

Disciplina delle modalità di erogazione dell'assistenza odontoiatrica e linee di indirizzo alle aziende sanitarie.

INDICE

Premessa

1. Definizione delle prestazioni sanitarie, modalità di accesso e compartecipazione alla spesa sanitaria
2. Prevenzione mirata ai soggetti in età evolutiva
3. Erogazione dei dispositivi medici individuali
4. Implementazione dell'offerta odontoiatrica: linee di indirizzo per la predisposizione dei progetti aziendali
5. Modalità di presentazione, valutazione e finanziamento dei progetti aziendali

Premessa

Tra i servizi offerti dal Servizio sanitario nazionale, l'assistenza odontoiatrica rappresenta un'area che necessita di incisivi interventi per favorire il superamento delle disuguaglianze nell'accesso alle cure determinate dall'insufficienza dell'offerta pubblica e dagli alti costi delle prestazioni offerte in regime privato.

La normativa nazionale in materia è costituita principalmente dal D.Lgs. n. 502/1992 e successive modificazioni che definisce i criteri per la determinazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) e dal DPCM 29/11/2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza".

Il DPCM 29 novembre 2001 (Definizione dei livelli essenziali di assistenza (LEA), allegato 2B, prevede che *"le prestazioni di odontoiatria sono erogate limitatamente alle fasce di utenti ed alle condizioni indicate dall'articolo 9, comma 5, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modifiche ed integrazioni"*.

L'articolo 9, comma 5, del citato D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n.421) disciplina l'erogazione dell'assistenza odontoiatrica, limitatamente ai programmi di tutela della salute odontoiatrica nell'età evolutiva e dell'assistenza odontoiatrica e protesica a determinate categorie di soggetti in condizioni di particolare vulnerabilità.

La deliberazione del Consiglio regionale n. 163 del 8 ottobre 2003 (DPCM 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza", allegato 2B – modalità assistenziali relative alla specialità di odontoiatria) ha approvato il Progetto odontoiatria, che ha confermato ed esteso gli interventi previsti dalla normativa nazionale, prevedendo:

- 1) interventi di prevenzione (prenatale, primaria e secondaria)
- 2) tre livelli di prestazioni sanitarie, ovvero:

I livello - prestazioni finalizzate alla cura delle urgenze odontoiatriche, alla intercettazione di patologie gravi, alla attività protesica e ortodonzia intercettiva, da erogarsi con le modalità di partecipazione alla spesa previste dalla normativa vigente (ticket), salvo i soggetti esenti;

II livello – prestazioni di odontoiatria conservativa e ortodonzia intercettiva, da erogarsi esclusivamente a favore di soggetti in condizioni di disagio economico/sociale (per reddito di nucleo familiare, vulnerabilità sanitaria, handicap in situazione di gravità) a fronte di una partecipazione alla spesa come da normativa vigente (ticket), salvo i soggetti esenti;

III livello – prestazioni del II livello ed ulteriori prestazioni di alta specialità, da erogarsi a tutti i cittadini residenti a tariffe concordate;

La DCR 163/2003 ha inoltre previsto, come livello di assistenza aggiuntivo regionale, l'erogazione di protesi gratuite per soggetti in condizioni di disagio economico e sociale.

Tenendo conto della classificazione dell'offerta di cui alla DCR 163/2003, la Giunta regionale ha dettato negli anni successivi disposizioni per l'ampliamento dell'offerta dell'assistenza odontoiatrica, anche in raccordo con i soggetti privati: in particolare, la DGR 861/2004 ha proposto una modalità organizzativa nella quale l'azienda sanitaria, previa selezione ad evidenza pubblica, stipula accordi con soggetti privati per l'erogazione a tariffa concordata delle prestazioni previste dal nomenclatore regionale (terzo livello); la DGR 234/2007 ha previsto, inoltre, la possibilità per i soggetti privati di esercitare l'attività utilizzando le strutture e le attrezzature pubbliche e con la successiva DGR 550/2007 tale facoltà è stata riconosciuta con priorità di accesso agli specialisti ambulatoriali convenzionati.

Sulla base di una rilevazione effettuata nell'anno 2011 in ordine allo stato di attuazione della DCR 163/2003 e dall'analisi dei flussi informativi relativi alla specialistica ambulatoriale è emerso che:

- l'esecuzione delle prestazioni di terzo livello di cui alla DCR 163/2003 è stata assicurata in modo esiguo e disomogeneo sul territorio regionale;
- salvo le esperienze consolidate principalmente nelle Aziende USL n.10 di Firenze e n.11 di Empoli, risultano largamente disattese le disposizioni che indirizzano all'attivazione di collaborazioni con strutture o professionisti privati per l'erogazione delle prestazioni odontoiatriche alle tariffe concordate previste dal Nomenclatore tariffario regionale;

Alla luce di tale rilevazione e in attuazione della DGR 75/2014 (Azioni prioritarie del sistema socio-sanitario regionale per il 2014), si ritiene necessario dare nuovo impulso all'ampliamento dell'offerta complessiva di prestazioni odontoiatriche, con l'obiettivo di favorire l'accesso alle cure da parte dei cittadini toscani, con particolare riferimento alle fasce più deboli in relazione all'età o alle condizioni socio-economiche. Infatti, il perdurare della crisi economica comporta un aumento dei casi di rinuncia alle cure odontoiatriche o di abbandono dei percorsi di cura già intrapresi. Nell'ambito di tale intervento, si ritiene, inoltre, necessario favorire il miglioramento dei percorsi assistenziali per soggetti portatori di handicap in situazione di gravità (articolo 3, legge 5 febbraio 1992, n.104, Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate).

A tal fine, con il presente atto, la Giunta regionale intende avviare un percorso di sviluppo dell'offerta pubblica di prestazioni odontoiatriche con l'obiettivo di garantire l'erogazione di tali prestazioni come livello essenziale di assistenza regionale attraverso le strutture del SSR.

Infatti, si ritiene rafforzare anche per tale forma di assistenza i valori del servizio sanitario pubblico e universalistico, ampliando l'offerta e migliorando la qualità delle prestazioni per tutti i cittadini, in considerazione della particolare contingenza economica e sociale e della evoluzione demografica della realtà toscana.

Si considera opportuno avviare tale processo con una fase sperimentale di 3 anni nella quale misurare l'effettivo fabbisogno di strutture, tecnologie e personale in vista della strutturazione dell'offerta pubblica a sistema. In tal senso, in questa fase le ulteriori risorse professionali potranno essere acquisite attraverso forme di collaborazione con professionisti privati, che forniranno le loro prestazioni all'interno delle strutture pubbliche. Al termine della sperimentazione, il sistema sanitario regionale potrà dimensionare le risorse necessarie in base all'esperienza fatta ed al relativo impatto economico, procedendo alle opportune acquisizioni.

Le modalità organizzative di implementazione dell'offerta odontoiatrica dovranno essere assicurate, nel primo anno di attuazione dei progetti, almeno in una zona distretto di ciascuna Azienda USL tendendo ad interessare, a partire dal secondo anno di attività, ogni zona distretto presente sul territorio aziendale. Nel contempo, deve essere incentivato l'utilizzo ottimale dei riuniti presenti in ogni azienda USL.

Considerando il percorso già intrapreso dalle aziende sanitarie in attuazione delle sopra richiamate deliberazioni, si ritiene che in una prima fase le esperienze ed i modelli di collaborazione con i professionisti privati già in essere dovranno essere progressivamente ricondotti al modello regionale sopra descritto.

1. Definizione delle prestazioni sanitarie, modalità di accesso e compartecipazione alla spesa sanitaria

Il progetto odontoiatria approvato con la DCR 163/2003, come sopra accennato, ha articolato sia la tipologia di prestazioni da assicurare ai cittadini residenti, che le modalità di accesso e partecipazione alla spesa in tre livelli assistenziali, dando luogo, come rilevato nell'esperienza applicativa, ad un sistema composto da numerose variabili dove la ricerca di un equilibrio ottimale ha generato una elevata complessità interpretativa.

Nell'obiettivo di regolare più chiaramente accesso, appropriatezza e compartecipazione alla spesa, si ritiene opportuno passare ad un sistema di più facile applicazione che valorizzi i criteri di semplificazione e di equità.

In tal senso, si ritiene di ridefinire l'offerta complessiva di prestazioni odontoiatriche come descritto nell'allegato B della presente deliberazione.

Fatto salvo quanto più avanti specificato per il trattamento delle urgenze e l'intercettazione di patologie gravi - prestazioni di cui all'allegato B dal codice 89.7 al codice 76.2 -, le prestazioni odontoiatriche sono assicurate a tutti i cittadini toscani con compartecipazione totale alla spesa, ovvero con il pagamento dell'intera tariffa prevista dal Nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, salvo i casi in cui ricorrano condizioni di vulnerabilità sociale o sanitaria.

Si evidenzia che la visita specialistica è assicurata a tutti gli assistiti in regime di compartecipazione alla spesa sanitaria salvo i casi di esenzione e di vulnerabilità sociale e sanitaria.

Le condizioni di vulnerabilità sociale e sanitaria e le relative modalità di compartecipazione alla spesa sono individuate secondo i criteri di seguito indicati, in modo da assicurare una più ampia ed equa inclusione dei soggetti che per motivi di disagio socio-economico non potrebbero accedere altrimenti alle cure odontoiatriche e dei cittadini portatori di patologie che possono interferire o essere aggravate dal problema odontoiatrico.

Condizioni di vulnerabilità sociale:

- a) i cittadini con reddito complessivo del nucleo familiare fiscale o con ISEE fino a 8000 euro accedono a tutte le prestazioni odontoiatriche in regime di esenzione;
- b) i cittadini con reddito complessivo del nucleo familiare fiscale o con ISEE tra 8.000 euro e 14.000 euro accedono a tutte le prestazioni odontoiatriche secondo le modalità di compartecipazione previste per l'accesso all'assistenza specialistica ambulatoriale (pagamento del ticket salvo i casi di esenzione).

I presenti criteri di vulnerabilità sociale saranno rivalutati al termine del primo anno di sperimentazione, per apportare eventuali interventi correttivi sulla base dei dati di costo e di accesso rilevati.

Condizioni di vulnerabilità sanitaria:

- soggetti con handicap in situazione di gravità (articolo 3 legge 104/1992);
- condizioni di tipo sanitario in cui la condizione odontoiatrica aggrava o interferisce con la patologia tutelata:

1. patologie rare o croniche (di cui al DM 329/1999 e successive modificazioni.), come già individuate dalla DGR 861/2004, ovvero:

Cardiopatie congenite ed acquisite (cod. 002/745 – 746)
Coartazione aortica (cod. 002.447.1)

Endocardite Batterica Subacuta (cod. 002.397)
Endocardite batterica cronica (cod. 002.397)
Cirrosi epatica (cod. 008.571.5)
Colite ulcerosa (cod. 009.556)
Leucemia linfatica acuta e cronica (cod. 048.204)
Leucemia mieloide acuta e cronica (cod. 048.205)
Mieloma multiplo (cod. 048.203)
Trisomia 21 (cod. 051.000)
Infezioni da HIV (cod. 020.042;020.42 + 079.53; 020.V08)
Pazienti in trattamento radioterapico per neoplasie del distretto cefalico.

I soggetti in condizioni di vulnerabilità sanitaria accedono a tutte le prestazioni odontoiatriche in regime di esenzione dalla compartecipazione alla spesa sanitaria.

Le prestazioni necessarie per il trattamento delle urgenze e per l'intercettazione di patologie gravi - prestazioni di cui all'allegato B dal codice 89.7 al codice 76.2 - sono assicurate a tutti i cittadini toscani con pagamento del ticket, secondo la normativa vigente in materia di compartecipazione, salvo quanto previsto per i casi di esenzione e, comunque, di vulnerabilità sociale e sanitaria.

Le rimanenti prestazioni sono assicurate a tutti i cittadini toscani con compartecipazione totale alla spesa, ovvero con il pagamento dell'intera tariffa prevista dal Nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, salvo i casi in cui ricorrano le condizioni di vulnerabilità sociale o sanitaria.

Modalità di accesso

L'accesso alle prestazioni odontoiatriche è previsto dalla normativa vigente come "libero accesso", ovvero senza la prescrizione medica.

L'accesso alla visita specialistica odontoiatrica può avvenire solo su prenotazione tramite CUP; essa potrà essere erogata presso le strutture pubbliche o con altra modalità, secondo le soluzioni organizzative previste dall'azienda sanitaria (v. paragrafo 4). Successivamente alla visita, viene compilato il piano di cura tramite il quale l'odontoiatra, valutate le necessità dell'utente, garantisce le prestazioni appropriate secondo le modalità sopra indicate.

Le aziende sanitarie garantiscono presso le strutture ambulatoriali odontoiatriche, nelle ore di apertura, e presso il pronto soccorso nell'arco delle 24 ore, 7 giorni su 7, l'erogazione delle prestazioni urgenti per il trattamento del dolore e le prestazioni assicurate con le competenze immediatamente disponibili.

2. Prevenzione mirata ai soggetti in età evolutiva

Le due principali malattie di interesse odontoiatrico, carie e malattia parodontale, sono considerate vere e proprie patologie comportamentali. Atteggiamenti e comportamenti individuali si radicano nei primi anni di vita e nella loro definizione hanno un ruolo importante la famiglia, la scuola e i servizi pubblici di informazione.

Si riafferma, pertanto, l'opportunità di proseguire l'importante investimento nei programmi di prevenzione rivolti ai soggetti in età evolutiva (0-14 anni) interessanti la prevenzione prenatale, la prevenzione primaria e la prevenzione secondaria.

Prevenzione prenatale e perinatale

I progetti aziendali devono prevedere azioni specifiche di prevenzione ed interventi di educazione all'igiene orale nell'ambito dei corsi di preparazione al parto. Per le puerpere non in prima gravidanza, gli interventi di prevenzione prenatale costituiscono, inoltre, un'opportunità per

l'intercettazione di eventuali figli in età evolutiva da avviare agli interventi di prevenzione primaria e secondaria.

Azioni di prevenzione primaria

Rispetto alle indicazioni operative fornite alle aziende sanitarie con la deliberazione della Giunta regionale n. 537/2006 "PSR 2005 - 2007 Odontoiatria un percorso sostenibile - indirizzi alle Aziende Sanitarie per la prevenzione in età evolutiva", si proseguono:

a) interventi di educazione alla salute quali:

- interventi di educazione alla salute e campagne di informazione mirate alla popolazione delle scuole materne ed elementari, al personale docente e direttivo, ai genitori, da effettuarsi nei plessi scolastici del territorio regionale con l'uso di apposito materiale informativo;

b) interventi specifici di sanità di iniziativa da realizzare con i pediatri di libera scelta, in quanto tutori e promotori della salute in età evolutiva, mediante iniziative di:

- profilassi sistemica (secondo lo schema di protocollo OMS-APA)
- motivazione alla igiene orale e fluoroprofilassi locale.

I pediatri di famiglia durante l'esecuzione dei bilanci di salute provvedono ad effettuare una valutazione e segnalazione dei rapporti dentoscheletrici a carie nei bilanci di salute a 3 e 6 anni.

Azioni di prevenzione secondaria

Con riguardo agli interventi di sigillatura, le raccomandazione OMS e del Ministero della Salute assegnano validità ed importanza alla sigillatura dentale ed il Servizio Sanitario Toscano ha recepito tali indicazioni nell'ambito del Progetto regionale Odontoiatria in età evolutiva realizzato nel periodo 2006/2008 sulla base di un accordo stipulato con le organizzazioni rappresentative degli odontoiatri affinché i professionisti privati eseguissero nei propri studi le visite e gli interventi di sigillature su tutti i bambini della classe di età individuata per l'anno di riferimento.

Gli interventi di sigillatura dei molari permanenti previsti nell'ambito del Progetto regionale odontoiatria in età evolutiva realizzato nel periodo 2006/2008 hanno ottenuto un'adesione inferiore al 30% della popolazione interessata.

Nel primo semestre del 2011 è stata compiuta a livello regionale, ad opera del Centro di collaborazione dell'OMS per l'Epidemiologia e l'Odontoiatria di Comunità di Milano, una rilevazione epidemiologica che ha consentito la valutazione del suddetto progetto. La valutazione è stata condotta su un campione di bambini nati nell'anno 1999 mettendo a confronto soggetti sottoposti ai primi interventi di sigillatura dei molari permanenti con bambini della medesima classe di nascita non aderenti alle iniziative di prevenzione regionale.

Si ritiene opportuno segnalare, ai fini delle progettualità aziendali, i seguenti elementi emersi in esito alla rilevazione:

- potenziare i canali di comunicazione per migliorare la partecipazione delle famiglie ed estendere l'intervento svolto da parte dei pediatri in occasione dei bilanci di salute;
- individuare e valorizzare, tra gli operatori, gli igienisti dentali, che rappresentano il profilo professionale dedicato agli interventi di prevenzione;
- valutare la fattibilità di un progetto educativo nelle scuole con l'obiettivo generale del mantenimento della salute orale e l'obiettivo specifico dell'intervento di sigillatura dei primi molari;
- valutare l'opportunità di mirare gli interventi di sigillatura sulle fasce di bambini in condizioni effettive di rischio di lesione cariose piuttosto che effettuare le prestazioni sull'universalità degli

utenti così da assicurare una migliore razionalizzazione delle risorse economiche ed una maggiore appropriatezza dell'azione di prevenzione.

Alla luce dell'esperienza svolta e delle osservazioni sopra riportate, si prevede l'erogazione di una visita di screening gratuita ai cittadini residenti al compimento del settimo anno di età con l'obiettivo di individuare precocemente le malocclusioni e di sviluppare gli opportuni piani di cura. Tale azione si configura come intervento di sanità d'iniziativa e si attua attraverso la chiamata attiva da parte dell'azienda sanitaria dei ragazzi che, nel territorio di competenza, costituiscono di anno in anno la popolazione di riferimento in base all'età. Le modalità di tale intervento dovranno essere definite dalle aziende sanitarie nelle rispettive progettualità.

Le prestazioni odontoiatriche (compresi gli interventi di sigillatura) sono erogate ai soggetti in età evolutiva (0-14) secondo i criteri di compartecipazione riportati al paragrafo 1.

Gli interventi di prevenzione dovranno essere mirati ad ottimizzare la percentuale della popolazione infantile interessata con particolare coinvolgimento delle categorie svantaggiate per condizione economica e sociale.

Trattamenti ortodontici

I trattamenti ortodontici, come classificati dal Nomenclatore tariffario regionale, sono erogati, sulla base dell'indice di gravità internazionalmente riconosciuto (IOTN), secondo le seguenti modalità:

- trattamenti con IOTN di 1°, 2° e 3° grado: le prestazioni sono erogate a completo carico dell'utente;
- trattamenti con IOTN di 4° grado: le prestazioni sono erogate nei casi di vulnerabilità sociale e sanitaria secondo le relative modalità di compartecipazione previste al paragrafo 1. In tutti gli altri casi, i cittadini sono tenuti a corrispondere l'intera tariffa;
- trattamenti con IOTN di 5° grado: le prestazioni sono erogate nei casi di vulnerabilità sociale e sanitaria secondo le relative modalità di compartecipazione previste al paragrafo 1. In tutti gli altri casi, i cittadini sono tenuti al pagamento del ticket salvo i casi di esenzione previsti dalla vigente normativa per l'accesso all'assistenza specialistica ambulatoriale.

Tutte le aziende sanitarie sono impegnate ad assicurare l'erogazione delle prestazioni di ortodonzia per gli IOTN di 4° e 5°.

3. Erogazione dei presidi medici individuali

Ai sensi del DPCM 29/11/2001 sono esclusi dai livelli essenziali di assistenza i materiali degli apparecchi ortodontici e delle protesi dentarie, che rimangono a carico degli assistiti.

Al fine di omogeneizzare i comportamenti delle aziende sanitarie sul territorio regionale e di favorire il raggiungimento di economie di scala, si prevede che i dispositivi protesici siano acquisiti dalle aziende stesse mediante procedure di evidenza pubblica per Area vasta. Tra i criteri di partecipazione alle predette procedure si richiede la disponibilità da parte del fornitore ad assicurare una percentuale gratuita di manufatti protesici in una percentuale compresa tra il 10 ed il 15% .

Gli eventuali risparmi derivanti da sconti applicati dai produttori sui costi dei manufatti, dovranno essere destinati dalle aziende sanitarie all'alimentazione di un fondo aziendale per il finanziamento delle protesi gratuite da erogarsi come livello aggiuntivo di assistenza, con le modalità di seguito riportate.

Le protesi dentarie sono garantite in regime di gratuità nei casi di vulnerabilità sociale per i cittadini con reddito complessivo del nucleo familiare fiscale o con ISEE fino a 8.000 euro e nei casi di vulnerabilità sanitaria.

Per tutti gli altri cittadini, i dispositivi protesici sono assicurati all'intero costo del manufatto.

I presenti criteri di erogazione delle protesi saranno rivalutati al termine del primo anno di sperimentazione, per apportare eventuali interventi rimodulativi, sulla base dei dati di costo e di accesso rilevati.

4. Implementazione dell'offerta odontoiatrica

Nella fase di sperimentazione, le aziende sanitarie procedono all'implementazione dell'offerta complessiva di prestazioni odontoiatriche, attraverso l'ottimizzazione dell'offerta pubblica e l'attivazione di collaborazione con professionisti privati.

L'ottimizzazione dell'offerta pubblica è erogata attraverso medici dipendenti e specialisti ambulatoriali interni; con riferimento a questi ultimi, le aziende possono eventualmente utilizzare gli strumenti normati dal vigente accordo integrativo regionale (incarico straordinario).

A tal fine, le aziende sanitarie sono invitate a presentare progetti di implementazione dell'offerta odontoiatrica secondo le seguenti indicazioni.

I progetti devono prevedere, quali contenuti minimi:

- la descrizione delle modalità con le quali viene garantita l'erogazione delle prestazioni urgenti (analgesia e primo soccorso) nell'arco delle 24 ore, 7 giorni su 7;
- l'aumento dell'offerta di prestazioni odontoiatriche, come riportate nell'allegato B;
- interventi di prevenzione e chiamata attiva secondo gli indirizzi di cui al precedente paragrafo 2;
- l'erogazione di trattamenti ortodontici almeno per gli IOTN di 4° e 5° grado;
- l'erogazione di dispositivi individuali secondo le indicazioni di cui al paragrafo 3;
- interventi di sviluppo o miglioramento dei percorsi assistenziali per soggetti portatori di handicap in situazione di gravità (articolo 3, legge 5 febbraio 1992, n.104, Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate);
- l'individuazione di uno specifico centro di costo per il monitoraggio dell'impatto economico derivante dall'attuazione del progetto;
- piano finanziario, con indicazione della destinazione del contributo regionale (risorse umane, tecnologiche, strutturali).

Qualora, ai fini dell'implementazione dell'offerta complessiva di prestazioni, l'azienda ricorra all'attivazione di collaborazioni con professionisti privati, devono essere osservati i seguenti requisiti:

- individuazione dei professionisti attraverso il coinvolgimento degli ordini professionali;
- erogazione delle prestazioni secondo le modalità di compartecipazione alla spesa ed i criteri di accesso di cui al par. 1;
- remunerazione dei professionisti da parte delle aziende.

Per l'erogazione delle prestazioni di alta specialità i progetti possono prevedere il coinvolgimento delle aziende ospedaliere universitarie definendone gli aspetti assistenziali ed economici.

Ogni azienda individua un responsabile scientifico ed un responsabile organizzativo del progetto, quest'ultimo da individuarsi tra i medici delle Attività Sanitarie di Comunità.

La durata dei progetti è di 3 anni. In relazione alle azioni previste, il progetto deve indicare i risultati attesi per ciascuna annualità, con relativi indicatori di realizzazione. A tal fine, la Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale, anche con il supporto dell'ARS e del MeS, fornirà una proposta di indicatori di processo ed esito.

Ai fini della predisposizione del progetto, deve essere utilizzato lo schema di cui all'allegato C, attraverso il quale si chiede di specificare, tra le altre cose, per ciascuno dei contenuti minimi sopra indicati il contesto e l'offerta attuale e gli obiettivi da raggiungere.

5. Modalità di presentazione, valutazione e finanziamento dei progetti aziendali

Presentazione

I progetti devono essere presentati dalle direzioni aziendali o dai Coordinamenti di Area vasta, nel caso di progetti di questo ambito, entro 90 giorni dall'approvazione del presente atto, utilizzando l'apposito schema di progetto di cui all'allegato C.

Valutazione

I progetti saranno esaminati entro 45 giorni dalla scadenza del predetto termine da un gruppo tecnico di valutazione composto da:

- il responsabile dell'Area di coordinamento Sistema sanitario regionale della Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale, che la presiede;
- il responsabile del settore competente della Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale;
- tre esperti della materia individuati dalla Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale.

Il gruppo tecnico valuta la conformità dei progetti rispetto al contenuto minimo ed ai requisiti di cui al paragrafo 5; in esito alla valutazione può chiedere adeguamenti al soggetto proponente. Il Gruppo tecnico rimane in vigore fino alla data di conclusione dei progetti, al fine di valutarne i risultati intermedi (1 anno) e finali (3 anni); gli esperti partecipano al gruppo tecnico a titolo gratuito. Il gruppo tecnico nella fase di valutazione, potrà confrontarsi con le Organizzazioni professionali e sindacali interessate.

A seguito della valutazione del gruppo tecnico in merito alla sussistenza del contenuto minimo ed al rispetto dei requisiti, con decreto del responsabile dell'Area di coordinamento Sistema socio-sanitario regionale della Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale vengono assegnate alle aziende proponenti le risorse regionali ad esse destinate con il presente atto (allegato D), con erogazione contestuale della prima quota, come di seguito quantificata.

I progetti devono essere avviati a far data dal 1 gennaio 2015; in caso contrario, la Regione procederà al recupero della quota erogata.

Le aziende proponenti sono tenute a presentare una relazione sui risultati intermedi e finali del progetto, in relazione alle attese formulate in fase di progettazione, che saranno valutate dal sopra richiamato gruppo tecnico. La relazione finale dovrà contenere un'ipotesi di modalità e tempi di trasferimento delle attività realizzate nell'ambito del progetto e del relativo modello organizzativo nell'assetto dell'assistenza odontoiatrica a regime.

A conclusione dei progetti il Gruppo tecnico definirà un report di valutazione complessivo sui risultati raggiunti a livello regionale, al fine di valutare gli interventi da adottare per la strutturazione dell'offerta a regime.

Le valutazioni intermedie e finali saranno svolte in raccordo con le direzioni aziendali.

Finanziamento

Le risorse disponibili per il finanziamento dei progetti aziendali sono € 2.500.000,00 per il 2014, € 1.250.000,00 per il 2015 e € 1.000.000,00 per il 2016.

Una parte delle risorse disponibili per la prima annualità, pari a € 120.000,00, è destinata all'assegnazione di una quota premiale ai progetti presentati congiuntamente da due o più aziende USL (€ 10.000,00 a ciascuna azienda USL co-proponente).

Ad ogni azienda USL proponente viene assegnato per ciascuna annualità un quantitativo di risorse per l'attuazione del progetto (V. allegato D), risultante dalla somma delle seguenti quote:

- a) quota fissa, uguale per tutte le aziende, pari al 2% delle risorse complessive disponibili per l'anno di riferimento;
- b) quota commisurata all'indice di accesso al Fondo Sanitario Regionale.

Alle AOU coinvolte viene corrisposta dalle aziende USL proponenti una quota delle risorse assegnate, in base all'entità delle attività per esse previste nell'ambito dei progetti.

I costi di progetto eccedenti le risorse stanziata a livello regionale si intendono a carico dell'azienda proponente.

Le risorse saranno liquidate con le seguenti modalità:

- 40% del totale con il decreto di assegnazione delle risorse;
- 40% del totale a seguito della valutazione dei risultati intermedi del progetto (1 anno);
- 20% del totale a seguito della valutazione dei risultati finali (3 anni).