10
SELEZIONE E CODIFICA DELLE DIAGNOSI SECONDARIE	12
<u>REGOLE GENERALI PER LA CODIFICA DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI/PROCEDURE DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE</u>	<u>14</u>
SELEZIONE E CODIFICA DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI E DELLE PROCEDURE DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE	16
<u>Capitolo I - Malattie infettive e parassitarie (001-139)</u>	<u>19</u>
Infezione da HIV (042)	19
Setticemia, SIRS, sepsi, sepsi severa, shock settico	20
Infezioni in condizioni morbose classificate altrove e di sede non specificata	22
<u>Capitolo II - Tumori (140-239)</u>	<u>23</u>
Regole generali per la selezione e codifica della diagnosi principale	23
Interventi/procedure	25
<input type="checkbox"/> Ricovero per ablazione percutanea di tumori	25
<input type="checkbox"/> Ricovero per embolizzazione/chemioembolizzazione di tumore	25
<input type="checkbox"/> Metodica "stop flow"	25
<input type="checkbox"/> Ricovero per brachiterapia o terapie radiometab. per neoplasie maligne	25
<input type="checkbox"/> Ricovero per cicli di immunoterapia	26
<input type="checkbox"/> Terapia fotodinamica cutanea (in attività di DH)	26
<input type="checkbox"/> Trapianto di midollo osseo e di cellule staminali	26
<input type="checkbox"/> Inserzione/rimozione di "port a cath"	29
<u>Capitolo III - Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche e disturbi immunitari (240-279)</u>	<u>30</u>

Diabete mellito (250)	30
Trattamento chirurgico dell'obesità	34
Trattamento degli esiti della chirurgia bariatrica	34
Endocardite di Libman-Sacks	35
Malattia di Sjögren (710.2)	35
Encefalomiopatie mitocondriali	35
<u>Capitolo V – Disturbi mentali (290-319)</u>	<u>37</u>
Demenze	37
<u>Capitolo VI – Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi (320-389)</u>	<u>38</u>
Disturbi del sonno (327)	38
Dolore (338)	38
Impianto/sostituzione/rimozione di Neurostimolatore	38
Impianto/rimozione di Neurostimolatore Spinale a scopo antalgico	38
Impianto di Neurostimolatore Intracranico	39
Impianto di Neurostimolatore Urologico/Vescicale	39
Epilessie (345)	40
Impianto di Neurostimolatore Vagale	40
Interventi/procedure	41
<input type="checkbox"/> Angioplastica percutanea ed inserz. di stent sui vasi cerebrali e precerebrali	41
<input type="checkbox"/> Trattamento di Malformazione ArteroVenosa (MAV) spinale congenita	41
<input type="checkbox"/> Trattamento chirurgico per iperidrosi	41
<input type="checkbox"/> Interv. oculistici di innesto di limbus e di innesto di membrana amniotica	41
<u>Capitolo VII - Malattie del sistema circolatorio (390-459)</u>	<u>43</u>
Iperensione arteriosa	43
Cardiopatía ipertensiva (402)	43
Nefropatia ipertensiva cronica (403)	43
Cardionefropatia ipertensiva cronica (404)	44
Malattie ischemiche del cuore (410-414)	44
Malattie cerebrovascolari	46
Interventi/procedure	47
<input type="checkbox"/> Angioplastica percutanea e inserzione di stent	47

<input type="checkbox"/> Embolizzazione di emangioma	47
<input type="checkbox"/> Chiusura percutanea dell' auricola sinistra	47
<input type="checkbox"/> Complicazioni post-chirurgiche	48
<input type="checkbox"/> Rimozione del filtro cavale	48
<input type="checkbox"/> Crossing associato a stripping di vene varicose dell' arto inferiore	48
<input type="checkbox"/> Legatura endoscopica di vene perforanti incontinenti in sede sottofasciale	48

Capitolo VIII - Malattie dell' apparato respiratorio (460-519) 50

Broncopneumopatia cronico-ostruttiva (BPCO)	50
Insufficienza respiratoria e polmonare (518)	50

Capitolo IX - Malattie dell' apparato digerente (520-579) 56

Epatite cronica, cirrosi e complicanze	56
Esofagite con emorragia e varici esofagee	56
Codifica di alcune forme di displasia di organi digerenti	56
Complicazioni infettive o meccaniche di stomie	56
Interventi/procedure	57
<input type="checkbox"/> Intervento di TIPS per shunt venoso intraaddominale per via percutanea	57
<input type="checkbox"/> Tecniche per l' intervento di emorroidectomia e/o prolassectomia	57

Capitolo X - Malattie del sistema genitourinario (580-629) 59

Malattia renale cronica (585)	59
Interventi/procedure	59
<input type="checkbox"/> Fimosi	60
<input type="checkbox"/> Intervento per la correzione del varicocele	60
<input type="checkbox"/> Interventi per alcune situazioni cliniche di nefrologia	60

Capitolo XI - Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio (630-677) 62

Capitolo XIII - Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo (710-739) 63

Interventi/procedure	63
<input type="checkbox"/> Revisione di sostituzione di anca o di ginocchio	63

<input type="checkbox"/> Inserimento di sostituto osteocondrale di articolazione	63
<input type="checkbox"/> Posizionamento di spaziatore interspinoso	64
<input type="checkbox"/> Vertebroplastica	64
<input type="checkbox"/> Cifoplastica	64
<input type="checkbox"/> Intervento artroscopico di autotrapianto di cartilagine	64
<input type="checkbox"/> Interventi per ernia discale	64
<input type="checkbox"/> Interventi sulla spalla in artroscopia	64
<u>Capitolo XIV - Malformazioni congenite (740-759)</u>	<u>66</u>
<u>Capitolo XV – Alcune condizioni morbose di origine perinatale (760-779) e codifica del neonato sano</u>	<u>67</u>
Infezioni neonatali (771)	67
Codifica del neonato sano	68
<u>Capitolo XVI – Sintomi, segni e stati morbosì mal definiti (780-799)</u>	<u>69</u>
<u>Capitolo XVII - Traumatismi ed avvelenamenti (800-999)</u>	<u>69</u>
Traumatismi cranici	69
SIRS da processi non infettivi (995.93, 995.94)	70
Complicazioni di cure mediche e chirurgiche (996-999)	70
Complicazioni di trapianto di rene	71
<u>Classificazione supplementare dei fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso alle strutture sanitarie (codici V)</u>	<u>72</u>

PRESENTAZIONE

La Circolare del Ministero della Salute (Prot. n. 34703 del 23/10/2008) ha ridefinito e perfezionato alcuni aspetti del flusso delle SDO regolati dal DM n. 380/2000. Con il DM del 18/12/2008 è stato introdotto a livello nazionale, l'aggiornamento dei sistemi di classificazione adottati per la codifica delle informazioni cliniche della SDO e per la remunerazione delle prestazioni ospedaliere; in particolare vengono fornite informazioni per l'adozione a livello nazionale della Classificazione Internazionale delle Malattie, dei Traumatismi, degli Interventi chirurgici e delle Procedure diagnostiche e terapeutiche (Versione italiana 2007 della ICD-9-CM americana, allineata alla Versione 24.0 del DRG-Group).

A tale proposito questa Direzione Generale in aprile-maggio 2009 ha organizzato incontri di preparazione rivolti agli specifici operatori di ogni struttura ed ente sanitario, al fine di illustrare le modifiche (integrazioni/revisioni) più rilevanti della nuova Classificazione, con particolare riferimento ai codici di diagnosi e di procedure ed ai conseguenti cambiamenti intervenuti nel numero e nel contenuto dei DRG.

La Regione Lombardia inoltre ha partecipato ai lavori del Gruppo di Lavoro ministeriale costituitosi per aggiornare i sistemi di classificazione (ICD-9-CM e DRG), in continuità con il Progetto Mattoni "Evoluzione del sistema DRG nazionale", responsabile di più linee di attività, fra cui la traduzione dell'ICD-9-CM 2007 americana e la redazione delle nuove Linee Guida nazionali, approvate nella Conferenza Stato-Regioni (rep. Atti 64/CSR del 29 aprile 2010).

Le principali novità introdotte nel passaggio dall'ICD-9-CM 2002 all'ICD-9-CM 2007 sono:

- introduzione del nuovo Cap. 0 "Procedure ed interventi non classificati altrove", con codici da 00.0 a 00.93 utili a descrivere nuove tecnologie terapeutiche, di radiologia e cardiologia interventistica (es. PTCA, inserzione percutanea di stent), e di chirurgia ortopedica (es. revisione protesi) su anca o ginocchio;
- introduzione dell'Elenco sistematico della sezione supplementare costituita dai codici E "Classificazione supplementare delle cause esterne di traumatismo e avvelenamento (codici E800-E999)". L'utilizzo di tali codici, non ancora disciplinato a livello nazionale e regionale, potrà essere di aiuto per lo studio degli aspetti socio-epidemiologici e sanitari e per un'analisi più dettagliata degli

incidenti stradali, domestici e delle attività lavorative, avvelenamenti da farmaci, etc.;

- le discipline maggiormente interessate dalle modifiche sono: **Cardiochirurgia** (sostituzione valvolare cardiaca con tecnica trans-apicale), **Chirurgia Generale** (gastroplastica verticale laparoscopica, rimozione laparoscopica di banding gastrico), **Malattie Infettive** (sepsi, sindrome da risposta infiammatoria sistemica), **Oncologia** (ablazione percutanea di neoplasie), **Ortopedia** (inserzione di protesi di disco intervertebrale, vertebroplastica, cifoplastica, inserzione e rimozione di spaziatore interspinoso), **Terapia del Dolore** (dolore acuto, cronico, neoplastico e post-operatorio, codifica più specifica per l'impianto di neuro stimolatore spinale).

In queste Linee Guida sono state eliminate alcune modalità di codifica indicate in Linee Guida precedenti oppure in altre normative regionali, in quanto ormai di uso comune e consolidato, oppure perché superate dal nuovo sistema di classificazione, ed altre che, pur riferendosi a prestazioni eseguibili in un percorso di ricovero, per loro natura e classificazione sono proprie dell'attività ambulatoriale, ove sono state trasferite. Quest'ultimo criterio risponde anche all'esigenza di utilizzare in modo corretto le risorse disponibili.

Si ribadisce in questa sede l'indicazione fornita con le regole per l'esercizio 2009 (DGR n. VIII/8501/2008), circa l'utilizzo della posizione relativa alla **sesta diagnosi** (già prevista nella SDO), la quale dal 1° gennaio 2009 ha acquisito una valenza esclusivamente conoscitivo/epidemiologica, in quanto utile solo ad *"indicare diagnosi e/o quadri clinici, che pur non potendo costituire delle "complicanze" dal punto di vista della attribuzione corretta del DRG possono rappresentare delle importanti informazioni di tipo epidemiologico"*. Inoltre, l'indicazione circa l'utilizzo della sesta diagnosi, resasi necessaria a seguito dell'approvazione della DGR n. VIII/7612 dell'11/07/2008 (con la quale si è stabilito che alcune diagnosi e/o condizioni cliniche non devono essere codificate sulla SDO in quanto le stesse, su indicazione del gruppo di lavoro di chirurghi operanti in Strutture della Rete Oncologica Lombarda (ROL) ed afferenti alla Società Lombarda di Chirurgia, non sono da ritenersi corrispondenti ai criteri definiti con il DDG Sanità n. 4733/2000), **verrà estesa, a partire dal 1° gennaio 2012**, anche alla posizione relativa al **sesto intervento/procedura**: essa infatti, anche in questo caso, dovrà essere utilizzata solo ad indicare procedure/interventi, che pur non potendo

costituire un elemento determinante dal punto di vista della attribuzione corretta del DRG, rappresentano delle importanti informazioni di tipo epidemiologico (es. accesso artroscopico per interventi sulla spalla).

Nella stesura di questo documento si è provveduto ad analizzare in modo organico ogni Capitolo della Classificazione, ribadendo e/o sviluppando alcune regole già in uso ed individuando le situazioni più critiche o controverse. Oltre a recepire le indicazioni scaturite dalle diverse attività del GdL nazionale, si è tenuto conto delle osservazioni dei clinici e degli operatori sanitari delle strutture di ricovero e cura lombarde, di quanto rilevato attraverso lo strumento di "Interpello" e delle osservazioni pervenute dalle "attività di controllo" delle ASL, al fine di condividere esperienze e metodi in ordine ai percorsi di miglioramento della qualità di compilazione delle informazioni cliniche della SDO, ma anche di valutazioni di appropriatezza, riferite all'ottimizzazione dell'efficienza erogativa.

REGOLE GENERALI PER LA CODIFICA DELLE DIAGNOSI

Codici combinati

Un codice utilizzato per classificare simultaneamente due diagnosi *oppure* una diagnosi insieme ad una manifestazione secondaria associata *oppure* una diagnosi insieme ad una complicazione associata è definito "codice combinato". I codici combinati sono riportati come sotto-voci nell'indice alfabetico e come note di inclusione nell'elenco sistematico.

Si deve utilizzare il codice combinato quando esso identifica pienamente tutte le condizioni riportate o quando l'indice alfabetico lo richiede esplicitamente. Se il codice combinato descrive tutti gli elementi riportati nella formulazione diagnostica, non devono essere utilizzati ulteriori codici. Quando il codice combinato non è in grado di descrivere tutte le manifestazioni o complicazioni riportate nella formulazione diagnostica, può essere utilizzato insieme al codice combinato un codice aggiuntivo.

Codifica multipla

Quando una formulazione diagnostica non può essere rappresentata da un unico codice, è necessario ricorrere alla codifica multipla, ovvero alla utilizzazione di più di un codice per identificarne completamente tutti gli elementi.

Il ricorso alla codifica multipla è sollecitato dalle indicazioni "Utilizzare, eventualmente, un codice aggiuntivo", "codificare per primo", che possono essere riportate all'inizio di un capitolo o di un blocco ovvero di una particolare categoria.

La nota "codificare per prima la malattia di base" indica la necessità di riportare sia il codice relativo alla malattia primaria, che quello relativo alla manifestazione conseguente. Quest'ultimo non può essere utilizzato come diagnosi principale.

La nota "utilizzare un codice aggiuntivo per identificare manifestazioni quali ..." indica la necessità di utilizzare un ulteriore codice per identificare manifestazioni analoghe agli esempi riportati. Questi codici non possono essere utilizzati come diagnosi principale.

Postumi

Un postumo è un effetto causato da una malattia o da un traumatismo, che permane dopo che la fase acuta della malattia o del traumatismo è terminata. Non vi è un limite di tempo entro il quale

il codice relativo al postumo può essere utilizzato. Il postumo può essere relativamente precoce come negli accidenti cerebrovascolari o può verificarsi dopo mesi o anni come nel caso dei traumatismi. Per codificare i postumi sono necessari due codici, uno relativo alla condizione residua o alla natura del postumo; l'altro relativo alla causa del postumo. Il codice relativo alla **natura** del postumo deve essere riportato per primo; il codice relativo alla **causa** del postumo stesso deve essere riportato come diagnosi secondaria, salvo che le note dell'indice alfabetico indichino diversamente.

Condizione "imminente"

Le condizioni descritte al momento della dimissione come "minaccia di" o "imminente" devono essere codificate secondo le seguenti istruzioni:

- individuare nell'indice alfabetico se la condizione ha una sottovoce relativa al termine "imminente" o "minaccia di"; verificare anche il termine principale "minaccia di";
- se sono riportate le sotto-voci "minaccia di" o "imminente", utilizzare il codice corrispondente;
- se non sono riportate delle sotto-voci specifiche, codificare la condizione come esistente.

SELEZIONE E CODIFICA DELLA DIAGNOSI PRINCIPALE DI DIMISSIONE

La selezione della diagnosi principale deve essere effettuata sulla base delle circostanze che determinano e caratterizzano il ricovero ospedaliero.

La diagnosi principale di dimissione è la condizione, identificata alla fine del ricovero, che risulta essere la principale responsabile del bisogno di trattamento e/o di indagini diagnostiche. Se nel corso dello stesso ricovero si evidenzia più di una condizione con caratteristiche analoghe, deve essere selezionata quale principale quella che è risultata essere responsabile dell'impiego maggiore di risorse.

Salvo che le note dell'elenco sistematico o dell'indice alfabetico indichino altrimenti, quando nel corso del ricovero non è stata formulata una diagnosi definitiva, possono essere utilizzati per la codifica della diagnosi principale i codici relativi a segni, sintomi e condizioni mal definite riportati nel capitolo 16 della Classificazione. Quando il ricovero è finalizzato a trattare esclusivamente uno specifico

segno o sintomo, quest'ultimo deve essere selezionato come diagnosi principale.

I codici contenuti in parentesi quadra nell'indice alfabetico non devono essere utilizzati come diagnosi principale.

Condizioni acute e croniche

Quando la stessa condizione è descritta sia come acuta (o subacuta) sia come cronica e nell'indice alfabetico sono riportati specifici codici per ciascuna di tali forme devono essere riportati entrambi codificando come diagnosi principale la forma acuta (o subacuta), se risponde ai criteri di selezione della diagnosi principale.

Osservazione e valutazione di condizioni sospette

I codici compresi fra V71.0 e V71.9 devono essere utilizzati per la codifica della diagnosi principale quando si sospetta una condizione anomala la quale, in assenza di segni o sintomi, richiede una specifica valutazione e al termine del ricovero risulta essere non confermata.

Trattamento non eseguito

Quando un ricovero è stato programmato esclusivamente per eseguire un trattamento specifico, generalmente di tipo chirurgico, e questo non viene effettuato per circostanze impreviste, ad esempio per decisione del paziente o per sopraggiunte controindicazioni, va riportato come diagnosi principale il codice V64.-- *Persone che ricorrono ai servizi sanitari per interventi specifici non eseguiti* e come diagnosi secondaria la condizione clinica che avrebbe determinato il trattamento.

Nel caso, invece, in cui il trattamento non è stato eseguito per l'insorgenza di un'altra patologia che è stata trattata nel corso del ricovero, quest'ultima va riportata come diagnosi principale e fra le diagnosi secondarie deve essere riportato il codice V64.--.

Ustioni multiple

Quando le ustioni sono identificate come diagnosi principale ed esse sono multiple, riportare per primo il codice che descrive l'ustione di maggiore gravità.

Traumi multipli

Quando traumi multipli sono identificati come diagnosi principale, riportare per primo il codice che descrive il trauma di maggiore gravità.

Neoplasie

Per la selezione della diagnosi principale, nelle diverse tipologie di ricovero dei pazienti oncologici, si rimanda alle regole riportate nella sezione relativa al Capitolo II - Tumori (categorie ICD-9-CM 140-239).

Avvelenamenti e intossicazioni

Nel codificare l'avvelenamento o la reazione ad uso non corretto di farmaci (esempio: errore nel dosaggio, nella via di somministrazione, nella selezione del farmaco), il codice relativo all'avvelenamento deve essere riportato in diagnosi principale, seguito dal codice relativo alla manifestazione.

Complicazione di trattamenti chirurgici o di altri trattamenti medici e malfunzionamento di dispositivi

Quando il ricovero è finalizzato al trattamento di una complicazione di un trattamento chirurgico o di altro trattamento medico, ivi comprese le reazioni da farmaci correttamente utilizzati, o a problemi dovuti al malfunzionamento di dispositivi, il codice relativo alla complicazione deve essere selezionato come diagnosi principale. Se la complicazione è classificata con i codici ICD-9-CM compresi fra le categorie 996 e 999, può essere utilizzato un codice aggiuntivo in diagnosi secondaria per specificarne la natura.

Complicazioni della gravidanza

Quando una paziente è ricoverata a causa di una condizione che complica la gravidanza *oppure* consegue a quest'ultima, il codice relativo alla complicazione ostetrica deve essere selezionato come diagnosi principale. Può essere utilizzato un codice aggiuntivo per conferire maggiore specificità.

SELEZIONE E CODIFICA DELLE DIAGNOSI SECONDARIE

Le diagnosi secondarie di dimissione sono quelle condizioni che coesistono al momento del ricovero o che si sviluppano in seguito e che influenzano il trattamento ricevuto e/o la durata della degenza.

Le diagnosi correlate ad un precedente ricovero che non hanno influenza sul ricovero attuale non devono essere segnalate. Quindi, per diagnosi secondaria deve intendersi qualunque condizione diversa dalla diagnosi principale che influenzi l'assistenza erogata al paziente

in termini di: trattamento terapeutico, procedure diagnostiche eseguite, durata della degenza, assistenza infermieristica, monitoraggio clinico.

La corretta individuazione delle diagnosi secondarie compete al medico responsabile dell'assistenza del paziente nel corso del ricovero.

Nel caso in cui nella cartella clinica siano riportate, oltre a quella principale, più di cinque forme morbose, che rispondano ai criteri qui riportati di identificazione delle diagnosi secondarie, devono essere selezionate e codificate quelle che a giudizio del medico che ha formulato la diagnosi possono aver esercitato il maggior peso in relazione alle necessità assistenziali ed alla complessità del trattamento ricevuto dal paziente.

Tra le diagnosi secondarie devono essere obbligatoriamente riportate le infezioni insorte nel corso del ricovero.

Condizioni pregresse

Le condizioni cliniche risolte e le diagnosi correlate a precedenti ricoveri che non abbiano influenza sul ricovero attuale non devono essere riportate e codificate. I codici ICD-9-CM relativi all'anamnesi (V10-V19) possono essere utilizzati per codificare le diagnosi secondarie solo se l'anamnesi personale o familiare influenza il trattamento erogato nel corso del ricovero.

Condizioni associate alla malattia principale

Le condizioni che costituiscono una componente integrale della malattia principale non devono essere riportate e codificate come diagnosi secondarie.

Nel caso, invece, in cui siano presenti condizioni che non sono ordinariamente associate alla diagnosi principale, queste devono essere riportate e codificate solo se influenzano il trattamento erogato nel corso del ricovero.

Risultati anomali

I risultati anomali di test di laboratorio e di altre procedure diagnostiche non devono essere riportati e codificati a meno che non abbiano una particolare rilevanza clinica.

REGOLE GENERALI PER LA CODIFICA DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI/PROCEDURE DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE

Codici combinati

Alcuni codici consentono di classificare simultaneamente due interventi, identificando completamente una prestazione. In tali casi, non devono essere utilizzati ulteriori codici. Ad esempio il codice ICD-9-CM di procedura 72.31 identifica in modo appropriato l'intervento di "Parto con forcipe alto, con episiotomia".

Codifica multipla

La completa descrizione di un intervento può comportare l'utilizzazione di più di un codice per identificarne completamente tutti gli elementi. L'espressione "codificare anche", indica la necessità di utilizzare un codice aggiuntivo per identificare le diverse componenti di un intervento, sempre che nel caso concreto esse siano state effettivamente presenti.

Codifica di interventi simultanei o di procedure complementari

L'esecuzione di più interventi nel corso dello stesso atto operatorio può richiedere la codifica separata, qualora non sia previsto un codice combinato. Esistono codici che segnalano l'esecuzione di un intervento aggiuntivo che avvenga nel corso di un altro. Ad esempio: ovariectomia monolaterale e appendicectomia (cod. 65.39 + cod. 47.19).

L'espressione "codificare anche" viene utilizzata nel manuale anche per segnalare l'utilizzo di procedure o di strumentazioni complementari o di supporto ad un intervento.

Codifica di interventi bilaterali

Alcuni codici consentono una distinzione tra interventi monolaterali e bilaterali. Quando tale possibilità non esista, è possibile utilizzare due volte lo stesso codice di intervento per descrivere l'intervento bilaterale. Tale regola deve essere seguita solo nei casi in cui la completa descrizione dell'intervento abbia rilevanza per la complessità del processo di cura o l'incremento nel consumo delle risorse, mentre non è appropriata per i casi di procedure minori (ad esempio: escissioni di lesioni cutanee).

Descrizione dell'approccio chirurgico all'intervento

In molti casi i codici di procedura individuano specifici approcci per un intervento chirurgico e consentono di distinguere gli interventi a cielo

aperto da quelli effettuati per via endoscopica o per via laparoscopica.

Nel caso non esista un codice che individui specificamente l'approccio endoscopico o quello laparoscopico, si ricorre alla codifica multipla riportando sia il codice dell'intervento (come principale) che quello dello specifico approccio utilizzato (come codice aggiuntivo).

SELEZIONE E CODIFICA DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI E DELLE PROCEDURE DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE

L'intervento chirurgico principale indica la procedura chirurgica effettuata nel corso del ricovero.

Se nel corso dello stesso ricovero sono stati effettuati più interventi e/o procedure, devono essere utilizzati i seguenti criteri per la scelta della sequenza corretta:

1. in presenza di più interventi chirurgici, selezionare e codificare come principale quello maggiormente correlato alla diagnosi principale di dimissione e, comunque, quello che ha comportato il maggior peso assistenziale ed il maggior consumo di risorse (uso di sala operatoria, medico anestesista, équipe operatoria, etc.);
2. nel caso in cui siano segnalati sia interventi chirurgici sia procedure, codificare sempre prima gli interventi chirurgici;
3. quando nella cartella clinica vengano indicati interventi e/o procedure in numero superiore ai sei previsti dalla struttura della SDO, la scelta delle priorità delle segnalazioni è lasciata al medico che compila la scheda di dimissione, tenendo comunque conto del seguente ordine decrescente di priorità:

- **interventi chirurgici a cielo aperto;**
- **interventi per via endoscopica e/o laparoscopica;**
- **procedure interventistiche diagnostiche o terapeutiche;**
- **procedure in senso stretto, con o senza biopsia, comprese nei capitoli 0-15 (codici da 00.- a 86.-);**
- **altre procedure diagnostiche o terapeutiche comprese nel capitolo 16.- Miscellanea di procedure diagnostiche e terapeutiche (codici da 87.- a 99.-).**

Questo capitolo comprende alcune procedure che determinano l'attribuzione a specifici raggruppamenti diagnostici (DRG):

- 87.53 colangiografia intraoperatoria
- 88.52 angiocardiografia del cuore destro
- 88.53 angiocardiografia del cuore sinistro
- 88.54 angiocardiografia combinata del cuore destro e sinistro
- 88.55 arteriografia coronarica con catetere singolo
- 88.56 arteriografia coronarica con catetere doppio
- 88.57 altra e non specificata arteriografia coronarica
- 88.58 roentgenografia cardiaca con contrasto negativo
- 92.27 impianto o inserzione di elementi radioattivi
- 92.30 radiochirurgia stereotassica S.A.I.
- 92.31 radiochirurgia fotonica a sorgente singola
- 92.32 radiochirurgia fotonica multi-sorgente

- 92.33 radiochirurgia particolare
- 92.39 radiochirurgia stereotassica N.I.A.
- 94.61 riabilitazione da alcool
- 94.63 disintossicazione e riabilitazione da alcool
- 94.64 riabilitazione da farmaci
- 94.66 disintossicazione e riabilitazione da farmaci
- 94.67 riabilitazione combinata da alcool e farmaci
- 94.69 riabilitazione e disintossicazione combinata da alcool e farmaci
- 95.04 esame dell'occhio in anestesia
- 96.70 ventilazione meccanica continua, durata non specificata
- 96.71 ventilazione meccanica continua, durata meno di 96 ore consecutive
- 96.72 ventilazione meccanica continua, durata 96 ore consecutive o più
- 98.51 litotripsia extracorporea di rene, uretere e/o vescica
- 99.10 iniezione o infusione di agente trombolitico

Biopsie

Il prelievo e l'analisi di materiale istologico prelevato nel corso di un intervento chirurgico non richiede la codifica aggiuntiva di biopsia.

La codifica di biopsia è invece necessaria, come codice aggiuntivo, nei casi in cui nel corso di un intervento, sia effettuata una biopsia il cui risultato si attende per poter definire il tipo e l'estensione dell'intervento in corso.

Sono parimenti da codificare le biopsie effettuate nel corso di un intervento su organi diversi da quello cui è rivolto l'intervento principale.

Biopsie chiuse

È possibile in molti casi utilizzare un codice combinato per descrivere sia la biopsia sia l'approccio utilizzato. In alcune situazioni, tuttavia, nelle quali non si dispone di un codice combinato si osservano le seguenti regole:

- quando si tratti di una biopsia endoscopica, è necessario riportare sia il codice dell'endoscopia, come procedura principale, sia quello della biopsia, come procedura associata;
- quando si tratti di una biopsia effettuata mediante "brush" o mediante aspirazione, è necessario utilizzare il codice della corrispondente biopsia chiusa.

Anche per le agobiopsie eseguite (su organi diversi da quelli operati) nel corso di interventi chirurgici a cielo aperto, il codice da utilizzare è quello della biopsia chiusa.

CAPITOLO I - MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE (001-139)

Infezione da HIV (042)

Nella Classificazione ICD-9-CM l'infezione da virus dell'immunodeficienza umana viene descritta con un unico codice 042 che comprende:

- sindrome da immunodeficienza acquisita;
- AIDS;
- sindrome tipo-AIDS;
- complesso collegato all'AIDS;
- ARC;
- infezione da HIV, sintomatica.

Il codice 042 deve essere utilizzato in diagnosi principale, con codici aggiuntivi per indicare tutte le manifestazioni cliniche, a meno che il ricovero avvenga per una patologia del tutto non correlata ad HIV (es. trauma).

- Lo stato di sieropositività asintomatico va descritto con il codice V08.
- Nel caso di pazienti con infezione da HIV ricoverate per gravidanza, parto o puerperio, in diagnosi principale occorre utilizzare il cod. 647.6- e in diagnosi secondaria il cod. 042 per la paziente con HIV sintomatico, o il cod. V08 per la paziente sieropositiva asintomatica.
- Per pazienti con test sierologico anormale per HIV, senza diagnosi di infezione da HIV, occorre utilizzare i seguenti codici:

V08 Stato infettivo asintomatico da HIV

(paziente con test HIV positivo, ma senza sintomi, complicazioni correlate, né storia di patologia HIV correlate)

795.71 Evidenze sierologiche non specifiche per HIV

(questo codice va assegnato solo quando il risultato di un test è definitivo come non specifico; i reperti negativi non devono essere codificati)

Spesso i neonati da madri HIV-positive sono essi stessi positivi e tale condizione, falso positivo, potrebbe persistere per circa 18 mesi

Le setticemie sostenute da microrganismi (es. virus o criptococco) per i quali non sono previsti codici specifici, devono essere rappresentate dal codice 038.8 *Altre forme di setticemia*.

- **SIRS, sepsi, sepsi severa (995.9)**

SIRS (sindrome da risposta infiammatoria sistemica): risposta sistemica dovuta a infezione, trauma/ustione o altro danno (es. neoplasia o pancreatite), caratterizzata da febbre, tachicardia, tachipnea e leucocitosi.

Sepsi: SIRS dovuta a infezione.

Sepsi severa: sepsi associata a insufficienza acuta d'organo.

Codificare prima la patologia di base, es. infezione (038.-, 112.5, etc.) o trauma, seguita dalla sottocategoria 995.9-.

La codifica della sepsi severa richiede l'uso di codici aggiuntivi per descrivere l'insufficienza acuta d'organo.

Se l'insufficienza acuta d'organo non è correlata alla sepsi, non deve essere utilizzato il cod. 995.92.

Quando SIRS, sepsi o sepsi severa sono associate a infezione localizzata, es. polmonite o cellulite, questa deve essere codificata con codici aggiuntivi.

- **Sepsi del neonato (771.81)**

Il codice 771.81, *setticemia (sepsi) del neonato*, deve essere accompagnato dal codice aggiuntivo 041.- per identificare il microrganismo. Non è richiesto il codice aggiuntivo di sepsi (995.91 o 995.92).

- **Shock settico (785.52)**

Il codice 785.52 deve essere impiegato come codice aggiuntivo in caso di sepsi severa.

Infezioni in condizioni morbose classificate altrove e di sede non specificata (041 batteriche e 079 da virus e Chlamydiae)

Sono diagnosi aggiuntive che possono essere utilizzate per indicare l'agente patogeno responsabile (es. Prostatite acuta da streptococco A: cod. 601.0 + cod. 041.01).

I codici di queste categorie possono essere assegnati come diagnosi principale solo quando la natura o il sito di infezione non sono specificati.

CAPITOLO II - TUMORI (140-239)

Regole generali per la selezione e codifica della diagnosi principale

- Quando il ricovero è **finalizzato a trattare una neoplasia maligna**, quest'ultima deve essere selezionata come diagnosi principale salvo che il ricovero sia finalizzato prevalentemente ad eseguire la radioterapia (cod. V58.0) o la chemioterapia/immunoterapia (cod. V58.1-); in tali casi la neoplasia maligna deve essere codificata come diagnosi secondaria e la diagnosi principale deve essere codificata con i codici V58.0 o V58.1-.
- Quando un paziente è ricoverato per **eseguire prevalentemente la radioterapia o la chemioterapia** e nel corso del ricovero si sviluppano delle complicazioni quali nausea e vomito non controllati o disidratazione, deve essere indicata quale diagnosi principale la radioterapia (cod. V58.0) o la chemioterapia/immunoterapia (cod. V58.1-).
- Quando il ricovero comporta la **rimozione chirurgica di una neoplasia maligna**, primitiva o secondaria, seguita da chemioterapia o radioterapia, deve essere selezionata quale diagnosi principale la neoplasia maligna.
- Quando il ricovero è finalizzato a determinare **la stadiazione della neoplasia** deve essere selezionata come diagnosi principale la neoplasia, se presente (anche se nel corso dello stesso ricovero sono eseguite la radioterapia o la chemioterapia) *oppure* il cod. V10.-- *Anamnesi personale di tumore maligno in assenza di neoplasia*.
- Qualunque **estensione per contiguità o a distanza** deve essere codificata come neoplasia maligna secondaria della sede invasa; quando la neoplasia primitiva è stata asportata nel corso di un precedente ricovero, la forma secondaria deve essere indicata come diagnosi principale; la neoplasia progressiva deve essere segnalata utilizzando il cod. V10.--.
- Quando un paziente è ricoverato a causa di **una neoplasia primitiva metastatizzata** e il trattamento è diretto soltanto alla sede

secondaria, la neoplasia secondaria deve essere selezionata come diagnosi principale anche se la forma primitiva fosse ancora presente; se invece il ricovero è finalizzato prevalentemente ad eseguire la radioterapia o la chemioterapia della forma secondaria, la diagnosi principale deve essere codificata con i codici V58.0 o V58.1-.

- Quando un paziente viene sottoposto ad **accertamenti diagnostici che non conducono alla diagnosi di tumore**, deve essere utilizzato in diagnosi principale, in assenza di segni o sintomi specificati, il cod. V71.1 *Osservazione per sospetto di tumore maligno*. Qualora il paziente fosse stato in passato portatore di tumore, occorre utilizzare in diagnosi secondaria il codice specifico di *Anamnesi personale di tumore maligno*.
- Quando un paziente **con anamnesi di tumore** viene ricoverato e sottoposto ad un intervento/procedura diagnostica, per una sospetta progressione della malattia, deve essere selezionato (in caso di esame istologico negativo), come diagnosi principale il cod V10.--.
- Il ricovero finalizzato al **trattamento per il controllo del dolore** in paziente neoplastico, deve riportare come diagnosi principale il codice 338.3 *Dolore correlato a neoplasia (acuto)(cronico)*.
- Quando un paziente viene ricoverato per **cachessia neoplastica**, dovuta a neoplasia maligna primitiva o secondaria, occorre segnalare in diagnosi principale il cod. 799.4 *Cachessia* ed in diagnosi secondaria i codici relativi al capitolo Tumori (140-239).
La presente modalità di codifica, pur in contrasto con le indicazioni del Manuale ICD-9-CM 2007, è raccomandata per omogeneità di classificazione e consumo di risorse.
- Il codice V66.7 deve essere utilizzato come diagnosi principale per **ricoveri ospedalieri dedicati alle sole cure palliative**, utilizzando la diagnosi di tumore come secondaria.

Interventi/procedure

● **Ricovero per ablazione percutanea di tumori**

Il trattamento di ablazione percutanea di tumori con radiofrequenza, microonde, crioterapia, alcolizzazione, laser, etc. è identificato con specifici codici:

- cod. 32.24 Ablazione percutanea di lesione o tessuto polmonare
- cod. 50.24 Ablazione percutanea di tessuto o lesione epatici
- cod. 55.33 Ablazione percutanea di tessuto o lesione renali

● **Ricovero per embolizzazione/chemioembolizzazione di tumore**

I trattamenti di embolizzazione sono identificati dalla seguente combinazione di codici (ad es. per neoplasia del fegato):

- cod. 99.29 Iniezione o infusione di altre sostanze
- cod. 38.91 Cateterismo arterioso

I trattamenti di chemioembolizzazione sono identificati dalla seguente combinazione di codici:

- cod. 99.25 Iniezione o infusione di sostanza chemioterapica per tumore
- cod. 38.91 Cateterismo arterioso

● **Metodica "stop flow"**

È una metodica utilizzata per l'infusione loco-regionale di chemioterapico che prevede l'incisione dell'arteria e della vena femorale e l'attivazione della circolazione extracorporea; indicare le seguenti procedure: cod. 38.08 *Incisione di arterie dell'arto inferiore* + 38.91 *Cateterismo arterioso* + 99.25 *Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore non classificate altrove* + 39.97 *Altra perfusione*.

● **Ricovero per brachiterapia o terapie radiometaboliche per neoplasie maligne**

La seguente modalità di codifica, pur in contrasto con le indicazioni del Manuale ICD-9-CM 2007, è raccomandata per omogeneità di classificazione rispetto ai ricoveri per radioterapia:

Dia. Princ. cod. V58.0 Radioterapia
 Dia. Sec. neoplasia
 maligna
 procedura, a seconda del trattamento effettuato:
 - cod. 92.27 Impianto di elementi radioattivi
 - cod. 92.28 Iniezione di radioisotopi
 (SOLO con microsfere con Ytrio-90
 per epatocarcinoma)
 - cod. 92.29 Altre procedure radioterapeutiche
 (compreso iniezione di altri
 radioisotopi)

• **Ricovero per cicli di immunoterapia**

Dia. Princ. cod. Immunoterapia antineoplastica
 V58.12
 Procedura cod. 99.28 Iniezione o infusione di agenti
 modificatori della risposta biologica
 (BRM) come agenti antineoplastici

• **Terapia fotodinamica cutanea (in attività di DH)**

Per i soli trattamenti di carcinomi basocellulari, morbo di Bowen, con lesioni di dimensione superiore a 2 cm² al viso o 6 cm² al tronco ed arti, oppure di cheratosi attiniche che raggiungano un'area complessiva di 6 cm² al viso o 18 cm² al tronco ed arti, in considerazione del costo del farmaco foto sensibilizzante utilizzato, è consentito segnalare sulla SDO:

Dia. Princ. Cod. Chemioterapia antineoplastica
 V58.11
 Dia. Sec. Cod. 232.- Carcinoma in situ della cute
 Procedura Cod. 86.28 Rimozione non asportativa di ferita,
 infezione o ustione
 Procedura Cod. 99.83 Altra fototerapia

• **Trapianto di midollo osseo e di cellule staminali**

- Il trapianto di midollo osseo o di cellule staminali è descritto dallo stesso gruppo di codici, da 41.00 a 41.09.
- Il codice 41.00 *Trapianto di midollo osseo NAS* non dovrebbe essere utilizzato in quanto poco specifico.
- Si richiamano le regole già evidenziate dal manuale ICD-9-CM per i trapianti allogenici, soprattutto la necessità di differenziare le

forme con purcing (codici 41.02 e 41.08), da quelle senza purcing (codici 41.03 e 41.05).

- L'aspirazione di midollo osseo da donatore per trapianto è codificata con il cod. 41.91 (sia per autotrapianto che per allotrapianto).
- Il prelievo di cellule staminali è codificato con il cod. 99.79 sia per autotrapianto che per allotrapianto (come pure per eventuali altri utilizzi).

In relazione ai Gruppi di trattamento, determinati con la DGR n. VII/941 del 03.08.2000, e in seguito richiamati, si ribadisce che **le relative tariffe sono in tutti i casi comprensive della fase di prelievo, sia che esso sia effettuato da donatore sia che si tratti di un prelievo autologo (da non esporre a rimborso)**. In entrambi i casi, quindi, non è previsto un rimborso specifico dei DRG corrispondenti agli episodi di ricovero relativi alla suddetta fase.

Prelievo da donatore:

Dia. Princ. cod. V59.3	Donatori di midollo osseo
Int. Princ. cod. 41.91	Aspirazione di midollo osseo da donatore per trapianto

oppure

Dia. Princ. V59.02	Donatori di sangue, cellule staminali
Int. Princ. cod. 99.79	Altre aferesi terapeutiche

Prelievo autologo:

Dia. Princ. cod. patologia	
Int. Princ. cod. 41.91	Aspirazione di midollo osseo da donatore per trapianto

oppure

Int. Princ. cod. 99.79	Altre aferesi terapeutiche
------------------------	----------------------------

Gruppi di trattamento:

Gruppo "A" Chemioterapia intensificata con supporto di cellule staminali periferiche autologhe
 cod. 41.04 Trapianto autologo di cellule staminali ematop. senza depurazione

oppure

cod. 41.07 Trapianto autologo di cellule staminali con depurazione

Gruppo "B" Trapianto di cellule staminali autologhe dopo condizionamento mieloablativo

cod. 41.01 Trapianto di midollo osseo autologo senza depurazione

oppure

cod. 41.04 Trapianto autologo di cellule staminali ematop. senza depurazione

oppure

cod. 41.07 Trapianto autologo di cellule staminali con depurazione

oppure

cod. 41.09 Trapianto autologo di midollo osseo con depurazione

Gruppo "C" Trapianto di cellule staminali allogeniche HLA identiche, da consanguineo compatibile

cod. 41.02 Trapianto di midollo osseo allogenico con depurazione

oppure

cod. 41.03 Trapianto di midollo osseo allogenico senza depurazione

oppure

cod. 41.05 Trapianto allogenico di cellule staminali ematop. senza depurazione

oppure

cod. 41.08 Trapianto allogenico di cellule staminali ematop. con depurazione

Gruppo "D" Trapianto di cellule staminali allogeniche da consanguineo non identico

Trapianto di cellule staminali allogeniche da non consanguineo

cod. 41.02 Trapianto di midollo osseo allogenico con depurazione

oppure

cod. 41.03 Trapianto di midollo osseo allogenico senza depurazione

oppure

cod. 41.05 Trapianto allogenico di cellule staminali ematop. senza depurazione

oppure

cod. 41.08 Trapianto allogenico di cellule staminali ematop. con depurazione - Trapianto di cell. stam. da cordone ombelicale

cod. 41.06 Trapianto di cellule staminali da sangue prelevato da

vasi del cordone ombelicale

• **Inserzione/rimozione di "port a cath"**

Dia. Princ.	cod.	Collocazione e sistemazione di
	V58.81	catetere vascolare
Proc. impianto	cod. 86.07	Inserzione di dispositivo di accesso vascolare totalmente impiantabile
Proc. rimozione	cod. 86.05	Incisione con rimozione dispositivo da cute o tessuto sottocutaneo

CAPITOLO III - MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI, METABOLICHE E DISTURBI IMMUNITARI (240-279)**Diabete mellito (250)**

- Il quarto carattere del codice identifica la presenza di eventuali complicazioni associate, con l'eccezione di quelle relative alla gravidanza (descritte nel capitolo 11, che devono essere codificate utilizzando i codici 648.0- *Diabete mellito complicante la gravidanza parto o puerperio*, o 648.8- *Alterata tolleranza al glucosio complicante gravidanza parto o puerperio*):
 - per diabete senza menzione di complicanze deve essere utilizzato il cod. 250.0
 - complicazioni metaboliche acute
 - cod. 250.1- Diabete con chetoacidosi
 - cod. 250.2- Diabete con iperosmolarità
 - cod. 250.3- Diabete con altri tipi di coma
 - complicazioni croniche o a lungo termine
 - cod. 250.4- Diabete con complicanze renali
 - cod. 250.5- Diabete con complicanze oculari
 - cod. 250.6- Diabete con complicanze neurologiche
 - cod. 250.7- Diabete con complicanze circolatorie periferiche
 - cod. 250.8- Diabete con altre complicanze specificate
 - per diabete con complicazioni non specificate deve essere utilizzato il cod. 250.9-
- Il quinto carattere del codice identifica il tipo di diabete e se è controllato o scompensato:
 - 0 tipo II o non specificato, non definito se scompensato
 - 1 tipo I (diabete giovanile), non definito se scompensato
 - 2 tipo II o non specificato, scompensato
 - 3 tipo I (diabete giovanile), scompensato

Il diabete è definito scompensato solo se il medico lo ha diagnosticato e riportato esplicitamente come tale nella documentazione clinica.

- Nel caso di diabete con complicazioni a lungo termine o croniche devono essere indicati, oltre al codice specifico del diabete complicato, anche i codici relativi a ciascuna manifestazione. Nei ricoveri chirurgici, in tutti i casi di complicanze a lungo termine o croniche (vascolari, neurologiche o miste) deve essere indicato il codice di diagnosi principale 250.70 *Diabete tipo II o non specif.*,

non definito se scomp., con compl. circolat. periferiche, unitamente ad un codice aggiuntivo (es. ulcera, gangrena ecc.) per identificare la complicazione presente, così come previsto dall'ICD-9-CM.

Nei casi complicati esclusivamente da deformità ossee, che necessitino quindi di un rimodellamento, sarà invece selezionato in diagnosi principale il codice 250.80 *Diabete tipo II o non specificato, non definito se scompensato, con altre complicazioni specificate*, insieme alla diagnosi secondaria relativa alle deformità (cod. 731.8 *Altre complicazioni ossee in malattie classificate altrove*) e al codice di procedura del rimodellamento osseo (es. 77.68 *Asportazione locale di lesione o tessuto di tarso e metatarso*). Si riporta di seguito una Tabella riassuntiva, precisando che la seguente modalità di codifica, pur parzialmente in contrasto con le indicazioni del Manuale ICD-9-CM 2007, è raccomandata per omogeneità di classificazione e consumo di risorse:

Diagnosi principale	Diagnosi secondaria	Procedura
250.70 <i>Diabete tipo II o non specif., non definito se scomp., con compl. circolat. periferiche</i>	443.81 <i>Angiopatia diabetica periferica</i> e/o 707.10 <i>Ulcera degli arti inferiori, parte non specificata</i>	*86.22 <i>Rimozione asportativa di ferita, infez. o ustione</i>
250.70 <i>Diabete tipo II o non specif., non definito se scomp., con compl. circolat. periferiche</i>	443.81 <i>Angiopatia diabetica periferica</i> e/o 707.10 <i>Ulcera degli arti inferiori, parte non specificata</i>	84.11 <i>Amputazione di dita del piede</i>

DG Sanità
UO Governo dei Servizi Sanitari Territoriali e Politiche di Appropriatelyzza e Controllo

250.70 <i>Diabete tipo II o non specif., non definito se scomp., con compl. circolat. periferiche</i>	443.81 <i>Angiopatia diabetica periferica</i> e/o 707.10 <i>Ulcera degli arti inferiori, parte non specificata</i>	84.12 <i>Amputazione a livello del piede</i>
250.70 <i>Diabete tipo II o non specif., non definito se scomp., con compl. circolat. periferiche</i>	443.81 <i>Angiopatia diabetica periferica</i> e/o 707.10 <i>Ulcera degli arti inferiori, parte non specificata</i>	39.50 <i>Angioplastica transluminale percutanea (PTA) di vaso non coronarico</i>
250.80 <i>Diabete tipo II o non specif., non definito se scomp., con altre compl. specificate</i>	713.8 <i>Altre complicazioni ossee in malattie classificate altrove</i>	77.68 <i>Asportazione locale di lesione o tessuto di tarso e metatarso</i>

* l'attribuzione del codice 86.22 Rimozione asportativa di ferita, infezione o ustione, identifica una procedura chirurgica complessa che deve essere eseguita in Sala Operatoria. Le procedure medicate e di toelette chirurgica che invece vengono eseguiti al letto del paziente, devono essere codificate con il codice 86.28 *Rimozione non asportativa di ferita, infezione o ustione.*

Il diabete mellito complicante la gravidanza, parto e puerperio, è identificato dal cod. 648.0- seguito da un codice della Categoria 250, ad identificare il tipo di diabete riscontrato.

Il diabete gestionale (in quanto non vero diabete mellito, che regredisce nel periodo post-partum) è identificato dal cod. 648.8-.

I neonati di madri diabetiche spesso sono affetti da ipoglicemia transitoria (cod. 775.0) o da iperglicemia transitoria (cod. 775.1); tuttavia questi codici possono essere utilizzati solo quando le alterazioni del neonato sono determinate dalla patologia materna.

Diabete latente		cod. 790.2
Diabete indotto da somministrazione di steroidi		cod. 251.8
	seguito da	cod. 909.5
Coma diabetico da incidente terapeutico da insulina		cod. 962.3
	seguito da	cod. 259.3-

In caso di paziente diabetico affetto da cataratta, è necessario distinguere la codifica della cataratta diabetica (cod. 366.41), rispetto a quella della cataratta senile in paziente diabetico (cod. 366.1-). In quest'ultimo caso, l'individuazione della corretta sequenza dei codici di diagnosi segue le regole generali: la diagnosi principale può essere costituita sia dal diabete mellito (250.0-) sia dalla cataratta senile (366.1-). Ad esempio, nel caso di ricovero di paziente diabetico per asportazione della cataratta senile, la corretta sequenza di codici di diagnosi è la seguente: 366.1- + 250.0-.

Malfunzionamento di pompa di insulina

In caso di sottodosaggio o sovradosaggio di insulina per malfunzionamento della pompa, riportare in diagnosi principale il codice 996.57 *Complicazioni meccaniche dovute alla pompa di insulina*, seguito dai codici che descrivono il quadro clinico.

Trattamento chirurgico dell'obesità

Può essere descritto con codici diversi a seconda del tipo di intervento. Si riportano di seguito le indicazioni per la descrizione di tali casi (sempre di obesità grave con cod. 278.01 in diagnosi principale), precisando che la scelta di alcuni codici di procedura apparentemente inadeguati e/o insufficientemente descrittivi, nasce dall'assenza in ICD-9-CM di codici specifici per alcune tecniche attualmente in uso, eseguite tutte per via laparoscopica:

- Intervento di **diversione biliopancreatica (BPD)**
 cod. 43.7 Gastrectomia parziale con anastomosi del digiuno
 cod. 45.91 Anastomosi intestinale tenue-tenue
 cod. 51.23 Colectomia laparoscopica
- Intervento di **gastroplastica verticale**
 cod. 44.68 Gastroplastica laparoscopica
 codificare anche eventuale sincrona
 cod. 44.38 Gastroenterostomia laparoscopica
- Intervento di **bypass gastrico**
 cod. 44.38 Gastroenterostomia laparoscopica
- Interventi di **banding gastrico** (reversibile)
 cod. 44.95 Procedura laparoscopica di restrizione gastrica
- Inserzione **endoscopica di pallone bariatrico intragastrico**
 cod. 44.93 Inserzione di bolla gastrica (palloncino)

Rimozione di adiposità localizzate (addome pendulo con adiposità) non altrimenti correggibili:

Dia.	cod.	Adiposità localizzata
Princ.	278.1	
Int. Princ.	cod.	Intervento di plastica per la riduzione di
	86.83	ampiezza

In questo caso la relativa documentazione clinica deve necessariamente riportare tutti gli elementi (clinici ed anatomopatologici) utili alla corretta individuazione della suddetta condizione e alla sua differenziazione dall'addome pendulo da lassità cutanea (da cui si distingue in termini nosologici e di impegno assistenziale richiesto).

Trattamento degli esiti della chirurgia bariatrica

Gli interventi di chirurgia plastica di rimodellamento successivi a chirurgia bariatrica, prevedono l'utilizzo in diagnosi principale del

codice V51 *Trattamento dopo intervento che richiede l'impiego di chirurgia plastica.*

Ad es., nel caso del trattamento dell'addome pendulo da lassità cutanea in esiti di chirurgia bariatrica o di importanti dimagrimenti, andrà utilizzata la seguente codifica:

Dia. Princ.	cod. V51	Trattamento dopo intervento che richiede l'impiego di chirurgia plastica
Int. Princ.	cod. 86.83	Intervento di plastica per la riduzione di ampiezza

Endocardite di Libman-Sacks

Solo nel caso in cui un paziente con endocardite di Libman-Sacks venga sottoposto a sostituzione valvolare, è necessario indicare (eccezione alla regola di codifica multipla della ICD-9-CM) come:

Dia. Princ.	cod. 424.91	Endocardite
Dia. Sec.	cod. 710.0	Malattia di Libman-Sacks
Int./Proc.	cod. 35.22	Altra sostituzione di valvola aortica con protesi
Int./Proc.	cod. 39.61	Circolazione extracorporea

Malattia di Sjögren (710.2)

L'episodio di ricovero per indagini su tale patologia, quando associata a disturbi delle ghiandole salivari, deve essere così descritto:

Dia. Princ.	cod. 527.7	Disturbi della secrezione salivare
Dia. Sec.	cod. 710.2	Malattia di Sjögren
Int./Proc.	cod. 26.11	se con ago-biopsia
	cod. 26.12	se con biopsia a cielo aperto

Encefalomiopatie mitocondriali

A seguito della valutazione dell'impatto delle indicazioni di codifica della malattia mitocondriale fornite con la DGR n. VII/2418/2000, in caso di esecuzione di specifiche procedure diagnostiche, come ad es. la biopsia muscolare, si modificano le suddette indicazioni (eccezione alla regola di codifica multipla della ICD-9-CM) come di seguito riportato:

Dia. Princ.	cod. 331.7	Degenerazione cerebrale in malattie
-------------	------------	-------------------------------------

DG Sanità

UO Governo dei Servizi Sanitari Territoriali e Politiche di Appropriatelyzza e Controllo

		classificate altrove
Dia. Sec.	cod. 277.8-	Altri disordini specificati del metabolismo
Int./Proc.	cod. 83.21	Biopsia dei tessuti molli

CAPITOLO V – DISTURBI MENTALI (290-319)

Demenze

- La demenza dovuta a malattia di Alzheimer si codifica, secondo le indicazioni riportate nel manuale, ponendo come principale la malattia di base (cod. 331.0) e come diagnosi secondaria la demenza (cod. 294.1).
- La demenza da infarti multipli (multinfartuale) si codifica, secondo le indicazioni del manuale, ponendo come diagnosi principale la demenza stessa (cod. 290.4) e utilizzando come codice aggiuntivo quello delle *Altre e mal definite vasculopatie cerebrali* (cod. 437.-).

CAPITOLO VI – MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO E DEGLI ORGANI DEI SENSI (320-389)

Disturbi del sonno (327)

Nella versione 2007 dell'ICD-9-CM, è stata introdotta la nuova categoria 327 *Disturbi organici del sonno*. I codici della sottocategoria 780.5- devono essere utilizzati solo per descrivere i disturbi del sonno di natura non organica (segno/sintomo).

La **Sindrome dell'apnea notturna** è descritta dal codice 327.23 *Apnea ostruttiva nel sonno (dell'adulto) (pediatrica)*.

Dolore (338)

I codici di questa categoria possono essere utilizzati come diagnosi principale quando il trattamento del dolore sia il motivo principale/esclusivo del ricovero o nel caso in cui non sia stata individuata una diagnosi relativa alla patologia di base.

Ad es., in caso di **inserzione di pompa per terapia antalgica**:

Dia. Princ.	cod. 338.--	Dolore non classificato altrove
Procedura	cod. 86.06	Inserzione di pompa di infusione totalmente impiantabile

In caso di **neurostimolazione radicolare e gangliare con radiofrequenza pulsata (PFR)**:

Dia. Princ.	cod. 338.--	Dolore non classificato altrove
Procedura	cod. 04.99	Altri interventi su nervi cranici e periferici

Impianto/sostituzione/rimozione di Neurostimolatore

Nei ricoveri per impianto di neurostimolatore occorre riportare in diagnosi principale la patologia specifica; nei ricoveri per sostituzione o rimozione del dispositivo, utilizzare come diagnosi principale il cod. V53.02 (collocazione e sistemazione di neuropacemaker).

Impianto/rimozione di Neurostimolatore Spinale a scopo antalgico

In caso di dolore da ischemia cardiaca o angina pectoris, *oppure* di sintomatologia algica da ischemia periferica in pazienti non più responsivi a trattamenti farmacologici o non rivascolarizzabili con metodiche endoluminali o chirurgiche *oppure* di dolore cronico lombare o di tipo neuropatico, codificare sempre:

Fase Test

Dia. Princ.	cod. 338.--	Dolore non classificato altrove
Int./Proc.	cod. 03.93	Impianto o sostituzione di elettrodo/i del neuro stimolatore spinale

Impianto definitivo del solo generatore

Dia. Princ.	cod. V53.02	Collocazione e sistemazione di Neuropacemaker (cervello) (sist.nervoso periferico) (midollo spinale)
Int./Proc.	cod. 86.94-86.98	Inserzione o sostituzione del generatore di impulsi del neurostimolatore

La rendicontazione delle due fasi suddette ricomprende anche l'eventuale rimozione del neurostimolatore spinale (generatore e/o elettrodo),

Dia. Princ.	cod. V53.02	Collocazione e sistemazione di Neuropacemaker (cervello) (sist. nervoso periferico) (midollo spinale)
Int./Proc.	cod. 03.94	Rimozione di elettrodo/i del Neurostimolatore spinale
Int./Proc.	cod. 86.05	Incisione con rimozione di dispositivo dalla cute e tessuto sottocutaneo

di conseguenza la SDO riferita a tale ricovero dovrà essere contrassegnata come "non finanziabile".

Impianto di Neurostimolatore Intracranico

Dia. Princ.	cod. 332.-	Morbo di Parkinson
Int./Proc.	cod. 02.93	Impianto o sostituzione di elettrodo/i del neurostimolatore intracranico
e/o	cod. 86.94-86.98	Inserzione o sostituzione del generatore di impulsi del neurostimolatore

Impianto di Neurostimolatore Urologico/Vescicale

Dia. Princ.	cod. 788.2-	Ritenzione urinaria
<i>oppure</i>	cod. 788.3-	Incontinenza urinaria
<i>oppure</i>	cod. 788.4-	Pollachiuria e poliuria
Int./Proc.	cod. 03.93	Impianto o sostituzione di elettrodo/i del neuro stimolatore spinale
e/o	cod. 86.94-	Inserzione o sostituzione del

86.98 generatore di impulsi del neurostimolatore

Epilessie (345)

I codici .4, .5 e .7 riguardano l'epilessia parziale; i codici .0 e .1 l'epilessia generalizzata; i codici .2 e .3 lo stato di male; il codice .6 gli spasmi infantili; i codici .8 e .9 identificano rispettivamente altre forme di epilessia e l'epilessia non specificata.

Per i codici 345.0, 345.1, 345.4-345.9 il quinto carattere identifica la resistenza alla terapia:

0 - senza menzione di epilessia non trattabile;

1 - con epilessia non trattabile.

Si utilizza il codice 780.39 per classificare l'episodio convulsivo isolato, al di fuori della malattia epilettrica.

Impianto di Neurostimolatore Vagale

Dia. Princ.	cod. 345.--	Epilessia e crisi ricorrenti
Int./Proc.	cod. 04.92	Impianto o sostituzione di elettrodo/i del neurostimolatore di nervi periferici
e/o	cod. 86.94-86.98	Inserzione o sostituzione del generatore di impulsi del neurostimolatore

Interventi/procedure

- **Angioplastica percutanea ed inserzione di stent sui vasi cerebrali e precerebrali**

I codici da 00.61 a 00.65 identificano le procedure di angioplastica o aterectomia o inserzione di stent sui vasi cerebrali e precerebrali. Occorre sempre specificare anche il numero e il tipo di vasi trattati (codici 00.40 – 00.44) e il numero di stent inseriti (codici 00.45 – 00.48).

- **Trattamento di Malformazione ArteroVenosa (MAV) spinale congenita**

I ricoveri per trattamento di MAV spinale **con embolizzazione** devono essere identificati con:

Dia. Princ.	cod. 747.82	Anomalie dei vasi spinali
Int./Proc.	cod. 39.79	Altra riparazione endovascolare di altri vasi

I ricoveri per trattamento di MAV spinale **per asportazione** sono individuati dal codice di intervento 38.60 *Asportazione MAV vasi spinali*.

I ricoveri per trattamento di Malformazioni vascolari venose e/o linfatiche **con scleroembolizzazione** devono essere così descritti:

Dia. Princ.	cod. 747.6.-	Altre anomalie del sist. vasc. periferico
Int./Proc.	cod. 39.92	Iniezione i.v. di sostanze sclerosanti

- **Trattamento chirurgico per iberidrosi**

Dia. Princ.	cod. 337.0	Neuropatia periferica del S.N.A.
Dia. Sec.	cod. 780.8	Iperidrosi
<i>oppure</i>	cod. 750.2.-	Iperidrosi focale
Int./Proc.	cod. 05.2.-	Simpatectomia

- **Interventi oculistici di innesto di limbus e di innesto di membrana amniotica**

I codici di procedura raccomandati per descrivere il trapianto (innesto) di limbus autologo o da donatore sono: 11.61 per l'autotrapianto e 11.62 per il trapianto da altro donatore.

In presenza di un innesto di membrana amniotica a scopo trofico e ricostruttivo della superficie corneale il codice di procedura raccomandato è 11.62.

CAPITOLO VII - MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO (390-459)

Le malattie relative al sistema circolatorio sono descritte nel capitolo VII (categorie 390-459) ad eccezione di quelle riferite a condizioni ostetriche, descritte nel capitolo XI, e a patologie congenite, descritte nel capitolo XIV.

Il capitolo VII comprende situazioni complesse, spesso intercorrelate. Pertanto, ai fini della corretta codifica è di particolare importanza porre attenzione a tutte le note presenti nell'indice alfabetico e nell'elenco sistematico.

Ipertensione arteriosa

- è opportuno consultare nell'indice alfabetico delle diagnosi la tabella che indica, per ciascuna condizione clinica legata all'ipertensione arteriosa, i tre codici relativi alla forma maligna, benigna o non specificata;
- ove l'ipertensione sia secondaria, generalmente viene indicato per primo il codice della malattia di base che causa l'ipertensione;
- dove l'ipertensione sia associata ad altre patologie, devono essere indicati sia il codice della patologia, sia quello relativo all'ipertensione; la sequenza dei codici segue le regole generali per la selezione della diagnosi principale e delle diagnosi secondarie;
- l'ipertensione che complica gravidanza, parto e puerperio deve essere codificata utilizzando un codice della categoria 642 (capitolo XI).

Cardiopatía ipertensiva (402)

Comprende con codici combinati sia condizioni in cui l'ipertensione è causa diretta della cardiopatía, sia condizioni in cui essa vi è implicata. Se la diagnosi clinica menziona sia l'ipertensione sia la malattia cardiaca ma non indica una relazione causale tra loro, si devono assegnare codici separati. Ad esempio:

- malattia cardiaca congestizia dovuta a ipertensione: cod. 402.91;
- malattia cardiaca ipertensiva con insufficienza cardiaca congestizia: cod. 402.91;
- malattia cardiaca congestizia con ipertensione: cod. 428.0 + 401.9.

Nefropatia ipertensiva cronica (403)

Descrive le situazioni cliniche in cui sono presenti sia ipertensione che nefropatia cronica (condizioni classificabili alle categorie 585-587).

L'ICD-9-CM presuppone una relazione causa/effetto tra loro e classifica la malattia renale cronica con ipertensione come nefropatia ipertensiva cronica.

Il quinto carattere della categoria raggruppa in due classi gli stadi della malattia renale:

- 0 - stadi I-IV o stadio non specificato;
- 1 - stadio V o terminale.

Come diagnosi secondaria deve essere codificata la malattia renale cronica (cod. 585.-) per identificare lo stadio della malattia.

Cardionefropatia ipertensiva cronica (404)

Comprende le condizioni in cui sono presenti sia la malattia cardiaca ipertensiva, sia la nefropatia ipertensiva cronica.

Il quinto carattere della categoria identifica:

- 0 - senza insufficienza cardiaca e con nefropatia cronica in stadio I-IV o stadio non specificato;
- 1 - con insufficienza cardiaca e con nefropatia cronica in stadio I-IV o stadio non specificato;
- 2 - senza insufficienza cardiaca e con nefropatia cronica in stadio V o terminale;
- 3 - con insufficienza cardiaca e con nefropatia cronica in stadio V o terminale.

Nelle diagnosi secondarie codificare il tipo di insufficienza cardiaca (cod. 428.-), ove presente, e la malattia renale cronica (cod. 585.-) per identificarne lo stadio.

Malattie ischemiche del cuore (410-414)

Il capitolo delle Malattie ischemiche del cuore comprende le categorie 410 (infarto miocardico acuto), 411 (altre forme acute e subacute di cardiopatia ischemica), 412 (infarto miocardico pregresso), 413 (angina pectoris), 414 (altre forme di cardiopatia ischemica cronica).

- **Infarto miocardico acuto, IMA (410)**

Le sottocategorie da 410.0 a 410.6 e 410.8 identificano i casi di IMA con sovraslivellamento del tratto ST (STEMI). La sottocategoria 410.7, infarto subendocardico, identifica i casi di IMA con sottoslivellamento del tratto ST (NSTEMI) e di infarto non transmurale.

Se un NSTEMI evolve in STEMI, codificare come STEMI; nel caso in cui uno STEMI evolva in NSTEMI, a seguito di terapia trombolitica, codificare come STEMI.

La nota riportata nell'elenco sistematico del manuale precisa il carattere numerico che deve essere utilizzato come quinta cifra per identificare se si tratta di episodio iniziale di assistenza (1) o successivo per lo stesso infarto (2), ovvero di episodio di assistenza non specificato (0).

Nella definizione di episodio iniziale di assistenza (quinto carattere 1) sono compresi anche i ricoveri di pazienti trasferiti verso altro istituto per acuti come pure i ricoveri di pazienti provenienti da altro istituto per acuti; sono invece esclusi i casi in cui vi sia stata interruzione dell'assistenza per acuti (ad esempio, per dimissione ordinaria al domicilio o per trasferimento in istituti non per acuti); in tali casi, si utilizza, invece, il quinto carattere 2.

La quinta cifra 0 (episodio di cura non specificato) non dovrebbe essere mai utilizzata in quanto la documentazione clinica deve sempre contenere le informazioni necessarie per la descrizione precisa del caso.

Ove il successivo ricovero avvenga oltre le otto settimane dall'infarto non deve essere utilizzata la categoria 410._ ma il codice 414.8 *Altre forme specificate di cardiopatia ischemica cronica*.

Se nel corso del ricovero l'infarto evolve verso complicanze quali aritmie, fibrillazione, shock, è opportuno che queste ultime siano codificate tra le diagnosi secondarie con codici aggiuntivi.

Se nel corso del ricovero per infarto si verifica un secondo infarto in una sede differente, entrambe le diagnosi devono essere codificate, ciascuna secondo la propria sede, utilizzando come quinto carattere .1.

- **Infarto miocardico pregresso asintomatico (412)**

Il codice 412 non deve essere utilizzato in caso di malattia ischemica attuale (nel qual caso si utilizza il codice 414.8). Il codice 412 deve essere assegnato esclusivamente come diagnosi secondaria nei casi in cui siano assenti sintomi e l'indicazione del pregresso infarto sia in qualche modo significativa per il ricovero attuale.

Malattie cerebrovascolari

Le malattie cerebrovascolari acute sono codificate con le categorie comprese tra 430 e 437; i postumi delle stesse malattie sono codificate con la categoria 438.--.

Ciascun componente di una diagnosi relativa ad una malattia cerebrovascolare deve essere codificato singolarmente (codifica multipla) a meno che l'indice alfabetico o l'elenco sistematico non indichino diversamente:

ad esempio, nel caso di arteriosclerosi cerebrovascolare con emorragia subaracnoidea dovuta a rottura di un aneurisma saccolare, occorre indicare cod. 430 + cod. 437.0.

Per le categorie 433 e 434 è previsto l'utilizzo di un quinto carattere che indica la presenza di infarto cerebrale:

0 - senza menzione di infarto cerebrale;

1 - con infarto cerebrale.

La presenza di infarto cerebrale deve essere documentata in cartella e non riportata in via presuntiva (vale comunque il criterio clinico).

Il codice 436 *Vasculopatie cerebrali acute mal definite*, deve essere utilizzato come diagnosi principale solo nei casi in cui non vi siano ulteriori e più specifiche informazioni.

- **Ictus cerebrale ischemico**

I codici da utilizzare sono i seguenti: 434.01, 434.11 e 434.91, ponendo attenzione all'appropriato utilizzo del codice 434.91 che va riservato ai casi in cui il medico non abbia specificato la natura trombotica o embolica dell'ictus ischemico.

- **Ischemia cerebrale transitoria**

Per codificare correttamente tale diagnosi, si deve utilizzare la categoria 435 evitando l'improprio utilizzo di codici relativi ad altre condizioni cliniche (ad esempio: amnesia globale transitoria, cod. 437.7).

- **Altre e maldefinite vasculopatie cerebrali**

I codici di questa categoria possono essere utilizzati per individuare, tra l'altro, alcune condizioni cliniche relativamente frequenti quali la "Encefalopatia multi-infartuale" (cod. 437.1) o lo "Stato lacunare" (cod. 437.8).

Interventi/procedure

- **Angioplastica percutanea e inserzione di stent**

- **Vasi coronarici**

L'angioplastica coronarica si codifica con il codice 00.66 seguito da un codice aggiuntivo che indica il numero e il tipo di vasi trattati (codici 00.40 - 00.44). L'eventuale inserzione di stent è descritta da più codici aggiuntivi: uno per specificare il tipo di stent utilizzato (medicato cod. 36.07, non medicato cod. 36.06), l'altro il numero di stent inseriti (codici 00.45 - 00.48).

- **Vasi cerebrali o precerebrali**

I codici da 00.61 a 00.65 identificano le procedure di angioplastica o aterectomia o inserzione di stent. Occorre sempre specificare anche il numero e il tipo di vasi trattati (codici 00.40 - 00.44) e il numero di stent inseriti (codici 00.45 - 00.48).

- **Altri vasi**

L'angioplastica di altri vasi si codifica con il codice 39.50 seguito da un codice aggiuntivo che indica il numero e il tipo di vasi trattati (codici 00.40 - 00.44). L'eventuale inserzione di stent è descritta da più codici aggiuntivi: uno per specificare il tipo di stent utilizzato (medicato cod. 00.55, non medicato cod. 39.90), l'altro il numero di stent inseriti (codici 00.45 - 00.48).

- **Riparazione endovascolare di vasi**

La categoria 39.7 prevede voci specifiche per procedure endovascolari sui vasi del capo e del collo (codici 39.72 e 39.74), sull'aorta addominale e toracica (codici 39.71 e 39.73) e su altri vasi (cod. 39.79).

- **Embolizzazione di emangioma arterioso**

I ricoveri per trattamento di emangiomi dei vasi arteriosi con embolizzazione sono identificati da:

Dia. Princ.	cod.	Emangioma di altre sedi
	228.09	

Int./Proc.	cod. 39.79	Altra riparazione endovascolare di altri vasi
------------	------------	-----------------------------------------------

- **Chiusura percutanea dell'auricola sinistra**

Dia. Princ.	cod.	Fibrillazione atriale
	427.31	

Int./Proc. cod. 37.90 Inserzione dispositivo in appendice atriale sx

- **Complicazioni post-chirurgiche**

- **Deiscenza della ferita sternale con risutura:**

Dia. Princ. cod. 998.31 Rottura ferita chirurgica interna

Int./Proc. cod. 78.51 Fissazione interna di sterno

oppure cod. 77.61 Asportazione locale di lesione o tessuto dello sterno

e cod. 83.82 Innesto di muscoli o fasce

- **Infezione di sternotomia con toilette chirurgica:**

Dia. Princ. cod. 998.59 Altra infezione postoperatoria

Int./Proc. cod. 77.61 Asportazione locale di lesione (per il trattamento di ferita sternale)

e cod. 83.82 Innesto di muscoli o fasce (per i lembi muscolari e per l'avanzamento dei tessuti molli)

- **Persistenza di fistola postoperatoria del mediastino:**

Dia. Princ. cod. 998.31 Rottura ferita chirurgica interna

Int./Proc. cod. 34.73 Chiusura di fistola del torace

- **Rimozione del filtro cavale**

Dia. Princ. cod. V53.99 Collocazione/sistemazione di altro dispositivo

Int./Proc. cod. 97.89 Rimozione di altro dispositivo terapeutico

- **Crossing associato a stripping di vene varicose dell'arto inferiore**

Indicare entrambi i seguenti codici intervento:

38.59 Legatura e stripping di vene varicose dell'arto inferiore

38.69 Altra asportazione di vene dell'arto inferiore (nel caso venga eseguita anche l'asportazione di vene adiacenti)

- **Legatura endoscopica di vene perforanti incontinenti in sede sottofasciale (SEPS)**

Indicare i seguenti codici intervento:

- 38.59 Legatura e stripping di vene varicose dell'arto inferiore
- 83.09 Altra incisione di tessuti molli

CAPITOLO VIII - MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO (460-519)

Broncopneumopatia cronico-ostruttiva (BPCO)

È codificata con i codici 491.2- *Bronchite cronico-ostruttiva* e 492.- *Enfisema*. La compresenza di bronchite cronica ed enfisema deve essere codificata con 491.2-; la compresenza di asma e BPCO con 493.2-.

La bronchite acuta in BPCO deve essere codificata con 491.22.

La presenza di insufficienza respiratoria acuta (518.81) o cronica (518.83) deve essere codificata, quando rigorosamente definita e documentata.

Insufficienza respiratoria e polmonare (518)

L'insufficienza respiratoria deve essere codificata con il codice 518.8_ che comprende le forme acuta, acuta e cronica (acuta su cronica) e cronica.

Il codice 518.82 va riservato a particolari forme di insufficienza polmonare, quali ad esempio il distress respiratorio nei soggetti adulti, qualora esse non siano dovute a cause classificate altrove.

Quando la causa della insufficienza polmonare è costituita da shock, traumi o interventi chirurgici, è assegnato il codice 518.5.

Facendo propri i criteri elaborati dal gruppo AIPO-SIMeR, si forniscono le seguenti indicazioni.

Codificare la condizione di insufficienza respiratoria in diagnosi principale con il codice 518.81 secondo i seguenti criteri:

- sulla base delle alterazioni documentate mediante i parametri emogasanalitici arteriosi (PaO₂, PaCO₂, pH e bicarbonato);
- devono essere indicati in cartella clinica e codificati gli interventi terapeutici effettuati, con particolare attenzione all'utilizzo dei codici che segnalano le terapie ventilatorie/ossigenoterapia;
- in diagnosi secondaria dovranno essere indicate le patologie che hanno determinato l'insufficienza respiratoria e/o le patologie concomitanti.

Se non sono presenti le condizioni sopracitate, il codice 518.81 va posto in diagnosi secondaria.

I valori emogasanalitici arteriosi soglia caratterizzanti la condizione di insufficienza respiratoria, in respiro spontaneo in aria ambiente, che giustificano l'utilizzo del codice 518.81 in diagnosi principale sono:

Ipossiemia arteriosa: PaO₂<60 mmHg (8kPa x 7,5) in associazione con almeno uno dei seguenti parametri indicati:

- **Ipercapnia arteriosa: PaCO₂>45 mmHg (6kPa x 7,5);**
- **Acidosi Respiratoria: pH<=7.35 (che equivale ad una [H⁺]>=45 nmol/l) o normale;**
- **Bicarbonato: HCO₃⁻ normali o elevati (> di 26 mEq).**

L'ipossiemia pura isolata non è condizione sufficiente a giustificare l'utilizzo del codice 518.81 in diagnosi principale, a meno che non si protragga per almeno 48 ore e sia documentata attraverso i criteri per l'appropriato utilizzo del codice 93.96 *Ossigenoterapia*.

Nel caso di insufficienza respiratoria ipercapnica con pH<=7.35, cioè acidosi respiratoria scompensata, è raccomandato il monitoraggio strumentale continuo del paziente (SaO₂, FC, tracciato ECG, eventuale PA non invasiva) e può rendersi necessario l'inizio di un trattamento ventilatorio meccanico.

Criteri per l'appropriato utilizzo dei codici di riferimento per la terapia ventilatoria

Codici ICD-9-CM	TERAPIA RESPIRATORIA	INDICAZIONI
Gruppo dei codici 93.9.	Non invasiva	Indicazioni
93.90	Respirazione a pressione positiva continua (CPAP)	PaO ₂ <60 mmHg, PaCO ₂ /FiO ₂ <200 (edema polmonare, polmoniti gravi, etc.) disturbi respiratori associati a patologie del sonno, anche in fase diagnostica
93.90	Respirazione a pressione positiva a due livelli (BiLevel)	PaCO ₂ >45 mmHg pH<=7,35
93.91	Respirazione a pressione	PaCO ₂ >45 mmHg

DG Sanità
 UO Governo dei Servizi Sanitari Territoriali e Politiche di Appropriatelyzza e Controllo

	positiva intermittente	pH<=7,35
93.96	Altro tipo di arricchimento di ossigeno (ossigenoterapia)	Ipossiemia isolata (PaO ₂ <60 mmHg) che necessita di ossigenoterapia continua per almeno 48 ore con controllo emogasanalitico (PaO ₂ , PaCO ₂ e pH) giornaliero e monitoraggio continuo con SaO ₂ per almeno 48 ore
93.99	Altre procedure respiratorie (polmone d'acciaio)	PaCO ₂ >45 mmHg pH<=7,35
Gruppo dei codici 96.7-	Invasiva	Indicazioni
96.70	Altra ventilazione meccanica continua	Non utilizzare il codice 96.70 in quanto non specifica la durata
96.71	Per meno di 96 ore consecutive	PaO ₂ <40 mmHg e/o PaO ₂ /FiO ₂ <200 pH<= 7,35 e PaCO ₂ >60 mmHg Fallimento o controindicazioni alla ventilazione non invasiva
96.72	Per 96 ore consecutive o più	PaO ₂ <40 mmHg e/o PaO ₂ /FiO ₂ <200 pH<= 7,35 e PaCO ₂ >60 mmHg Fallimento o controindicazioni alla ventilazione non invasiva

Interventi/procedure

- **L'ecoendoscopia di bronchi/polmoni**, in corso di fibrobroncoscopia [EBUS] è identificata dal cod. 33.22.
- Le procedure, per via endoscopica, di inserzione, sostituzione o rimozione di dispositivo terapeutico o sostanze nei bronchi o nei polmoni sono individuate dal quarto carattere del codice 33.7.
- L'inserzione di stent tracheale è identificata dal cod. 96.05.
- **L'ablazione per via percutanea** di lesione o tessuto del polmone è identificata dal cod. 32.24.
- Quando il ricovero è finalizzato al trattamento di **embolizzazione endovascolare delle arterie bronchiali** occorre riportare:

Dia. Princ. cod.	459.0	Emorragia, non specificata (rottura di vasi sanguigni SAI, emorragia spontanea NIA)
Int./Proc. cod.	39.79	Altra riparazione endovascolare di altri vasi
- **La resezione meccanica laser assistita, in broncoscopia rigida, per stenosi tracheo-bronchiale di varia eziologia (neoplasica e non)** ed effettuata alle seguenti condizioni operative:
 1. l'attrezzatura necessaria deve comprendere set completo di broncoscopia rigida (vari diametri), ottiche con pinze coassiali, sondini per aspirazione rigidi, set di posizionamento protesi siliconiche e broncofibroscopi;
 2. assortimento di protesi siliconiche e metalliche delle diverse misure necessarie
 3. apparecchiatura LASER a diodi o ND-YAG, doppio aspiratore;
 4. la metodica deve essere praticata esclusivamente in anestesia generale sotto controllo continuo di un anestesista esperto nella metodica, con l'assistenza di personale infermieristico addestrato;
 5. la metodica si pratica in una sala endoscopica attrezzata o in una sala operatoria con monitoraggio continuo di saturazione ossiemoglobinica, traccia ECG e, possibilmente della pressione arteriosa con sonda intraarteriosa;

6. devono essere utilizzate o comunque disponibili apparecchiature per la ventilazione come Poncho per ventilazione a pressione negativa, Jet Ventilation, ventilatore meccanico da sala operatoria; devono inoltre essere a disposizione tubo corrugato, ambu, ossigeno per ventilazione manuale;
7. deve essere a disposizione carrello con tutto il necessario per la gestione delle urgenze oltre al defibrillatore;
8. la broncoscopia rigida operativa può essere effettuata solo in presidi ospedalieri che siano dotati di Sala di Rianimazione e di UO Chirurgiche in grado di gestire le eventuali complicanze (sanguinamenti, pneumotoraci, insufficienza respiratoria, compromissioni cardiovascolari, etc.);
9. ogni operatore che esegue broncoscopie operative deve effettuare almeno 10 procedure all'anno nel suo Centro;

deve essere segnalata come segue:

nel caso di interventi sui bronchi

Dia.Princ. cod. 519.1-	Altre malattie della trachea e dei bronchi, non classificate altrove, <i>oppure</i> tumore (secondo la definizione di Diagnosi Principale) <i>ed eventuali complicanze</i>
Int./Proc. cod. 32.01	Asportazione o demolizione endoscopica di lesione o tessuto bronchiale
cod. 33.29	Altre procedure diagnostiche sul polmone
cod. 96.05	Altra intubazione del tratto respiratorio (per eventuale inserzione di stent)

nel caso di interventi sulla trachea

Dia.Princ. cod. 519.1-	Altre malattie della trachea e dei bronchi, non classificate altrove, <i>oppure</i> tumore (secondo la definizione di Diagnosi Principale) <i>ed eventuali complicanze</i>
Int./Proc. cod. 31.5	Asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto della trachea

cod. 96.05 Altra intubazione del tratto respiratorio
(per eventuale inserzione di stent)

enterotomia

Interventi/procedure

- **L'ablazione per via percutanea** di lesione o tessuto del fegato è identificata dal codice 50.24.

- **Intervento di TIPS per shunt venoso intraaddominale per via percutanea**

Indicare i codici di procedura:

39.1 Anastomosi arteria cava e polmonare

+

38.93 Altro cateterismo venoso non classificato altrove

- **Tecniche per l'intervento di emorroidectomia e/o prolassectomia**

Per segnalare l'intervento di emorroidectomia e/o prolassectomia eseguito secondo la **tecnica "di Longo"**, utilizzare il codice di procedura 49.49 *Altri interventi sulle emorroidi*.

Per la correzione della sindrome da ostruita defecazione con **metodica STARR** (Stapled Trans-Anal Rectal Resection), selezionare i seguenti codici:

– *nel maschio*

Dia. Princ.	cod.	Stipsi da disfunzione del retto
	564.02	

Dia. Sec.	cod. 569.1	Prolasso rettale
-----------	------------	------------------

Int./Proc.	cod. 48.76	Altra proctopessi
------------	------------	-------------------

– *nella femmina*

Dia. Princ.	cod.	Stipsi da disfunzione del retto
	564.02	

Dia. Sec.	cod.	Prolasso delle pareti vaginali, non specificato
	618.00	

<i>oppure</i>	cod.	Rettocele
	618.04	

Int./Proc.	cod. 70.52	Riparazione di rettocele
------------	------------	--------------------------

Il trattamento con la tecnica STARR, da riservare ai soli casi di diagnosi di stipsi da disfunzione del retto (cod. 564.02) e/o prolasso rettale (cod. 569.1) e/o prolasso genitale (cod. 618.--), richiede

necessariamente la presenza in cartella clinica dei seguenti elementi diagnostici indispensabili:

1. inquadramento clinico della stipsi rettale da defecazione ostruita:
 - anamnesi dei sintomi;
 - esame proctologico con esplorazione rettale e proctoscopia;
2. riscontro clinico supportato da:
 - defecografia;
 - colonscopia o clisma opaco (sempre) dopo i 50 anni per la prevenzione del cancro colo-rettale e dopo i 40 anni in caso di familiarità positiva.

Ai fini della conferma della validità dei codici di procedura sopraindicati, è indispensabile l'esame istologico dei pezzi resecati, il quale deve confermare la presenza di fibre muscolari della parete rettale.

CAPITOLO X - MALATTIE DEL SISTEMA GENITOURINARIO (580-629)

Malattia renale cronica (585)

- La malattia renale cronica viene classificata sulla base dello stadio di gravità (stadi I-V). Gli stadi da II a IV corrispondono, rispettivamente, a malattia renale cronica di grado lieve, moderato e severo.
Il codice 585.6 identifica la malattia in stadio terminale.
- I pazienti sottoposti a trapianto di rene potrebbero ancora manifestare qualche grado di disfunzione renale, perché il rene trapiantato potrebbe non aver ancora pienamente ripristinato la funzionalità renale. La sola presenza di malattia renale cronica non costituisce quindi una complicazione del trapianto. In questi casi occorre codificare con il cod. 585.-, seguito dal cod. V42.0 che identifica lo status di trapianto renale.
- In merito all'**utilizzo dei codici ICD-9-CM 584.- Insufficienza renale acuta e 585 Insufficienza renale cronica** tra le diagnosi secondarie, si ricordano le disposizioni introdotte con le Regole per l'esercizio 2011, DGR n. IX/937/2010 (*"le attività di emodialisi effettuate nel corso del ricovero (...), a decorrere dai pazienti dimessi dal 1° gennaio 2011, (...) quando effettuate nel corso di ricoveri ordinari (acuti e riabilitativi) con degenza maggiore di 4 giorni, possano essere rendicontate, (...) con il debito informativo delle prestazioni ambulatoriali di cui alla circolare 28 SAN utilizzando il codice 39.95.A"*) e si ribadisce quanto segue:
 - la condizione di insufficienza renale non sempre prolunga la degenza in modo significativo;
 - la condizione di insufficienza renale va segnalata quando comporta delle modifiche significative del quadro clinico nel suo complesso incidendo sul decorso del ricovero con un impatto ben maggiore di quello che possono avere le sole prestazioni aggiuntive di emodialisi.

Interventi/procedure

- **L'ablazione per via percutanea** di lesione o tessuto del rene è identificata dal cod. 55.33.

- **Fimosi**

L'intervento chirurgico di correzione di fimosi, circoncisione, deve essere codificato con il codice 64.0 evitando l'utilizzo improprio del codice 64.93 *Liberazione di sinechie peniene*. Le plastiche di slittamento del prepuzio devono essere codificate con il codice 64.91.

- **Intervento per la correzione del varicocele**

L'intervento tradizionale di correzione di varicocele (cod. 456.4) mediante legatura dei vasi spermatici è identificato dal codice 63.1 *Asportazione di varicocele*.

Tecniche innovative, eseguite mediante sclerosi per via anterograda o retrograda, sono identificate dall'uso combinato dei seguenti codici: 63.1 *Asportazione di varicocele* + 99.29 *Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche*; la via retrograda richiede, inoltre, la segnalazione del codice di procedura 88.67 *Flebografia con m.d.c. di altre sedi specificate*.

L'intervento rivolto alla risoluzione di **varicocele pelvico** (in donne), deve essere identificato dal cod. 456.5 *Varici pelviche*, in diagnosi principale e dal cod. 71.9 *Altri interventi su apparato genitale femminile*, di intervento.

- **Interventi per alcune situazioni cliniche di nefrologia**

I ricoveri per le seguenti procedure (con o senza trattamento di dialisi renale) devono essere così codificati:

Shunt arterovenoso con cannula intravasale	cod. 39.93
Creazione di FAV (periferica) e inserzione protesi vascolare	cod. 39.27
Inserzione dispositivo per accesso vascolare totalmente impiantabile	cod. 86.07
Preparazione di vena per incannulamento	cod. 38.94
Inserzione catetere venoso	cod. 38.95

L'episodio di ricovero per trombosi arterovenosa (causata da protesi, impianti o innesti per dialisi renale) di paziente in stato di dialisi, deve essere così rappresentato:

Dia. Princ. cod. 996.73	Complicazioni da protesi, impianti e innesti per dialisi renale
-------------------------	-----------------------------------------------------------------

Int./Proc.	cod. 39.42	Revisione di anastomosi artero-venoso per dialisi renale
<i>oppure</i>	cod. 39.43	Rimozione di anastomosi artero-venoso per dialisi renale

CAPITOLO XI – COMPLICAZIONI DELLA GRAVIDANZA, DEL PARTO E DEL PUERPERIO (630-677)

- L'**assistenza al parto**, anche a quelli non operativi, deve essere riportata e specificamente codificata nel campo relativo all'intervento chirurgico principale.
- Per i casi in cui la paziente partorisce fuori dalla struttura ospedaliera e necessita di ricovero per trattamenti successivi al parto, senza complicazioni, in diagnosi principale utilizzare il codice **V24.0 Cure ed esami postpartum subito dopo il parto**; se invece sono presenti complicazioni, occorre far riferimento ai codici specifici presenti in questo capitolo.
- Il parto con **anestesia epidurale** viene descritto riportando nelle procedure il cod. 03.91 *Iniezione di anestetico nel canale vertebrale per analgesia*.
- L'**interruzione volontaria di gravidanza** (entro i primi 90 gg.) per assunzione farmacologica (RU486) è identificata con:

Dia.	cod. 635.-	Aborto indotto legalmente
	-	
Int./Proc.	cod.	Iniezione di altri ormoni
	99.24	
	e cod.	Altra instillazione genitourinaria (<i>nel caso la seconda somministrazione avvenga per via vaginale</i>)
	96.49	
- Per **altre condizioni morbose in atto della madre classificate altrove, ma complicanti la gravidanza, il parto o il puerperio** (anemia, diabete, psicosi, malattie cardiovascolari congenite, etc.), occorre far riferimento ai codici della categoria 648.

CAPITOLO XIII - MALATTIE DEL SISTEMA OSTEOMUSCOLARE E DEL TESSUTO CONNETTIVO (710-739)

Molte delle categorie del sistema muscoloscheletrico richiedono l'utilizzo della codifica a 5 caratteri. Il quinto carattere dei codici indica la sede coinvolta:

- 0 – sede non specificata
- 1 – spalla
- 2 – gomito
- 3 – polso
- 4 – mano
- 5 – anca
- 6 – ginocchio
- 7 – ossa della caviglia e del piede
- 8 – altre sedi specificate
- 9 – sedi multiple

Fratture patologiche

Coerentemente alle regole generali di selezione della diagnosi principale, il codice della frattura patologica (cod. 733.1-) deve essere utilizzato in diagnosi principale solo quando il paziente è ricoverato per il trattamento della frattura patologica. Data la natura poco specifica del codice si deve associare ad esso il codice relativo alla patologia di base (ad esempio neoplasia, osteoporosi, etc.) se conforme ai criteri di selezione delle diagnosi secondarie.

Interventi/procedure

- **Revisione di sostituzione di anca o di ginocchio**

La revisione di protesi di anca o di ginocchio, prevede l'utilizzo di codici specifici per identificare le diverse componenti:

- per la revisione di protesi di anca;
- per la revisione di protesi del ginocchio.

Si sconsiglia l'utilizzo dei codici 81.53 e 81.55 relativi alla revisione, rispettivamente, di protesi dell'anca e del ginocchio non altrimenti specificata.

- **Inserimento (o impianto, trapianto, innesto) di sostituto osteocondrale di articolazione**

Per i ricoveri che prevedono interventi di ricostruzione articolare in cui venga utilizzato un sostituto osteoarticolare biologico di ampie

dimensioni utilizzare il codice di procedura 81.54 *Sostituzione totale del ginocchio* nella accezione di unicompartimentale (emiarticolare); i codici 81.80 e 81.81 *Sostituzione totale e parziale di spalla*; il codice 81.56 *Sostituzione di caviglia*.

- **Posizionamento di spaziatore interspinoso**

La procedura è descritta dal cod. 84.58 *Impianto di dispositivo di decompressione del processo interspinoso*, e non più dal cod. 81.08.

- **Vertebroplastica**

La procedura è identificata dal cod. 81.65.

- **Cifoplastica**

La procedura è identificata dal cod. 81.66.

- **Intervento artroscopico di autotrapianto di cartilagine**

Per il ricovero in cui si effettua il prelievo di cartilagine, indicare i seguenti codici di procedura: 80.9- *Altra asportazione dell'articolazione* + 80.26 *Artroscopia*.

Per il successivo ricovero, in cui si effettua l'autotrapianto, indicare i seguenti codici di procedura: 81.4- *Altra riparazione di articolazioni degli arti inferiori* + 80.26 *Artroscopia*.

- **Interventi per ernia discale**

L'utilizzo dei codici 80.51 e 80.59 è indicato esclusivamente per gli approcci chirurgici, sia classici che mini-invasivi. In caso di iniezione locale di sostanze terapeutiche, senza intervento cruento, deve essere utilizzato il cod. 80.52.

- **Interventi sulla spalla in artroscopia**

- **Lesione della cuffia dei rotatori**

Dia. Princ. cod.	727.61	Rottura traumatica completa della cuffia dei rotatori
------------------	--------	-------------------------------------------------------

<i>oppure</i> cod.	840.4	Distorsione e distrazione della cuffia dei rotatori
--------------------	-------	-----------------------------------------------------

Int./Proc. cod.	83.63	Riparazione della cuffia dei rotatori
-----------------	-------	---------------------------------------

	cod. 80.21	Artroscopia della spalla
--	------------	--------------------------

- **Lussazione recidivante della spalla**

Dia. Princ. cod.	718.31	Lussazione recidivante della spalla
------------------	--------	-------------------------------------

Int./Proc. cod.	81.82	Riparazione di lussazione ricorrente
-----------------	-------	--------------------------------------

cod. 80.21 della spalla
Artroscopia della spalla

- **Tendinopatie e sindromi analoghe**

Dia. Princ. cod. Capsulite adesiva scapolo-omeroale
726.0

Int./Proc. cod. Incisione capsula articolare, legamenti
80.41 e cartilagine della spalla
Artroscopia della spalla

cod.
80.21

I codici di procedura su indicati ricomprendono anche l'eventuale riparazione articolare (es. acromionoplastica), come regolarizzazione della superficie acromiale, la quale non deve essere quindi codificata.

CAPITOLO XIV - MALFORMAZIONI CONGENITE (740-759)

Le malformazioni congenite sono classificate nel capitolo XIV (740-759) della ICD-9-CM. Altre condizioni di origine perinatale, comprese alcune condizioni specificate come congenite, sono descritte nel capitolo XV (760-779), che include anche i traumi ostetrici classificati con la categoria 767.

La distinzione tra condizioni congenite ed acquisite è indicata nell'indice alfabetico attraverso l'utilizzo di modificatori. Alcune condizioni sono congenite per definizione, altre sono sempre considerate acquisite; per altre non vi è alcuna distinzione.

Le malformazioni congenite sono classificate sulla base del sistema o dell'apparato coinvolto; alcune sono classificate con codici specifici, altre sono raggruppate nell'ambito di un termine generico. Nei casi in cui non sia previsto un codice specifico, dovrebbero essere indicati eventuali ulteriori codici aggiuntivi per le manifestazioni.

L'età del paziente non è determinante per l'assegnazione dei codici relativi al capitolo XIV; le patologie descritte in tale capitolo possono essere riferite a pazienti di qualsiasi età. Alcune patologie congenite, ancorché presenti alla nascita, possono manifestarsi successivamente nel corso della vita. Inoltre, molte condizioni non possono essere risolte, permanendo per tutta la vita del paziente.

La malformazione rilevata alla nascita viene indicata come diagnosi principale nella SDO del neonato se essa è oggetto di uno specifico profilo di assistenza. Le diagnosi secondarie debbono essere segnalate sulla SDO solo quando esse siano significative, cioè influenzino il trattamento ricevuto e/o la durata della degenza.

Si sconsiglia di utilizzare i codici 758.9 e 759.9 in diagnosi principale; questi codici possono essere utilizzati tra le diagnosi secondarie per completare la descrizione del caso, riportando invece come diagnosi principale la malformazione più rilevante.

CAPITOLO XV – ALCUNE CONDIZIONI MORBOSE DI ORIGINE PERINATALE (760-779) E CODIFICA DEL NEONATO SANO

Le malattie classificate nel capitolo 15 hanno origine nel periodo perinatale (intrauterino e nei 28 giorni successivi alla nascita), ma possono manifestarsi anche in epoche successive.

I codici delle categorie 760-763 (cause materne di morbosità e mortalità perinatale) possono essere utilizzati come diagnosi secondarie sulla SDO del neonato (e solo su di essa) esclusivamente quando la condizione materna ha realmente influenzato il trattamento o un impegno clinico assistenziale rivolto al neonato.

Tali codici non devono essere riportati se il problema ha provocato alla madre uno specifico trattamento o una complicanza durante la gravidanza, il travaglio o il parto, senza tuttavia determinare un'influenza sul trattamento del neonato.

Quando la condizione della madre ha provocato in un neonato uno specifico problema, quest'ultimo richiede codici appropriati piuttosto che quelli delle categorie 760-763; ad esempio, se il diabete materno ha provocato un'ipoglicemia nel neonato, quest'ultima viene codificata con il cod. 775.0.

I codici *768.0 Morte fetale da asfissia o anossia prima dell'inizio del travaglio o in un momento non specificato*, *768.1 Morte fetale da asfissia o anossia durante il travaglio* e *779.6 Interruzione della gravidanza (riferita al feto)*, non devono essere utilizzati, in quanto riferiti al feto per il quale non deve essere compilata la scheda di dimissione.

Infezioni neonatali (771)

- **Sepsi del neonato (771.81)**

Il codice 771.81 Settlicemia (sepsi) del neonato, deve essere accompagnato dal codice aggiuntivo 041.- per identificare il microrganismo. Non è richiesto il codice aggiuntivo di sepsi (995.91 o 995.92).

- Nel caso di manifestazioni a lungo termine delle **infezioni connatali** identificate con i codici 771.0, 771.1, 771.2 e 760.2 si sconsiglia di utilizzare questi codici in diagnosi principale, riportando invece come diagnosi principale la manifestazione clinica più rilevante. Gli

stessi codici possono essere utilizzati, per completare la descrizione del caso, tra le diagnosi secondarie.

Codifica del neonato sano

I codici da V30 a V39 riportati come diagnosi principale, devono essere utilizzati per la codifica della diagnosi principale nella SDO del neonato sano ospitato nel nido; non devono essere riportati negli eventuali successivi ricoveri del neonato (anche per trasferimento ad altre strutture per specifiche cure) né sulla SDO della madre.

Si sconsiglia l'utilizzo dei codici V33, V37 e V39 in quanto non specifici.

Il codice V35 *Altro parto multiplo (tre o più) tutti nati morti*, non deve essere utilizzato, in quanto riferito al feto per il quale non deve essere compilata la scheda di dimissione.

Coerentemente con le regole generali di codifica, l'individuazione di condizioni cliniche sulla SDO del neonato deve avvenire solo quando queste siano significative; non devono essere codificate le condizioni non rilevanti o segni o sintomi che si risolvono senza specifico trattamento (ad esempio ittero fisiologico neonatale).

L'esecuzione di vaccinazioni o di screening sui neonati sani (ad esempio screening tiroideo o per la fenilchetonuria) non comporta l'assegnazione di ulteriori codici oltre a quelli delle categorie V30-V39, né come diagnosi principale né tra le diagnosi secondarie; si tratta, infatti, di prestazioni facenti parte costitutiva dell'assistenza al neonato. Il neonato sano non ospitato per l'episodio della nascita ma presente in ospedale a causa di un ricovero della madre non richiede la compilazione della SDO; le eventuali annotazioni che lo riguardano possono essere documentate nella cartella clinica della madre.

CAPITOLO XVI – SINTOMI, SEGNI E STATI MORBOSI MAL DEFINITI (780-799)

I codici compresi in questo capitolo possono essere utilizzati in diagnosi principale quando non c'è un'indicazione diagnostica più precisa o quando la manifestazione clinica si identifica con il sintomo stesso (es. convulsioni febbrili).

CAPITOLO XVII - TRAUMATISMI ED AVVELENAMENTI (800-999)**Traumatismi cranici**

- Particolare attenzione va posta al corretto utilizzo dei codici che identificano i traumatismi cranici evitandone l'uso per i casi clinici in cui i traumatismi esterni non si accompagnano a sintomi o segni di interessamento cerebrale.
- Le fratture sono classificate secondo la sede nelle categorie 800-804. Il quarto carattere del codice indica se la frattura è aperta o chiusa, se è associata a trauma intracranico ed il tipo del trauma intracranico. Fa eccezione la categoria 802 per la quale il quarto ed il quinto carattere identificano la sede della frattura.
- I traumi intracranici non associati a frattura sono classificati con le categorie 850-854; il quarto carattere del codice indica il tipo di trauma e l'eventuale associazione con una ferita aperta.
- Per le categorie 800, 801, 803, 804 e 851-854 il quinto carattere del codice indica l'eventuale perdita di coscienza, la durata di tale perdita e se vi è il ritorno al preesistente stato di coscienza:
 - 0 - stato di coscienza non specificato;
 - 1 - senza perdita di coscienza;
 - 2 - con perdita di coscienza di durata <1 h;
 - 3 - con perdita di coscienza di durata compresa tra 1 e 24 h;
 - 4 - con perdita di coscienza di durata sup. alle 24 h e recupero dello stato di coscienza preesistente;
 - 5 - con perdita di coscienza di durata sup. alle 24 h senza recupero dello stato di coscienza preesistente (paziente incosciente che muore prima di riacquistare la coscienza);
 - 6 - con perdita di coscienza di durata non specificata;
 - 9 - con stato commotivo non specificato.

- Per la categoria 850 *Concussione*, l'informazione relativa allo stato di coscienza è riportata con diverse modalità nella quarta cifra. Nel solo caso di *breve perdita di coscienza*, occorre specificarne la durata con la quinta cifra (850.1-).
La sindrome post-commotiva (cod. 310.2) include una grande varietà di sintomi (mal di testa, vertigini, fatica, difficoltà di concentrazione, depressione, ansietà, apatia, palpitazioni cardiache), che talora durano poche settimane. Normalmente il codice 310.2 non viene assegnato in relazione al ricovero iniziale per il trattamento della concussione. Nei casi in cui il paziente viene trattato per sindrome post-commotiva entro 24-48 ore dall'evento traumatico, ove la concussione sia ancora presente si dovrà codificare la concussione stessa (cod. 850.-) e non la sindrome post-commotiva.
- Nei casi in cui il trauma cranico sia ulteriormente descritto come lacerazione cerebrale o contusione cerebrale (cod. 851.8-) o quando sia associato ad emorragia subdurale, subaracnoidea o ad altra emorragia intracranica o ad altra specifica condizione classificabile nelle categorie 851-854, non deve essere assegnato il codice della concussione.
- I **traumatismi esterni o superficiali** della faccia e del cuoio capelluto devono essere codificati secondo specifici codici, ad esempio quelli appartenenti alle categorie 910, 920, etc..

SIRS da processi non infettivi (995.93, 995.94)

La sindrome da risposta infiammatoria sistemica (SIRS) può svilupparsi in conseguenza di alcuni processi non infettivi come traumi, tumori maligni o pancreatiti. In questi casi occorre codificare per prima la patologia di base, seguita dal cod. 995.93, in caso di SIRS senza disfunzione acuta di organo, o 995.94 se SIRS con disfunzione acuta di organo.

Complicazioni di cure mediche e chirurgiche (996-999)

Quando il ricovero è finalizzato al trattamento di una complicazione di un trattamento chirurgico o di altro trattamento medico, ivi comprese le reazioni da farmaci correttamente utilizzati, o di problemi dovuti al malfunzionamento di dispositivi, il codice relativo alla complicazione deve essere selezionato come diagnosi principale. Se la complicazione è classificata con i codici compresi fra 996 e 999, può essere utilizzato un codice aggiuntivo per specificarne la natura.

Complicazioni di trapianto di rene

Il codice 996.81 deve essere utilizzato per le complicazioni di trapianto di rene come "failure" o rigetto. Il codice non deve essere assegnato ai casi di malattia renale cronica nel post trapianto se non è documentata una stretta relazione con il trapianto.

CLASSIFICAZIONE SUPPLEMENTARE DEI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE ED IL RICORSO ALLE STRUTTURE SANITARIE (CODICI V)

Utilizzo dei codici V

- Si utilizzano per descrivere le circostanze diverse da malattie o traumatismi, che rappresentano una causa di ricorso a prestazioni sanitarie, o che esercitano un'influenza sulle attuali condizioni di salute del paziente.
- Possono essere utilizzati come diagnosi principale nei seguenti casi:
 - paziente cronico o in via di guarigione trattato per specifiche cure o procedure in relazione ad episodi di cura (come, ad esempio, chemioterapia, radioterapia, dialisi, rimozione di un dispositivo ortopedico); in questi casi, può essere indicata come diagnosi secondaria la patologia che ha determinato le cure pregresse;
 - pazienti ricoverati come donatori;
 - persona non malata che si rivolge alla struttura sanitaria per specifici motivi come, ad esempio, per ricevere cure profilattiche, o consulenza;
 - per indicare lo stato o l'osservazione di neonato.Possono essere utilizzati come diagnosi secondaria per segnalare la presenza di situazioni (storia, stato di salute, problemi del paziente) che possono influenzare il trattamento del paziente, ma che di per sé non costituiscono una malattia o un trauma.

Ricerca dei codici V

I codici V devono essere ricercati nell'indice alfabetico delle diagnosi utilizzando i seguenti termini principali: ammissione, esame, storia, osservazione, problema, screening, anamnesi, assistenza, controllo, sorveglianza, verifica, chemioterapia, ed altri.

Ricovero per trattamenti specifici in relazione ad episodi di cura pregressi

Per il ricovero di pazienti per trattamenti specifici in relazione a cure pregresse si devono utilizzare come diagnosi principale i codici appartenenti alle categorie V51-V58. Tali codici non devono essere utilizzati nel caso di trattamento di un problema attuale acuto. A tale regola fanno eccezione i ricoveri per dialisi (V56.-), chemioterapia (V58.1) e radioterapia (V58.0). Nel caso in cui il ricovero sia stato effettuato selettivamente per eseguire sia la chemioterapia che la radioterapia, entrambi i codici V devono essere riportati individuando

la diagnosi principale secondo le regole generali di selezione della diagnosi principale.

Codici che identificano la storia, lo stato o i problemi del paziente

- Le categorie V10-V15 sono utilizzate per indicare la storia personale di malattie pregresse e non più presenti; i codici di tali categorie devono essere riportati, tra le diagnosi secondarie, solo quando tale condizione ha rivestito qualche significato nel corso dell'episodio di cura attuale. A tale regola possono far eccezione le situazioni in cui si effettua un ricovero per particolari controlli in pazienti già affetti da tumore maligno.

Ad esempio, il codice V10.- può essere utilizzato come diagnosi principale nel caso di controlli per la rivalutazione clinica di una neoplasia asportata, ove non vi sia evidenza di recidiva e/o metastasi e, durante il ricovero, non vengano effettuati trattamenti antineoplastici, ma solo procedure diagnostiche di controllo, quali TAC, endoscopie, scintigrafie, etc. Se nel corso del ricovero si evidenzia una recidiva, riportare in diagnosi principale il codice relativo alla neoplasia primitiva o alle metastasi.

- Organo o tessuto sostituito da trapianto o sostituito con altri mezzi (codici V42 e V43).
Questi codici possono essere utilizzati in diagnosi principale solo per descrivere i ricoveri effettuati per terminare la convalescenza o per il follow up del paziente.
- I codici V che identificano la storia, lo stato o i problemi del paziente non devono essere utilizzati nel caso in cui il codice della diagnosi già indichi la presenza dello stato del paziente (es. nel caso di *Complicazioni di trapianto di rene* - cod. 996.81, il codice V42.0 *Rene sostituito da trapianto*, non deve essere indicato).

Nati vivi sani secondo il tipo di nascita (V30/V39)

Quando viene compilata una SDO di nato vivo sano, relativa all'episodio di assistenza per la nascita, occorre sempre compilare il campo della diagnosi principale con uno dei codici delle categorie da V30.- a V39.-.

Collocazione e sistemazione di protesi e dispositivi (V52 e V53)

I codici V52.- e V53.- devono essere utilizzati in diagnosi principale per descrivere i ricoveri finalizzati a posizionamento, sostituzione, manutenzione, estrazione di dispositivi e protesi; si tratta di attività

programmate da tener distinte rispetto ai malfunzionamenti che vanno invece codificati con le categorie 996 e 997.

Un ricovero per solo impianto di protesi della mammella deve essere identificato dal codice V52.4 in diagnosi principale.

Altro trattamento ortopedico ulteriore (V54)

L'uso di tale codice è consentito in diagnosi principale per specifiche ed appropriate esigenze di ricovero, ad esempio per la rimozione di placche o di viti; in tali casi non deve essere indicata la patologia di base.

Trattamento di pazienti in dialisi (V56)

Con il codice V56.- è possibile descrivere le diverse procedure relative ai trattamenti dialitici e alla loro valutazione funzionale.

Donatori di organi o tessuti (V59.1–V59.9)

Questi codici possono essere utilizzati, in diagnosi principale, solo quando il ricovero avviene a scopo di donazione di organi. Gli interventi eseguiti dovranno essere segnalati mediante i codici ICD-9-CM negli spazi della SDO riservati agli interventi chirurgici.

Persone che ricorrono ai servizi sanitari per interventi specifici non eseguiti (V64)

Tipici casi in cui si ricorre ai codici di questa categoria in diagnosi principale sono i ricoveri per interventi chirurgici programmati, che però non vengono eseguiti per sopraggiunte controindicazioni (cod. V64.1) o per decisione del paziente (cod. V64.2) o per altre ragioni (cod. V64.3).

Nel caso in cui il trattamento non è eseguito per l'insorgenza di altra patologia quest'ultima va riportata come diagnosi principale se trattata nel ricovero.

Rientra in questa categoria anche la segnalazione dei casi chirurgici iniziati per via laparoscopica e convertiti in interventi a cielo aperto (cod. V64.4-).

**Allegato A alla DGR n. VIII/10804 del 16.12.2009
(Regole 2010)**

**MACROATTIVITÀ CHIRURGICA A BASSA COMPLESSITÀ
OPERATIVA ED ASSISTENZIALE**

Branca	Codice	Descrizione	DRG di Provenienza
ORT/CH PL/NCH	04.43	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE Se eventualmente effettuati sono inclusi: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	006, 229
OC	08.38	CORREZIONE DI RETRAZIONE DELLA PALPEBRA Se eventualmente effettuati sono inclusi: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	040
OC	08.72	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA NON A TUTTO SPESSORE Escluso: Riparazione di entropion o ectropion con ricostruzione della palpebra (08.44), ricostruzione della palpebra con lembo o innesto (08.6). Se eventualmente effettuati sono inclusi: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	040
OC	08.74	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA A TUTTO SPESSORE Escluso:Riparazione di entropion o ectropion con ricostruzione della palpebra (08.44), ricostruzione della palpebra con lembo o innesto (08.6). Se eventualmente effettuati sono inclusi: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	040
OC	13.41	INTERVENTO DI CATARATTA CON O SENZA IMPIANTO DI LENTE INTRAOCULARE Incluso: Visita pre-operatoria, biometria, impianto di lenti e le visite di controllo che si rendono necessarie entro 10 gg. dall'intervento	039
CH VAS	38.59	LEGATURA E STRIPPING DI VENE VARICOSE DELL' ARTO INFERIORE Se eventualmente effettuati sono inclusi: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	119
CH VAS	38.69	ALTRA ASPORTAZIONE DI VENE DELL'ARTO INFERIORE Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	119
GASTR	43.11	GASTROSTOMIA PERCUTANEA ENDOSCOPICA (PEG) Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	

UR	64.0	CIRCONCISIONE Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	342, 343
GIN OST	68.16.2	BIOPSIA DELL' UTERO CON DILATAZIONE DEL CANALE CERVICALE Se eventualmente effettuati sono inclusi: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	363, 364
GIN OST	69.09	ALTRA DILATAZIONE O RASCHIAMENTO DELL' UTERO Se eventualmente effettuati sono inclusi: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	363, 364
ORT	77.56	RIPARAZIONE DI DITO A MARTELLO/ARTIGLIO Se eventualmente effettuati sono inclusi: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	225
ORT	80.23	ARTROSCOPIA DEL POLSO Se eventualmente effettuati sono inclusi: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	232
ORT	80.26	ARTROSCOPIA DIAGNOSTICA DEL GINOCCHIO Se eventualmente effettuati sono inclusi: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	232
ORT	80.61	ASPORTAZIONE ARTROSCOPICA DI CARTILAGINE SEMILUNARE DEL GINOCCHIO Se eventualmente effettuati sono inclusi: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	503
ORT	80.74	SINOVIECTOMIA DELLA MANO E DELLE DITA DELLA MANO Se eventualmente effettuati sono inclusi: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	229
ORT	81.72	ARTROPLASTICA DELL' ARTICOLAZIONE METACARPOFALANGEA E INTERFALANGEA SENZA IMPIANTO Se eventualmente effettuati sono inclusi: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	228
ORT	81.75	ARTROPLASTICA DELL' ARTICOLAZIONE CARPOCARPALE E CARPOMETACARPALE SENZA IMPIANTO Se eventualmente effettuati sono inclusi: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	228
ORT	82.01	ESPLORAZIONE DELLA FASCIA TENDINEA DELLA MANO Se eventualmente effettuati sono inclusi: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	229
ORT	82.12	FASCIOTOMIA DELLA MANO Sezione di fascia della mano Se eventualmente effettuati sono inclusi: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	229

ORT	82.21	ASPORTAZIONE DI LESIONE DELLA FASCIA TENDINEA DELLA MANO Se eventualmente effettuati sono inclusi: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	229
ORT	82.29	ASPORTAZIONE DI ALTRE LESIONI DEI TESSUTI MOLLI DELLA MANO Se eventualmente effettuati sono inclusi: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	229
ORT	82.31	BORSECTOMIA DELLA MANO Se eventualmente effettuati sono inclusi: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	229
ORT	82.33	ALTRA TENDINECTOMIA DELLA MANO Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	229
ORT	82.39	ALTRA ASPORTAZIONE DEI TESSUTI MOLLI DELLA MANO Se eventualmente effettuati sono inclusi: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	229
ORT	82.45	SUTURA DEI TENDINI DELLA MANO Se eventualmente effettuati sono inclusi: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	229
ORT	82.53	REINSERZIONE DI TENDINI DELLA MANO Se eventualmente effettuati sono inclusi: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	229
ORT / NCH	82.91	LISI DI ADERENZE DELLA MANO [Dito a scatto] Se eventualmente effettuati sono inclusi: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	229
ORT	83.01	ESPLORAZIONE DELLA FASCIA TENDINEA AD ECCEZIONE DELLA MANO Se eventualmente effettuati sono inclusi: visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	227
OC	11.99.7	CROSS LINKING CORNEALE Incluso: Prima visita ed esami pre operatori di arruolamento, intervento, visite di controllo entro 12 mesi	039

sottoallegato 11 H

codice_senza_punto	codice	nota	descr_prestaz breve	DESCR_PRESTAZ_completa	tariffa_euro in vigore da prenotazioni 1.1.2010	BS_n corretto	BS_M1
91281	91.28.1	R	ANALISI CITOGENETICA PER PATOLOGIA DA FRAGILITA' CROMOSOMICA	ANALISI CITOGENETICA PER PATOLOGIA DA FRAGILITA' CROMOSOMICA; Con agente clastogenico "in vitro"	176,50	1	011
91282	91.28.2	R	ANALISI CITOGENETICA PER RICERCA SITI FRAGILI	ANALISI CITOGENETICA PER RICERCA SITI FRAGILI	168,48	1	011
91283	91.28.3	R	ANALISI CITOGENETICA PER SCAMBI DI CROMATIDI FRATELLI	ANALISI CITOGENETICA PER SCAMBI DI CROMATIDI FRATELLI	163,46	1	011
91284	91.28.4	R	ANALISI CITOGENETICA PER STUDIO MOSAICISMO CROMOSOMICO	ANALISI CITOGENETICA PER STUDIO MOSAICISMO CROMOSOMICO	152,94	1	011
91285	91.28.5	R	ANALISI CITOGENETICA PER STUDIO RIARRANGIAMENTI CROMOSOMICI INDOTTI	ANALISI CITOGENETICA PER STUDIO RIARRANGIAMENTI CROMOSOMICI INDOTTI	168,48	1	011
91291	91.29.1	R	ANALISI DEL DNA ED IBRIDAZIONE CON SONDA MOLECOLARE (Southern blot)	ANALISI DEL DNA ED IBRIDAZIONE CON SONDA MOLECOLARE (Southern blot)	171,99	1	011
91292	91.29.2	R	ANALISI DEL DNA PER POLIMORFISMO	ANALISI DEL DNA PER POLIMORFISMO; Con reazione polimerasica a catena, digestione enzimatica ed elettroforesi	87,75	1	011
91293	91.29.3	R	ANALISI DI MUTAZIONE DEL DNA	ANALISI DI MUTAZIONE DEL DNA ; Con reazione polimerasica a catena e elettroforesi	77,22	1	011
91294	91.29.4	R	ANALISI DI MUTAZIONE DEL DNA	ANALISI DI MUTAZIONE DEL DNA ; Con reazione polimerasica a catena e ibridazione con sonde non radiomarcate	162,96	1	011
91295	91.29.5	R	ANALISI DI MUTAZIONE DEL DNA	ANALISI DI MUTAZIONE DEL DNA ; Con reazione polimerasica a catena e ibridazione con sonde radiomarcate	162,96	1	011
91301	91.30.1	R	ANALISI DI MUTAZIONI DEL DNA	ANALISI DI MUTAZIONI DEL DNA ; Con Reverse Dot Blot (da 2 a 10 mutazioni)	215,11	1	011

91302	91.30.2	R	ANALISI DI POLIMORFISMI (str, VNTR)	ANALISI DI POLIMORFISMI (str, VNTR); Con reazione polimerasica a catena ed elettroforesi (per locus)	173,00	1	011
91303	91.30.3	R	ANALISI DI SEGMENTI DI DNA MEDIANTE SEQUENZIAMENTO	ANALISI DI SEGMENTI DI DNA MEDIANTE SEQUENZIAMENTO ; (Blocchi di circa 400 bp)	211,59	1	011
91304	91.30.4	R	CARIOTIPO AD ALTA RISOLUZIONE	CARIOTIPO AD ALTA RISOLUZIONE; 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 550 bande)	156,44	1	011
91305	91.30.5	R	CARIOTIPO DA METAFASI DI FIBROBLASTI O DI ALTRI TESSUTI (Mat. abortivo, ecc.)	CARIOTIPO DA METAFASI DI FIBROBLASTI O DI ALTRI TESSUTI (Mat. abortivo, ecc.); 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 320 bande)	126,36	1	011
91311	91.31.1	R	CARIOTIPO DA METAFASI DI LIQUIDO AMNIOTICO	CARIOTIPO DA METAFASI DI LIQUIDO AMNIOTICO; 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 320 bande)	151,93	1	011
91312	91.31.2	R	CARIOTIPO DA METAFASI LINFOCITARIE	CARIOTIPO DA METAFASI LINFOCITARIE; 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 320 bande)	126,36	1	011
91313	91.31.3	R	CARIOTIPO DA METAFASI SPONTANEE DI MIDOLLO OSSEO	CARIOTIPO DA METAFASI SPONTANEE DI MIDOLLO OSSEO; 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 320 bande)	149,93	1	011
91314	91.31.4	R	CARIOTIPO DA METAFASI SPONTANEE DI VILLI CORIALI	CARIOTIPO DA METAFASI SPONTANEE DI VILLI CORIALI; 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 300 bande)	151,93	1	011
91315	91.31.5	R	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Actinomicina D	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Actinomicina D	29,00	1	011
91321	91.32.1	R	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio C	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio C	29,00	1	011
91322	91.32.2	R	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio G	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio G	25,30	1	011
91323	91.32.3	R	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio G ad alta risoluzione	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio G ad alta risoluzione	28,50	1	011

91324	91.32.4	R	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio NOR	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio NOR	29,00	1	011
91325	91.32.5	R	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio Q	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio Q	26,35	1	011
91331	91.33.1	R	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio R	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio R	25,30	1	011
91332	91.33.2	R	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio T	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio T	25,85	1	011
91333	91.33.3	R	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Distamicina A	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Distamicina A	29,00	1	011
91334	91.33.4	R	COLTURA DI AMNIOCITI	COLTURA DI AMNIOCITI	120,85	1	011
91335	91.33.5	R	COLTURA DI CELLULE DI ALTRI TESSUTI	COLTURA DI CELLULE DI ALTRI TESSUTI	119,34	1	011
91341	91.34.1	R	COLTURA DI FIBROBLASTI	COLTURA DI FIBROBLASTI	161,46	1	011
91342	91.34.2	R	COLTURA DI LINEE CELLULARI STABILIZZATE CON VIRUS	COLTURA DI LINEE CELLULARI STABILIZZATE CON VIRUS	195,05	1	011
91343	91.34.3	R	COLTURA DI LINEE LINFOCITARIE STABILIZZATE CON VIRUS O INTERLEUCHINA	COLTURA DI LINEE LINFOCITARIE STABILIZZATE CON VIRUS O INTERLEUCHINA	166,97	1	011
91344	91.34.4	R	COLTURA DI LINFOCITI FETALI CON PHA	COLTURA DI LINFOCITI FETALI CON PHA	129,87	1	011
91345	91.34.5	R	COLTURA DI LINFOCITI PERIFERICI CON PHA O ALTRI MITOGENI	COLTURA DI LINFOCITI PERIFERICI CON PHA O ALTRI MITOGENI	108,81	1	011
91351	91.35.1	R	COLTURA DI MATERIALE ABORTIVO	COLTURA DI MATERIALE ABORTIVO	161,46	1	011
91352	91.35.2	R	COLTURA SEMISOLIDA DI CELLULE EMOPOIETICHE	COLTURA SEMISOLIDA DI CELLULE EMOPOIETICHE; BFU-E, CFU-GM, CFUGEMM (Ciascuna)	126,36	1	011
91353	91.35.3	R	COLTURA DI VILLI CORIALI (A breve termine)	COLTURA DI VILLI CORIALI (A breve termine)	112,33	1	011
91354	91.35.4	R	COLTURA DI VILLI CORIALI	COLTURA DI VILLI CORIALI	162,46	1	011
91355	91.35.5	R	COLTURA PER STUDIO DEL CROMOSOMA X A REPLICAZIONE TARDIVA	COLTURA PER STUDIO DEL CROMOSOMA X A REPLICAZIONE TARDIVA; Linfociti periferici, cellule di altri tessuti	79,23	1	011
91361	91.36.1	R	CONSERVAZIONE DI CAMPIONI DI DNA O DI RNA	CONSERVAZIONE DI CAMPIONI DI DNA O DI RNA	57,53	1	011
91362	91.36.2	R	CRIOCONSERVAZIONE IN AZOTO LIQUIDO DI COLTURE CELLULARI	CRIOCONSERVAZIONE IN AZOTO LIQUIDO DI COLTURE CELLULARI	33,25	1	011

91363	91.36.3	R	CRIOCONSERVAZIONE IN AZOTO LIQUIDO DI CELLULE E TESSUTI	CRIOCONSERVAZIONE IN AZOTO LIQUIDO DI CELLULE E TESSUTI	33,25	1	011
91364	91.36.4	R	DIGESTIONE DI DNA CON ENZIMI DI RESTRIZIONE	DIGESTIONE DI DNA CON ENZIMI DI RESTRIZIONE	57,17	1	011
91365	91.36.5	R	ESTRAZIONE DI DNA O DI RNA (nucleare o mitocondriale)	ESTRAZIONE DI DNA O DI RNA (nucleare o mitocondriale); Da sangue periferico, tessuti, colture cellulari, villi coriali	61,67	1	011
91371	91.37.1	R	IBRIDAZIONE CON SONDA MOLECOLARE	IBRIDAZIONE CON SONDA MOLECOLARE	110,82	1	011
91372	91.37.2	R	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI ; mediante sequenze genomiche in YAC	383,59	1	011
91373	91.37.3	R	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI ; mediante sonde molecolari a singola copia in cosmide	253,22	1	011
91374	91.37.4	R	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI ; mediante sonde molecolari alfoidi ed altre sequenze ripetute	204,08	1	011
91375	91.37.5	R	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI ; mediante sonde molecolari painting	253,22	1	011
91381	91.38.1	R	RICERCA MUTAZIONE (DGGE)	RICERCA MUTAZIONE (DGGE); Ricerca heteroduplex (HA)	163,46	1	011
91382	91.38.2	R	RICERCA MUTAZIONE (SSCP)	RICERCA MUTAZIONE (SSCP)	163,46	1	011
91383	91.38.3	R	SINTESI DI OLIGONUCLEOTIDI (Ciascuno)	SINTESI DI OLIGONUCLEOTIDI (Ciascuno)	163,46	1	011
91384	91.38.4	R	ANALISI DEL DNA CELLULARE PER LO STUDIO CITOMETRICO DEL CICLO CELLULARE E DELLA PLOIDIA	ANALISI DEL DNA CELLULARE PER LO STUDIO CITOMETRICO DEL CICLO CELLULARE E DELLA PLOIDIA	63,68	1	011
91492	91.49.2		PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	2,90	1	011
90055	90.05.5		ALFA 1 FETOPROTEINA [S/La/Alb]	ALFA 1 FETOPROTEINA [S/La/Alb]	11,05	1	011

Sottoallegato 11G

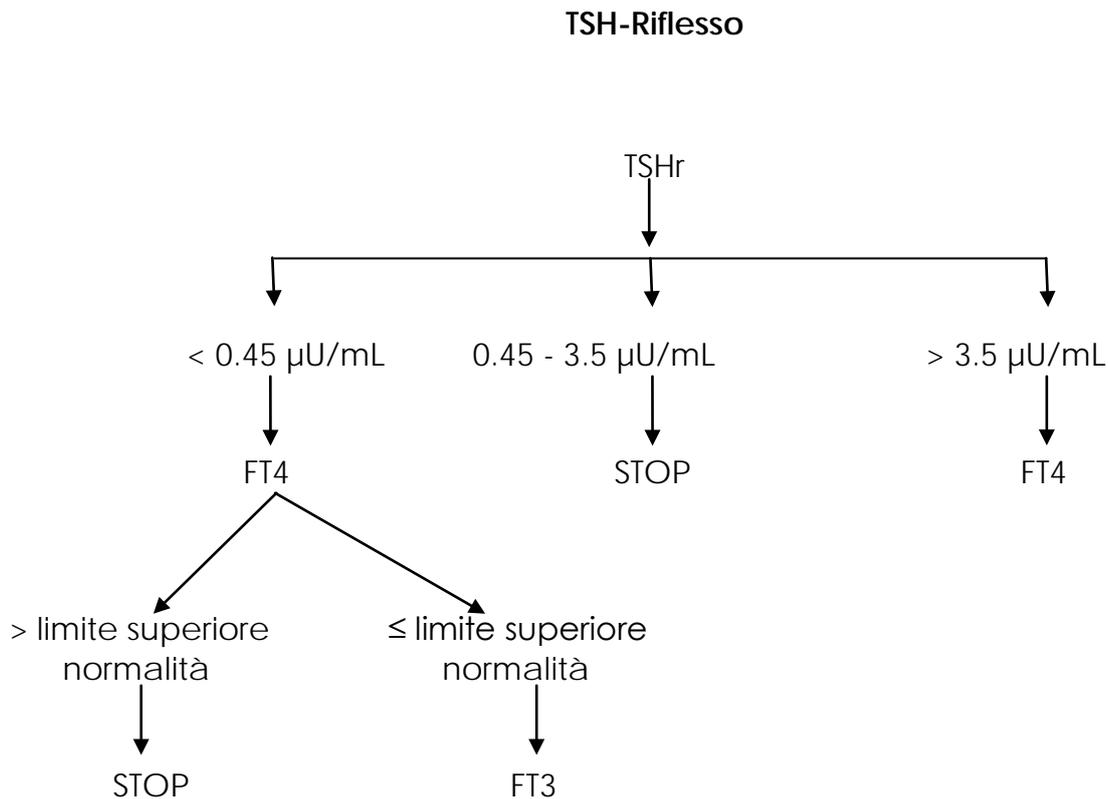
Allegato A alla DGR n. VIII/5237 del 02.08.2007
(Regole 2007, Il Provvedimento)

NOTA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	BRANCA	INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE
Inserita con H	14.75	INIEZIONE INTRAVITREALE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE Incluso: costo del farmaco	450,00	OCULISTICA	limitazione di erogazione in contesto ospedaliero, in sala operatoria ed in asepsi
Inserita	92.29.H	CODIFICARE SE la radioterapia è EFFETTUATA CON GATING RESPIRATORIO Per seduta e per focolaio trattato	80,00	RADIOTERAPIA	Tecnica di radioterapia effettuata con controllo e verifica del movimento respiratorio, per seduta e focolaio
Inserita	92.29.J	CODIFICARE SE IGRT Per seduta e per focolaio trattato	80,00	RADIOTERAPIA	Controllo mediante sistema di immagini durante la seduta di trattamento escluse le verifiche portali e il sistema EPID
Modificata descrizione	96.59.1	MEDICAZIONE AVANZATA SEMPLICE (Estensione 10x10 cm.)	10,32	ALTRE PRESTAZIONI	Detersione e medicazione di routine (per un massimo di 60 medicazioni all'anno per paziente)
Modificata descrizione	96.59.2	MEDICAZIONE AVANZATA COMPLESSA (Estensione <25 cm.)	19,11	ALTRE PRESTAZIONI	Detersione, sbrigliamento, medicazioni (per un massimo di 60 medicazioni all'anno per paziente)
Modificata descrizione	96.59.3	MEDICAZIONE AVANZATA COMPLESSA (Estensione 25-80 cm.)	31,39	ALTRE PRESTAZIONI	Detersione, sbrigliamento, medicazioni (per un massimo di 60 medicazioni all'anno per paziente)
Modificata descrizione	96.59.4	MEDICAZIONE AVANZATA COMPLESSA (Estensione >80 cm.)	57,40	ALTRE PRESTAZIONI	Detersione, sbrigliamento, medicazioni (per un massimo di 60 medicazioni all'anno per paziente)

Modificata descrizione	96.59.5	MEDICAZIONE AVANZATA COMPLICATA per infezione e profondità	60,38	ALTRE PRESTAZIONI	Detersione, antisepsi, sbrigliamento, medicazioni. Applicazioni distribuite in un tempo max di 45 gg. consecutivi (come da protocollo) (per un massimo di 20 medicazioni all'anno per paziente) Occorre che la struttura sanitaria che effettua la prestazione conservi la documentazione fotografica della lesione
Modificata descrizione (È stata tolta la prestazione "ossimetria transcutanea " in quanto già erogabile con il Cod. 89.65.5)	96.59.6	MEDICAZIONE AVANZATA COMPLICATA per infezione, profondità e/o recalcitranti	122,43	ALTRE PRESTAZIONI	Detersione, sbrigliamento chirurgico, medicazioni speciali con le seguenti tecniche strumentali: medicazioni cavarie, vacuum-terapia, toilette chirurgica ad ultrasuoni, collagene con l'impiego di membrane biologiche o supporti speciali, neuromodulazione per neoangiogenesi e rivascularizzazione periferica (per un massimo di 20 medicazioni all'anno per paziente) Occorre che la struttura sanitaria che effettua la prestazione conservi la documentazione

**Allegato C alla DGR n. IX/2057 del 28.07.2011
(Regole 2011, III Provvedimento)**

ACCERTAMENTO DELLA FUNZIONE TIROIDEA DI SCREENING



I valori $< 0.45 \mu\text{U/mL}$ e $> 3.5 \mu\text{U/mL}$ sono rispettivamente più alto e più basso dei valori limite indicati in letteratura. Sono stati scelti in base ad un principio di precauzione onde evitare di non effettuare approfondimenti nei casi di valori border-line.

Riferimenti bibliografici

- Ladenson PW, Singer PA, Ain KB, et al. American Thyroid Association Guidelines for detection of thyroid dysfunction. Arch Intern Med 2000; 160: 1573-1575.
- Maestri E, Ciardullo AV, Magrini N. Raccomandazioni per la diagnostica delle malattie tiroidee. Piano Nazionale Linee Guida, Istituto Superiore di Sanità, 2003.
- Vanderpump MP, Tunbridge WM, French JM, Appleton D, et al. The incidence of thyroid disorders in the community: a twenty-year follow-up of the Whickham Survey. Clin Endocrinol 1995; 43: 55-68.
- Hollowell JG, Staehling NW, Flanders WD, Hannon WH, et al. Serum TSH, T4, and Thyroid Antibodies in the United States Population (1988 to 1994): National

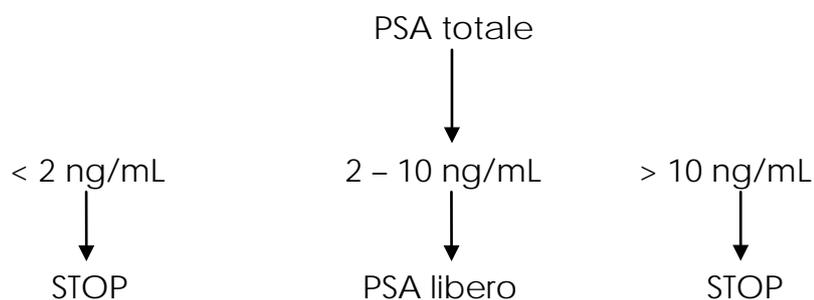
Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III). *J Clin Endocrinol Metab* 2002; 87: 489-99.

- NACB-ATA Guidelines. Laboratory Support for the Diagnosis and Monitoring of Thyroid Disease, 2002.
- UK Guidelines for the Use of Thyroid Function Tests (ACB-BTA-BTF), 2006.
- AACE Medical Guidelines for Clinical Practice for the Evaluation and treatment of Hyperthyroidism and Hypothyroidism. *Endocr Pract* 2002; 8: 457-69.
- AACE/AME Medical Guidelines for Clinical Practice for the Diagnosis and Management of Thyroid Nodules. *Endocr Pract* 2006; 12: 63-102.
- Stockigt J. Clinical Strategies in the Testing of Thyroid Function. *Thyroid Disease Manager*, 2001-2004.
- Feldkamp CS, Carey JL. An algorithmic approach to thyroid function testing in a managed care setting. 3-year experience. *Am J Clin Pathol* 1996; 105: 11-6.
- Bauer DC, Brown AN. Sensitive thyrotropin and free thyroxine testing in outpatients. Are both necessary? *Arch Intern Med* 1996; 156: 2333-7.
- Ladenson PW, Singer PA, Ain KB, et al. American Thyroid Association Guidelines for detection of thyroid dysfunction. *Arch Intern Med* 2000; 160: 1573-1575.

Allegato D alla DGR n. IX/2057 del 28.07.2011
(Regole 2011, III Provvedimento)

SCREENING PER ANTIGENE PROSTATICO SPECIFICO (PSA)

PSA-Riflesso



Il valore < 2 ng/mL è più basso del valore limite indicato in letteratura. È stato scelto in base ad un principio di precauzione onde evitare di non effettuare approfondimenti nei casi di valori border-line.

Riferimenti bibliografici

- ACS 2010. Wolf AM, et al. American Cancer Society Prostate Cancer Advisory Committee. American Cancer Society guideline for the early detection of prostate cancer: update 2010. CA Cancer J Clin. 2010; 60(2): 70-98.
- AIOM 2009. Linee guida Associazione Italiana di Oncologia Medica. Carcinoma della prostata. 2009.
- ESMO 2009. Horwich A. et al, ESMO Guidelines Working Group. Prostate cancer: ESMO Clinical recommendations for diagnosis, treatment and follow -up. Ann. Oncol. 2009; 20(S4): 76-8.
- NCCN 2009a. National Comprehensive Cancer Network (NCCN) Clinical Practice Guidelines in Oncology. Prostate Cancer Early Detection.
- NCCN 2009b. National Comprehensive Cancer Network (NCCN) Clinical Practice Guidelines in Oncology. Prostate Cancer.
- NICE 2008. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) clinical guideline. Prostate cancer: diagnosis and treatment. 2008.
- M. Gion e al - Guida all'uso clinico dei biomarcatori in oncologia - Biomedica, 2010.

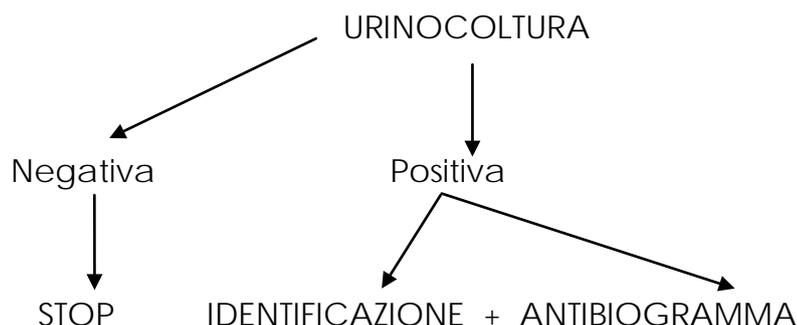
Allegato E alla DGR n. IX/2057 del 28.07.2011
(Regole 2011, III Provvedimento)

URINOCOLTURA

MODALITÀ DI EROGAZIONE

La nuova descrizione della prestazione 90.94.2 "ESAME COLTURALE DELL' URINA [URINOCOLTURA]; Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni. Incluso: conta batterica. **Incluso eventuale identificazione e antibiogramma**" implica che, in caso di isolamento in carica significativa di batteri uro patogeni, è obbligatorio eseguire l'identificazione e l'antibiogramma degli stipti isolati.

La modalità di erogazione deve, pertanto, essere conforme allo schema sotto riportato.



L'introduzione di un'unica tariffa pari a 15,30 €, sia in caso di urinocoltura negativa, sia in caso di positività, comporta una significativa riduzione dell'eventuale compartecipazione alla spesa sanitaria (ticket) per i pazienti la cui urinocoltura risulti positiva, pari a 16,65 € o a 21,75 € nel caso in cui il medico curante avesse richiesto un antibiogramma con metodica M.I.C., a fronte di una variazione pari a 5,45 € per i pazienti con risultato negativo.

INDICAZIONI ALLA RICHIESTA

IN PRESENZA DI SINTOMI

Le linee guida internazionali NON raccomandano l'urinocoltura per la diagnosi di cistite non complicata nella donna. La diagnosi si basa sui sintomi irritativi (disuria, stranguria, pollachiuria) e la terapia è empirica.

L'urinocoltura può trovare indicazione nelle forme ricorrenti, in caso di mancata risposta alla terapia, in presenza di segni e sintomi di pielonefrite (febbre, nausea, dolore lombare) e nelle forme complicate (prostatite epididimite).

In presenza di prurito e/o perdite vaginale o uretrali vanno considerate anche altre possibili diagnosi.

URINOCOLTURA	NON RACCOMANDATA	INDICATA
SITUAZIONE	Cistite non complicata nella donna	Forme ricorrenti
		Mancata risposta alla terapia
		Segni o sintomi di pielonefrite
		Forme complicate
TERAPIA	Empirica	Mirata

PER SCREENING

In gravidanza.

Razionale. Il trattamento delle batteriurie del primo trimestre riduce l'incidenza di complicanze; le donne con batteriuria hanno un maggior rischio di sviluppare pielonefrite (rischio 20-30 volte maggiore), di parto prematuro e di dare alla luce neonati di basso peso.

Quando effettuarlo. Le linee guida raccomandano l'esecuzione di urinocoltura in occasione della prima visita prenatale, anche in assenza di sintomatologia. L'eventuale presenza di batteri in carica elevata (uguale o superiore a 10^5 UFC/mL) deve essere riconfermata da una seconda urinocoltura.

In caso di conferma della positività la donna deve essere trattata con antibiotici e, secondo molte linee guida, l'urinocoltura deve essere ripetuta in occasione delle visite successive.

In caso di batteriuria da *Streptococcus agalactiae* la donna dovrebbe essere sottoposta a profilassi antibiotica al momento del parto.

Pre interventi urologici

Può essere utile effettuare l'urinocoltura prima di interventi urologici (resezione trans-uretrale della prostata) e sottoporre a terapia, prima dell'intervento, i soggetti con urinocoltura positiva.

Nel paziente diabetico

Razionale. Il trattamento non riduce le complicanze legate alla batteriuria.

Quando effettuarlo Il diabete NON deve quindi essere considerato motivo per effettuare lo screening o il trattamento della batteriuria asintomatica.

Pazienti cateterizzati

Nel soggetto portatore di catetere urinario asintomatico NON devono essere richieste urinocolture di routine. In particolare la presenza di batteriuria, anche accompagnata da piuria, non costituisce indicazione per la somministrazione di antibiotici; il cattivo odore o la torbidità delle urine non costituiscono un indicatore per richiedere l'urinocoltura o iniziare una terapia antibiotica. L'urinocoltura è invece indicata, e l'urina deve essere raccolta prima della somministrazione dell'antibiotico, quando compaiano sintomi quali febbre, alterazione dello stato mentale, malessere, sonnolenza, dolori al fianco, dolore pressorio all'angolo costo-vertebrale, ematuria o, nei pazienti con lesioni del midollo spinale, aumento della spasticità, iperreflessia, o senso di disagio

Altre condizioni

NON vi sono indicazioni all'effettuazione di urinocoltura per screening nelle seguenti condizioni:

donne in età fertile, non gravide, donne diabetiche, persone anziane che vivono in comunità o in istituti di ricovero, persone con lesioni midollari asintomatiche, dopo il trapianto di organi solidi.

URINOCOLTURA	NON RACCOMANDATA	INDICATA
SITUAZIONE	Donne in età fertile non	Gravidanza
	Pazienti cateterizzati	Pazienti cateterizzati con sintomi quali febbre, alterazione dello stato mentale, malessere, sonnolenza ecc
	Pazienti con lesioni midollari	Pazienti con lesioni midollari con sintomi quali febbre, alterazione dello stato mentale, malessere, sonnolenza, aumento della spasticità, iperreflessia ecc
	Diabete	Pre interventi urologici (resezione trans-uretrale della prostata)
	Anziani in comunità o istituti di ricovero	
Pazienti trapiantati di organi solidi		

INTERPRETAZIONE DEI RISULTATI

La coltura urinaria è sempre quantitativa. Si considera significativa una carica batterica uguale o superiore a 10^4 UFC/mL.

È fondamentale che i laboratori forniscano all'utenza dettagliate istruzioni scritte (possibilmente in più lingue a seconda del proprio bacino di utenza) sulle modalità di raccolta e conservazione delle urine.

Riferimenti bibliografici

- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Treatment of urinary tract infections in nonpregnant women. Washington (DC): American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG); 2008 Mar. 10 p. (ACOG practice bulletin; no. 91). [51 references].
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of suspected bacterial urinary tract infection in adults. A national clinical guideline. A national clinical guideline. Edinburgh (Scotland): Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN); 2006 Jul. 40 p. (SIGN publication; no. 88). [143 references].
- University of Michigan Health System. Urinary tract infection. Ann Arbor (MI): University of Michigan Health System; 2005 May. 9 p. [10 references].
- European Association of Urology Guidelines on Urological Infections, M. Grabe e al. 2010
- HICPAC. Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections. CV Gould e al. 2009.
<http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/CAUTI/CAUTIguideline2009final.pdf>.
- IDSA Guidelines (Infectious Diseases Society of America). Diagnosis, Prevention, and Treatment of Catheter-Associated Urinary Tract Infection in Adults: 2009 International Clinical Practice Guidelines from the Infectious Diseases Society of America. TM Hooton e al. Clinical Infectious Diseases 2010; 50:625–663.
- IDSA Guidelines (Infectious Diseases Society of America). Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Asymptomatic Bacteriuria in Adults. Clinical Infectious Diseases 2005; 40: 643–54
<http://cid.oxfordjournals.org/content/40/5/643.full.pdf+html>.
- Sistema nazionale per le linee guida (SNLG). Gravidanza fisiologica: linea guida 20. 2010. http://www.snlg-iss.it/cms/files/LG_Gravidanza.pdf.

Allegato 12

Indirizzi di programmazione socio sanitaria

1. INDIRIZZI GENERALI

1.1 Accreditamento

L'accREDITAMENTO istituzionale delle unità d'offerta consente l'erogazione di prestazioni per conto del servizio sociosanitario regionale. La remunerazione delle prestazioni attraverso tariffe regionali è invece subordinata alla messa a contratto della totalità o di parte dei posti accreditati.

Al fine di potenziare l'offerta e di garantire ai cittadini una maggiore libertà di scelta di servizi, si procede alla liberalizzazione dell'accREDITAMENTO, spostando il livello programmatico sulla contrattazione, anche attraverso l'utilizzo del budget.

Viene introdotta una modifica alla dgr 8496/08 relativamente alle unità d'offerta di proprietà di enti pubblici ed in particolar modo di enti locali, e cioè: "il soggetto titolare dell'accREDITAMENTO e, conseguentemente del contratto, va individuato nel comune o in altro ente pubblico titolare del servizio, a meno che l'affidamento non avvenga a favore di soggetti affidatari "in house" o di società pubbliche partecipazione pubblica o di altri soggetti strumentali dell'ente pubblico stesso. In caso di affidamento del servizio in appalto a terzi, l'ente pubblico mantiene la titolarità dell'accREDITAMENTO ed è esso stesso il soggetto titolare per la stipula del contratto con la ASL, regolando i propri rapporti di gestione con l'appaltatore per il tramite di specifici capitolati, volti ad assicurare la corretta gestione della unità d'offerta ed impedire eventuali interruzioni nella erogazione delle prestazioni".

In particolare si specifica che il "Comune può appaltare il servizio solo a seguito della stipula del contratto con la ASL, avendo cura di trasferire nel capitolato d'appalto le clausole contrattuali già sottoscritte con la ASL. Il capitolato d'appalto deve altresì risultare conforme alle regole regionali in materia di accREDITAMENTO, contrattazione e budget. In esito all'aggiudicazione l'appaltatore dovrà impegnarsi ad aderire alle clausole specifiche del contratto con la ASL, sottoscrivendole per adesione."

Le disposizioni di cui sopra entrano in vigore dal 1 gennaio 2011, fatta salva l'esecutività dei contratti in essere fino alla scadenza naturale dell'appalto.

Una nota della direzione Famiglia (04 marzo 2011) esplicita che la modifica della dgr 8496/08 non è riferita ai soggetti privati per i quali vi è coincidenza tra soggetto gestore e soggetto accreditato e pertanto a parziale eccezione della regola generale la dgr 937/2010 stabilisce che, "per le unità d'offerta di proprietà di Enti pubblici, il soggetto titolare dell'accREDITamento e, conseguentemente, dei contratti (base ed integrativo di budget) con la ASL, va individuato nel Comune o in altro ente pubblico titolare del servizio, a meno che l'affidamento non avvenga a favore di soggetti affidatari "in house" o di società pubbliche o a partecipazione pubblica o di altri soggetti strumentali dell'ente pubblico stesso".

In caso di affidamento del servizio in appalto a terzi, l'ente pubblico regola i propri rapporti di gestione con l'appaltatore tramite specifici capitolati, volti ad assicurare la corretta gestione della unità d'offerta e ad impedire eventuali interruzioni nella erogazione delle prestazioni.

E' altresì specificato che gli accREDITamenti, attualmente in capo agli appaltatori, potranno rimanere in capo agli stessi sino alla scadenza dei contratti di appalto in essere.

La distinzione tra soggetto accreditato/contrattualizzato e soggetto gestore, consentita solo per gli Enti pubblici, al fine di meglio salvaguardare gli interessi collettivi, comporta però una corresponsabilità nella gestione tra appaltante e appaltatore. Quest'ultimo dovrà assumere nei confronti dell'appaltante gli obblighi previsti nel contratto sottoscritto o da sottoscrivere con la ASL.

In caso di appalto, anche le relazioni economiche (acconti, saldi) avvengono direttamente tra ASL e soggetto pubblico accreditato e contrattualizzato.

Si ribadisce che le disposizioni sopra riportate non valgono per la gestione affidata "in house, attraverso società pubbliche, a partecipazione pubblica o ad altri enti strumentali dell'Ente pubblico stesso. In questi casi, l'accREDITamento sarà direttamente in capo a tali soggetti pubblici affidatari della gestione.

Con riguardo alle disposizioni contenute nella suddetta dgr n. 937/2010, e tenuto conto che le scadenze non sempre sono coincidenti, si forniscono i seguenti chiarimenti in relazione alle diverse tipologie possibili

- **Casistica 1** — il Comune gestisce direttamente — La gestione diretta di un'unità d'offerta da parte di un Ente pubblico deve comportare una netta distinzione organizzativa e gestionale rispetto all'attività istituzionale (es. contabilità analitica).
- **Casistica 2** — l'ente pubblico ha già appaltato il servizio a terzi e l'accREDITamento è in capo all'appaltatore - Il gestore perde il diritto

all'accreditamento con la scadenza del contratto di appalto; è tuttavia tenuto a garantire la continuità del servizio fino al compimento della procedura per il nuovo appalto. L'unità d'offerta non può rientrare tra quelle eventualmente gestite, a titolo di Ente Unico, da parte dell'appaltatore, con impossibilità, quindi, di trasferimento totale o parziale di attività presso altre unità d'offerta.

L'accreditamento dovrà essere in capo all'Ente pubblico, che è il soggetto titolato a sottoscrivere altresì i contratti con la ASL territorialmente competente. Pertanto, espletate tutte le operazioni che consentono all'ente pubblico di dimostrare il possesso dei requisiti, occorrerà effettuare la voltura, da parte del precedente gestore, nei confronti dell'ente pubblico.

- **Casistica 3** — il Comune decide di appaltare per la prima volta una unità d'offerta già accreditata e contrattualizzata o una di nuova realizzazione - il Comune avrà cura di specificare nel capitolato d'appalto i requisiti necessari all'acquisizione o mantenimento dell'accreditamento. Resta inteso che responsabilità ed obblighi relativi ad accreditamento e contratto restano in capo al Comune.

In merito alla stipula dei contratti si dispone altresì: "Tutti i contratti e gli atti tra privati che hanno ad oggetto trasferimenti di unità d'offerta o, comunque, il subentro di un altro gestore nella titolarità e/o nella gestione dell'unità d'offerta, quali, a titolo esemplificativo, cessione o affitto dell'unità d'offerta, scorporo, scissione o fusione per incorporazione o mediante costituzione di altro soggetto, ad eccezione della sole modificazioni della persona del legale rappresentante dell'ente gestore o della trasformazione di società, non possono essere stipulati se l'Ente gestore e/o la controparte degli atti predetti non abbiano preventivamente richiesto, almeno 60 giorni prima della stipula degli atti predetti, all'ASL competenza e alla Direzione Generale Famiglia Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociali della Regione Lombardia, il trasferimento dell'abilitazione all'esercizio e dell'accreditamento.

(Fonte: DGR n. IX/937 del 01.12.2010, Regole 2010 - Allegato 13)

Per quanto riguarda lo schema tipo di contratto si rimanda alla dgr 2633/2011

1.2. Attività di controllo in abito socio-sanitario

Nel programma Regionale di Sviluppo le attività di vigilanza e controllo svolte dalle ASL rappresentano un'attività strategica nella tutela della qualità dei servizi erogati.

Le attività di vigilanza sono richiamate con la dgr 8496/2008 nelle loro linee essenziali e con riferimento alla normativa già esistente relativa alla vigilanza routinaria e ai controlli di appropriatezza.

Si ribadisce l'importanza che tali attività vengano svolte in piena aderenza a quanto stabilito dalle norme specifiche per ciascuna unità d'offerta e conformemente al codice etico aziendale per le implicazioni legali correlate allo svolgimento delle funzioni di vigilanza e controllo.

Ne deriva che la stesura dei Piani di Controllo integrati aziendali elaborati dalle ASL risponda a precisi criteri di contestualizzazione, programmazione e completezza. Al fine di rendere omogenea la stesura del documento vengono indicati gli elementi essenziali di riferimento:

- Descrizione e contestualizzazione della realtà territoriale;
- Descrizione quantitativa delle attività svolte negli anni suddivise tra attività di vigilanza e di controllo di appropriatezza per le unità d'offerta socio sanitarie e sociali;
- sintesi dei provvedimenti (n. rettifiche classi di fragilità, n. prescrizioni, n. diffide, ecc) adottati nel corso dell'anno, suddivise per strutture coinvolte;
- Descrizione delle criticità emerse nello svolgimento delle attività relative alle unità d'offerta e proposte di miglioramento
- Descrizione della programmazione delle attività per l'anno di riferimento e proposte di miglioramento.

Una copia del Piano integrato dei Controlli deve essere inoltrata mezzo informatico alla Direzione generale Famiglia all'indirizzo: famiglia_acccreditamento@regione.lombardia.it

(Fonte: DGR n. IX/937 del 01.12.2010, Regole 2010 - Allegato 12)

1.3.Semplificazione

Richiamando "L'efficienza, la semplificazione e l'innovazione (mediante anche i processi di digitalizzazione) della pubblica amministrazione hanno caratterizzato l'azione della regione Lombardia in questi 15 anni", e pertanto le aziende sanitarie, quali enti del sistema regionale, devono improntare la loro attività ai principi che regolano l'azione amministrativa della regione, costituendo essi stessi lo strumento per la loro affermazione e concreta realizzazione.

Sulla base di questa premessa dal 2011 si individuano a carico delle ASL le seguenti azioni:

a) Digitalizzazione dei rapporti tra ASL ed erogatore privato a contratto con estensione: dell'impiego della posta elettronica certificata, della firma digitale, della possibilità di interrogare la p.a. sullo stato delle pratiche. Contestualmente, capacità del soggetto erogatore di assicurare con le persone assistite e le loro famiglie, o comunque di prevedere, sistemi di comunicazione che, rispettosi delle regole sulla privacy, comportino il minor dispendio di tempo e un'efficace comunicazione.

b) Previsione di sistemi in grado di rendere trasparenti i fattori che concorrono a determinare il costo dei servizi e delle prestazioni sociosanitarie, le modalità di accesso alle unità d'offerta e la composizione delle rette, anche mediante la presentazione di un apposito progetto presso tutti i soggetti accreditati.

c) Sempre riguardo alle disposizioni previste dalla l. r. 30/06, è fatto obbligo a tutte le ASL di tenere costantemente informata la DG Famiglia in ordine al contenzioso che dovesse essere instaurato in materia di rette di ricovero in unità d'offerta sociosanitarie e in ogni altra materia che possa comportare rischi per il sistema regionale, sia in termini di maggiori costi sia in termini di alterazione delle vigenti regole. Le segnalazioni dovranno pervenire agli uffici della Direzione in tempo utile per una valutazione congiunta della controversia ai fini di un eventuale intervento in giudizio della regione.

f) Nell'ambito della semplificazione organizzativa, tutte le funzioni e attività dell'ASL appartenenti al sistema sociosanitario e sociale vanno ricondotte alla direzione sociale, al dipartimento ASSI e al dipartimento delle Dipendenze, non potendosi più ammettere dipendenze funzionali o gerarchiche delle strutture operative in questione da altri dipartimenti o direzioni aziendali con la sola esclusione delle funzioni di vigilanza e controllo. Vanno inoltre soppresse, nello spirito della semplificazione organica di cui al d.lgs. 150/09, strutture soprattutto di tipo dirigenziale adibite a compiti propri della direzione sociale e dei relativi dipartimenti. In ogni caso va data assoluta priorità al personale dirigenziale interno, evitando di ricorrere a rapporti di lavoro dirigenziale a tempo determinato o flessibile. Per il personale precario, andranno realizzati processi di stabilizzazione secondo gli indirizzi che saranno dettati dalla regione Lombardia.

(Fonte: DGR n. IX/937 del 01.12.2010, Regole 2010 - Allegato 16)

1.4. Il Terzo Settore

Con le dgr 30 luglio 2008 n.7797 e n.7798 sono stati costituiti i tavoli regionali di consultazione dei soggetti del terzo settore, degli enti locali, delle organizzazioni sindacali, degli enti erogatori e sono stati forniti gli indirizzi operativi per la costituzione e l'organizzazione dei tavoli locali.

La partecipazione dei soggetti del terzo settore, degli enti locali e degli altri soggetti interessati ai processi che informano la programmazione regionale e locale non costituisce un mero adempimento formale, ma un'occasione di arricchimento e di rafforzamento dell'azione della pubblica amministrazione, in quanto si è consapevoli che più un processo è condiviso più questo ha possibilità di tradursi in atti e comportamenti in grado effettivamente di produrre un cambiamento.

La partecipazione, secondo le previsioni del PRS, non può limitarsi alla semplice comunicazione delle iniziative in programma, ma nella capacità di raccogliere e tradurre le domande dei singoli cittadini, delle loro associazioni o rappresentanze. L'obiettivo è di passare dal rapporto con il cittadino-cliente al coinvolgimento del cittadino come co-protagonista, insieme all'istituzione, di un cambiamento nel modo di gestire la cosa pubblica.

In particolare, il rapporto con i soggetti del terzo settore non potrà limitarsi a forme di partenariato o di affidamento dell'erogazione di servizi, ma di forte collaborazione nella fase della programmazione o della progettazione della rete delle unità d'offerta.

E' sotto questo profilo che i tavoli di consultazione devono trasformarsi in tavoli di programmazione e progettazione informata e condivisa.

Allo stesso modo va riesaminato il rapporto tra Asl e Enti Locali.

La legge regionale n.3/08 ha completamente rivisto questo livello della sussidiarietà verticale rafforzando il ruolo dei comuni sia nella programmazione delle politiche sociali locali sia nel concorso alla progettazione della rete locale socio-sanitaria.

Basti pensare che l'articolo 14 comma 1 lett.a) della LR stabilisce che la programmazione locale delle unità d'offerta socio-sanitarie avvenga in armonia con le linee di indirizzo formulate dai comuni attraverso la conferenza dei sindaci. D'altro canto, lo stesso articolo prevede l'obbligo delle Asl di collaborare con i comuni nella programmazione della rete locale delle unità d'offerta sociali.

Il riconoscimento di un ruolo attivo ai comuni nell'ambito della rete sociosanitaria ha portato il legislatore regionale a prevedere anche un apposito ufficio a servizio della conferenza dei sindaci e delle assemblee di distretto.

Occorre pertanto definire l'attuale livello di applicazione delle disposizioni normative, individuando le seguenti azioni a carico delle ASL:

- a) Monitoraggio dello stato di organizzazione e funzionamento dei tavoli locali;
- b) Revisione o nuova approvazione di regolamenti per il funzionamento dei tavoli, che assumeranno la denominazione di tavoli di partecipazione dei soggetti del terzo settore e degli erogatori accreditati, la cui approvazione avverrà con atto del direttore generale sua proposta del direttore sociale che può essere delegato ad assumere la presidenza dei tavoli;
- e) Effettiva costituzione dell'ufficio di supporto alla conferenza dei sindaci e all'assemblea di distretto, senza oneri aggiuntivi per l'ASL, e sua organizzazione ad opera del direttore sociale, in conformità a una preventiva deliberazione del consiglio di rappresentanza: l'ufficio dipende funzionalmente dal solo presidente della conferenza dei sindaci ed è composto almeno da una figura della carriera direttiva esperta in materia amministrativa o sociosanitaria e da personale di supporto. Il responsabile dell'ufficio partecipa alle assemblee di distretto e alla conferenza dei sindaci con funzioni di assistenza tecnico- giuridica al presidente. L'ufficio ha accesso a tutti gli atti utili per il corretto funzionamento degli organismi in questione.

1.5. Le collaborazioni con il terzo settore

Il PRS individua tra i capisaldi del modello ispirato alla sussidiarietà il rafforzamento del terzo settore secondo un'evoluzione che superi il ruolo di mero erogatore di servizi.

Da anni è in atto una mutazione delle forme organizzative delle pubbliche amministrazioni a qualsiasi livello, da quello centrale a quello locale: amministrazione di risultati, partnership pubblico-privati, amministrazione per accordi, sono solo alcune delle parole chiave di questo processo.

In tale contesto, i servizi alla persona occupano certamente un ambito di rilevante interesse per le amministrazioni locali, tenuto conto della mutata composizione sociale della nostra società e di una richiesta sempre maggiore, sia per quantità che per qualità dei tradizionali servizi di welfare.

I cambiamenti in corso suggeriscono, a tutti i livelli di governo e segnatamente a quelli titolari delle relative funzioni amministrative, di innovare e sperimentare recependo il patrimonio di esperienza che è presente e attivo sul proprio territorio e valorizzando le reti del privato sociale che si vanno strutturando.

E' urgente quindi ripensare agli strumenti di raccordo tra terzo settore e pubblica amministrazione nell'attuazione delle politiche sociali tenendo conto della specificità di tali servizi; occorre in altri termini, innanzitutto, rinsaldare quell'alleanza strategica con il privato sociale cosicché amministrazioni pubbliche e terzo settore concorrano responsabilmente, ciascuno secondo i propri compiti e funzioni, e preservando le proprie specificità nell'attuazione delle politiche per il bene comune.

Le linee guida regionali e i relativi provvedimenti attuativi hanno come obiettivo la valorizzazione del terzo settore, nell'ambito della gestione, della sperimentazione e della promozione dei servizi alla persona, a maggior ragione quando ciò avvenga attraverso forme di regolazione delle reti locali composte da attori diversi (enti locali, aziende sanitarie, terzo settore, ma anche soggetti for profit).

Sotto questo profilo, oltre a quanto già affermato in tema di partecipazione alla programmazione, si individuano le seguenti azioni a carico delle ASL:

- 1, Approvazione di un protocollo operativo di applicazione delle linee guida regionali;
2. Predisposizione di un programma di attività che consenta di individuare tutti gli ambiti di collaborazione con i soggetti del terzo settore, prevedendo comunque sempre percorsi condivisi di decisione;
3. Avvio di collaborazioni con il terzo settore in relazione ai compiti dell'UPT, dell'ufficio di protezione giuridica e, in generale, in tutti gli ambiti in cui trovi espressione una funzione di supporto o di consulenza alle persone e alla famiglia.

(Fonte: DGR n. IX/937 del 01.12.2010, Regole 2010 - Allegato 16)

1.6 La Direzione Sociale

L'esperienza maturata in questi anni impone una riflessione organica e strutturata sull'assetto organizzativo, sul ruolo, sulle competenze rivestite dal Direttore Sociale e dai Dipartimenti ASSI e Dipendenze, sulle relazioni di coordinamento e integrazione con gli altri livelli di competenza e di organizzazione che nel SSR si

occupano di governo dei servizi sociali e di coordinamento del territorio nell'area socio-sanitaria e sociale.

La Direzione Sociale ed i Dipartimenti ad essa afferenti sono oggi un punto di riferimento fondamentale per l'indirizzo del sistema socio-sanitario e per la sua integrazione con il sistema sociale, e devono fungere sempre più da integratori della domanda di welfare, secondo matrici di responsabilità, espressa dal cittadino, coordinando più il bisogno che nasce dalla domanda che le criticità poste dall'offerta.

In particolare il PRS nel capitolo riguardante l'innovazione della rete dei servizi stabilisce che siano dettate nuove direttive alle ASL, finalizzate a rispondere in efficacia e appropriatezza al bisogno della persona, della famiglia e della comunità.

Al fine di consentire il raggiungimento degli obiettivi le Direzioni Generali delle ASL dovranno:

- assegnare alla Direzione Sociale adeguate risorse finanziarie, umane ed organizzative,
- procedere alla revisione dei Piani di Organizzazione Aziendale delle ASL, riorganizzando la Direzione Sociale, con l'obiettivo di rispondere in modo efficiente, appropriato, efficace ed integrato ai bisogni delle persone e delle famiglie;

In tale ottica le ASL, fermo restando le competenze del Direttore Generale dell'Azienda nel processo di revisione organizzativa dovranno adeguarsi ai seguenti criteri:

a. riconduzione all'interno della Direzione Sociale delle articolazioni organizzative afferenti alla:

- programmazione, progettazione, realizzazione della rete socio-sanitaria,
- programmazione delle unità d'offerta sociali;
- negoziazione e contrattualizzazione delle unità d'offerta socio-sanitarie;

b. focalizzazione dell'organizzazione della direzione sociale alla relazione con il territorio

e. semplificazione e trasparenza del percorso di accesso alla rete dei servizi da parte delle persone, della famiglia e della comunità;

d. integrazione degli interventi delle reti socio-sanitaria e sociale;

e. coordinamento degli interventi in materia di conciliazione, famiglia e lavoro in raccordo con la programmazione territoriale

Gli atti concernenti la programmazione sociosanitaria e sociale sono assunti dal Direttore

Generale, su proposta del Direttore Sociale.

La Direzione Generale Famiglia, conciliazione, integrazione e solidarietà sociale promuove e

garantisce il coordinamento dell'attività dei Direttori Sociali delle ASL.

(Fonte: DGR n. IX/937 del 01.12.2010, Regole 2010 - Allegato 16)

1.7 Conclusione delle gestioni dirette di RSA, RSD, CDI e CDD

La riforma del sistema sanitario lombardo è stata caratterizzata dalla netta separazione dei compiti di produzione dei servizi e di erogazione delle prestazioni socio sanitarie dai compiti di programmazione, accreditamento e vigilanza.

Il principio, sia con la stessa l.r. 33/2009 e con la l.r. 3/08, ha trovato espressione e concreta applicazione anche nel settore sociosanitario.

Ciò nonostante, in alcune situazioni locali, le ASL continuano a gestire direttamente unità d'offerta sociosanitarie soggette ad accreditamento.

La previsione per l'anno 2011 mira al superamento di questo sistema, mediante un processo di esternalizzazione, che dovrà essere adeguatamente monitorato a livello regionale e soggetto a precisi programmi e progetti di intervento ad opera delle ASL.

Tenuto conto che alcune di queste tipologie di unità d'offerta hanno conosciuto negli anni passati un processo di trasformazione che ha portato alla loro attuale qualificazione, pur provenendo da una originaria delega di funzioni sociali dei comuni alle ASL, si ritiene che per queste, in primo luogo, occorrerà prevedere la loro restituzione ai comuni di provenienza oppure ai soggetti pubblici a cui i comuni dell'ambito hanno affidato la gestione di unità d'offerta sociali.

In questi casi, il trasferimento (vera e propria cessione dell'unità d'offerta con relativo patrimonio immobiliare e mobiliare, finanziamenti concessi e personale dedicato) potrà avvenire solo se richiesto dai comuni previa adeguata istruttoria da condurre a cura dell'ASL nell'ambito di specifiche conferenze di servizi. Il

parere del Consiglio di rappresentanza dei sindaci e della assemblea di distretto interessata sono vincolanti. Sarà cura dell'ASL gestire i necessari rapporti con le organizzazioni sindacali.

Nelle altre situazioni e comunque in caso in cui i comuni non intendessero esercitare l'opzione loro riconosciuta, la cessione delle unità d'offerta potrà avvenire mediante il ricorso a collaborazioni con il terzo settore, comunque facendo ricorso a forme di selezione pubblica, oppure mediante affidamento del servizio ad ASP esistenti, mediante la richiesta alla regione di costituzione di nuove ASP, ed infine, mediante la costituzione di fondazioni ai sensi di quanto previsto dall'art.6 comma 3° della LR 33/09 (TU leggi sanitarie lombarde).

(Fonte: DGR n. IX/937 del 01.12.2010, Regole 2010 - Allegato 16)

2. INTERVENTI SOCIOSANITARI

2.1. Area dei consultori

Come previsto dal PRS la famiglia è posta al centro delle politiche regionali attraverso azioni che sostengano il suo ruolo attivo nella costruzione del percorso di vita. Tutto ciò potrà trovare realizzazione attraverso un sistema territoriale a rete che, essendo vicino alla famiglia nella globalità dei suoi bisogni, possa raccogliergli le richieste e i bisogni offrendo soluzioni in tempo reale.

I consultori familiari pubblici e privati accreditati costituiscono il nodo fondamentale della complessiva rete di servizi ed interventi a favore della famiglia nel suo ruolo generativo e di cura. È necessario pertanto prevedere un rinnovamento della *mission* dei consultori, affinché diventino veri centri per la famiglia in grado di assicurare la presa in carico globale di tutte le problematiche che attengono le famiglie in senso lato.

Al fine di realizzare quanto citato, è necessaria una profonda revisione delle competenze, delle funzioni e del modello organizzativo dei consultori, anche attraverso la creazione ed il consolidamento di una nuova rete di relazioni con Enti locali, Aziende Ospedaliere (AO), Tribunali per i minorenni, Organismi del Terzo Settore, Reti familiari e Centri di Aiuto alla Vita (CAV), formalizzate con protocolli operativi di collaborazione, che consenta di superare la parzialità e frammentarietà delle azioni ad oggi fornite, assicurando oltre alle prestazioni già erogate:

- ascolto, orientamento, supporto e sostegno psicopedagogico alle famiglie nell'assolvimento dei propri compiti educativi sia di carattere sociale che socio sanitario;
- presa in carico delle problematiche delle famiglie con figli minori con particolare riferimento alla loro tutela, in collaborazione con gli enti preposti;
- valutazione, accompagnamento e preparazione delle famiglie all'affidamento e all'adozione;
- prevenzione, valutazione psicodiagnostica e presa in carico dei minori vittime di violenza, maltrattamenti e abusi in ordine agli interventi sanitari e socio sanitari;
- prevenzione delle interruzioni volontarie di gravidanza e sostegno alla nascita ed al puerperio, in collaborazione con i CAV, le AO e gli Enti locali ed il Terzo Settore.

(Fonte: DGR n. IX/937 del 01.12.2010, Regole 2010 - Allegato 17)

2.2 Area della non autosufficienza

Attualmente in Lombardia vi sono più di 900.000 ultrasessantacinquenni e la previsione, per i prossimi anni, è di un incremento annuo di circa 28.000 persone. Non solo gli anziani sono in aumento, ma è anche notevolmente cambiata la loro condizione di vita. L'incremento, nelle fasce più anziane della popolazione, della non autosufficienza pone in rilievo un'articolazione dei bisogni cui consegue la necessità di ripensare le politiche del welfare socio sanitario in un'ottica anche di ricollocazione appropriata delle risorse. L'attenzione deve essere posta anche alla continuità delle cure e dell'assistenza nelle diverse condizioni di fragilità. Tutto ciò porta inevitabilmente ad una riqualificazione complessiva dell'area socio sanitaria che si occupa di lungoassistenza, prevedendo interventi che diano una maggior appropriatezza all'offerta attraverso l'integrazione delle risorse economiche e professionali a livello territoriale e attraverso il coinvolgimento del Terzo Settore. In tal senso appare opportuno individuare strumenti omogenei per la definizione di non autosufficienza sulla base dei quali stabilire in modo oggettivo le risorse adeguate da impiegare.

Occorre perciò valorizzare:

- la centralità del territorio nella valutazione, nell'assistenza della non autosufficienza e delle patologie cronico degenerative globalmente intese,
- tenere sempre al centro la persona, la famiglia e la qualità dell'assistenza erogata
- offrire una modalità nuova di accoglienza e ascolto per intercettare e "agganciare" anche le situazioni più fragili che si nascondono dietro bisogni a volte non espressi.

Il modo più appropriato di risposta a bisogni articolati si concretizza in una nuova capacità di risposte flessibili attraverso la realizzazione di percorsi assistenziali che garantiscano la continuità degli interventi. Percorsi in grado di garantire, oltre che assistenza, continua, anche ascolto, orientamento e accompagnamento, elementi propri del "prendersi cura", che stanno alla base di ogni risposta efficace ed efficiente nei confronti delle istanze della persona non autosufficiente e della sua famiglia.

(Fonte: DGR n. IX/937 del 01.12.2010, Regole 2010 - Allegato 17)

2.3. Area della disabilità

Da ricerche recenti emerge che le persone con disabilità e le loro famiglie, a fronte di un giudizio complessivamente positivo sui servizi esistenti e sulle competenze degli operatori delle diverse unità d'offerta, chiedono di essere meglio ascoltate, informate, orientate e aiuta nelle scelte che riguardano il proprio percorso di vita sin dal momento della diagnosi. Viene altresì evidenziata, sul territorio regionale, una carenza di integrazione tra le istituzioni e servizi con conseguente frammentazione degli interventi resi dai diversi soggetti, istituzionali e non, della rete. Spesso la persona e la sua famiglia sono lasciate sole con il compito di integrare questa carenza e ricercare risposte. Occorre quindi rimettere al centro la persona e i suoi bisogni.

Se si sposta, infatti, l'attenzione sulla persona, e non sull'offerta di servizi, si capisce subito che non basta garantire singoli interventi di qualità, ma che bisogna ascoltarla ed affiancarla lungo tutto il percorso, soprattutto se l'obiettivo è di renderla più consapevolmente e responsabilmente partecipe non solo del processo di assistenza, ma anche di quello di vita. L'approccio alla disabilità deve sempre più integrare aspetti specificatamente sanitari all'interno di una visione più ampia che abbraccia anche le componenti sociali.

Questa impostazione è fondata sul principio che una disabilità non è un attributo intrinseco della persona, ma piuttosto, il risultato di una complessa interazione tra lo stato di salute, le attività e le relazioni, prodotta dal contesto ambientale e sociale in cui la persona vive. Occorre promuovere e sviluppare un modello sinergico che tenga conto degli interessi, delle richieste e delle necessità della persona con disabilità, che privilegi il suo mantenimento nel contesto di vita a tutela della continuità assistenziale. La rete integrata di interventi servizi, opportunità deve avere caratteristiche di flessibilità, funzionale ed organizzativa, adeguate alle diverse esigenze delle famiglie e dei disabili per una efficace realizzazione del "prendersi cura".

La Direzione Generale Famiglia Conciliazione, Integrazione e Solidarietà sociale ha promosso la stesura del 'Piano d'Azione Regionale in favore delle persone con disabilità" (dgr 983/2010) che affronta in maniera trasversale e integrata il tema della persona con disabilità e della sua famiglia. In questo contesto sarà chiarito il disegno organico di connessione funzionale tra i diversi attori del sistema, individuando ruoli e responsabilità specifiche.

(Fonte: DGR n. IX/937 del 01.12.2010, Regole 2010 - Allegato 17)

2.4. Area delle Dipendenze

Il fenomeno del consumo e dell'abuso di droga presenta oggi a tutti i livelli elementi di complessità e di novità che si collocano all'interno del continuo e rapido mutamento dello scenario socio-culturale e delle condizioni di vita.

Il fenomeno dei consumi di sostanze, nella sua necessaria differenziazione tra uso, abuso e dipendenza, chiede quindi di superare le logiche tradizionali che hanno sin qui accompagnato lo sviluppo dei servizi introducendo, in particolare per i giovani consumatori, modelli di contrasto più aderenti ai nuovi bisogni.

Occorre pertanto, per la tutela della salute, costruire un approccio che consideri i soggetti in costante interazione con il proprio ambiente di vita e che permetta di promuovere cambiamenti significativi rispetto ai fattori di rischio e di disagio, potenziando e sviluppando le risorse esistenti nei contesti e negli individui.

L'azione preventiva, realizzata secondo modelli riconosciuti e validati a livello internazionale, deve dunque essere estesa, in un'ottica sistemica, a tutti gli ambiti e i contesti di vita, quali per esempio la famiglia, il territorio, le comunità, le scuole, i luoghi di lavoro, le aggregazioni informali, i luoghi del divertimento, ecc. Ciò consente di sviluppare una strategia complessiva di intervento verso comportamenti e stili di vita individuali e collettivi e di promuovere azioni di contrasto al diffondersi di atteggiamenti "di tolleranza" verso l'uso di droghe, legali e illegali, a favore di una maggiore responsabilità, delle persone e delle comunità, nella tutela della propria salute.

Occorre, quindi, stabilizzare e migliorare l'offerta preventiva in ogni ordine e grado scolastico adottando e diffondendo standard di qualità per gli interventi.

(Fonte: DGR n. IX/937 del 01.12.2010, Regole 2010 - Allegato 17)

Linee di indirizzo sull'organizzazione e sulle funzioni del Dipartimento delle Dipendenze

Il Dipartimento delle Dipendenze è un Dipartimento gestionale della Direzione Sociale dell'ASL.

Ad esso sono assegnate, secondo quanto previsto dalla normativa di riferimento, funzioni di programmazione ed indirizzo tecnico-scientifico e tecnico-professionale, di definizione di protocolli diagnostico-terapeutici, di linee guida in attuazione degli indirizzi regionali e di sistemi di valutazione e monitoraggio delle attività erogate, di gestione diretta della specifica area erogativa (Servizi Territoriali delle Dipendenze/SerT), dell'insieme del personale (Servizi Territoriali delle Dipendenze/SerT e Dipartimento delle Dipendenze), di responsabilità del budget

assegnato per l'esercizio dell'attività erogativa a gestione diretta ASL e per l'esercizio delle funzioni assegnate al Dipartimento.

Il Dipartimento tutela l'interesse di salute individuale e sociale. Garantisce l'accessibilità ad una offerta appropriata, regola e programma, anche prospetticamente, l'azione territoriale di livello preventivo, terapeutico e riabilitativo. A tal fine predispone annualmente il documento di programmazione degli interventi nell'area delle dipendenze. Detto documento, nel rispetto delle linee strategico programmatiche stabilite dalla Regione, una volta approvato dalla Direzione Sociale dell'ASL, costituisce elemento tecnico fondamentale per la pianificazione territoriale degli interventi e la conseguente allocazione delle risorse; costituisce inoltre parte integrante del documento di programmazione annuale della Direzione Strategica dell'ASL.

(Fonte: DGR n. VIII/10804 del 16.12.2009, Regole 2010 - Allegato 17)

2.5 Riqualificazione e flessibilità della rete degli interventi socio sanitari

Come sopra descritto, le persone non autosufficienti in età anziana e quelle con disabilità lazo di una "presa in carico" globale che deve diventare il fulcro delle politiche e degli interventi. Essa non può essere ridotta a una sommatoria di prestazioni, ma deve trasformarsi in un percorso capace di creare un circolo virtuoso che parta dall'ascolto della domanda e che offra unitarietà e continuità nella risposta, eliminando l'attuale frammentazione del sistema dei servizi.

In particolare per quanto concerne la riqualificazione della rete degli interventi e servizi sociosanitari si opererà per:

- procedere allo sviluppo di interventi alla persona che siano a tutela della continuità assistenziale;
- sviluppare e qualificare, pur in presenza di una significativa rete territoriale di assistenza domiciliare socio sanitaria e sociale (che ad oggi costituisce un punto di riferimento sicuro per il cittadino) la rete dell'assistenza domiciliare sinergica, globalmente intesa, nell'intento di rispondere anche ai bisogni complessi ed articolati in tutte le fasi di intensità assistenziale, realizzando una presa in carico integrata e continuativa;
- rimodulare la risposta residenziale socio sanitaria nella fase di lungoassistenza attraverso la diversificazione dei livelli di assistenza sulla base di:
 - bisogni ad elevata complessità assistenziale (Stati vegetativi, SLA, stati di minima coscienza, gravi disabilità);

- bisogni correlati alla continuità assistenziale territoriale a medio-bassa complessità a valenza socio sanitaria e sociale;
- bisogni correlati ad una "fragilità" prevalentemente sociale;
- promuovere sperimentazioni di flessibilità dei servizi diurni a sostegno della famiglia e dell' inclusione sociale in risposta a bisogni di persone con problemi di disabilità, di dipendenza o comunque in condizione di fragilità.

(Fonte: DGR n. IX/937 del 01.12.2010, Regole 2010 - Allegato 17)

2.6 Assistenza Domiciliare Integrata

L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) costituisce senza dubbio un intervento rilevante e fondamentale per il benessere delle persone, consentendo la permanenza a casa, evitando il ricovero improprio in strutture sanitarie o socio sanitarie di lungoassistenza.

Contestualmente, essa è centrata sull'attenzione alla famiglia e alla tutela della vita in tutte le sue fasi, con priorità ad interventi di supporto in situazioni di specifica difficoltà.

Caratteristica dell'ADI è l'erogazione di prestazioni socio sanitarie, che coinvolgono e integrano l'area medica, infermieristica, riabilitativa, di aiuto infermieristico/assistenza tutelare, volta a garantire la continuità degli interventi ospedalieri specialistici e territoriali, socio sanitari e sociali, alla prevenzione/limitazione del declino funzionale, al miglioramento della qualità della vita quotidiana.

Obiettivi prioritari da conseguire sono:

- la riforma del sistema di erogazione dell'ADI;
- lo sviluppo di nuovi modelli di assistenza integrata a domicilio che prevedano il consolidamento e potenziamento dei livelli di erogazione delle attività attraverso una qualificazione degli interventi professionali a domicilio in termini di:
 - qualità delle prestazioni (formazione del personale che opera a domicilio con particolare riguardo alla gestione dei pazienti complessi);
 - quantità delle prestazioni potenzialmente erogabili per livelli di complessità dei bisogni (fornire tutti gli interventi necessari a supporto della presa in carico globale per tutto il tempo necessario);

- l'ulteriore sviluppo e qualificazione nel settore dell'assistenza alle persone in fase di terminalità oncologica e non oncologica;
- lo sviluppo e la qualificazione della presa in carico dei bisogni complessi (Stati vegetativi e di minima coscienza, SLA e malattie del motoneurone, malattie neurologiche degenerative, in particolare le demenze);
- interventi ad intensità assistenziale post acuta, anche di tipo riabilitativo, al fine di facilitare le dimissioni ospedaliere precoci e limitare il ricorso ai ricoveri impropri in particolare di pazienti anziani non autosufficienti, disabili adulti e minori;
- il miglioramento della qualità attraverso una più forte sinergia con gli interventi e i servizi socio sanitari e sociali territoriali, erogati dai Comuni o dal Terzo Settore.

(Fonte: DGR n. IX/937 del 01.12.2010, Regole 2010 - Allegato 16)