

Allegato 2

Il quadro del sistema per l'anno 2011

In data 3 dicembre 2009 è stato siglato tra Stato e Regioni il “Nuovo Patto per la Salute per gli anni 2010 – 2012”. Tale documento riafferma il principio di una programmazione economico/finanziaria della spesa sanitaria coerente con il raggiungimento degli obiettivi di finanza pubblica.

In relazione ai contenuti del Patto sottoscritto le risorse disponibili per l'anno 2011, a normativa vigente, a livello nazionale sono stimabili in circa 107,1 miliardi di euro e le regole per l'accesso alle risorse stesse sono confermate in quelle contenute nell'Intesa del 23 marzo 2005 e s.m.i.. Tale stima tiene conto di quanto disposto dalla L. 122/2010, in attesa degli ulteriori provvedimenti normativi in materia e dei provvedimenti in materia di federalismo fiscale in corso di emanazione ai sensi di quanto previsto dalla L. n. 42/2009.

Lo scenario economico finanziario di riferimento allo stato attuale è tuttavia ancora in corso di definizione per la completa attuazione di quanto previsto dal citato Patto per la Salute.

In tale contesto anche il contenuto del presente provvedimento potrà essere oggetto di integrazioni in relazione all'approvazione delle norme nazionali di attuazione del patto in corso di sottoscrizione.

Come sopra ricordato l'accesso a tali risorse da parte della Regione Lombardia, come delle altre Regioni, è condizionato al rispetto perentorio di molteplici adempimenti definiti nella normativa vigente. In particolare il disposto della legge n. 311/2004, alla luce di quanto previsto dal Patto per la Salute del 28 settembre 2006, prevede che in caso di mancato adempimento da parte delle Regioni degli obblighi previsti è precluso l'accesso alla quota di finanziamento assegnata con conseguente immediato recupero delle somme eventualmente erogate; la quota di finanziamento sottoposta alla suddetta verifica è decisamente significativa in quanto è relativa a circa il 3% del finanziamento complessivo, che per Regione Lombardia vale circa 580 milioni di euro.

I principali adempimenti, che coinvolgono tutti gli attori del Servizio Sanitario Regionale, sono richiamati nella normativa nazionale vigente, nel Patto sulla Salute 2010-2012 nonché nella L. 122/2010 .

Con il presente atto si ritiene, altresì, di fornire alle Aziende sanitarie pubbliche, alle Fondazioni IRCCS di diritto pubblico e a tutti gli operatori del settore un quadro di riferimento utile all'attuazione di tutte le azioni di governo dei costi al fine di consentire al Sistema Sanitario Regionale di mantenere e migliorare l'equilibrio economico tra ricavi e costi, perseguendo obiettivi di miglioramento della qualità assistenziale.

In tale ottica la Giunta Regionale in sede di determinazione degli obiettivi dei Direttori Generali trasmetterà ai Presidenti delle Fondazioni IRCCS gli indirizzi relativi ai Direttori delle stesse.

Le risorse nazionali del 2011 saranno oggetto di riparto fra le regioni e quindi il presente atto programma gli interventi sulla base di stime in attesa della formalizzazione dei documenti di riparto tra regioni per l'anno 2011.

Tenendo conto di queste premesse, le risorse sopra previste e destinate al finanziamento del servizio sanitario regionale sono riferite per 17.187 milioni di Euro circa al finanziamento indistinto comprensivo delle risorse destinate al riconoscimento delle prestazioni per cittadini di altre regioni e della stima, sulla base dei dati storici, del finanziamento per obiettivi del Piano sanitario e per spese vincolate.

Le risorse sopra definite saranno utilizzate dal Servizio Sanitario Regionale per soddisfare i bisogni sanitari dei cittadini lombardi che necessitano di assistenza nel territorio della Regione, nelle altre regioni italiane e all'estero sulla base delle normative regionali, nazionali, dell'unione europea e internazionali vigenti tenendo altresì conto delle prestazioni ai cittadini non residenti che vengono rimborsate dalle regioni competenti.

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

livello essenziale di assistenza	Risorse disponibili	Incidenza programmata
1 – Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro	918	5,50%
2 – Assistenza distrettuale	8.514	fino al 51,00%
3 – Assistenza ospedaliera	7.262	fino al 43,50%
TOTALE	16.694	100,00%
Saldo di mobilità attiva per cittadini fuori regione	493	
TOTALE COMPLESSIVO	17.187	

FONTI DI FINANZIAMENTO DEL SISTEMA

Regione Lombardia procede, anzitutto, ad accantonare le risorse da destinare con successivi provvedimenti al finanziamento di spese accentrate regionali e di altre voci di spesa specifiche che non attengono al finanziamento dei costi standard per ASL :

- fino a 61 milioni di Euro per far fronte alle spese dirette regionali sostenute per conto del SSR;
- fino a 80 milioni di Euro per la remunerazione delle prestazioni sanitarie a favore dei dimessi dagli ex OP;

- 493 milioni di Euro per il pagamento dei ricoveri attivi, per cittadini non lombardi, agli erogatori situati sul territorio della Lombardia; tale importo rappresenta il saldo rispetto ai ricoveri e alle altre prestazioni passive a carico delle rispettive ASL di cittadini lombardi che usufruiscono di prestazioni al di fuori della Regione Lombardia;
- 1.577 milioni di Euro da destinare all'Assistenza socio-sanitaria integrata (di cui 27 milioni a carico del bilancio regionale);
- fino a 219 milioni di Euro da destinare a progetti obiettivo di reale interesse nazionale e regionale, in relazione al contenuto dell'accordo Stato Regioni del 1 luglio 2004 e Intesa Stato Regioni 23 marzo 2005 così come reiterato dal Patto della Salute del dicembre 2009;
- fino a 206 milioni di euro quale fondo regionale, stimato sulla base dei dati storici in attesa degli specifici provvedimenti ministeriali di assegnazione, relativo alle quote di EX FSN definite vincolate (veterinaria, legge 210/92); tale fondo sarà poi assegnato alle singole aziende sanitarie attraverso specifici provvedimenti regionali;
- 71 milioni di Euro quale fondo da destinare all'ARPA (Agenzia Regionale per la Protezione dell'Ambiente);
- fino a 571 milioni di Euro per funzioni non tariffate;
- 188 milioni di euro per le attività di emergenza urgenza/118 di competenza dell'AREU;
- 40 milioni di euro per le attività connesse alla medicina penitenziaria trasferita al Servizio Sanitario Regionale ai sensi della normativa nazionale;
- Per quanto attiene la quota per il finanziamento dei costi standard territoriali fino a 13.708 milioni di euro ripartiti fra le ASL, anche tenendo conto dei livelli diretti di spesa e di quelli di competenza degli erogatori, della necessità di garantire l'equilibrio economico di sistema per l'esercizio 2011, in relazione ai 3 livelli essenziali di assistenza precisando che tale importo è comprensivo dei costi di sistema e delle voci relative a:
 1. funzioni non tariffate per presidio servizi territoriali, per il trattamento di pazienti anziani in area metropolitana e ad alta densità abitativa, oltre alla quota per funzioni non tariffate sopradescritte, fino a 409 milioni;
 2. concorso regionale ai progetti di governo clinico e percorsi ospedale/territorio, anche con il coinvolgimento degli operatori del sistema fino a 150 milioni di euro;
 3. informatizzazione sistema sanitario fino a 171 milioni di euro;
 4. implementazione dei piani regionali, ricerca, ECM, formazione, prevenzione fino a 150 milioni di euro;
 5. per dare attuazione agli obiettivi PSSR fino a 200 milioni di euro;
 6. per screening fino a 80 milioni di euro;
 7. valutazione dell'equiparazione finanziaria sui trattamenti tributari IRAP e IRES nei confronti degli erogatori pubblici rispetto agli erogatori privati quantificati per il sistema pubblico fino a 150 milioni di euro;
 8. concorso regionale alla valorizzazione delle prestazioni sanitarie rese dalle aziende sanitarie pubbliche ai sensi della DGR n. 7856 del 30 luglio 2008, fino a 150 milioni di euro
 9. contributi a favore dei soggetti privati senza fini di lucro per la realizzazione di progetti finalizzati a miglioramenti organizzativi, strutturali e tecnologici ai sensi della legge regionale 28 dicembre 2007 , n. 34, fino a 15 milioni di euro, previa verifica dello stato di avanzamento dei progetti già finanziati. Ove tale verifica

evidenzi che i finanziamenti già assegnati negli anni precedenti non siano erogati per almeno il 60% dell'importo complessivo, il bando 2011 non viene emanato;

10. contributi a favore dei soggetti erogatori individuati dalla legge regionale 6 agosto 2009 , n. 18, fino a 14 milioni di euro;

Il finanziamento di parte corrente 2011 basato sui costi standard territoriali sarà assegnato ad ogni singola ASL con atto del Direttore Generale Sanità, sentiti il Direttore Generale Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale e il Direttore Centrale Programmazione Integrata, tenuto fermo, anche per le ASL, l'obiettivo dell'equilibrio economico finanziario sulla base delle risorse assegnate dalla Regione e delle altre entrate aziendali.

Si stabilisce inoltre che:

- le risorse regionali disponibili per la contrattazione delle prestazioni di ricovero, fino a 5.457 milioni di Euro;
- le risorse regionali disponibili per la contrattazione dell'attività ambulatoriale e di diagnostica strumentale, fino a 2.105 milioni di Euro. Le risorse regionali per le attività ambulatoriali, non comprendono le attività di neuropsichiatria infantile che dovranno essere documentate attraverso i flussi informativi in essere.

In relazione ai tetti per le prestazioni di ricovero e le attività ambulatoriali e di diagnostica strumentale le sopradette determinazioni sono strettamente correlate agli andamenti rilevati nel corso dell'anno 2010. Pertanto anche in relazione alla determinazione in sede di conferenza Stato Regioni delle risorse disponibili per l'anno 2010, in applicazione da ultimo della citata L. 122/2010, si dispone, per l'anno 2010, la rideterminazione delle risorse regionali disponibili per la contrattazione delle prestazioni di ricovero fino a 5.477 milioni di Euro e delle risorse regionali disponibili per la contrattazione dell'attività ambulatoriale e di diagnostica strumentale fino a 2.045 milioni di Euro.

Per il 2011 in applicazione della normativa vigente, il tetto per l'assistenza farmaceutica territoriale, comprensiva sia della spesa dei farmaci erogati sulla base della disciplina convenzionale, al lordo delle quote di partecipazione alla spesa a carico degli assistiti, sia della distribuzione diretta, inclusa la distribuzione per conto e la distribuzione in dimissione ospedaliera è rideterminato in riduzione in termini percentuali, rispetto al fondo sanitario nazionale, nella misura del 13,3 per cento del finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato, comprensivo delle risorse vincolate di spettanza regionale e al netto delle somme erogate per il finanziamento di attività non rendicontate dalle Aziende sanitarie.

La spesa farmaceutica ospedaliera così come rilevata dai modelli CE, al netto della distribuzione diretta, come definita al comma 5 dell'art. 5 della legge n. 222/2007, non può superare la misura percentuale del 2,4 per cento del finanziamento

Gli obiettivi specifici alle singole ASL e alle Aziende Ospedaliere saranno forniti contestualmente agli obiettivi economici; il tetto regionale complessivo, per la spesa farmaceutica territoriale e ospedaliera, come sopra definite, viene determinato fino a 2.660 milioni di Euro.

In riferimento a quanto disposto dalla Legge 30 luglio 2010 n. 122, all'articolo 11 comma 7 lettera a) che ha previsto che AIFA deve individuare, fra i medicinali attualmente a carico della spesa

farmaceutica ospedaliera *“quelli che, in quanto suscettibili di uso ambulatoriale o domiciliare, dovranno essere erogati attraverso l'assistenza farmaceutica territorialecon oneri a carico della relativa spesa, per un importo su base annua pari a 600 milioni di euro”*, sarà competenza della Direzione Generale Sanità dare indicazioni in merito tenuto conto che è confermato sia il tetto della spesa farmaceutica territoriale che ospedaliera.

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

Aziende Sanitarie Locali

Le ASL, ai sensi delle norme vigenti e nell'ambito del quadro di risorse delineato con il presente provvedimento e con gli atti applicativi conseguenti, sono tenute a garantire l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza per i propri cittadini. Al fine di garantire tali livelli di assistenza saranno finanziate attraverso il perfezionamento della sperimentazione di costi standard territoriali che a partire dalle serie storiche consentano alle ASL di migliorare l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza sul proprio territorio e quindi su tutto il territorio regionale.

Per rispettare la coerenza e la competenza dei costi le ASL disporranno precisi indirizzi agli erogatori, pubblici e privati, per la verifica, sulle documentazioni di ricovero e/o delle altre prestazioni, della situazione degli assistiti segnalando separatamente i cittadini residenti e quelli domiciliati nonché quelli stranieri appartenenti alla UE o extracomunitari, al fine di individuare correttamente quali di questi ultimi rientrano nella casistica prevista dalle norme vigenti ai fini del rimborso da parte delle Prefetture. Con particolare riferimento alle prestazioni erogate ai cittadini stranieri oggetto di rimborso da parte delle Prefetture, le ASL sono tenute ad attivare controlli e verifiche al fine di monitorare la corretta fatturazione di tali prestazioni da parte degli erogatori nonché il recupero delle anticipazioni di cassa effettuate. Di tali procedure le ASL sono tenute ad informare i competenti uffici della Direzione Generale Sanità attraverso la documentazione a corredo della certificazione trimestrale.

Considerato che dall'anno 2007 l'assistenza ai cittadini U.E. è regolata in sede di riparto delle risorse nazionali le ASL e le strutture che erogano prestazioni sono direttamente responsabili della correttezza dei dati inseriti nel flusso informativo specifico. Nel caso di mancato riconoscimento da parte delle Amministrazioni centrali per carenze di dati le prestazioni non saranno rimborsate.

In continuazione con gli anni precedenti si precisa che le risorse per attività sanitarie che, basandosi sulle valutazioni delle attività svolte negli ultimi anni si possono considerare ormai “attività di sistema” (es. vaccinazioni, screening) da garantire in modo omogeneo su tutto il territorio regionale saranno comprese nel finanziamento definito attraverso i sopra richiamati costi standard territoriali.

Anche per il 2011 le ASL saranno misurate anche in relazione al rispetto dei criteri di appropriatezza e al contenimento dei costi con riferimento all'andamento delle prestazioni sanitarie usufruite dai loro cittadini in altre regioni italiane (mobilità passiva extraregionale in compensazione e non in compensazione) nonché all'estero (mobilità internazionale).

Aziende Ospedaliere e Fondazioni

L'obiettivo economico delle AO e Fondazioni consiste nel mantenimento/miglioramento dell'equilibrio economico finanziario basato sulla valutazione delle attività rese e sulla puntuale quantificazione dei ricavi aziendali, che dovranno tenere conto, anche in sede di previsione, delle variazioni connesse a lavori di ristrutturazione e messa a norma, in corso o programmati.. In tal modo si sottolinea la responsabilità gestionale affidata ai Direttori Generali che sono tenuti a perseguire obiettivi di equilibrio, non solo di breve periodo, ma anche strutturale delle loro aziende.

Il sistema di regole consente alle AO e Fondazioni IRCCS di definire a preventivo le voci di ricavo (ricoveri, specialistica, psichiatria, file F ecc.) che, sommate alle ulteriori quote di contributo finanziate dal sistema e vincolate a specifiche attività (funzioni per servizi non tariffati), e le entrate proprie, rappresentano il monte di risorse disponibili per il funzionamento delle attività. Per le aziende ospedaliere e Fondazioni interessate dalle maggiorazioni tariffarie previste dalla LR 7/2010 i dati di bilancio e relative note e relazioni dovranno essere predisposti secondo i criteri adottati dalla DGR n. IX/350/2010 e conseguente circolare attuativa in occasione del Bilancio di esercizio.

Lo sviluppo dei costi conseguenti, nel rispetto delle normative vigenti e delle linee guida in materia contabile che qui si richiamano integralmente e in particolare nel rispetto del principio della competenza economica, resta affidato all'autonomia aziendale, ovviamente nell'ambito dell'equilibrio fra le varie voci (personale, beni e servizi, ecc.) che necessitano di verifica e confronto a livello di sistema attraverso l'attivazione di attività di *benchmarking* e nel rispetto dei parametri percentuali che verranno determinati con decreto della Direzione Generale Sanità che tengono conto anche delle medie ponderate regionali. In relazione ai costi del personale si richiama l'attenzione degli uffici competenti delle aziende sanitarie e delle Direzioni aziendali a quanto definito dalla L. 122/2010, anche in relazione a quanto specificato negli altri allegati al presente provvedimento.

Nel quadro sopradescritto la responsabilità gestionale diretta dei Direttori Generali sulla crescita dei costi assume, quindi, una sempre maggiore rilevanza anche in relazione a possibili finanziamenti di posti di specializzazione necessari per la continuità dei servizi, da definire previa validazione della Direzione Generale Sanità.

Azienda Regionale Emergenza Urgenza

Per l'anno 2011 l'AREU riceverà un finanziamento con apposito decreto della Direzione Generale Sanità sentita la Direzione Centrale Programmazione Integrata della Presidenza, comprensivo sia della quota di finanziamento per funzioni da sottoporre a contrattazione con le Aziende sanitarie coinvolte nel sistema dell'emergenza e urgenza sia delle risorse per le altre attività e il proprio funzionamento.

Ai fini della predisposizione dei Bilanci di previsione dell'anno 2011 di tutte le aziende sanitarie, l'AREU procederà al perfezionamento delle specifiche convenzioni di servizio con le Aziende sanitarie interessate nelle quali saranno determinate le risorse riconosciute per l'erogazione dei servizi di emergenza e urgenza.

Le aziende sanitarie interessate dovranno allegare al proprio Bilancio preventivo 2011 specifica dichiarazione dell'AREU che certifica l'importo riconosciuto quale ricavo per il 2011 a seguito della stipula della convenzione sopraccitata.

Per il 2011 AREU continuerà l'attività di Trasporto Organi e Tessuti già presa in carico nel corso dell'esercizio 2010.

In attuazione del disposto della DGR n. 10804/2009 e della DGR n. 6994/2008 (punto 7 lettere J e K del deliberato), a partire dal Bilancio 2011 l'AREU completerà il passaggio di funzioni in materia di C.R.C.C. in raccordo con l'Azienda sanitaria ad oggi coinvolta e con la Direzione Generale Sanità. Le relative risorse saranno assegnate con decreto della Direzione Generale Sanità all'Areu previa riduzione delle assegnazioni all'Azienda sanitaria interessata.

ARPA

Il 5 agosto 2010 è stata stipulata tra ARPA e Direzione Generale Sanità la convenzione unica, valida per l'anno 2010, per la regolamentazione dei rapporti tra ASL e i Dipartimenti territoriali ARPA

Sulla base di tale convenzione per l'anno 2011 la Direzione Generale Sanità e ARPA dovranno procedere a nuovo accordo entro il 31 gennaio 2011 che tenga conto della revisione in atto dei programmi di verifica della qualità delle acque destinate al consumo umano condotti dalle ASL e del progetto di riorganizzazione dei laboratori di prevenzione delle stesse ASL, nonché del progetto di riorganizzazione della rete dei laboratori regionale di ARPA.

Certificabilità dei Bilanci delle Aziende Sanitarie

In relazione a quanto definito da ultimo nel Patto sulla Salute del 3 dicembre 2009 all'articolo 11 le Regioni si sono impegnate a garantire l'accertamento della qualità delle procedure amministrativo contabili sottostanti alla corretta contabilizzazione dei fatti aziendali, nonché la qualità dei dati contabili.

E' in fase di emanazione il primo decreto del Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze in merito alla valutazione straordinaria dello stato delle procedure amministrativo contabili.

Il decreto prevede che per la nostra regione entro il 30 giugno 2011 sia svolta secondo la metodologia prevista la valutazione straordinaria dello stato delle procedure amministrativo contabili. In estrema sintesi, specificando che saranno fornite tutte le puntuali indicazioni con note e provvedimenti della Direzione Generale Sanità non appena il Decreto sarà adottato in via definitiva, sono previste quattro fasi :

Fase 1 : ricognizione delle procedure amministrative contabili presso ciascuna Azienda pubblica del SSR;

Fase 2 : valutazione straordinaria delle risultanze contabili aziendali per l'anno 2009;

Fase 3 : ricognizione a livello regionale delle procedure amministrativo contabili del SSR;

Fase 4 : valutazione straordinaria delle risultanze contabili regionali;

Il percorso avviato costituisce il primo passo verso la certificabilità dei Bilanci che è impegno condiviso tra Stato e Regioni nell'ambito del Patto sulla Salute.

Sono infatti in corso e si concluderanno a breve, anche in relazione a quanto previsto dai decreti di attuazione del Federalismo fiscale, i lavori per dotare il livello nazionale di un quadro di principi contabili e regole idoneo a supportare l'effettiva certificabilità dei Bilanci delle Aziende sanitarie e della Regione.

In tale contesto le Aziende, con particolare riferimento alle Direzioni Generali e alle Direzioni Amministrative, dovranno attivare tutte le risorse necessarie al fine di consentire alla Regione Lombardia di assolvere agli obblighi assunti in sede di Patto sulla Salute e agli adempimenti previsti sul Tavolo di Verifica degli adempimenti costituito ai sensi dell'art. 12 dell'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005.

Indicatori di Bilancio

Dall'esercizio 2011 in concomitanza con l'avvio del nuovo mandato dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie sarà attivato un sistema di monitoraggio basato su un primo set di indicatori di tipo gestionale e patrimoniale che consentano di valutare in modo più oggettivo l'aderenza delle dinamiche aziendali alla programmazione e agli indirizzi regionali emanati nel quadro di regole sopra evidenziato.

Con specifico decreto della Direzione Generale Sanità, partendo dalla valutazione degli indicatori in sede di bilancio di esercizio 2010, saranno definiti puntualmente i criteri di calcolo degli indicatori, le modalità di monitoraggio e i risultati attesi in termini di miglioramento degli indici che concorreranno a definire le assegnazioni finali delle risorse.

Indicatori per Aziende Ospedaliere :

Indicatori economici – gestionali :

Costi del personale / ricavi della gestione caratteristica;
Costi per beni e servizi / ricavi della gestione caratteristica;
Costi caratteristici / ricavi della gestione caratteristica;
Costi caratteristici / totale costi al netto ammortamenti sterilizzati

Indicatori patrimoniali :

Grado di indebitamento corrente : $\text{Passivo corrente} / \text{Totale Passività}$;
Cespiti per addetto : $(\text{Attivo Fisso} - \text{Immobilizzazioni finanziarie}) / \text{N}^\circ \text{ Addetti}$;
Durata media dei crediti verso clienti : $\text{Crediti verso clienti} / \text{ricavi della gestione caratteristica} * 365$;
Durata media dei debiti verso fornitori : $\text{Debiti verso fornitori} / \text{acquisti} * 365$;

Indicatori ASL

Indicatori economici – gestionali :

Costi del personale / cittadino assistito;
Costi per beni e servizi / cittadino assistito;
Costi di assistenza protesica/ cittadino assistito;
Costi per assistenza sanitaria fuori regione / cittadino assistito;
Costi per assistenza sanitaria all'estero / cittadino assistito;
Percentuale farmaci generici;
Costi per assistenza farmaceutica territoriale / cittadino assistito;

Indicatori patrimoniali :

Grado di indebitamento corrente : Passivo corrente / Totale Passività;
Durata media dei crediti verso clienti : Crediti verso clienti / ricavi della gestione caratteristica * 365;
Durata media dei debiti verso fornitori : Debiti verso fornitori / acquisti * 365;

Indirizzi utili all'attuazione del comma 11 dell'art.12 della L.R. n. 33 del 30 dicembre 2009 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità).

Per l'attuazione alla verifica straordinaria di cassa e dei valori custoditi in tesoreria nonché delle poste patrimoniali si richiama integralmente quanto già disposto dalla DGR n. 10803 del 16 dicembre 2009 all'allegato 2.

Si precisa che la verifica dovrà riguardare tutte le aziende sanitarie pubbliche in occasione dei rinnovi degli incarichi di direzione a decorrere dal primo gennaio 2011, anche nel caso di conferma del Direttore Generale.

Al fine di rendere più completa la verifica patrimoniale, la stessa dovrà essere integrata con una specifica verifica dei contenziosi in esito a sinistri verificatisi in azienda precedentemente alla data della verifica straordinaria. Tale verifica dovrà contenere tutti i dati utili all'individuazione e alla quantificazione dei contenziosi nonché specificare quali azioni correttive l'azienda ha posto in essere al fine di evitare il ripetersi di tali eventi.

In aggiunta a quanto sopra, la verifica dovrà altresì mettere in evidenza l'impatto finanziario generato dagli investimenti effettuati anche al fine di consentire una valutazione sugli investimenti da effettuare.

Al fine di rendere più trasparente e chiara la verifica patrimoniale sono stati forniti indirizzi alle Aziende sanitarie per il ripiano formale delle perdite riferite a tutto il 31 dicembre 2002 attraverso la mera regolarizzazione contabile delle rimesse di cassa ricevute nel corso degli esercizi e derivanti da provvedimenti di ripiano nazionali o regionali a totale copertura delle stesse. Tali indirizzi hanno consentito altresì di superare i rilievi in merito mossi dalla Corte dei Conti.

Indicazioni generali e regole per la gestione economico finanziaria

Indicazioni generali per i Bilanci preventivi

Le linee operative per il finanziamento delle aziende sanitarie per l'anno 2011 e le conseguenti previsioni economiche per la redazione del bilancio preventivo delle singole ASL, nel rispetto degli indirizzi del presente atto, saranno declinate nei successivi atti della Direzione Generale Sanità e della Direzione Generale Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale per quanto di competenza.

In tema di ricavi da inserire nel Bilancio preventivo 2011 le aziende sanitarie dovranno porre la massima attenzione alla precisa distinzione nella classificazione delle poste di bilancio distinguendo in particolare la natura pubblica/privata delle stesse e all'interno della natura pubblica differenziare precisamente le poste provenienti da enti pubblici diversi dalla Regione Lombardia.

Pari attenzione andrà posta nell'imputazione e nella descrizione in nota integrativa descrittiva delle eventuali poste di ricavi legati a fatti/accadimenti a carattere straordinario (una tantum): sopravvenienze attive ordinarie e straordinarie, rimborsi assicurativi etc.

A tali poste di ricavo potranno eventualmente essere correlati costi di tipo non strutturale ovvero una tantum, nell'ottica di un necessario e costante miglioramento degli indici di Bilancio delle aziende.

Nel caso di prestazioni/servizi tra aziende sanitarie pubbliche occorre che venga garantita la piena corrispondenza di importo e di competenza con i costi delle aziende interessate.

Tale presupposto è infatti essenziale per la garanzia di mantenimento dell'equilibrio economico finanziario del Sistema Sanitario Regionale.

Si richiama per tutte le aziende sanitarie quanto più sopra riportato ovvero la particolare attenzione ai dati di ricavo per prestazioni sanitarie erogate a cittadini di altre regioni italiane e ai cittadini di altre nazionalità.

Le assegnazioni alle aziende sanitarie fatte con Decreto del Direttore Generale Sanità conterranno una quota di premialità, fino allo 0,1% del Budget di costi di diretta gestione, legata alla puntuale verifica attraverso flussi informativi del rispetto di alcuni indicatori che saranno declinati all'interno dei decreti stessi; in via prioritaria gli indicatori faranno riferimento al rispetto dei tempi di pagamento (come da indirizzo del presente allegato), al rispetto della tempistica e delle modalità dei flussi informativi di cui all'allegato 13, nonché agli indicatori riferiti al personale di cui all'allegato 6.

La verifica di tali indicatori sarà condotta entro il terzo trimestre e determinerà la conferma o meno della quota di premialità. Al fine di agevolare e rendere coerente la programmazione regionale e aziendale, la quota in argomento potrà essere contabilizzata solamente a partire dal terzo trimestre, previo esito favorevole della verifica a cura della Direzione Generale Sanità.

Si precisa che in considerazione del fatto che per quasi tutte le funzioni i costi possono essere definiti solo a consuntivo, nel rispetto dell'ammontare complessivo pari a 571 milioni di euro gli importi delle singole funzioni saranno meglio determinati nella deliberazione di assegnazione.

Le funzioni riferite alle attività di trapianto, neuropsichiatria, terapia intensiva, trasporto neonatale, piano sangue (allegato 4) e di formazione universitaria del personale non medico saranno nel 2010 da considerarsi a destinazione vincolata. Per quanto riguarda le funzioni di PS si rileva che il 10% dei fondi saranno destinati sulla base della riduzione dei ricoveri urgenti con un giorno di degenza nel corso del 2010 rispetto a quelli rilevati nel 2009, con la finalità di incentivare la gestione dei pazienti in fase di diagnostica differenziale in una modalità alternativa alla degenza.

Si conferma la funzione istituita nel 2009 per sostenere la complessità di gestione del file F con particolare attenzione alle principali strutture di riferimento, mentre dal 2010 per supportare le attività di cardiocirurgia pediatrica e neonatale di particolare complessità è determinata una funzione specifica i cui dettagli saranno individuati con la delibera delle funzioni relative all'anno 2010 stesso.

Anche nel 2011 verrà continuata l'equiparazione finanziaria sui trattamenti tributari IRAP e IRES nei confronti degli erogatori pubblici rispetto agli erogatori privati.

Per quanto riguarda i contributi vincolati da Regione e da Altri Enti Pubblici si precisa che tali contributi dovranno essere documentati con i relativi provvedimenti formali di assegnazione, anche in questo caso facendo attenzione nella corretta classificazione delle poste di bilancio distinguendo la natura pubblico/privato.

I Bilanci preventivi economici anno 2011 dovranno essere approvati, in relazione ai contenuti del presente atto e delle linee di indirizzo operative conseguenti nonché degli obiettivi economici assegnati, entro il 25 gennaio 2011.

Va ricordato che il Collegio Sindacale in sede di esame dei preventivi economici e delle certificazioni trimestrali e del Bilancio di esercizio, deve rilasciare il proprio parere senza condizioni e raccomandazioni e previa formale verifica di tutti gli adempimenti previsti dalle norme nazionali e regionali.

Per l'anno 2011 tutte le Aziende sanitarie dovranno procedere all'adozione di un provvedimento che definisca e precisi, nel rispetto della normativa vigente, le modalità di trasmissione formale e sottoposizione al parere del Collegio Sindacale dei provvedimenti aziendali adottati dagli Organi Aziendali o dai Dirigenti in forza di delega.

Nel corso dell'esercizio 2011 verranno valutati in modo compiuto gli impatti economico-finanziari derivanti dagli oneri di messa a regime sia per i nuovi ospedali presso cui nel corso del 2010 si è proceduto al trasferimento delle attività sanitarie sia per i nuovi ospedali che trasferiranno le attività nel corso del 2011.

Nel caso in cui il Bilancio di esercizio possa effettivamente generare un risultato positivo, tali risorse potranno essere destinate agli investimenti per interventi di messa a norma e sicurezza, previa validazione della Direzione Generale Sanità.

Per la redazione dei Bilanci preventivi le Aziende sanitarie dovranno tenere conto che le assunzioni di personale, salvo casi eccezionali specificatamente ed espressamente autorizzati dalla Direzione Generale Sanità, devono essere attivate esclusivamente dopo l'approvazione degli specifici piani.

Nei bilanci preventivi delle Aziende Ospedaliere e delle Fondazioni IRCCS i ricavi di tutte le prestazioni sanitarie dovranno essere formalmente validati dalla ASL di riferimento territoriale tenendo conto dell'applicazione della DGR 30 luglio 2008, n. 7856.

Alle Aziende sanitarie saranno forniti puntuali indirizzi operativi sulle voci di costo standard territoriale più significative (personale, spesa farmaceutica, protesica, costi per assistenza di base - MMG, PLS, MCA ecc.).

Ai sensi della normativa vigente il bilancio preventivo deve garantire l'equilibrio economico finanziario. Il Bilancio preventivo 2011, esecutivo, diviene l'obiettivo aziendale da perseguire sia in termini di risultato economico che per l'aspetto programmatico, in quanto attuativo delle linee di indirizzo definite.

Al fine di garantire l'equilibrio economico-finanziario del Sistema Sanitario Regionale il contenuto del presente provvedimento potrà essere integrato, anche nel corso dell'esercizio 2011, in relazione alla verifica degli andamenti della spesa in occasione delle chiusure trimestrali e agli esiti dei tavoli di monitoraggio nazionali sui Livelli Essenziali di Assistenza sulla spesa sanitaria, nonché dagli atti formali connessi al riparto del Fondo Sanitario Nazionale per il 2010.

Gestione finanziaria delle Aziende Sanitarie lombarde:

L'anno 2011 la gestione finanziaria sarà caratterizzata dal consolidamento del nuovo sistema informatico "G3S" quale strumento di governo dei pagamenti centralizzati (Fondo Socio Sanitario).

Ad esclusione della tempistica di invio dei flussi, che per effetto delle nuove prerogative offerte dal sistema informatico potrà essere governata secondo le modalità organizzative più confacenti all'azienda, con l'unico limite tassativo del rispetto dei pagamenti entro la scadenza delle fatture (90 giorni), rimangono al momento immutate tutte le indicazioni attualmente vigenti per la gestione dei pagamenti.

Per tale obiettivo la Direzione Generale Sanità d'intesa con la Direzione Generale Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale e la Direzione Centrale Programmazione Integrata attiverà tutte le azioni di sensibilizzazione verso gli erogatori privati nei rapporti con i loro fornitori.

Sarà infatti considerato tra gli obiettivi del Direttore Generale il mantenimento dell'obiettivo tempi di pagamento, precisando che concorre all'ottenimento del risultato anche lo smaltimento dei debiti iniziali, che dovranno essere esauriti entro il primo quadrimestre 2011 (fatto salvo contenzioso comprovato e segnalato ai fornitori).

Si porta in evidenza che tutti i flussi informativi in materia, per dare esecuzione alla suddetta operazione, costituiscono debito informativo.

Sarà altresì considerato tra gli obiettivi del Direttore Generale il rispetto della qualità e della tempistica di inoltro dei flussi finanziari mensili e trimestrali (Budget di Cassa e schede correlate).

Con esclusivo riferimento alle Aziende Sanitarie Locali, ulteriore obiettivo del Direttore Generale concerne la tempistica di pagamento delle competenze spettanti agli Erogatori Sanitari pubblici e privati sia per quanto concerne gli acconti mensili e infrannuali sia per il pagamento dei saldi pregressi.

Rispetto alle erogazioni verso gli erogatori pubblici si sollecita una maggiore cooperazione tra ASL ed Enti pubblici di appartenenza territoriale nella gestione degli acconti mensili con particolare riguardo alle c.d. “compensazioni” dei flussi di pagamento a gestione centralizzata che devono essere effettuati a cadenza mensile.

Riguardo alle erogazioni in conto competenza verso gli erogatori privati, le rimesse devono essere assicurate ai beneficiari entro la fine di ogni mese nella misura percentuale concordata nei singoli contratti e comunque non inferiore all’85%, così come i saldi infrannuali devono essere regolati non oltre il mese successivo alla scadenze pattuite (trimestre e/o semestre). In tali erogazioni le ASL dovranno tenere conto delle maggiorazioni tariffarie previste dalla LR n. 7 /2010 determinato in un’entità pari all’85% del 2010 in attesa delle determinazioni di legge per il 2011.

I saldi pregressi dovranno essere interamente regolati con gli Erogatori entro e non oltre i 15 giorni successivi dall’incasso delle relative rimesse regionali (fatto salvo contenzioso comprovato).

Con riferimento al pagamento delle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture sanitarie a cittadini non lombardi (stranieri e fuori regione) si precisa che le ASL dovranno procedere con acconti commisurati in coerenza con quanto stabilito per le prestazioni per i cittadini lombardi e comunque non oltre il 95%. Le ASL procederanno al saldo di tali importi esclusivamente dopo la validazione dei dati della mobilità da parte delle Regioni e nella misura effettivamente comunicata dai competenti uffici regionali.

Obiettivo dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali è anche garantire il puntuale rispetto dei tempi previsti per l’erogazione degli acconti mensili e dei saldi trimestrali agli erogatori accreditati pubblici e privati ASSI, nonché della tempistica per l’invio alla Direzione Generale Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale e Solidarietà Sociale delle rendicontazioni economico-finanziarie relative ai servizi sociosanitari integrati e di riabilitazione extraospedaliera.

Proseguirà nel 2011 il piano di superamento del contenzioso, secondo modalità che saranno successivamente definite. A tale proposito si rammenta che nel sistema “G3S” dovranno confluire tutte le fatture non pagate riferite agli anni pregressi, poiché attraverso il sistema informativo ed i flussi di budget sarà monitorato l’andamento del contenzioso in essere e di nuova formazione.

Obiettivo dei Direttori Generali sarà quello di porre in essere tutte le possibili azioni preventive finalizzate a limitare l’insorgere di cause di contestazione con i fornitori.

Limite degli investimenti autofinanziati

Nel richiamare integralmente quanto definito nella DGR n. 3776/2006, nella DGR n. 5237/2007 e nella DGR n. 8501/2008 si precisa che anche per il 2011 il rispetto di tale limite farà parte degli obiettivi dei Direttori Generali con conseguente riflesso sulla valutazione annuale complessiva.

Al fine del rispetto degli equilibri complessivi del sistema regionale resta evidente che gli oneri economici, finanziari e di cassa (che vanno migliorati) devono trovare copertura all'interno dell'equilibrio economico finanziario dell'azienda.

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

Anche per il 2011 i limiti massimi di autofinanziamento sono stabiliti nel 1,5% per le Aziende Ospedaliere e per le Fondazioni e per lo 0,10 % per le ASL, calcolati come già definito nelle citate deliberazioni. L'utilizzo delle risorse è possibile previa presentazione alla Direzione Generale Sanità da parte delle Aziende di un piano annuale di interventi che, nel rispetto dei limiti sopra definiti, tenga conto oltre che degli impegni in termini di Stato Patrimoniale e di Conto Economico anche dei flussi di cassa connessi.

Si precisa che nel calcolo dei limiti di cui sopra dovranno essere escluse le risorse a carico di ASL e AO per gli interventi di edilizia sanitaria inseriti in Accordi di Programma Quadro e successivi Atti Integrativi già sottoscritti e in via di sottoscrizione con i Ministeri della Salute e dell'Economia.

Regole di ammortamento

Al fine di migliorare la performance finanziaria del Sistema Sanitario Regionale nel medio e lungo periodo si dispone che a decorrere dall'esercizio 2011 la quota di ammortamento per gli interventi su immobili è fissata al 6,5% annuo ferme restando le altre normative contabili.

Certificazioni Trimestrali

I Direttori Generali delle Aziende sanitarie, in occasione delle certificazioni trimestrali ai sensi della L.R. n. 33/2009, nonché dell'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005 e s.m.i., sono tenuti a rispettare puntualmente i tempi di invio e ad attenersi scrupolosamente alle linee guida in materia contabile emanate dalle Direzioni Generali Sanità e Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale, prefigurando in ogni trimestre il reale andamento gestionale a fine anno, al fine di consentire un preciso monitoraggio dell'andamento della spesa sanitaria regionale e di consentire, ove necessario, interventi correttivi da parte della Regione.

Per le Aziende Ospedaliere e le Fondazioni IRCCS si richiama il vincolo inderogabile all'allineamento dei valori appostati a Bilancio in sede di monitoraggio trimestrale a quelli dei contratti stipulati con le ASL di riferimento nonché per le prestazioni extrabudget all'allineamento, come limite massimo, ai valori consolidati e validati dell'anno precedente, salvo diverso andamento delle rendicontazioni dei flussi informativi. Si richiama in proposito quanto previsto per l'invio e la rendicontazione dei flussi informativi delle prestazioni.

In relazione alla necessità di un puntuale coordinamento regionale nella gestione dell'erogazione delle prestazioni soggette a contrattazione tra le ASL e gli erogatori pubblici e privati quali

ricoveri e ambulatoriale le ASL dovranno ritenere eventuali risparmi per tali voci di costo indisponibili per la copertura di altre voci di spesa, fatte salve le compatibilità di sistema.

Anche per l'anno 2011 per la spesa farmaceutica si ribadisce che eventuali risparmi dovuti ad effetti di norme nazionali o regionali sono da considerare indisponibili; mentre i risparmi derivanti dalle azioni di governo poste in essere dalle ASL potranno essere utilizzati con diversa finalità esclusivamente tramite esplicita validazione preventiva da parte della Direzione Generale Sanità dei progetti di intervento che devono necessariamente definire gli effetti economici previsti in termini aziendali e di sistema regionale.

Altre disposizioni e indirizzi di sistema

Accantonamenti personale : si precisa che per l'anno 2011 ai fini dell'accantonamento previsto dalla L. 248/2005 per le applicazioni contrattuali di tutto il personale dipendente, personale universitario e convenzionato le aziende procederanno ad accantonare, a valere sul monte salari/convenzioni del 2009, almeno la vacanza contrattuale ai sensi di quanto definito nel documento propedeutico relativo al Patto per la Salute 2010 – 2012 e nella L. 122/2010.

Accordi Stato Regioni : con il presente atto si dispone il recepimento di tutti gli accordi Stato Regioni in materia sanitaria e socio-sanitaria approvati nel corso dell'anno 2010 e si dà mandato alla Direzione Generale Sanità e alla Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale di promuovere i conseguenti atti ai fini della fattiva applicazione degli stessi;

Obiettivi e confermabilità dell'incarico dei Direttori Generali : si richiama il contenuto dell' art. 3, comma 8, dell'Intesa stato-regioni del 23 marzo 2005 e si ribadisce che, ai fini della confermabilità dell'incarico del Direttore Generale di ASL, Aziende Ospedaliere e Fondazioni IRCCS, il mancato rispetto dei contenuti e della tempistica dei flussi informativi ricompresi nell'NSIS.

Livelli essenziali aggiuntivi

Con la D.G.R. n. VII/7328 del 11/12/2001 e la DGR n. VII/13915 del 01/08/2003 in materia di assistenza farmaceutica, con la D.G.R .n. 3111 del 01/08/2006 in materia di assistenza specialistica e con la D.G.R. n. 68804 del 24/05/1995 in materia di assistenza integrativa, Regione Lombardia ha regolamentato, ai sensi della normativa e Intese Stato regioni vigenti, l'erogazione di prestazioni di livelli essenziali aggiuntivi regionali.

Come precisato già da ultimo nella DGR n. 10804/2009 le prestazioni erogate sono puntualmente verificate attraverso i flussi informativi in essere e le risorse ad essi destinate, che sono stimabili per il 2011 in circa 18 milioni di euro complessivi, non sono poste a carico delle disponibilità finanziarie per il Servizio Sanitario Nazionale e trovano copertura nell'equilibrio complessivo del Servizio Sanitario Regionale .

Ticket sulle prestazioni Ambulatoriali

Nel corso del 2009 l'impegno della Giunta e quello personale del Presidente a sostenere l'economia regionale ed i cittadini per cui sono insorte delle difficoltà economiche a causa della congiuntura economica nazionale ed internazionale sfavorevole è stato notevole. Si ritiene quindi che, con l'obiettivo di rafforzare le politiche di sostegno alle famiglie ed ai soggetti in difficoltà già in atto, anche per l'anno 2011 vengano inseriti tra gli esenti per le prestazioni di specialistica ambulatoriale anche i cittadini in cassintegrazione straordinaria ed i familiari a carico e che per loro e per i lavoratori in mobilità ed i disoccupati iscritti agli elenchi anagrafici dei centri per l'impiego ed i familiari a carico, al fine di godere dell'esenzione, non sia necessario dimostrare di possedere il criterio reddituale così come oggi previsto dalla normativa vigente. Ci si avvarrà, per certificare lo stato di diritto all'esenzione, della stessa modalità prevista per l'esenzione rispetto al ticket per i farmaci.

Risk Management/Patient Safety

La circolare n.46/SAN del dicembre 2004, ha posto le basi per un percorso attuativo di politiche di risk management in sanità. La DGR n.7289 del 19.05.2008 ha formalizzato l'istituzione della funzione di Risk Management in tutte le aziende sanitarie lombarde e dal 2010 è stata introdotta la figura del Mediatore di conflitti quale elemento cardine per il rafforzamento del rapporto di fiducia fra cittadino e struttura.

Le principali linee di intervento ad oggi perseguite attengono a: rafforzamento della funzione di risk management nei modelli organizzativi aziendali, consolidamento del rapporto struttura-paziente, mappatura rischi RCT/O, formazione in tema di risk management, linee guida annuali per le aziende sanitarie, analisi e approfondimenti per il miglioramento della gestione degli eventi sentinella, raccolta e diffusione delle buone pratiche in collaborazione con Age.nas.

L'obiettivo è di consolidare gli strumenti e le sinergie fra i diversi attori coinvolti nella gestione del rischio e della sicurezza del paziente, sviluppando le condizioni di miglioramento delle prestazioni clinico assistenziali attraverso la responsabilizzazione diretta di tutti gli operatori coinvolti.

Le linee strategiche in ambito di gestione del rischio, si articolano per l'anno 2011 nel piano di azioni di seguito delineato:

□ Realizzazione di progetti operativi per l'anno 2011 in coerenza con la strategia aziendale e tenuto conto della particolare sinistrosità di ogni singola azienda, con esplicito riferimento agli obiettivi internazionali per la sicurezza del paziente di **Joint Commission**:

- *Identificazione corretta del paziente*
- *Miglioramento dell'efficacia della comunicazione*
- *Miglioramento della sicurezza dei farmaci ad alto rischio*
- *Identificazione dell'intervento chirurgico in paziente corretto, con procedura corretta, in parte del corpo corretta*
- *Riduzione del rischio associato alle infezioni nell'assistenza sanitaria*
- *Riduzione del rischio di danno al paziente in seguito a caduta*
- *Formazione del personale orientato al miglioramento della sicurezza dei pazienti*

nonchè delle **Raccomandazioni Ministeriali** in materia di rischio clinico:

1. *Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di cloruro di potassio – kcl – ed altre soluzioni concentrate contenenti potassio*
2. *Prevenire la 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 paziente 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. *Prevenire gli 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*

- ☐ Aggiornamento continuo del **Data Base regionale** per il monitoraggio della sinistrosità aziendale (RCT/O), delle polizze, nonché per la raccolta dei dati riguardanti le cadute dei pazienti e visitatori e degli infortuni accorsi agli operatori.
- ☐ Gestione degli Eventi Sentinella: segnalazione dei casi attraverso SIMES (sistema informativo attivato a livello **nazionale**) mediante compilazione delle schede A e B nei termini previsti, ponendo particolare attenzione alla descrizione del caso e delle cause, dell'analisi condotta, delle azioni intraprese nonché degli indicatori di risultato per la misurazione degli effetti.
- ☐ Continuità operativa del Gruppo di Coordinamento per la Gestione del Rischio per definire ed attuare le politiche aziendali di Risk Management nonché del Comitato Valutazione Sinistri (CVS) per migliorare la gestione dei sinistri con particolare attenzione alle riforme legislative in atto in materia di conciliazione (d.lgs. 28/2010).
- ☐ Promuovere l'implementazione di processi di ascolto/mediazione all'interno dell'Azienda e assicurare l'attivazione di scambi interaziendali fra mediatori per l'operatività delle équipe di mediatori, dando applicazione agli indirizzi operativi regionali (luglio 2010).
- ☐ Analisi a livello centrale di un'ipotesi operativa per la copertura assicurativa RCT/O che preveda un giusto mix tra auto ritenzione e trasferimento del rischio.
- ☐ Applicazione delle Linee di indirizzo regionali (luglio 2010) in occasione dell'appalto per la copertura assicurativa di RCT/O.
- ☐ Compilazione, a cadenza da definirsi, di un format che espliciti - per gli eventi avversi ritenuti significativi e verificatisi nel periodo di riferimento – una serie di informazioni, condivise con la Direzione Generale aziendale, utili a dare evidenza del livello di conoscenza e gestione del

rischio e per le ricadute sulle politiche assicurative; tale format sarà quindi trasmesso alla DG Sanità.

- ☐ Organizzazione di eventi formativi aziendali specifici sulle aree di maggior criticità.
- ☐ Partecipazione dei Risk manager, responsabili CVS, Qualità e Mediatori agli eventi formativi/informativi regionali che riguarderanno principalmente:
 - Mediazione dei conflitti (ASL)
 - Prevenzione e gestione del rischio infezioni
 - Prevenzione e gestione del rischio in ostetricia e ginecologia
 - Prevenzione e gestione del rischio cadute di ospiti presso RSA
 - Audit Eventi Sentinella
 - Implementazione delle raccomandazioni ministeriali
 - Responsabilità sanitaria
 - Indicatori

Dovrà essere assicurata la partecipazione attiva ai Network trimestrali finalizzati allo scambio di esperienze e per favorire la diffusione di una cultura del rischio.