

## **Allegato 4**

### **Piani e programmi di sviluppo**

#### **INTERNAZIONALIZZAZIONE DEL SISTEMA SANITARIO LOMBARDO**

Il settore sanitario non può restare estraneo alla progressiva innovazione ed internazionalizzazione dei sistemi socio-economici. In questo quadro le “tradizionali” aree della Cooperazione allo Sviluppo e della progettazione europea vanno sviluppate e poste in più stretta relazione con il confronto e la collaborazione tra sistemi sanitari avanzati.

##### **1. Alleanze sanitarie**

I sistemi sanitari avanzati stanno affrontando temi in buona misura comuni.

Si tratta di cogliere l'opportunità di mettere a confronto le soluzioni adottate e di condividere le idee esistenti in merito alle sfide di lungo periodo, avviando momenti di incontro, procedure di consultazione e possibili progettualità comuni.

Questo può avvenire sia in ambito europeo sia rapportandosi a realtà di eccellenza fuori dal nostro continente. Collegamenti con sistemi meno avanzati potranno altresì permettere di aprire la strada all'esportazione di tecnologia e know-how lombardi. Queste alleanze con entità regionali o statuali, non escludono naturalmente la collaborazione con altri enti ed istituzioni.

In questo quadro, verranno sviluppate le azioni derivanti dalle intese siglate nel triennio 2008-2010 e proseguita la politica volta ad individuare l'opportunità di altre eventuali alleanze sanitarie utili a sviluppare una macro-area europea per lo sviluppo e gli avanzamenti delle tecnologie sanitarie.

##### **2. Governance del sistema**

Dalle considerazioni che precedono si evince la necessità di estendere al campo dell'internazionalizzazione del settore sanitario la capacità di governance dell'Ente regionale, partendo dalla conoscenza del quadro complessivo delle iniziative promosse dalle singole aziende, nel rispetto pieno della sussidiarietà.

Si tratterà di mettere progressivamente a sistema il notevolissimo potenziale rappresentato dalle attività internazionali svolte dalle singole aziende e dai singoli istituti, anche in relazione alla capacità di attrazione e di sviluppo di scambi scientifico-professionali.

##### **3. Progettazione europea**

Anche in questo ambito va sviluppata un'azione di “governance” dell'Ente regionale nell'ambito della piattaforma della sanità lombarda, e l'interazione tra il sistema regionale delle Università lombarde, la ricerca pubblica e privata e le imprese.

Già nel 2011, in due progetti, altrettante AO opereranno, accanto alla DG Sanità, direttamente in veste di partner del rispettivo consorzio europeo.

Altri progetti, collegati alle nostre alleanze europee, che si collocano nell'area dell'utilizzo delle tecnologie informatiche per favorire il trasferimento e la condivisione delle informazioni e dei documenti sanitari, con una significatività strategica nell'area dell'interoperabilità dei sistemi,

continueranno ad essere seguiti in raccordo con la Struttura SISS-CRS, e vedranno, nel corso del 2011, il pieno coinvolgimento di alcune Aziende Sanitarie nella prima fase di sperimentazione. Le Alleanze Sanitarie in ambito europeo potranno favorire le partecipazioni del SiReg a nuovi progetti della Commissione.

#### **4. Gemellaggi fra strutture ospedaliere**

Lo strumento del gemellaggio ha raccolto un crescente interesse anche presso strutture accreditate private, vede attualmente impegnate una larga parte delle nostre Aziende Sanitarie e si conferma una modalità di intervento particolarmente agile ed efficace nell'ambito della Cooperazione alla Sviluppo.

Esso andrà sempre più collocato nel quadro generale dell'internazionalizzazione del Sistema Sanitario Regionale. Un gemellaggio può essere dunque anche considerato come test finalizzato a possibili forme di collaborazione più sistemiche, eventualmente sfocianti in alleanze sanitarie con Paesi o Regioni coinvolti. Così pure, per converso, come rilevante momento di implementazione delle stesse.

Da questo punto di vista lo strumento appare idoneo ad estendersi anche al di fuori della sfera dell'aiuto allo sviluppo, entro la quale è nato e si è sviluppato, per divenire anche un ambito di confronto con strutture omologhe di realtà avanzate (gemellaggi "da pari a pari"). Nel corso del 2011 saranno in atto le prime esperienze di questo tipo.

#### **5. Assistenza sanitaria a favore di cittadini comunitari ed extracomunitari**

Questa attività dovrà dare attuazione all'assistenza ai sensi degli indirizzi OMS e delle normative vigenti e restare agganciata a progettualità più ampie, che mirino a favorire interventi strutturali, concentrati su particolari esigenze sanitarie, anche in collegamento ad iniziative di associazioni non profit di cooperazione.

### **RETI DI PATOLOGIA**

L'organizzazione in rete delle strutture e dei servizi 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. L'organizzazione in rete 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. L'attenzione verso il cittadino posto al centro del sistema si concretizza anche attraverso la realizzazione delle reti di patologia o Cluster Patologici, intese non solo come aggregazione di strutture, ma prioritariamente di funzioni e come comunità clinico-culturali abbinate ad infrastrutture di supporto.

Tra gli obiettivi di sistema connessi all'implementazione delle reti è preminente la definizione di livelli clinico organizzativi o funzioni delle strutture e il loro inserimento nella rete e conseguentemente nei processi di gestione del paziente anche post-acuto. Vanno necessariamente individuati indicatori di processo delle fasi intermedie e finali che esprimano l'efficacia, l'efficienza ed il rapporto costo e beneficio annuale, con riguardo ai dati storici precedenti all'avvio delle reti ed al benchmark dell'anno precedente. Il percorso di Regione Lombardia, focalizzato su alcune reti, proseguirà verso una estensione quali-quantitativa dell'esistente e verso un ulteriore ampliamento delle patologie coinvolte, in dettaglio:

- **Rete Nefrologica Lombarda (ReNe):** nel biennio 2009-2010 è stata avviata la sperimentazione del progetto “Realizzazione della Rete Nefrologica Lombarda (ReNe)”, con la finalità di attivare, progressivamente, un sistema finalizzato alla corretta presa in carico del paziente nefropatico, attraverso percorsi sanitari appropriati con particolare attenzione alla migliore accessibilità da parte dei cittadini, all’aggiornamento e alla crescita professionale tra centri di riferimento e strutture del territorio. L’evoluzione della rete, strutturata per funzioni nodi e cluster, prevista per il 2011 comprenderà l’adesione di tutte le strutture sanitarie, oltre a quelle pilota della fase sperimentale individuate dalla DGR VIII/9741/2009 e l’implementazione del nuovo registro dialisi e trapianto, realizzato nell’ambito dell’infrastruttura e dei servizi attivati nel sistema SISS.
- **Rete Ematologica Lombarda (REL):** il progetto Rete Ematologica Lombarda (REL), nel 2010 con il supporto di Lombardia Informatica ha visto coinvolte le quattro strutture sanitarie pilota nella progressiva implementazione di data set minimi per le principali patologie ematologiche, ponendo particolare attenzione alla evoluzione tecnologica e semplificando la pubblicazione delle informazioni all’interno del Fascicolo Sanitario Elettronico. È prevista nel 2011 l’ulteriore evoluzione della rete attraverso *l’ampliamento delle strutture sanitarie aderenti* e il *completamento della fase di definizione del sistema informativo*. Lo sviluppo degli applicativi necessari a supporto della rete, trovano la loro realizzazione nell’ambito dell’infrastruttura e dei servizi già attivati nel sistema SISS.
- **Rete Neonatologica Lombarda:** i dati relativi alla qualità delle cure neonatali in Lombardia sono testimoniati dai bassi indici di morbilità e mortalità infantile. Si conferma la opportunità di sviluppare, anche per le rianimazioni neonatali, un sistema di rete, che garantisca la sistematica raccolta di dati relativi ai neonati “critici” e permetta il costante scambio di informazioni e di esperienze anche con i PLS, e la condivisione di protocolli e procedure. Attraverso l’istituzione di un Gruppo di Approfondimento Tecnico è prevista per il 2011, a fronte di una *attività propedeutica di definizione dei contenuti clinici ed informatici del sistema di archiviazione, l’attivazione della rete neonatologica con particolare riferimento all’infrastruttura informatica comune ed integrata con il SISS* ed alla individuazione dei *centri pilota di fase sperimentale*.
- **Rete BPCO e insufficienza respiratoria:** attraverso l’istituzione di un Gruppo di Approfondimento Tecnico è prevista per il 2011 una *attività propedeutica di definizione dei contenuti clinici ed informatici del sistema di archiviazione* in previsione dell’attivazione della rete BPCO con particolare riferimento all’infrastruttura informatica comune ed integrata con il SISS. Verrà promossa *l’implementazione di specifici protocolli diagnostici e terapeutici (PDT) regionali* relativi alle riacutizzazioni e alla ventilazione meccanica garantendo la continuità ospedale/territorio ed anche l’ospedalizzazione domiciliare.
- **Rete Centri Antiveneni (Rete CAV):** l’attività dei tre centri attivi in Regione Lombardia verrà *integrata ed articolata* in funzione delle specificità e delle competenze maturate.
- **Rete Gastroenterologica Lombarda:** attraverso l’istituzione di un Gruppo di Approfondimento Tecnico nel corso del 2011 sono previste le attività propedeutiche per l’attivazione della rete gastroenterologica lombarda con particolare attenzione, nella prima fase di implementazione della rete stessa, agli interventi ospedalieri urgenti.
- **Rete delle Radioterapie:** Attraverso l’istituzione di un Gruppo di Approfondimento Tecnico saranno sviluppate le attività propedeutiche all’istituzione della Rete delle Radioterapia (Nodi).

- **Epinetwork, Rete Udito e SIDS:** Grande attenzione sarà rivolta ai cittadini di fascia d'età pediatrica, attraverso l'istituzione di un Gruppo di Approfondimento Tecnico con un progetto specifico per la sordità infantile anche al fine di organizzare una rete interventistica. La rete mette in comunicazione i professionisti di discipline e ruoli diversi favorendo la formazione continua e il miglioramento continuo della qualità delle prestazioni erogate. Il sistema informatizzato dedicato alla patologia supporta il sistema di rete facilitando la gestione clinica del paziente nell'ospedale e nel territorio. L'utilizzo della rete informatica arricchisce di contenuti clinici il Fascicolo Sanitario Elettronico di ogni cittadino favorendo la continuità di cura dello stesso anche in condizioni di urgenza ed emergenza. Epinetwork, Rete Udito e la rete per SIDS sono esempi avanzati di applicazione del modello organizzativo regionale di rete di patologia (Network di patologia).
- **Procreazione Medicalmente Assistita (PMA):** nel corso dell'anno 2010 il Gruppo di Approfondimento Tecnico ha proseguito i suoi lavori, orientati anche alla 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). E' prevista per il 2011 la *definizione del software in collaborazione con Lombardia Informatica e l'implementazione nelle strutture coinvolte* nella prima fase sperimentale del progetto.

## **OSPEDALE PER INTENSITÀ DI CURE**

L'evoluzione della domanda di salute e lo sviluppo della rete dei servizi hanno portato ad una profonda revisione del ruolo dell'ospedale che, da luogo privilegiato della cura competente per un insieme esaustivo di servizi, diventa ospedale per acuti caratterizzato da tecnologie e competenze specialistiche integrate. L'ospedale non è più da intendersi una monade, ma l'espressione di funzioni le quali convergono in nodi e cluster a formare la Rete territoriale degli ospedali. Quanto più l'ospedale tende a definire e orientare in questa direzione il proprio ruolo tanto più diventa indispensabile stabilire le sinergie necessarie a un efficace gestione del ciclo di cura organizzando la struttura per intensità di cura. Proseguirà nel 2011 l'attività *dell'osservatorio per l'intensità di cura* con l'obiettivo di proporre, attraverso Decreto della D.G. Sanità, le *indicazioni per l'implementazione dei modelli per intensità di cure/assistenza e la loro valutazione attraverso indicatori di efficienza e efficacia*. È inoltre prevista la realizzazione di *eventi comunicativi relativi alle progettualità concluse*.

## **DONAZIONE E TRAPIANTO**

Il sistema dei trapianti riveste per il Servizio Sanitario Regionale, sia sul versante del prelievo d'organi e tessuti che quello dei trapianti, assoluto rilievo. Le iniziative assunte da Regione Lombardia negli anni quali interventi mirati ad assicurare supporto e finanziamenti specifici all'attività di prelievo organi e alla formazione di tutti i professionisti impiegati nel processo, hanno permesso di evitare nel 2010 il rilevante calo delle segnalazioni avvenuto in tutte le altre regioni. Nel corso del 2010 la DG Sanità ha continuato gli incontri di audit con tutti i Coordinatori Locali, per esaminare gli aspetti critici identificati nelle singole realtà aziendali, e ha organizzato con IReF un corso di formazione regionale destinato a tutti gli anestesisti delle strutture ospedaliere pubbliche, come primo atto di un'estesa opera di formazione. Si conferma che le attività di prelievo rientrano a pieno titolo tra le attività istituzionali delle Aziende

Ospedaliere, e si conferma l'indicazione *che i Coordinatori locali del prelievo debbano ricevere da tutte le componenti dell'ospedale piena collaborazione nello svolgimento del loro compito.*

### **Interventi e progetti**

Anche nel 2011 le assegnazioni per la remunerazione delle attività di prelievo e trapianto mediante il provvedimento di finanziamento delle funzioni sanitarie sono da considerarsi a *destinazione vincolata*; dovranno quindi essere attestate la finalizzazione delle somme ricevute alla promozione e organizzazione delle attività di donazione e prelievo e allo svolgimento ottimale delle attività di trapianto, da parte delle AO e IRCCS.

Nel 2011 le aziende e gli IRCCS impegnati nell'attività di prelievo e trapianto dovranno, secondo le potenzialità aziendali, *definire un budget dedicato*, nell'ambito delle risorse assegnate a destinazione vincolata, e prevedere *forme di incentivazione di risultato* legate al miglioramento qualitativo e quantitativo dei prelievi di organi e tessuti.

Nel corso dell'anno 2011 il programma informatico per la valutazione dell'idoneità del donatore (Donor Action) installato in tutte le rianimazioni della Lombardia dovrà essere *pienamente operativo* rappresentando un debito informativo.

Adeguate *formazione del personale sanitario* coinvolto nel processo di donazione e prelievo di organi e di tessuti dovrà essere assicurata, con una programmazione triennale (2011/ 2013), sia dalle Aziende e gli IRCCS a capo delle aree di coordinamento individuate dalla DGR 7987/2002 che dalle altre aziende ospedaliere, in collaborazione con la DG Sanità e IReF. Le ASL dovranno analogamente programmare corsi di formazione specifici per i MMG. La Direzione Generale Sanità procederà al monitoraggio e alla valutazione delle iniziative avviate.

A livello di ASL, dovrà essere assicurata adeguata informazione ai cittadini, mediante apposito spazio nel sito web della ASL, e formazione ai Medici di medicina generale / PLS, con la realizzazione di corsi dedicati alla medicina della donazione, da organizzarsi in collaborazione con i coordinatori locali del prelievo e responsabili del prelievo delle AO e IRCCS competenti per territorio e la DG Sanità.

## **PIANI REGIONALI DI SETTORE E DI SVILUPPO – PROGETTI E RICERCHE**

### **IL PIANO ONCOLOGICO**

La programmazione in campo oncologico si fonda sulla realizzazione della ROL – Rete Oncologica Lombarda. Con specifici atti sono state definite le modalità organizzative per sviluppare la ROL nell'ambito dei Dipartimenti Interaziendali Provinciali Oncologici (DIPO). La strategia regionale prevede, anche per il 2011, di favorire la *progressiva adesione alla ROL da parte delle strutture di ricovero e cura accreditate* con il SSR nei 22 DIPO della Lombardia, che sono la cornice di riferimento entro la quale sviluppare l'integrazione necessaria allo sviluppo della rete. Nell'ambito delle attività della Commissione Oncologica Regionale nel 2011 saranno intraprese *iniziative per la proposta di un aggiornamento del Piano Oncologico Regionale.*

#### **DIPO (Dipartimenti Interaziendali Provinciali Oncologici)**

Con DDGS 3124 del 29 marzo 2010 sono state sviluppate linee di indirizzo per il funzionamento dei DIPO che promuovono l'integrazione tra la programmazione del DIPO e la programmazione oncologica di competenza dell'ASL. Nel 2011 proseguiranno le iniziative previste nei documenti di analisi e indirizzo annuali e triennali dei DIPO. Particolare attenzione verrà posta all'integrazione con le risorse del volontariato e del Terzo Settore. Proseguiranno anche nel 2011 le attività per la realizzazione di Registri Tumori nelle ASL nelle quali l'implementazione del

registro non è ancora completata. A tal fine, verranno finanziate le attività in corso indirizzate alla produzione di stime di incidenza e di accreditamento nazionale.

### **ROL (Rete Oncologica Lombarda)**

Nel 2011 si prevede un *supporto ai DIPO con modalità analoghe al 2010*. Proseguiranno le attività per la progressiva partecipazione e adesione alla ROL dei soggetti che sulla scala regionale si occupano della patologia oncologica ed erogano servizi specifici. Partecipazione, modalità di adesione e responsabilità sono indirizzati dalle “Indicazioni operative per il funzionamento della Rete Oncologica Lombarda” approvate con Decreto 7078 del 16 luglio 2010.

Si è concluso nel 2010 il Progetto ROL-2, coordinato dalla Fondazione IRCCS Istituto Nazionale Tumori di Milano, nel 2011 saranno proseguite e finanziate le attività previste in continuazione nel Progetto ROL-3 e sarà dato avvio alle nuove iniziative. In particolare la ROL sarà estesa e specializzata fornendo l’opportunità di fruire della piattaforma delle strutture sanitarie regionali aderenti in contesti di ricerca d’avanguardia. Si attueranno procedure per estendere sulle alleanze europee il Progetto ROL nelle diverse sue fasi di sviluppo.

Particolare attenzione sarà posta alla gestione globale del paziente in fase avanzata di malattia rendendo sinergiche tutte le componenti sanitarie, socio sanitarie, e sociali per rispettive e distinte matrici di responsabilità e competenze sanitarie o sociali, con attività parallela o sequenziale di processo che costituiscono l’indispensabile rete attorno al paziente oncologico.

### **Cure Palliative e Terapia del Dolore**

Le principali linee d’azione si svilupperanno nell’ottica di favorire l’attuazione della L. 38/2010 e tenendo conto dei lavori tecnici a livello ministeriale.

Verranno istituiti specifici gruppi di lavoro in materia di Cure Palliative, anche pediatriche, e Terapia del Dolore al fine di individuare proposte tecniche con particolare riferimento alle seguenti tematiche:

- Definizione di programmi regionali di Formazione in cure palliative e in terapia del dolore, rivolto ai differenti target professionali, incluso il volontariato
- Definizione di campagne di informazione sulle cure palliative e sulla terapia del dolore
- Sviluppo del “Progetto per l’Ospedale-Territorio senza dolore”
- Monitoraggio sulla rilevazione del dolore in cartella clinica ai sensi dell’art.7 l.38/2010

La DG Sanità, in sinergia con la D.G. Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale per rispettive e distinte matrici di responsabilità e competenze ed in linea con le indicazioni ministeriali, favorirà azioni finalizzate a promuovere programmi formativi specifici per gli operatori attivi nella rete delle cure palliative, definendone gli obiettivi, i percorsi, le metodologie, indicatori di risultato ed i differenti targets professionali e del volontariato coinvolti.

Le ASL dovranno individuare modelli organizzativi per il coordinamento della rete, a livello provinciale, fondato su una puntuale definizione dei ruoli e delle funzioni, su una tassonomia e percorsi assistenziali condivisi. Verrà attuato il potenziamento dei rapporti operativi fra il sottosistema delle cure palliative di base, tenendo conto dell’attività dei Medici di Medicina Generale e delle equipe operanti a livello distrettuale, e quello di livello specialistico, costituito dal network delle Unità di Cure palliative e degli Hospice.

### **Cure Palliative Pediatriche**

Nel corso del 2011, in coerenza a quanto previsto per il 2010, si definirà un modello sperimentale di ospedalizzazione domiciliare di Cure palliative pediatriche e si proseguirà con specifici percorsi formativi a livello regionale.

### **Ospedalizzazione Domiciliare Cure Palliative oncologiche (ODCP)**

Il servizio sperimentale di “Ospedalizzazione Domiciliare Cure Palliative oncologiche”, si veda nella sezione Nuove Reti Sanitarie, viene attuato da 32 Strutture, con circa il 70% di decessi dei malati a domicilio e con il 17% dei pazienti con dimissione in un hospice, ovvero in Unità ospedaliere di Cure Palliative. Ciò significa che quasi il 90% dei pazienti presi in carico in questo servizio termina il proprio percorso all'interno della rete delle cure palliative regionali, ricevendone le cure fino al decesso. Più del 50% dei percorsi mostra un tempo di presa in carico compreso tra 4 e 30 giorni e il servizio risulta essere molto apprezzato dagli utilizzatori. Le strutture eroganti l'ODCP sono presenti in 11 delle 15 ASL lombarde. Nell'ambito delle Nuove Reti Sanitarie la DGR 11399 del 10.02.2010 ha stabilito la prosecuzione del percorso di “Ospedalizzazione Domiciliare Cure Palliative oncologiche”, individuando specifiche risorse.

## **IL PIANO CARDIO CEREBRO VASCOLARE**

La programmazione in campo cardiocerebrovascolare è indirizzata dal Piano Cardio Cerebro Vascolare, approvato con DGR n. VII/10592 del 14 febbraio 2005 e finalizzata al raggiungimento dei seguenti obiettivi: promozione del ruolo attivo del cittadino nella prevenzione, creazione di una rete integrata di servizi, promozione di qualità e appropriatezza, e promozione della ricerca. Nell'ambito delle attività della Commissione Cardiocerebrovascolare Regionale nel 2011 saranno intraprese iniziative per la proposta di un aggiornamento del Piano.

### **Area del controllo sui soggetti ad alto rischio**

Il sottogruppo Prevenzione Cardiocerebrovascolare, ha elaborato una proposta di linee di indirizzo relativa alla valutazione del rischio CCV, ha definito gli interventi preventivi, gli interventi e le modalità realizzative a livello di comunità, gli interventi e le modalità realizzative a livello individuale nella pratica clinica. Un valore fondamentale ed imprescindibile è rappresentato da percorsi formativi rivolti a specialisti e MMG ritenuti elementi chiave a garanzia della appropriatezza ed efficacia degli interventi. La formalizzazione del documento nel 2011 sarà di specifico indirizzo.

### **Area critica**

La Direzione Generale Sanità con Decreto n. 10446 del 15/10/2009 a oggetto "Determinazioni in merito alla "Rete per il trattamento dei pazienti con infarto miocardico con tratto ST elevato (STEMI)" ha indicato le linee operative per la costituzione di una rete regionale per il trattamento dell'Infarto miocardico acuto. La prima fase di raccolta dati attuata nel corso del 2010 ha consentito di apportare opportuni correttivi migliorativi al sistema. Nel corso del 2011 le attività saranno indirizzate alla *stesura da parte di AREU di protocolli locali integrati* dalle attività degli specialisti e a *ottimizzare le attività nei confronti dei pazienti con STEMI*. Particolare attenzione sarà posta *all'estensione progressiva del Registro Regionale STEMI*, in collaborazione con Lombardia Informatica, e alla *valutazione dei dati dei pazienti con STEMI* dimessi inseriti nel Registro Regionale.

La Lombardia può essere a ragione considerata un'area pilota sia per la definizione dei criteri di riconoscimento delle strutture dedicate all'ictus cerebrale (Stroke Unit o Unità di Cura Cerebro-Vascolari), sia per la realizzazione di una rete nella quale tutte le SU/UCV individuate condividono un database dotato di tutti gli elementi conoscitivi dei vari processi di cura erogati e quindi degli effetti da essi prodotti in termini di salute e prevenzione delle sequele dell'ictus. Il decreto della Direzione Generale Sanità n. 10068 del 18/09/2008 ha come oggetto le “Determinazioni in merito all'organizzazione in rete e criteri di riconoscimento delle Unità di Cura Cerebrovascolari (UCV-Stroke Unit)” e nel documento vengono previsti tre livelli di UCV

(Stroke Unit), dei quali soltanto il II e il III “autorizzati” alla somministrazione della terapia trombolitica. In tal senso appare opportuno estendere il concetto di attività della SU anche verso la gestione più ampia delle emergenze neurologiche.

Nel corso del 2011 le attività saranno indirizzate alla *stesura, in accordo con ACEU/AREU, di protocolli locali integrati*. Particolare attenzione sarà posta *all'estensione progressiva del Registro Regionale Stroke*, in collaborazione con Lombardia Informatica, e alla *valutazione dei dati dei pazienti con Stroke* dimessi e inseriti nel Registro Regionale.

Particolare attenzione sarà volta agli spetti formativi del personale non medico.

### **Area riabilitazione**

Nel 2010 è stato formalizzato un documento del sottogruppo Riabilitazione relativo a “Indicazioni in merito alla presa in carico ed alla gestione riabilitativa del paziente con ictus cerebrale”. Il documento declina l'ottimale assetto organizzativo e gestionale del paziente con ictus presso le Unità Operative di Riabilitazione Specialistica, le Unità Operative di Riabilitazione Generale Geriatrica, e a livello territoriale. Nel corso del 2011 le attività saranno indirizzate alla *attuazione presso le strutture coinvolte* per rispettive e distinte matrici di responsabilità e competenze sanitarie.

## **PIANO SANGUE REGIONALE**

L'attenta programmazione finalizzata al mantenimento e perseguimento dell'autosufficienza di sangue, emocomponenti ed emoderivati, attraverso il lavoro in sinergia di tutti gli operatori direttamente coinvolti nel processo donazione/trasfusione - istituzioni, operatori sanitari, associazioni di volontariato- sta garantendo alla nostra Regione piena autonomia a supporto delle attività delle strutture sanitarie.

In linea con quanto già chiaramente indicato nella L.R. 05/05 (c.d. “V piano sangue”) e nella legge 219/05, la messa in atto delle indicazioni contenute nei decreti legislativi 261/07, 207/07 e 208/07, in tema di prescrizioni per la rintracciabilità e la notifica di effetti indesiderati ed incidenti gravi e di norme e di specifiche relative ad un sistema di qualità per le strutture trasfusionali coinvolte nel processo donazione-trasfusione ed in tema di qualità e di sicurezza per la raccolta, il controllo, la lavorazione, la conservazione e la distribuzione del sangue umano e dei suoi componenti, permetterà di garantire nelle strutture trasfusionali un elevato livello di qualità e sicurezza.

Le circostanze dello scorso periodo estivo, che hanno visto impegnate le regioni Lombardia, Veneto ed Emilia Romagna nel fronteggiare l'emergenza West Nile Virus, impongono una attenta valutazione delle iniziative da mettere in campo nel 2011 per fronteggiare emergenze legate alla trasmissione di malattie da virus emergenti. In funzione dell'evoluzione del quadro epidemiologico di tali infezioni, in stretta sinergia con i diversi soggetti istituzionali interessati (Assessorato Sanità e struttura di coordinamento, Centro Nazionale Sangue), per quanto di competenza, saranno adottate specifiche iniziative anche al fine di garantire riserve strategiche di sangue ed emocomponenti a supporto della attività sanitarie ospedaliere.

Per quanto riguarda le assegnazioni per la remunerazione delle attività connesse alla sicurezza con metodica NAT e connesse all'attività di produzione del sangue e degli emocomponenti, sia le assegnazioni per la remunerazione delle attività connesse alla conservazione di cellule staminali cordonali e alla ricerca e conservazione del sangue raro attraverso le banche autorizzate sono da considerarsi a destinazione vincolata. Le eventuali ulteriori risorse, indispensabili per l'adozione di interventi urgenti, saranno definite in base alle reali necessità emergenti.



## PROGRAMMI DI SVILUPPO DI SETTORE

### Gruppi di approfondimento su tematiche specifiche

- **Diabete:** nel corso del 2010 il GAT ha elaborato una proposta di linee di indirizzo per un Piano integrato Territorio - Ospedale per la prevenzione e gestione della patologia diabetica in Regione Lombardia. Particolare attenzione è posta agli aspetti relativi a consolidare la “Gestione Integrata” dei pazienti affetti da malattie del metabolismo tra gli operatori della Primary Care e la rete dei Servizi Specialistici di Diabetologia e Malattie del Metabolismo, realizzando un processo diagnostico e terapeutico (PDT) condiviso, valorizzare e realizzare effettivamente l’educazione “terapeutica” - finalizzata alla corretta gestione della terapia e del percorso assistenziale - con ricadute in termini di efficienza ed efficacia grazie al forte coinvolgimento dei pazienti e delle associazioni, consolidare le Strutture Diabetologiche e coinvolgere nel “Sistema Integrato” le Strutture Specialistiche proprie della Secondary Care, per la definizione di PDT riguardante il ricovero ospedaliero, aumentare il coinvolgimento dei MAP e dei PdF nella gestione diretta dei pazienti con diabete attraverso un’adeguata organizzazione, la comunicazione e l’integrazione con le Strutture Diabetologiche e l’applicazione dei PDT, ed estendere lo screening del diabete gestazionale, come mezzo di prevenzione secondaria (ed in alcuni casi addirittura primaria) del DMT2. La formalizzazione del documento nel 2011 sarà di indirizzo per le strutture di ricovero. Proseguirà inoltre la raccolta ed analisi degli indicatori del trattamento della patologia diabetica presso le ASL.
- **Pronto soccorso:** Regione Lombardia programma, pianifica ed attua soluzioni integrate, che mirino da una parte a consolidare risultati già raggiunti, dall’altra a realizzare nuovi e innovativi modelli di accoglienza dell’utente e di gestione di risorse umane, organizzative e tecnologiche del SSR. Nel corso del 2010 il GAT ha elaborato una proposta di linee di indirizzo regionale per la gestione del paziente in PS, la accoglienza e i processi di good-practice. Un valore fondamentale ed imprescindibile è rappresentato da percorsi formativi rivolti a tutti gli attori della rete d’emergenza-urgenza, con particolare attenzione al momento del Triage, ritenuto elemento chiave a garanzia della appropriatezza ed efficacia degli interventi. La *formalizzazione del documento* nel 2011 sarà di indirizzo per le strutture di ricovero.
- **Sepsi:** nel corso del 2010 è stato elaborato il documento tecnico di indirizzo per la costituzione del Gruppo di Monitoraggio intraospedaliero dei pazienti con sepsi. Nel 2011 il documento verrà formalizzato e verranno attivati, in collaborazione con IREF, percorsi formativi specifici per le figure di riferimento all’interno delle strutture sanitarie.
- **Nutrizione Artificiale Domiciliare (NAD):** nel corso del 2010 il Gruppo di Approfondimento Tecnico (GAT) ha elaborato una proposta di linee di indirizzo regionale per la gestione del paziente in NAD, formulato indicazioni per la classificazione delle strutture che trattano la patologia, e approfondito i diversi modelli di gestione utilizzati a livello regionale quali la gestione diretta, il service esterno e la convenzione con l’erogatore. La formalizzazione del documento nel 2011 sarà di indirizzo per le strutture ospedaliere e le ASL a garanzia dell’appropriatezza dell’erogazione e a supporto del malato e del suo care-giver.
- **Medicina Interna:** la moderna evoluzione delle cure ospedaliere riconosce l’ospedale come parte di un sistema integrato di servizi che creano un continuum di cure sanitarie con

al centro il paziente e i suoi bisogni sanitari. La strutturazione nosologica tradizionale sta evolvendo verso una organizzazione per livelli a diversa intensità e tipologia di cure. Il GAT ha promosso in regione uno studio multicentrico in area medica – con il coinvolgimento di 8 Strutture di ricovero – con l’obiettivo di conoscere il livello di intensità di cure e il livello di complessità clinica indagata in termini di criticità e gravità, richiesti dai pazienti ricoverati e di conoscere la possibile congruità tra la valutazione infermieristica nell’intensità di cure e la valutazione medica della complessità clinica. La formalizzazione di un documento tecnico nel 2011 sarà di indirizzo per le strutture ospedaliere regionali.

- **Terapia Antitrombotica Orale (TAO):** attraverso le attività del GAT la regione promuove nel 2011 processi diagnostico-terapeutici per i pazienti affetti da patologie croniche in trattamento con terapia anticoagulante. Tali percorsi, basati su consolidate evidenze scientifiche, saranno orientati in modo da garantire la qualità, l’appropriatezza, l’equità, l’efficacia e l’efficienza delle prestazioni erogate, nonché la sicurezza dei pazienti.
- **HPH Rete HPH (Health Promoting Hospital):** la rete lombarda HPH fa parte di un progetto internazionale che si è sviluppato negli anni coinvolgendo un numero sempre maggiore di strutture sanitarie e sociosanitarie di diverse regioni, italiane e internazionali, favorendo nuove conoscenze e alleanze e contribuendo ad uno scambio di esperienze e a migliorare la qualità dei progetti. Nel 2010 è scaduto il programma triennale, previsto dalla DGR VIII/6640 del 20.2.2008, durante il quale la rete lombarda HPH ha coinvolto le Aziende Sanitarie Locali nella propria attività di promozione della salute, in aggiunta alle strutture ospedaliere e sociosanitarie. In tale periodo si è potuto registrare un miglioramento dei rapporti tra operatori delle diverse strutture finalizzati alla realizzazione di progetti integrati ospedale-territorio. Nel 2011 pertanto, *proseguirà l’attuazione del progetto “Rete HPH” con la realizzazione - da parte delle strutture sanitarie - dei progetti approvati nel 2010 e con la programmazione di un nuovo programma triennale* teso a sostenere e a rafforzare questa politica tramite: percorsi formativi, la individuazione di aree prioritarie su cui avviare progetti sinergici per rispettive e distinte matrici di responsabilità e competenze sanitarie, oltre alla definizione delle modalità di rinnovo dell’Accordo tra la rete lombarda e la rete internazionale per il prossimo quadriennio.
- **Medicina Complementare:** nella logica dell’attenzione al cittadino nel 2011 proseguirà lo *sviluppo dei sistemi di garanzia per un utilizzo consapevole della medicina complementare* mediante la prosecuzione della collaborazione con l’OMS, la promozione di studi sperimentali con lo scopo di valutarne l’efficacia e il miglioramento dell’offerta formativa nel settore, in collaborazione con le università Regionali. Nel 2011 verrà predisposto un *bando per l’avvio di studi multicentrici sia osservazionali che clinici* relativo alle medicine complementari da realizzare in strutture sanitarie sulla base di criteri che prevedano anche la rilevazione di qualità-costo-beneficio e su patologie croniche e/o a forte impatto epidemiologico che verranno individuati dalla DG Sanità con il supporto di un apposito Comitato Tecnico Scientifico formato da esperti.

## TELEMEDICINA

L’utilizzo di tecnologie biomedicali e dell’informazione (ICT) in ambito sanitario rappresenta un strumento per migliorare la qualità e l’accesso ai servizi offerti ai cittadini e consente di supportare gli operatori sanitari sia sul versante della conoscenza sia nell’attività di diagnosi e continuità di cura, contribuendo a razionalizzare l’uso delle risorse. Le aree di applicazione della Telemedicina

sono molteplici, così come i possibili scenari di utilizzo: servizi di “second opinion” - richiesta di avere l’opinione di uno specialista su un determinato caso clinico - servizi di telemedicina online quali, telediagnosi e teleconsulto, comunicazione sincrona/asincrona di immagini e segnali tra operatori sanitari e pazienti o tra soli operatori, trasmissione, riproduzione e refertazione di segnali provenienti da apparecchiature diagnostiche, applicati tra strutture sanitarie o da strutture sanitarie a singoli operatori sanitari sul territorio. Regione Lombardia ha investito in questi anni molte risorse per lo sviluppo di progettualità innovative le cui risultanze stanno superando la fase di sperimentazione per giungere ad una implementazione a livello di sistema. Nel 2011 attraverso le attività del GAT verranno individuate tipologie di pazienti e relative patologie, potenzialmente in grado di beneficiare di un nuovo assetto organizzativo e di un modello economicamente e funzionalmente idoneo a garantire tutte le fasi delle cure per l’ospedalizzazione domiciliare. A ciò seguirà l’avvio di sperimentazioni che coinvolgimento aziende sanitarie pubbliche, preventivamente selezionate, dotate delle tecnologie di teletrasmissione dei parametri clinici più avanzate ed innovative, anche in sinergia operativa con l’industria per lo sviluppo tecnologico sanitario.

### **Nuove Reti Sanitarie**

Per l'anno 2011 è *prorogata l'autorizzazione in atto a tutte le Strutture che partecipano a Nuove Reti Sanitarie* con i servizi sperimentali di seguito indicati, confermando per ciascuna di esse anche per il 2011, il *tetto di pazienti previsto per l'anno 2010* e proseguendo le analisi di qualità e risultato semestralmente effettuate e discusse con i clinici.

- Percorsi di Telesorveglianza Domiciliare Sanitaria a diversa intensità di cura per pazienti cronici:
  - “Telesorveglianza domiciliare sanitaria per pazienti con scompenso cardiaco cronico medio grave - PTS” - 36 Strutture coinvolte con un tetto di 1105 pazienti, comprendendo anche le strutture autorizzate con DGR IX/409 del 05.08.2010.
  - “Telesorveglianza domiciliare sanitaria per pazienti con BPCO grave e molto grave - PTP” – 7 Strutture già coinvolte a cui si aggiungeranno quelle che verranno autorizzate a seguito della DGR 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”.
- Percorsi di Ospedalizzazione Domiciliare per precise tipologie di pazienti:
  - “Ospedalizzazione Domiciliare riabilitativa post cardiocirurgica - POD” - 6 Strutture coinvolte con un tetto di 305 pazienti.
  - “Ospedalizzazione Domiciliare Cure Palliative oncologiche - ODCP”, 32 Strutture coinvolte con un tetto di 5.661 pazienti.

Si conferma inoltre la prosecuzione del percorso per il 2011, indicato nella DGR IX/409 del 05.08.2010, di “Teleconsulto specialistico al Medico di Medicina Generale”, per le specialità di cardiologia, dermatologia, diabetologia e pneumologia su 7 ASL (Bergamo, Brescia, Como, Lecco, di Pavia, Varese e Vallecamonica-Sebino) che attuano tale servizio nei loro distretti più delocalizzati e montani, con un tetto per il 2011 di 5.000 Teleconsulti, nell’ambito di Nuove reti Sanitarie.

Analogamente, nel corso del 2011, in prosecuzione del progetto di ricerca ministeriale EVOLVO - Evoluzione Tecnologica e Valutazione Organizzativa dei Modelli di Cura per la Prevenzione delle Instabilizzazioni dello Scompenso Cardiaco in pazienti portatori di defibrillatori impiantabili -,

verrà attivato un servizio sperimentale di controllo remoto dei device impiantati, con visite di follow up supportate dalla telemedicina, con metodologia e criteri in atto in Nuove Reti Sanitarie.

## **DISABILITÀ**

Le persone affette da grave disabilità intellettiva e neuromotoria hanno grande difficoltà ad accedere a percorsi di diagnosi e cura in ospedale. L'attuale organizzazione dei percorsi sanitari intraospedalieri non è adeguata a dare risposte efficaci e tempestive ad una categoria fragile di persone, che presentano caratteristiche personali, di morbidità, di gestione e di accoglienza del tutto peculiari, che si inseriscono con difficoltà nell'organizzazione troppo rigida e molto standardizzata della nostra realtà sanitaria.

Valorizzando le esperienze già presenti in Regione Lombardia - Progetti DAMA dell'AO San Paolo in Milano e Progetto Delfino presso l'AO C. Poma in Mantova – nel 2011 saranno intraprese iniziative e percorsi formativi a supporto dell'accoglienza e della gestione del paziente disabile nelle strutture di diagnosi e cura regionali.

## **FORMAZIONE**

Al fine di contribuire a colmare l'eventuale divario sul territorio tra fabbisogni annui di medici specialistici e corrispondenti assegnazioni di contratti da parte del Ministero dell'Università e della Ricerca, qualora ne ricorrano i presupposti giuridici, le relative autorizzazioni e vi sia la necessaria copertura finanziaria, possono essere deliberati da parte di Regione Lombardia ulteriori contratti di formazione specialistica.

## **LA RICERCA**

Per l'anno 2011, con finanziamenti regionali pari a € 7.000.000, verranno promossi progetti indipendenti di ricerca, sperimentazione e prototipizzazione per innovazione di prodotti e processi in ambito sanitario e di simulazione di iniziative progettuali e di formazione, proposti dalle Aziende Ospedaliere, dall'AREU e dagli IRCCS pubblici e privati accreditati della Regione Lombardia.

Con provvedimento del Direttore Generale Sanità verrà costituito un apposito gruppo di lavoro, a cui parteciperanno rappresentanti della Commissione Oncologica e Cardiovascolare, che stabilirà obiettivi, criteri, modalità, finanziamento e soggetti beneficiari.

Con una quota dei fondi previsti potranno essere altresì finanziati progetti per il Piano Sangue.

## **ATTIVITÀ DI COMUNICAZIONE**

Regione Lombardia - D.G. Sanità in coordinamento con la D.G. Presidenza - si conferma il centro di un sistema in cui tutti i soggetti pubblici, privati concorrono alla definizione ed elaborazione dei processi di comunicazione sui servizi offerti al cittadino, sulle azioni di prevenzione e sui corretti stili di vita.

Anche per l'anno 2011 Regione Lombardia, ASL, AO e IRCCS pubblici collaboreranno nelle attività di progettazione e realizzazione di prodotti e iniziative di comunicazione, oltre che nel completamento del processo di visualizzazione dell'immagine complessiva del sistema sanitario e sociale della Lombardia, al fine di raggiungere il pieno riconoscimento, da parte del cittadino, dell'identità unitaria del SSR, anche attraverso i marchi di sistema apposti su punti di accesso, siti internet e materiali informativi di ogni struttura.

Particolare attenzione sarà dedicata alla formazione in tema di comunicazione interna ed esterna, in risposta ai bisogni rilevati dagli operatori della comunicazione degli enti del SSR.

Regione Lombardia, inoltre, implementerà e aggiornerà costantemente, con il contributo degli enti, i propri strumenti informativi rivolti al cittadino e agli operatori.

### **FORMAZIONE SPECIALISTICA**

Al fine di contribuire a colmare l'eventuale divario sul territorio tra fabbisogni annui di medici specialistici e corrispondenti assegnazioni di contratti da parte del Ministero dell'Università e della Ricerca, qualora ne ricorrano i presupposti giuridici, le relative autorizzazioni e vi sia la necessaria copertura finanziaria, Regione Lombardia, può assegnare con provvedimento attuativo ulteriori contratti di formazione specialistica, previo confronto con le Università lombarde per un importo fino a 5.000.000,00 di euro.

### **EDILIZIA SANITARIA**

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

Si ribadisce che, 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 ne' ad autorizzazione preventiva all'utilizzo di economie derivanti da ribassi d'asta e/o dalle eventuali minori spese sostenute ne' a validazione preventiva. Sarà cura del Responsabile del Procedimento aggiornare il quadro tecnico economico e comunicarlo alla D.G. Sanità ai fini delle successive liquidazioni nonché garantire il mantenimento dei requisiti minimi di cui al D.P.R. 14/01/1997 e 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, avente 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 D.G. 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 D.G. 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.

Per una descrizione più dettagliata delle possibilità d'intervento per l'utilizzo dei ribassi d'asta derivanti da finanziamenti statali e/o regionali si rimanda alle disposizioni contenute 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 OO.PP., 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.