

POLO TERRITORIALE

1. IL SISTEMA DELLE CURE PRIMARIE
2. SALUTE MENTALE (PSICHIATRIA, NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA, PSICOLOGIA), DIPENDENZE, DISABILITA' E SANITA' PENITENZIARIA
3. AREA CONSULTORI
4. AREA DISABILITA'
5. AREA MISURE INNOVATIVE A FAVORE DELLA POPOLAZIONE FRAGILE
6. AREA ANZIANI
7. AREA ASSISTENZA DOMICILIARE/DELLE CURE DOMICILIARI
8. MEDICINA DI GENERE
9. NEGOZIAZIONE DELLE STRUTTURE SOCIO SANITARIE
10. ULTERIORI DETERMINAZIONI

1. IL SISTEMA DELLE CURE PRIMARIE

2. IL SISTEMA DELLE CURE PRIMARIE

Le Cure primarie sono la porta di accesso, il primo contatto delle persone, della famiglia e della comunità con il Servizio Sanitario. Un ruolo determinante nelle cure primarie viene svolto dai Medici di assistenza primaria, dai medici di continuità assistenziale, dai Pediatri e dal personale infermieristico dei servizi territoriali e domiciliari, che operano in stretto contatto con professionisti di altri servizi per offrire la più completa assistenza sanitaria al cittadino, anche in integrazione con i servizi sociali.

Le Cure primarie rappresentano una vera e propria area-sistema dotata di caratteristiche peculiari e molto diverse da quelle, altrettanto tipiche, dell'assistenza ospedaliera. Per le Cure primarie a prevalere è il cosiddetto paradigma "dell'iniziativa" con il quale si intende un pattern assistenziale orientato alla "promozione attiva" della salute e al rafforzamento delle risorse personali e sociali a disposizione dell'individuo, specie se affetto da malattie croniche o disabilità.

3. LA RETE DELL'ASSISTENZA PRIMARIA IN LOMBARDIA

Negli 86 Distretti delle 25 ASST lombarde, operano, attualmente, 5616 MMG, 1105 PLS; I Medici di famiglia sono raggruppati in 235 AFT; le AFT pediatriche coincidono con i Distretti.

Nella tabella di seguito viene declinato per ATS, ASST, distretto di ASST il numero di COT, CdC e OdC, AFT di MMG e AFT di PLS

ATS-ASST-DISTRETTO	COMUNI	POPOLAZIONE	ODC	CDC	COT	AFT MMG	AFT PLS
ATS DELLA BRIANZA	139	1.203.682	7	25	11	29	8
ASST DELLA BRIANZA	55	870.113	2	13	6	20	5
CARATE BRIANZA	13	153.518	0	3	2		
DESIO	7	192.466	1	4	2		
MONZA	3	171.279	1	4	2		
SEREGNO	10	168.923	1	3	1		
VIMERCATE	22	183.927	0	3	1		
ASST DI LECCO	84	333.569	4	8	3	9	3
BELLANO	29	52.770	2	2	1		
LECCO	31	161.590	1	3	1		
MERATE	24	119.209	1	3	1		
ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO	201	3.480.859	23	71	36	62	25
ASST DI LODI	61	234.618	2	6	2	5	2
ALTO LODIGIANO	35	157.823	1	4	1		
BASSO LODIGIANO	26	76.795	1	2	1		
ASST FATEBENEFRATELLI SACCO	5	752.234	3	12	7	11	5
MUNICIPIO 1	1	97.897	1	2	2		
MUNICIPIO 2	1	160.873	0	1	0		
MUNICIPIO 3	1	142.726	1	3	3		
MUNICIPIO 4	1	160.679	0	2	0		
MUNICIPIO 8	1	190.059	1	4	2		
ASST GRANDE OSPEDALE E METROPOLITANO NIGUARDA	1	186.007	2	4	3	3	1
MUNICIPIO 9	1	186.007	2	4	3		
ASST MELEGNANO E DELLA MARTESANA	53	637.966	5	14	7	14	5
ARDA	15	127.329	2	4	3		
ALTA MARTESANA	9	122.569	1	2	1		
BASSA MARTESANA - PAULLESE	9	150.788	0	3	1		
SUD EST MILANO	9	112.445	1	2	1		
VISCONTEO	11	124.835	1	3	1		
ASST NORD MILANO	6	267.323	2	6	3	4	2
PARCO DELLA MEDIA VALLE DEL LAMBRO	2	127.411	1	2	2		
PARCO NORD	4	139.912	1	4	1		
ASST OVEST MILANESE	49	468.958	3	10	5	9	4
ABBIA TENSE	14	82.588	1	3	1		
CASTANESE	11	68.974	1	2	1		
LEGNANESE	11	187.702	1	3	2		
MAGENTINO	13	129.694	0	2	1		
ASST RHODENSE	23	485.709	3	11	5	8	3
CORSICHESI	6	120.330	1	2	1		
GARBAGNA TESE	8	191.886	1	4	2		
RHODENSE	9	173.493	1	5	2		
ASST SANTI PAOLO E CARLO	3	448.044	3	8	4	8	3
MUNICIPIO 5	1	134.094	0	1	0		
MUNICIPIO 6	1	150.159	2	5	3		
MUNICIPIO 7	1	173.791	1	2	1		
ATS DELLA MONTAGNA	134	294.237	7	17	2	15	5
ASST DELLA VALCAMONICA	41	98.582	2	8	1	5	1
VALLECAMONICA - SEBINO	41	98.582	2	8	1		
ASST DELLA VALTELLINA E DELL'ALTO LARIO	93	195.655	5	9	1	10	4
ALTA VALTELLINA	18	53.227	2	3	0		
BASSA VALTELLINA	25	46.959	1	1	0		
MEDIA VALTELLINA	22	54.389	1	3	1		
VALLECHIAVENNA E ALTO LARIO	28	41.080	1	2	0		
ATS DELLA VAL PADANA	177	758.303	9	15	9	23	6
ASST DI CREMA	48	160.469	2	2	1	3	1
CREMASCO	48	160.469	2	2	1		
ASST DI CREMONA	65	191.773	2	4	2	6	1
CREMONESE	48	156.113	2	3	1		
OGLIO PO - CASALASCO VIADANESE	17	35.660	0	1	1		
ASST DI MANTOVA	64	406.061	5	9	6	14	4
ALTO MANTOVANO	21	109.623	1	3	2		
BASSO MANTOVANO	19	93.894	1	3	2		
MANTOVANO	14	155.846	1	1	1		
OGLIO PO - CASALASCO VIADANESE	10	46.698	2	2	1		
ATS DELL'INSUBRIA	270	1.459.692	8	31	17	27	17
ASST DEI SETTE LAGHI	106	442.603	2	9	7	8	7
ARCSATE	11	49.426	1	1	1		
AZZATE	17	56.225	0	1	1		
LAVENO MOMBELLO	26	69.338	0	2	1		
LUINO	24	55.170	1	1	1		
SESTO CALENDE	12	49.707	0	2	1		
TRADATE	8	55.539	0	1	1		
VARESE	8	107.198	0	1	1		
ASST DELLA VALLE OLONA	32	437.490	2	11	4	8	4
BUSTO ARSIZIO E CASTELLANZA	8	148.713	0	4	1		
GALLARATE	9	122.382	0	3	1		
SARONNO	6	96.438	0	2	1		
SOINNA LOMBARDO	9	69.957	2	2	1		
ASST LARIANA	132	579.599	4	11	6	11	6
CANTU' - MARIANO COMENSE	14	131.912	2	2	1		
COMO-CAMPIONE D'ITALIA	23	143.840	1	3	1		
ERBA	27	72.848	0	1	1		
LOMAZZO - FINO MORNASCO	19	103.428	0	1	1		
MEDIO LARIO	29	36.992	1	3	1		
OLGIATE COMASCO	20	90.579	0	1	1		
ATS DI BERGAMO	243	1.103.556	6	21	12	20	9
ASST DI BERGAMO EST	103	380.660	2	11	5	8	3
SERIATE E GRUMELLO DEL MONTE	19	127.099	1	3	1		
VALLE CAVALLINA, MONTE BRONZONE - BASSO SEBINO E ALTO SEBINO	42	115.819	0	3	2		
VALLE SERIANA, VALLE SERIANA SUPERIORE E VALLE DI SCALVE	42	137.742	1	5	2		
ASST DI BERGAMO OVEST	77	477.302	3	4	4	7	4
BASSA OCCIDENTALE - TREVIGLIO	18	111.533	1	1	1		
BASSA ORIENTALE - ROMANO DI LOMBARDIA	17	84.977	1	1	1		
ISOLA BERGAMASCA E VALLE SAN MARTINO - PONTE SAN PIETRO	25	135.059	1	1	1		
MEDIA PIANURA - DALMINE	17	145.733	0	1	1		
ASST PAPA GIOVANNI XXIII	63	245.594	1	6	3	5	2
BERGAMO	6	152.684	0	3	1		
VALLE BREMBANA E VALLE IMAGNA - VILLA D'ALME	57	92.910	1	3	2		
ATS DI BRESCIA	164	1.157.127	7	25	12	38	11
ASST DEGLI SPEDALI CIVILI DI BRESCIA	44	509.182	2	11	5	17	4
BRESCIA	2	201.842	1	4	2		
BRESCIA EST	13	97.569	0	2	1		
BRESCIA OVEST	11	100.557	0	2	1		
VALLE TROMPIA	18	109.214	1	3	1		
ASST DEL GARDA	76	382.217	3	8	4	12	4
BASSA BRESCIANA CENTRALE	20	114.533	1	2	1		
BASSA BRESCIANA ORIENTALE	7	67.221	0	1	1		
GARDA	22	126.262	1	3	1		
VALLE SABBIA	27	74.181	1	2	1		
ASST DELLA FRANCIACORTA	44	265.728	2	6	3	9	3
BASSA BRESCIANA OCCIDENTALE	15	56.134	1	2	1		
OGLIO OVEST	11	95.769	0	1	1		
SEBINO - MONTE ORFANO	18	113.825	1	3	1		
ATS DI PAVIA	186	535.801	4	11	5	21	5
ASST DI PAVIA	186	535.801	4	11	5	21	5
ALTO E BASSO PAVESE	48	121.335	2	2	1		
BRONI - CASTEGGIO	49	69.201	0	2	1		
LOMELLINA	51	174.034	2	4	1		
PAVIA	12	103.533	0	1	1		
VOGHERA E COMUNITA' MONTANA OLTREPO' PAVESE	26	67.698	0	2	1		
TOTALE COMPLESSIVO	1514	9.993.257	71	216	104	235	86

4. ATTUAZIONE LR 22/2021 E PIENA OPERATIVITÀ DEI DCP DELLE ASST

In tutte le ASST sono stati istituiti i Dipartimenti Cure Primarie, che a regime devono svolgere le seguenti funzioni:

- Governo, secondo le indicazioni nazionali e regionali, delle attività previste dalle convenzioni per il medico di ruolo unico e il pediatra di libera scelta e delle relative progettualità;
- Individuazione degli ambiti elementari di medicina generale e pediatria, in caso di modifiche territoriali;
- Coordinamento, d'intesa con la Direzione Strategica, delle attività che coinvolgono i professionisti delle Cure Primarie nei luoghi di offerta territoriale (Distretti, Case di Comunità, Ospedali di Comunità, Centrali Operative Territoriali, ...), nonché della loro formazione;
- Sviluppo dei processi di semplificazione in accordo in collaborazione con i distretti;
- Definizione del piano dei controlli relativo alle cure primarie;
- Rapporti con la Scuola di Formazione in Medicina Generale;
- Collaborazione con le competenti strutture aziendali per la definizione di indicatori per la valutazione dei consumi di farmaceutica e specialistica;

Per dare piena operatività ai dipartimenti ASST si prevede un trasferimento graduale delle specifiche funzioni, con il supporto da parte di ATS e in relazione alla piena operatività dei Distretti, dando priorità appunto alle attività a gestione distrettuale, come la gestione logistica delle postazioni di continuità assistenziale, la gestione delle scelte in deroga e delle ricusazioni.

Entro il 30 settembre 2023 devono essere pienamente operative in tutte le ASST le seguenti azioni tipiche del Dipartimento Cure Primarie, secondo la tempistica di seguito indicata.

Entro il 31 marzo 2023

Area	Azioni	Responsabile	Indicatore
Rapporti istituzionali con i medici del ruolo unico e pediatri di famiglia	<p>Aggiornare gli operatori distrettuali in materia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - obiettivi regionali per la dematerializzata - Vigilanze studi medici - Autorizzazione prestazioni aggiuntive (piani ADI e ADP, PPIP, bilanci di salute) in osservanza della convenzione - Autorizzazione scelta in deroga <p>Fornire Indicazioni operative per i distretti e le AFT in merito alla organizzazione e gestione della turnistica del Servizio di Continuità Assistenziale</p>	ATS per indicazioni e supporto; Distretti ASST per competenza operativa	<p>Materiale informativo</p> <p>Report sintetici di incontri</p>

<p>Appropriatezza, formazione e governo clinico</p>	<p>Formare gli operatori distrettuali in materia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizzazione di audit distrettuali con i MMG e PLS; - Comunicazione, informazione aggiornamento continuo a MMG/PLS sull'attuazione dell'appropriatezza clinica e prescrittiva, anche in applicazione delle relative indicazioni regionali e nazionali; - Coordinamento dei medici tirocinanti in Medicina Generale; - Promozione della formazione continua per i medici convenzionati, integrata con Specialisti; 	<p>ATS, per indicazioni e supporto; ASST per competenza operativa</p>	<p>Materiale informativo Report sintetici di incontri</p>
<p>Attività amministrativa</p>	<p>Diffondere indicazioni operative e aggiornare/formare gli operatori distrettuali in tema di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - attività di scelta/revoca dei medici di famiglia; - esenzioni per reddito e per patologia, anche in applicazione di indicazioni regionali; - gestione e consegna ricettari; - gestione PdA/PdR - Gestione, in collaborazione col distretto, della rilevazione presenze del personale convenzionato a rapporto orario ai fini della liquidazione (medico di ruolo unico, Specialisti ambulatoriali, medici dei Servizi); 	<p>ATS per indicazioni e supporto; Distretti ASST per competenza operativa</p>	<p>Materiale informativo Report sintetici di incontri</p>

Entro il 30 giugno 2023

Area	Azioni	Responsabile	Indicatore
<p>Gestione progettualità</p>	<p>Realizzare le azioni propedeutiche per la presa in carico da parte della ASST nei tempi previsti di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Attuazione dei contenuti degli Accordi nazionali e regionali per la medicina generale, la Continuità assistenziale e la pediatria di famiglia e delle relative progettualità; - Monitoraggio della reportistica su consumi di farmaceutica e specialistica per la realizzazione di audit distrettuali con i MMG e PLS; - Monitoraggio dei progetti di 	<p>ATS</p>	<p>Report sintetici di incontri Report attività svolte</p>

	<p>Governo clinico in attuazione dell'AIR;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Promozione e diffusione dei PDTA regionali ai medici convenzionati e operatori distrettuali; - Gestione di eventuali accordi/contratti con gli Enti Locali relativamente alle attività SSS estensibili a questi Enti, comprese le azioni propedeutiche e conseguenti; - Collaborazione con il dipartimento funzionale di prevenzione circa l'organizzazione e reclutamento dei medici sentinella. 		
--	--	--	--

Entro il 30 settembre 2023

Area	Azioni	Responsabile	Indicatore
Convenzioni e attività amministrative centrali	<p>Realizzare le azioni propedeutiche per la presa in carico da parte della ASST nei tempi previsti di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gestione amministrativa delle convenzioni per la Medicina Generale, la Pediatria di Libera Scelta, la Continuità Assistenziale, la specialistica ambulatoriale e la Medicina dei Servizi, a supporto delle azioni di governo delle diverse UO aziendali; - Rilevazione degli ambiti carenti MMG/PLS e fabbisogni di ore medico ruolo unico e specialistica ambulatoriale del territorio delle ASST di riferimento; - Tenuta e aggiornamento dei fascicoli individuali dei medici; - Allineamento delle anagrafiche medici e cittadini su NAR; - Predisposizione e gestione centralizzata delle graduatorie regionali (medico ruolo unico e PLS) per le ASST interessate da cui discende: espletamento delle procedure per l'affidamento degli incarichi sia a tempo indeterminato (Procedura ordinaria, Procedura SISAC Procedura Corsisti) sia tempo determinato attraverso incarichi provvisori e di sostituzione con 	ATS	<p>Report sintetici di incontri</p> <p>Report attività svolte</p>

	<p>predisposizione di Avvisi Pubblici annuali per le tre categorie professionali sopra citate comprese le azioni propedeutiche e conseguenti</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gestione delle parti stipendiali variabili e RAR; • Inserimento in PaMe della rendicontazione dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta con riferimento alle voci per prestazioni (PIIP, ADI, ADP, Bilanci di Salute, APA ecc.); • Rilevazione della consistenza sindacale annuale da inviare a SISAC, per ciascuna ASST di riferimento; • Redazione centralizzata del Bilancio Preventivo, Certificazioni Trimestrali (CET) e Bilancio Consuntivo con conseguente monitoraggio della spesa per tutte le categorie a rapporto convenzionale, per ciascuna ASST di riferimento; • Elaborazione e gestione dei flussi di competenza (FLUPER, Flussi ministeriali ecc.), per ciascuna ASST. 		
--	---	--	--

3. INDIRIZZI PER GLI AIR 2023 MEDICINA GENERALE E PEDIATRIA

Gli AIR nel 2023 dovranno proseguire il percorso avviato nel 2022 teso a perfezionare accordi che vadano nella direzione di fornire risposte adeguate ai bisogni mutevoli ed emergenti nella popolazione e tenendo conto del contesto organizzativo in evoluzione, in applicazione del DM 77/2022 e della Dgr n. 6760/2022.

Di seguito si individuano alcune aree di confronto e di indirizzo.

In coerenza con l'atto di programmazione, di cui alla DGR XI/6387/2022, volto ad istituire le forme organizzative dell'assistenza primaria ai sensi dell'art. 8 dell'ACN della Medicina Generale del 28 aprile 2022, nel 2023 tali forme organizzative devono vedere la loro piena operatività, integrandosi nel modello di riorganizzazione della rete territoriale, che prevede all'interno del polo territoriale delle ASST distretti, case della comunità, ospedali di comunità, centrale operativa territoriale.

Le AFT dovranno generare sistemi di relazione con gli altri livelli di cura che salvaguardino la specificità delle Cure primarie, ma garantiscano una proficua integrazione tra territorio e ospedale, nonché collaborazione con i Medici Specialisti

operanti nelle diverse strutture del SSR, in particolare le Case di Comunità, quali riferimenti di secondo livello.

Per quanto riguarda il fondo fattori produttivi, lo stesso deve avere innanzitutto l'obiettivo di incentivare la presenza di personale di studio. Di converso la quota incentivante le forme associative avanzate deve essere in parte collegata al raggiungimento di obiettivi di salute (es. coperture vaccinali) o garantire la continuità dell'assistenza e la contattabilità.

Occorrerà operare, attraverso i gruppi di lavoro già costituiti e all'interno delle linee programmatiche e delle indicazioni regionali ad elaborare e sperimentare, anche riprendendo esperienze già in atto:

- indirizzi e indicatori per la strutturazione di un sistema di monitoraggio delle attività delle AFT e delle UCCP. Le strutture informative delle ATS renderanno disponibili ai Distretti i dati che consentiranno di individuare le aree su cui intraprendere azioni con il coinvolgimento dei referenti di AFT.
- modelli e processi di integrazione dei professionisti delle cure primarie nelle CdC ai fini della continuità dell'assistenza e la presa in carico della cronicità. Nonché per la promozione e monitoraggio dell'adesione alle campagne vaccinali declinati per le AFT dei Distretti

In questo modo saranno poste le basi per far evolvere le cure primarie verso un sistema integrato che consenta di superare frammentazioni e discontinuità, sviluppando un sempre maggiore ruolo organizzativo a partire dalle AFT della Medicina Generale e della Pediatria di Libera Scelta, e di quelle della specialistica territoriale.

4. SVILUPPO DEL MODELLO DI PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CRONICO DA PARTE DEL MEDICO DI FAMIGLIA

Nel corso del 2023 proseguirà il percorso di sviluppo del modello di presa in carico del paziente cronico da parte del Medico di Famiglia, che sarà semplificato e integrato con la nuova rete di offerta territoriale ex DGR XI/6760. Di seguito si delineano i punti cardine del percorso, che saranno normati da specifici atti in corso d'anno.

Tutti i MMG (in cooperativa, in forma associata, singoli) potranno arruolare attivamente i propri pazienti con una patologia cronica adeguatamente gestibile a livello territoriale e redigere per loro un PAI. I pazienti coinvolti in percorsi di carattere ospedaliero seguiranno invece un modello semplificato (senza formalizzazione di un PAI) che prevede che l'Ente da cui sono seguiti sia remunerato sulla base dell'effettiva presa in carico, misurata come la quota di prestazioni collegate alla patologia svolte all'interno della struttura. Le patologie ricomprese in quest'ultima casistica saranno esplicitate in successivi atti e non sono pertanto oggetto di questo documento.

Il modello di stratificazione della popolazione, come già previsto e implementato con la DGR X/6164 del 2017 e in coerenza con quanto previsto dal DM 77, stratificherà la popolazione su 5 livelli, da sano a complesso pluri-patologico.

All'interno dell'algoritmo saranno ulteriormente implementate le dimensioni collegate alla fragilità del paziente.

Sulla base della stratificazione, la Direzione Generale Welfare definirà target prioritari di reclutamento declinati per le ATS, che definiranno di conseguenza obiettivi specifici alle proprie ASST, tenendo conto di eventuali contingenze e situazioni epidemiologiche o organizzative specifiche. La responsabilità del raggiungimento dei target rientrerà tra gli obiettivi del Direttore Generale di ASST e tra le responsabilità specifiche dei Direttori di Distretto. Questi ultimi saranno chiamati a valorizzare la relazione con le cooperative già attive nell'attuale modello di PIC, con le AFT territorialmente competenti e con la rete dei professionisti presenti nelle Case di Comunità (es. IFeC, specialisti ambulatoriali, ecc.).

In fase iniziale, i target di presa in carico si focalizzeranno sulle 10 patologie croniche a maggiore prevalenza, ferma restando la possibilità per i MMG di redigere Progetti di Salute e Progetti di assistenza individualizzati e integrati (PAI) per tutti gli assistiti che potrebbero trarne vantaggio dal punto di vista clinico. Il target di arruolamento sarà progressivamente crescente negli anni.

Le fasi del processo di presa in carico a gestione del Medico di Medicina Generale saranno:

- reclutamento attivo dei pazienti per raggiungere i target assegnati. In questa fase i MMG potranno essere supportati dal personale di studio o di cooperativa, dagli IFeC e dagli altri professionisti presenti in CdC e nel Distretto;
- definizione e sottoscrizione del PAI;
- prenotazione prestazioni e visite. Accanto alla possibilità di gestione delle prenotazioni effettuata attraverso le strutture e le figure professionali di cui al punto precedente e dalla COT, la generazione del PAI prevedrà un processo automatico in back office di prenotazione delle prestazioni, anche eventualmente sottoforma di day service, che possa consentire anche l'accesso autonomo del paziente con PAI attivo ad agende dedicate;
- supporto all'aderenza. Il MMG attribuisce la responsabilità del processo di case management tra l'infermiere di studio, il personale del centro servizi di cooperativa, dalla COT oppure dagli IFeC della CdC;
- monitoraggio degli esiti di salute e dell'aderenza al percorso, al quale consegnerà la corresponsione di una tariffa, secondo i meccanismi brevemente riportati di seguito.

Al fine di riconoscere e remunerare adeguatamente tutti gli attori del percorso, la tariffa di presa in carico verrà suddivisa in diverse componenti, che consentono di graduare la corresponsione di parte della retribuzione al conseguimento di target definiti e di riconoscere un compenso specifico al soggetto che svolge effettivamente le attività previste dal percorso (es. centro servizi di cooperativa, COT, infermiere di studio, IFeC, centro servizi della casa di Comunità, ecc...).

La retribuzione verrà corrisposta seguendo logiche differenti a seconda del livello di complessità del paziente.

5. L'INTEGRAZIONE TRA I DIVERSI SETTING ASSISTENZIALI

Le Case di Comunità, le Centrali Operative Territoriali e gli Ospedali di Comunità, in corso di realizzazione negli 86 distretti afferenti alla Direzione Sociosanitaria delle ASST, costituiscono articolazioni organizzative dirette ad implementare il sistema di offerta territoriale.

Il Distretto, nelle sue diverse articolazioni, sotto la direzione sociosanitaria di ASST, è chiamato a garantire una risposta assistenziale integrata nel contesto di questa rete d'offerta, sotto il profilo delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali per determinare una efficace presa in carico della popolazione di riferimento. Queste attività devono tenere conto degli indirizzi che emergono dall'organismo consultivo distrettuale, guidato dal Direttore Socio-Sanitario e composto da:

- direttori del Distretto
- referenti delle AFT;
- referenti degli ambiti sociali/uffici di piano;
- rappresentanti delle associazioni;
- referenti ASST (gestione operativa, Direzione medica di presidio ospedaliero, DAPSS, ecc).

Nell'ambito del distretto una leva fondamentale è il raccordo con la medicina generale. L'inserimento dei Medici di Medicina Generale nel modello di riorganizzazione della rete territoriale avviene tenendo conto e integrando tra di loro due diversi "driver": da un lato il DM 77 e la DGR XI/6760/22, che definisce il contesto e il quadro di riferimento organizzativo (distretto, casa di comunità, ospedale di comunità, centrale operativa territoriale); dall'altro, l'applicazione dell'ACN della Medicina Generale del 28 aprile 2022, che individua alcuni aspetti peculiari della medicina generale in un'ottica di evoluzione verso il nuovo modello territoriale.

In questo contesto si darà attuazione alla riorganizzazione del servizio di continuità assistenziale, come descritto nel documento predisposto dal tavolo tecnico e condiviso in sede di delegazione trattante, il 15 novembre 2022.

6. UNITÀ DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE (UCA)

L'UCA, un'équipe mobile distrettuale per la gestione e il supporto della presa in carico di individui, o di comunità, che versano in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e che comportano una comprovata difficoltà operativa, è integrata nel servizio di continuità assistenziale, e sarà normata dal medesimo contratto dei medici di assistenza primaria a quota oraria, ivi comprese le relative progettualità.

L'UCA, coordinata dal Direttore del Distretto, interviene, in particolare, in due situazioni:

- in caso di bisogni che necessitano di risposte non codificate, fornendo una prima risposta e, in relazione a quanto rilevato, attivando in modo integrato altri servizi (MMG, UVM, COT, ADI...), per il proseguimento stabile del percorso

di cura e assistenza; in questo caso si è in presenza di situazione non in carico alla rete dei servizi e l'attivazione avviene a cura del Direttore del distretto o suo delegato di fronte ad una segnalazione proveniente dal cittadino, associazioni, terzo settore, istituzioni;

- ad integrazione di prestazioni per bisogni che già usufruiscono di servizi della rete territoriale che, per insorgenza di nuove necessità od evoluzione del bisogno, necessitano intervento rapido, flessibile e integrato con successiva stabilizzazione in un progetto assistenziale individuale integrato; l'attivazione avviene a cura del Direttore del distretto o suo delegato di fronte ad una segnalazione proveniente da una unità d'offerta che ha già in carico l'assistito e la sua famiglia.

Periodicamente (ogni 3 mesi), a livello regionale, è previsto il monitoraggio dell'attività delle UCA (casistica, fonti di segnalazione, soluzioni individuate), nella prospettiva di mettere a regime il servizio, attraverso:

- una rimodulazione dell'attività delle UCA in relazione ai bisogni emergenti;
- la definizione di nuovi percorsi di cura standardizzati, quale esito dell'attività in risposta ai bisogni rilevati.

7. INDIRIZZI PER AFFRONTARE LA TEMATICA DELLA CARENZA MEDICI

La carenza di medici di medicina generale è un problema nazionale presente da anni ed è legata principalmente al numero elevato di Medici di Medicina Generale che vanno in pensione ed alla partecipazione ai bandi per la copertura degli ambiti carenti da parte di un numero di candidati di molto inferiore rispetto al numero di posti disponibili.

La carenza di medici di famiglia sta incidendo sulla risposta ai bisogni dei cittadini, in relazione al c.d. "cambio generazionale" in atto non ancora compensato dall'inserimento adeguato di nuovi professionisti.

TOT MMG PENSIONABILI (età >= 67 anni)	651
di cui TOT MMG PENSIONABILI nel 2023 (età >= 69 anni)	143
TOT PLS PENSIONABILI (età >= 67 anni)	71
di cui TOT PLS PENSIONABILI nel 2023 (età >= 69 anni)	18

Dei 5616 MMG, 387 sono incaricati provvisori e tra i titolari 285 stanno completando il corso di formazione specifica.

Quanto sopra determina di fatto che migliaia di cittadini non abbiano un proprio MMG e quindi siano sprovvisti di assistenza primaria.

Si conferma pertanto la possibilità per le ATS/ASST di autorizzare, su base volontaria, l'aumento del massimale individuale fino a 1800 scelte nell'ambito elementare ove si riscontra l'effettiva carenza.

Per pazienti cui non è possibile assegnare un medico, possono essere attivati, in via temporanea, come previsto dall'Accordo integrativo regionale 2022 per la Medicina Generale, nei giorni diurni feriali degli specifici ambulatori: Ambulatori medici temporanei (AMT). Tutti i medici del ruolo unico o delle UCA che opereranno in tali ambulatori saranno retribuiti con la quota oraria di € 40, oneri compresi, da finanziare con i risparmi derivanti dal minor utilizzo del compenso a quota capitaria.

Una ulteriore soluzione alla criticità di cui sopra potrebbe essere quella di richiedere ai MMG la disponibilità a prestare, al di fuori del proprio orario di servizio e senza penalizzazione delle proprie attività di ambulatorio, un servizio di assistenza primaria ai cittadini temporaneamente sprovvisti di MMG (a titolo esemplificativo studenti e insegnanti fuori sede, pazienti il cui MMG è andato in pensione e per i quali non è temporaneamente possibile nominare né il sostituto né l'incaricato, ecc.).

Il servizio proposto trae in parte spunti e logiche comuni da servizi analoghi, quali ad esempio il servizio di guardia medica e/o il servizio di assistenza primaria a favore dei cittadini stranieri in temporaneo soggiorno in Italia.

Si propone una sperimentazione di durata semestrale, al termine della quale verrà effettuata una valutazione sugli esiti della stessa per una sua eventuale estensione temporale. Quanto ai territori oggetto di sperimentazione, l'estensione territoriale dipenderà dalla collocazione degli ambiti carenti che è attualmente oggetto di verifica da parte delle ATS.

Percorso proposto:

Le ATS, una volta individuati gli ambiti territoriali carenti di assistenza primaria, procedono alla pubblicazione di specifici avvisi per raccogliere, dagli MMG interessati, le adesioni al progetto.

Una volta acquisite dalle ATS le disponibilità, gli MMG comunicheranno alle stesse le loro agende con la programmazione dell'attività mensile.

Il progetto prevede di individuare ambulatori specifici dove gli MMG aderenti potranno svolgere l'attività sopradescritta.

La Casa di comunità potrebbe rappresentare uno dei luoghi principali per accogliere le istanze sanitarie e sociosanitarie dei cittadini attraverso il supporto delle cooperative MMG.

Pertanto, l'attività potrebbe essere svolta prioritariamente:

1. presso le Case di Comunità (CdC) individuabili tramite geolocalizzazione ed istituite nell'ambito territoriale interessato dalla carenza dei medici;
2. presso spazi eventualmente messi a disposizione da parte delle amministrazioni comunali;
3. presso gli ambulatori degli MMG aderenti.

Riguardo gli aspetti operativi occorre tenere presente le seguenti considerazioni:

- condizione necessaria affinché un paziente possa essere assistito da un MMG aderente al progetto è che sia sprovvisto di proprio MMG

- il cittadino può prenotare il servizio: in farmacia, su applicativi regionali o presso il centro servizi della CdC o eventuali altri punti di accesso

Le prestazioni che gli MMG aderenti al progetto potranno erogare sono le seguenti:

- prescrizioni farmaceutiche per una terapia non differibile e per coprire un ciclo
- di terapia non superiore a 48/72 ore;
- certificazione di malattia
- ripetizioni di ricette in terapie croniche;
- trascrizioni non differibili su ricettario S.S.N. di prescrizione di altri medici;
- certificati per attività sportiva;
- certificati per rientro scolastico;
- certificati di malattia a lavoratori non turnisti;
- punti di sutura;
- prescrizione di esami diagnostico-strumentali o di visite specialistiche.

Inoltre, Il sistema delle Cure primarie sosterrà le iniziative di Polis Lombardia, riguardo la formazione dei nuovi medici di famiglia, in particolare per i tirocini professionalizzanti eventualmente attivati.

Nel corso del 2023 la situazione, in raccordo con le ASST, sarà costantemente monitorata in modo da attuare, in anticipo e nel rispetto della convenzione e degli AIR, gli interventi necessari, anche individuando soluzioni innovative.

Per garantire assistenza ai cittadini residenti, si definisce inoltre il tempo massimo, stabilito di cinque anni, per garantire l'iscrizione temporanea (annuale e rinnovabile), di cittadini non iscritti negli elenchi anagrafici dei Comuni lombardi ma che vi dimorano abitualmente per motivi attinenti al lavoro, allo studio o per motivi di salute, secondo quanto disposto dalla circolare del Ministero della Salute n. 1000/1984 e dall'Accordo Conferenza Stato- Regioni dell'8 maggio 2003.

8. PARTECIPAZIONE MMG E PLS ALLA CAMPAGNA VACCINALE:

Sarà ulteriormente sviluppato il coinvolgimento delle cure primarie, anche attraverso le loro aggregazioni funzionali (AFT) e le forme associative avanzate, nelle campagne vaccinali, in particolare deve essere favorita, per l'anno 2023:

- l'attività nel proprio studio, singolo o associato, e la partecipazione al raggiungimento degli obiettivi della propria AFT, garantendo comunque la collaborazione del singolo MMG/PLS nei centri vaccinali delle ASST;
- l'effettuazione, da parte dei MMG/PLS, delle vaccinazioni domiciliari, in particolare a favore dei soggetti fragili e non deambulanti.
- la possibilità di vaccinare presso gli studi dei medici e pediatri anche al di fuori delle campagne, per i vaccini che non prevedono stagionalità, sempre ritirando i vaccini in DPC, presso le farmacie territoriali

9. PROGETTI DI GOVERNO CLINICO:

Nell' AIR 2023 si dovranno prevedere progettualità di governo clinico sulle seguenti tematiche:

1. Partecipazione attiva ai programmi di screening per il colon retto, mammella e cervice uterina.
2. Promozione di PDTA territoriali applicati alla medicina generale per le

principali patologie croniche che saranno condivisi con i medici delle AFT e le figure professionali delle UCCP nell'ambito delle attività di programmazione del Distretto.

3. Appropriately prescrittiva: partecipazione agli audit di AFT, in base a indicatori di processo che misurino l'appropriatezza della presa in carico delle principali patologie croniche, declinati per le AFT dei Distretti. Per tali indicatori, saranno definite strutture informative che verranno rese disponibili ai Distretti con cadenza definita da accordi tra ATS e le ASST.

I progetti dovranno essere attuati in relazione alle potenzialità presenti a livello territoriale; dovranno essere individuati per ciascun progetto gli obiettivi, misurabili attraverso indicatori ben definiti e chiari.

10. INDIRIZZI PROGRAMMATICI PER L'ATTUAZIONE DI QUANTO PREVISTO DAL DECRETO 29 LUGLIO 2022 (TECNOLOGIE DIAGNOSTICHE) E PER LA DEFINIZIONE DI PROGETTI DI TELEMEDICINA

Nel nuovo assetto organizzativo delle cure primarie il medico del ruolo unico rappresenta il responsabile clinico dell'assistito nel percorso di assistenza, anche attraverso la stesura del PAI e l'utilizzo di strumenti adeguati alla presa in carico dell'assistito al domicilio (telesorveglianza/altre modalità di assistenza in telemedicina).

Le apparecchiature sanitarie finalizzate a garantire l'espletamento delle prestazioni di competenza dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, al fine di migliorare il processo di presa in carico dei pazienti, in via prioritaria cronici e fragili, nonché di ridurre il fenomeno delle liste di attesa, dovranno essere garantite, oltre ai medici operanti presso le CdC, anche ai medici delle forme associative avanzate, quali spoke della Casa della Comunità.

Fondamentale nel percorso di presa in carico a domicilio è il collegamento a piattaforme tecnologiche di presa in carico che consentano la circolarità delle informazioni da parte di tutti gli attori coinvolti nella presa in carico. Il medico del ruolo unico dovrà poter richiedere, prescrivere, attivare, o erogare direttamente la prestazione in telemedicina.

Sono da incentivare anche le esperienze in tema di trasmissione di segnali biomedici e telemedicina, coinvolgendo la rete di offerta del SSR, e/o le forme associative/cooperative di assistenza primaria, nella prospettiva di costruire un modello che, da un lato tenga conto delle esperienze in atto, dall'altro si integri con la programmazione e le iniziative regionali promosse in tal senso, anche all'interno del PNRR.

11. ASSISTENZA SANITARIA IN FAVORE DI CITTADINI EXTRACOMUNITARI

Per gli stranieri "irregolari" l'art. 35, comma 3 del DL 25/7/98 n. 286 (Testo Unico sull'immigrazione) prevede il diritto all'accesso a cure urgenti (cure che non possono essere differite senza pericolo per la vita o danno per la salute della persona) o comunque essenziali (prestazioni sanitarie, diagnostiche e terapeutiche, relative a patologie non pericolose nell'immediato e nel breve termine, ma che nel tempo potrebbero determinare maggiore danno alla salute o rischi per la vita – complicanze, cronicizzazioni o aggravamenti).

Per questi cittadini, quindi, non è contemplata l'assistenza del medico di Medicina Generale ed è previsto che possano accedere al Servizio Sanitario Regionale attraverso il Pronto Soccorso con assegnazione di STP.

L'elevata numerosità dei soggetti interessati da una parte e l'urgenza di evitare un uso non appropriato delle strutture di pronto soccorso, suggeriscono l'opportunità di attivare iniziative specifiche nei confronti di questa parte di popolazione.

A tale proposito si invitano le ASST/ATS a porre in opera, con le strutture presenti sul proprio territorio e con il ricorso di collaborazione con le Associazioni no profit di cooperazione, PROGETTI SPERIMENTALI di assistenza, che siano efficaci dal punto di vista sanitario.

2. SALUTE MENTALE (PSICHIATRIA, NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA, PSICOLOGIA), DIPENDENZE, DISABILITÀ E SANITÀ PENITENZIARIA

L'integrazione e l'interconnessione tra le diverse discipline rappresenta il presupposto fondamentale per:

- assicurare i trattamenti più appropriati, accessibili e fruibili ai pazienti e ai loro familiari
- garantire precocità nella diagnosi e tempestività negli interventi al fine di assicurare l'evoluzione più favorevole alle diverse situazioni, evitando ogni rischio di cronicizzazione

Dal punto di vista organizzativo tale integrazione si declina:

- **a livello centrale** attraverso la stretta collaborazione tra la Struttura Salute Mentale, Dipendenze, Disabilità e Sanità Penitenziaria della Direzione Generale Welfare e i **4 Coordinamenti** di area (Coordinamento Direttori UOC Psichiatria, Coordinamento Direttori UOC Dipendenze SerD, Coordinamento Direttori UOC/UOSD Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza, Coordinamento Direttori UOC/UOSD Psicologia – UOPSI)
- **a livello aziendale** attraverso l'articolazione organizzativa dei **Dipartimenti Salute Mentale e Dipendenze (DSMD)** in attuazione della Legge di riforma sociosanitaria – L.r. n. 22 del 14/12/2021 - e delle Linee guida regionali per l'adozione dei piani di organizzazione aziendale strategici – DGR XI / 6278 del 11/04/2022.

L'interesse del paziente e dei suoi familiari deve essere tenuto centrale e prioritario nell'organizzazione dei Servizi, organizzazione che deve adeguarsi ai nuovi bisogni che l'evoluzione dei fenomeni impone.

Per l'**ambito penitenziario** il Responsabile della Unità Operativa Regionale gestisce una **Cabina di Regia** costituita dai Coordinatori Sanitari dei 19 Istituti Penitenziari Regionali che ha finalità di rapida diffusione delle informazioni e delle direttive, esercitando un costante monitoraggio sui diversi territori.

1. INDICAZIONI E IMPEGNI TRASVERSALI

Le discipline sopracitate presentano molti punti di trasversalità e vengono per questo date alcune **indicazioni comuni** alle differenti aree.

Oltre agli aspetti di tipo amministrativo, contrattualistico, di accreditamento e regolamentazione tra i diversi Enti, una serie di **tematiche clinico/epidemiologiche** e **terapeutiche** riguardano trasversalmente le differenti discipline e vedono emergere nuovi bisogni, anche in relazione alle conseguenze della recente pandemia.

In particolare, si ritiene fondamentale **anticipare l'intercettazione dei disturbi psichici e delle situazioni di dipendenza** che oggi registrano un lunghissimo periodo di latenza tra le prime manifestazioni e le richieste di aiuto al sistema di cure. Tale **ritardo** incide profondamente sulle possibilità di evoluzione positiva, peggiorando le condizioni del soggetto e **aumentando i rischi di cronicizzazione**, complicazione delle situazioni non trattate più che condizione intrinseca alle patologie.

Lo stigma e il pregiudizio che ancora oggi connotano l'area della salute mentale e delle dipendenze contribuiscono a questo ritardo e devono essere fortemente contrastati attraverso operazioni culturali e di comunicazione che aiutino le persone coinvolte e i loro familiari a rivolgersi con fiducia e ottimismo al sistema di cure.

L'area della neuropsichiatria/dipendenze e degli interventi sui giovani continueranno a essere oggetto di specifica attenzione nel 2023, anche in attuazione a quanto già previsto quale potenziamento e riorganizzazione nel 2022 con particolare riferimento a quanto disposto dalla DGR n. XI/7125 del 10/10/2022 "Primo provvedimento in attuazione della L.R. 14 dicembre 2020 n. 23 "Nuovo sistema d'intervento sulle dipendenze patologiche" nell'ambito della rete di offerta per le dipendenze: adeguamento tariffe e contrattualizzazione posti accreditati e ulteriori determinazioni nell'ambito della rete sociosanitaria territoriale" e a quanto verrà emanato a seguito dell'applicazione della DGR 6387 del 16/5/2022 Allegato 7.

I GIOVANI – Fascia di età 14 – 25 anni

La letteratura scientifica internazionale evidenzia un esordio più precoce dei disturbi psichici e dei fenomeni di dipendenza, condizioni ulteriormente acuite dalla grande accessibilità alle nuove sostanze e dalle conseguenze a livello psichico della pandemia, sottolineando l'importanza di **non porre cesure nette tra la minore e la maggiore età da un punto di vista clinico**.

La fascia 14 - 25 anni viene considerata **critica ai fini di una diagnosi precoce e di interventi tempestivi**, in relazione a problematiche sia di salute mentale sia di dipendenze

Si invitano pertanto i Coordinamenti Regionali Psichiatria, NPIA, Dipendenze e Psicologia ad avviare una riflessione in relazione a tale tematica, in collaborazione con la Struttura Regionale competente, per una corretta valutazione costi/benefici di tale approccio e per avviare sperimentazioni sia in ambito ospedaliero sia territoriale, considerando anche quelle già esistenti, e tenendo presente le necessarie modifiche dei criteri di accreditamento.

1.1 PROGRAMMA CCM 2021: Effetti dell'emergenza pandemica Covid 19 sui minori di età: strategie di prevenzione e contrasto delle problematiche di salute mentale e delle dipendenze – Primi risultati Ricerca Istituto Superiore Sanità

A seguito dell'analisi dei dati rilevati attraverso il flusso SDO (Schede di Dimissione Ospedaliera) e dei confronti avvenuti tra gli esperti e i tecnici presenti al tavolo di lavoro, l'Istituto Superiore di Sanità con l'intento di dare ulteriore seguito al progetto, perseguito attraverso un'iniziativa congiunta Ministero della Salute-Ministero dell'Istruzione-AIFA-ISS-Regioni e in linea con quanto previsto dal Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025, ha individuato obiettivi generali e specifici che saranno oggetto dei lavori nel 2023.

Obiettivi Generali: Promuovere azioni sinergiche tra tutti gli Enti coinvolti finalizzate a descrivere tempestivamente l'andamento degli accessi ai servizi per disturbi neuropsichici e dipendenze nei minori di età, fornendo dati affidabili per la programmazione regionale e nazionale, nonché sviluppare modalità per ridurre la frammentarietà e implementare l'impatto delle iniziative di promozione della salute mentale e di prevenzione attivate finora, diffondendo strategie basate sulle evidenze e finalizzate a promuovere la salute mentale positiva (resilienza, autostima, autoefficacia), prevenire le condizioni di disturbo, l'autolesionismo e altri comportamenti a rischio e l'uso di sostanze nei bambini e adolescenti al fine di migliorare il loro benessere psico-fisico per tutta la vita.

Obiettivo Specifico 1: Consolidare e implementare la rete interregionale, trasformandola in un Gruppo di Coordinamento interregionale stabile

Obiettivo Specifico 2: Sviluppare un modello di analisi mirata dei flussi informativi regionali e nazionali esistenti per rilevare tempestivamente le problematiche di salute mentale e dei comportamenti di dipendenza nella popolazione di interesse

Obiettivo Specifico: Definire azioni coordinate per la prevenzione dei disturbi psichiatrici e delle dipendenze e promozione della salute mentale positiva, particolarmente per coloro in situazione di maggiore vulnerabilità o in situazione di rischio, aumentando la flessibilità e interconnessione del sistema complessivo

2. SALUTE MENTALE/DIPENDENZE E GIUSTIZIA MINORILE:

Il lavoro del tavolo congiunto tra Sanità e Giustizia (Sottogruppo Interistituzionale Giustizia Minorile-Sanità) ha portato all'Approvazione Accordo, ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano e gli Enti locali, sulla proposta del Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria di "Linee di indirizzo per la costituzione di Comunità sperimentali di tipo socio – sanitario, ad elevata integrazione sanitaria, per l'inserimento di minori e giovani adulti con disagio psichico e/o problematiche di dipendenza in carico ai servizi sanitari, sociali ed ai servizi della giustizia minorile" che indica la necessità di individuare almeno 3 unità d'offerta specifiche (Nord – Centro e Sud Italia). Si tratta di progettare una **residenzialità ad alta specializzazione** in cui, oltre a una forte componente

educativa, sia possibile una lettura criminologica del reato commesso e del suo significato e un'azione di educazione alla legalità.

Con nota Protocollo G1.2022.0041750 del 14/10/2022, **Regione Lombardia ha manifestato al Ministero della Salute la propria disponibilità** alla realizzazione di una Comunità Sperimentale come definita nelle linee di indirizzo allegate e parte integrante dell'accordo. Nel corso del 2023 sarà dato avvio alle interlocuzioni e accordi utili alla definizione della progettualità sul territorio regionale.

Proseguiranno nel 2023 le attività del **Tavolo di Lavoro Sanità e Giustizia Minorile** attivato dalla Direzione Generale Welfare, con Magistratura Minorile di Milano e Brescia, Centro Giustizia Minorile, Ufficio Servizi Sociali per Minorenni (USSM), Servizi delle ASST/Dipartimenti Salute Mentale e Dipendenze

3. IL TERRITORIO E LA MARGINALITA'

La situazione pandemica - che ha reso maggiormente evidenti e cogenti le **problematiche di marginalità**, in particolare nell'area metropolitana - ha imposto la necessità di sviluppare specifiche progettazioni trasversali nell'ambito della **prossimità** e dei **migranti**, azioni da attuarsi in stretta integrazione anche con l'operatività delle Case di Comunità.

3.1 STRUTTURE DI PROSSIMITA'

In attuazione dell'articolo 1, comma 4-bis della Legge 77/2020, Regione Lombardia, ha elaborato e presentato al Ministero della Salute, con DGR n. XI/5447 del 3/11/2021, un Progetto per la realizzazione di interventi e strutture di prossimità rivolte alle situazioni di gravi marginalità sociosanitarie, che è stato approvato con nota Prot. 0001153- 19/01/2022-DGPROGS-MDS-P. Il Progetto prevede in particolare:

- una prima fase di continuità con le numerose progettualità avviate da Regione in relazione alla prossimità (Progetti Innovativi Psichiatria, Progetti Budget Salute, Progetti Dipendenze)
- una seconda fase di affidamento ad ATS Città Metropolitana di Milano del compito di realizzare e potenziare strutture di prossimità per soggetti fragili e marginali, con particolare riferimento ai target caratterizzati da accessi sporadici ovvero assenti alla rete dei servizi.

Tutte le attività del Progetto verranno svolte in stretta integrazione con l'operatività delle Case di Comunità.

Nel corso del 2022 sono state attuate le attività previste nella fase 1 del Progetto e implementate quelle relative alla fase 2 attraverso l'assegnazione ad ATS Città Metropolitana di Milano delle risorse necessarie per la realizzazione del Progetto, che dovrà essere ultimato entro il 30 giugno 2023 come da proroga concessa dal Ministero della Salute (nota DGPROGS protocollo n. 25246 del 05/12/2022).

ATS Città Metropolitana di Milano con Deliberazione n. 697 del 11/08/2022 ha approvato il progetto definitivo esito del tavolo di coprogettazione attivato con

Avviso pubblico di cui alla Deliberazione n. 231 del 17/03/2022 individuando come ente capofila Fondazione Casa della Carità Angelo Abriani Onlus.

Le risorse previste dalla DGR n. XI/5447 del 3/11/2021 assegnate interamente ad ATS Città Metropolitana di Milano ammontano a € **2.336.269**. La rendicontazione da parte di ATS dei risultati raggiunti dalla sperimentazione delle strutture di prossimità avverrà attraverso l'utilizzo della apposita scheda di cui alla sopracitata Intesa del 4 agosto 2021 (Rep Atti n. 134/CSR).

3.2 PROGETTO CENTRO PERMANENZA RIMPATRIO (CPR) CORELLI

Prosegue l'attività di supporto agli ospiti del Centro di permanenza rimpatrio con problemi psichiatrici e/o dipendenza.

Il Centro di Permanenza per il Rimpatrio di Via Corelli di Milano presenta situazioni di criticità nell'area della diagnosi, trattamento e assistenza di soggetti. Tale esigenza, rilevata dai Servizi per la Salute Mentale, è altresì segnalata dalla Prefettura di Milano e dagli stessi gestori del Centro alla ATS Città Metropolitana di Milano.

In considerazione di quanto sopra con nota della DG Welfare (Protocollo 0109127/21 del 15/07/2021) ad oggetto "CPR via Corelli" è stato disposto, con riferimento alle problematiche sanitarie emerse, il coinvolgimento della Fondazione ERIS Onlus a cui si è aggiunto, nel 2022 anche l'azione sinergica dei servizi dei Dipartimenti di Salute Mentale con particolare esperienza negli aspetti di etnopsichiatria.

A tal fine ATS Città Metropolitana di Milano prosegue l'attività di supporto con un impegno di spesa complessivo pari a euro **90.000** dedicando 45.000 euro alle attività di supporto/assistenza dei soggetti con problemi di dipendenza e 45.000 euro per i soggetti con sintomatologia psichiatrica.

4. PATOLOGIE TRASVERSALI OGGETTO DI PARTICOLARE ATTENZIONE

Altre importanti **tematiche trasversali** – in cui prevedere un continuum tra le prestazioni erogate dai diversi Servizi - sono rappresentate dalle aree cliniche dei **Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione** (spesso anche definiti con l'acronimo **DCA - Disturbi Comportamento Alimentare**) e dai **Disturbi da Deficit dell'Attenzione e Iperattività (ADHD)**.

4.1 DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE:

I Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (DNA) , patologie ad esordio precoce attenzionati a livello nazionale, sono considerate aree di intervento dei Dipartimenti di Salute Mentale nel PANSM (Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale, CU 4/U del 24 gennaio 2013). Si evidenziano, in particolare, le implicazioni di complessità assistenziale per quanto riguarda la storia naturale del disturbo, la diagnosi e il decorso, e gestionale in relazione agli esiti del trattamento ed alla organizzazione della rete dei Servizi preposti alla costruzione ed alla fruibilità di un efficace sistema di intervento.

In coerenza con tali aspetti, i DNA sono stati nel corso del tempo, oggetto di interesse sempre maggiore anche nella programmazione di Regione Lombardia.

A seguito dell'Approvazione **Intesa** ai sensi dell'articolo 1, comma 689, della legge 30 dicembre 2021, n. 234, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento

e Bolzano sull' "Allegato tecnico per la definizione di criteri, modalità e linee di intervento per l'utilizzo del Fondo per il contrasto dei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione" e sulle procedure per la presentazione dei Piani di attività biennali da parte delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano, regione Lombardia ha presentato al Ministero della Salute il proprio Piano di Attività Biennale (Protocollo G1.2022.0033032 del 08/08/2022).

Con DGR XI/7357 del 21/11/2022 si è preso atto dell'approvazione della progettualità da parte del tavolo ministeriale degli esperti (Protocollo 0039707-20/09/2022-DGPRES-MDS-P) e si è dato avvio alla fase attuativa con il conseguente riparto del finanziamento previsto dall'Intesa, pari a euro **4.195.000**.

Nel corso del 2023 ciascuna ATS darà seguito alle progettualità locali avvalendosi delle linee di orientamento fornite da Regione Lombardia.

Legge Regionale n. 2 del 23 febbraio 2021 – "Disposizioni per la prevenzione e la cura dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione e il sostegno ai pazienti e alle loro famiglie". Nel corso del 2022 ha lavorato con regolarità la Cabina di Regia (costituita con DGR n. XI/5722 del 15.12.2021), fornendo anche riflessioni indispensabili alla definizione delle linee di indirizzo per la destinazione dell'impegno economico previsto dalla legge stessa. Tale lavoro è stato recepito dalla DGR XI/7590 del 15/12/2022 "*Approvazione del documento "Potenziamento della rete dei servizi a favore di soggetti che presentano disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (DNA): atto di indirizzo per la finalizzazione delle risorse previste per l'attuazione dalla L.R. 23 febbraio 2021 n. 2" - "Disposizioni per la prevenzione e la cura dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione e il sostegno ai pazienti e alle loro famiglie"* con assegnazione di risorse pari a **1.490.000 euro** alle 8 ATS.

Nel corso del 2023, gli esperti impegnati nei sottotavoli di lavoro della Cabina di Regia, elaboreranno specifico documento a carattere clinico ed organizzativo finalizzato al miglioramento dell'offerta dei servizi in materia di DNA.

4.2 DISTURBI DA DEFICIT DELL'ATTENZIONE E IPERATTIVITA' (ADHD)

Nel corso del 2022 è stato istituito un gruppo di lavoro che vede coinvolti esperti dell'area psichiatria adulti, dipendenze e neuropsichiatria dell'infanzia e adolescenza.

Il tavolo verrà formalizzato nel corso del 2023 come Gruppo di Approfondimento Tecnico in materia di ADHD con particolare attenzione agli approfondimenti che condurranno alla definizione di linee di indirizzo per la valutazione, trattamento e presa in carico del paziente affetto da tale disturbo. Verrà inoltre posta particolare attenzione ai percorsi di accompagnamento degli utenti valutati e trattati durante l'età evolutiva e con necessità di proseguire la presa in carico da parte dei servizi dell'**area adulti** (UOP e SerD) i quali devono altresì attualizzare le competenze per intervenire nella gestione dei casi già diagnosticati e per la valutazione di nuove diagnosi intervenute in età adulta.

Condivise le principali progettualità trasversali in atto, si evidenziano di seguito le indicazioni per gli specifici ambiti, fermo restando l'integrazione e la multidisciplinarietà che deve sempre caratterizzare l'operare del Dipartimento

Salute Mentale e Dipendenze (DSMD) nell'interesse prioritario del paziente e dei suoi familiari.

PSICHIATRIA

Alla luce delle evidenze rappresentate dal Gruppo di lavoro "Piano biennale di emergenza risorse di personale in psichiatria" istituito all'interno del Coordinamento Direttori UOC Psichiatria, sono stati avviati raccordi con la Direzione Generale Welfare che hanno portato ad intraprendere **azioni in risposta alle criticità rilevate**, in particolare in riferimento alla difficoltà a reperire professionisti.

Uno specifico tavolo di confronto condurrà alla rilettura del fabbisogno degli organici e ad affrontare possibili strategie organizzative, come l'orientamento al task shifting tra i professionisti.

E' emerso inoltre come sia risultato utile avviare un lavoro di revisione degli attuali **requisiti organizzativi specifici di accreditamento** delle strutture residenziali psichiatriche (SRP) e dei Centri Diurni, per rendere la risposta clinica più adeguata e per poter allocare in modo più efficiente le risorse. A tal fine si è dato avvio ad uno specifico gruppo di lavoro che troverà pieno sviluppo nel corso del 2023, realizzando proposte organizzative attualizzate e sostenibili.

1. SPERIMENTAZIONE DEL BUDGET DI SALUTE

In coerenza con i contenuti dell'Intesa sul documento recante "Linee programmatiche: progettare il Budget di salute con la persona -proposta degli elementi qualificanti" del 6/07/2022 – rif 104/CU –, nel corso del 2022 la competente Struttura della Direzione Generale Welfare ha svolto un lavoro finalizzato alla predisposizione degli specifici strumenti di rilevazione ed ad un costante monitoraggio della fase attuativa dei progetti avviati ai sensi della DGR n. XI/1046/2018 nelle due Aziende coinvolte – ASST Santi Paolo e Carlo e ASST Franciacorta .

Date le finalità della sperimentazione con particolare riferimento al mix di interventi di natura sanitaria, sociosanitaria e di natura sociale a sostegno dei percorsi territoriali, si è proceduto ad inserire nel Sistema Informativo Psichiatria Regione Lombardia (SIPRL) la possibilità di registrazione delle attività con la preliminare definizione dei criteri di assegnazione della "Classe del Budget di Salute" ed è stata predisposta una apposita scheda di rilevazione degli interventi di natura sociale nei domini dell'abitare, della formazione, dell'inserimento lavorativo, della socialità ed affettività sviluppati sulla base di accordi di collaborazione delle ASST con gli Enti del Territorio (Comuni – Terzo Settore).

Per la sperimentazione la citata DGR ha previsto una durata biennale, ma, stante l'intervenuta situazione emergenziale pandemica, la fase attuativa ha avuto avvio con il Decreto n.11876 del 09/09/2021, registrando comunque degli iniziali rallentamenti a causa del perdurare degli effetti conseguenti alla situazione emergenziale conclusasi il 31/03/2022 (rif. DL. N.24 del 2473/2022).

La conclusione della sperimentazione è pertanto prevista il 31 dicembre 2023 e nel corso dell'anno 2023 la competente Struttura della Direzione Generale Welfare darà continuità al costante monitoraggio della fase attuativa dei due progetti con la conseguente elaborazione dei primi dati di esito.

2. STRUTTURE RESIDENZIALI PSICHIATRICHE PER TRATTAMENTI SOCIORABILITATIVI (SRP3)

La DGR n XI/2816 del 10/02/2020 “Definizione dei requisiti minimi autorizzativi e delle tariffe delle strutture residenziali psichiatriche per trattamenti socio-riabilitativi – SRP3”, in attuazione dell’Accordo in Conferenza Stato Regioni del 17/10/2013 “Le strutture residenziali psichiatriche” - rif: 13/054/CR7A/C7 del 13/06/2013, e del DPCM 12 gennaio 2017 “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, ha approvato i requisiti autorizzativi specifici e le tariffe delle tre tipologie di Strutture Residenziali Psichiatriche per interventi socioriabilitativi (SRP3):

- SRP3.1 con personale nelle 24 ore giornaliere;
- SRP3.2 con personale nelle 12 ore giornaliere;
- SRP3.3 con personale per fasce orarie.

La definizione delle suddette tipologie costituisce un importante passaggio che si collega al tema dello sviluppo dei percorsi territoriali, tema posto in evidenza dalle “Linee programmatiche: progettare il Budget di salute con la persona-proposta degli elementi qualificanti”, approvate con l’Intesa in Conferenza Unificata (CU) del 6/07/2022 -- Rep. Atti n. 104/CSR.- che, nelle premesse, rilevano che “le più attuali evidenze scientifiche mostrano quanto sia determinante, nell’ambito della presa in carico delle persone con disturbo mentale severo, assicurare adeguati interventi nel territorio e nel contesto di vita” e che “in questa ottica è importante mettere al centro dell’intervento la capacità di un territorio di fornire risposte che integrino i bisogni di cura con quelli formativi/lavorativi, abitativi e di habitat e di comunità, di socialità/affettività, sperimentando percorsi integrati e personalizzati di inclusione sociale”.

Nell’ambito del lavoro svolto nel corso del 2022 sull’area della Salute Mentale, è stata rilevata la necessità di revisionare l’Allegato della sopra richiamata DGR n XI/2816 del 10/02/2020 “Strutture residenziali psichiatriche per interventi socioriabilitativi” in quanto contiene meri errori materiali nell’attribuzione delle ripartizioni percentuali delle tariffe giornaliere della SRP 3.2 e 3.3, nonché nell’indicazione degli elementi di cui all’ Accordo CU distinte per le diverse articolazioni.

Lo stesso allegato, sempre per le SRP 3.2 e 3.3., risulta inoltre aver erroneamente inserito la figura dell’OSS “nell’area standard operatori” in luogo dell’area assistenziale e, infine, per tutte le tipologie di SRP3, aver previsto che il Coordinatore della struttura sia unicamente “in sovrapposizione ad altre strutture”.

Alla luce di tali elementi, si è resa pertanto necessaria la revisione ed il superamento del suddetto Allegato, con il documento denominato “SRP.3 – Strutture Residenziali Psichiatriche per interventi socioriabilitativi in attuazione dell’Accordo Stato Regioni del 17/10/2013 “Le strutture residenziali psichiatriche” - rif: 13/054/CR7A/C7 del 13/06/2013”, allegato quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento (All SRP.3 – Strutture Residenziali Psichiatriche per interventi socioriabilitativi)

In ordine al completamento dell’iter di superamento della residenzialità a bassa protezione (ex CPB) che risulta interessare ancora alcune strutture sul territorio regionale, in allineamento con quanto previsto dall’Accordo Stato Regioni del 2013, dai LEA e dalle indicazioni di cui alle recenti Linee programmatiche sul Budget di

Salute, si prevede che entro il 30/4/2023 gli erogatori di CPB, in coerenza con la programmazione territoriale, presentano istanza di riconversione o la completino. La riconversione - che deve avvenire a iso risorse - può, ai sensi della DGR 20 dicembre 2017 n. 7600 ("Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio-sanitario per l'esercizio 2018") e della DGR 17 dicembre 2018 n. 1046 ("Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio-sanitario per l'esercizio 2019"), riguardare la trasformazione in uno dei seguenti percorsi:

1. programmi di residenzialità leggera;
 2. trasferimento del budget su altre attività già accreditate erogate dallo stesso gestore con contestuale chiusura dei posti di CPB;
 3. riconversione del budget in attività di semi-residenzialità/centro diurno o altre attività territoriali con contestuale chiusura dei posti di CPB;
 4. riclassificazione in SRP2;
 5. riclassificazione in una delle 3 tipologie di SRP3 :
 - SRP 3.1 con personale nelle 24 ore;
 - SRP 3.2 con personale nelle 12 ore giornaliere;
 - SRP 3.3 con personale per fasce orarie.
- ad esito del processo di riconversione le competenti ATS comunichino alla Direzione Generale Welfare la riclassificazione secondo le modalità già in essere relative alle variazioni degli assetti organizzativi delle strutture sanitarie.

3. L'ESPERIENZA DEGLI ESP – UTENTI ESPERTI TRA PARI

La Legge Regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità), art 53 bis comma 1 lettera d) recita: "*la valorizzazione, la promozione e la diffusione di attività di supporto tra pari, utenti e familiari, comprese anche le forme di incentivazione, che tengano conto delle evidenze emerse dalle sperimentazioni effettuate*".

Come già richiamato nella DGR XI/6387 del 16/05/2022, anche alla luce della progressiva realizzazione della nuova rete dei servizi sanitari e sociosanitari territoriali, è raccomandato che le organizzazioni considerino azioni di specifico interesse nei confronti degli utenti esperti dell'area della salute mentale, anche alla luce delle esperienze già intraprese in alcune realtà regionali, allo scopo di promuovere sempre più la cultura dell'inclusione e dell'aiuto tra pari, alla luce della proficua esperienza del loro intervento in supporto a condizioni fragili nel corso della pandemia.

4. DEPRESSIONE PERINATALE - Progetto Pensare Positivo

Il progetto mira ad implementare nei consultori familiari, da parte delle ostetriche, un'attività di home-visiting finalizzata al supporto psicosociale rivolto alle donne con depressione perinatale.

Nel 2023 verrà avviata la formazione ai consultori delle ASST e nel contempo verrà rivalutata la progettualità con l'obiettivo di favorire l'integrazione con gli psicologi del consultorio.

5. PROGETTI REGIONALI DI RAFFORZAMENTO DEI DIPARTIMENTI SALUTE MENTALE E DIPENDENZE (DSMD) - PERCORSI DEDICATI A PAZIENTI CON PATOLOGIA PSICHICA AUTORI DI REATO – REMS: GESTIONE DELLE LISTE D'ATTESA

Attraverso l'approvazione dell'Intesa, ai sensi dell'allegato sub A, lettera o) dell'Intesa 4 agosto 2021 - Rep. Atti n. 153/CSR, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento "Linee di indirizzo per la realizzazione dei progetti regionali volti al rafforzamento dei Dipartimenti di Salute Mentale regionali" 28/04/2022 - Rep. Atti n. 58/CSR, i DSMD avvieranno azioni finalizzate al potenziamento dell'attività delle equipe forensi (DGR n. X/5340/2016), promuovendo l'implementazione dei protocolli nonché i raccordi con tutti gli enti e agenzie coinvolte nel percorso sanitario, sociale e giudiziario del paziente.

L'attuazione dei Progetti – definiti da un gruppo di lavoro di esperti individuati nei Coordinamenti dei Primari della Psichiatria e Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza in collaborazione con la Struttura Regionale – si pone a sostegno della qualificazione dei percorsi per l'effettiva presa in carico e per il reinserimento sociale dei pazienti con disturbi psichiatrici autori di reato .

Tali attività – ottimizzando l'intervento per questa tipologia di pazienti – contribuiranno ad evitare l'ingresso in REMS o a renderne più veloce la permanenza/dimissione , facilitando lo scorrimento delle liste d'attesa .

Il finanziamento derivante dalla suddetta Intesa – oggetto di una DGR di prossima emanazione – è pari ad euro **11.351.483**.

È proseguito nel 2022 il lavoro di collaborazione di raccordo organizzativo stabile tra la struttura della Salute Mentale di Regione Lombardia e il Sistema Polimodulare REMS della ASST di Mantova anche a seguito della confermata attenzione posta da organismi nazionali e internazionali (Corte Costituzionale, Ministero della Salute, AGENAS, Corte Strasburgo , Comitato Prevenzione Torture) sui percorsi all'interno dei quali si gestisce la presa in carico della persona autore di reato e affetta da disturbi psichici.

La gestione delle liste d'attesa per gli ingressi in REMS nonché l'impegno dei DSMD in relazione ai pazienti presenti nei rispettivi territori, è oggetto di costante monitoraggio da parte della Direzione Generale Welfare che con nota Protocollo G1.2022.0053664 del 19/12/2022 avente oggetto: "Criticità REMS : interventi per la riduzione delle liste di attesa e per l'agevolazione delle dimissioni", ne ha ulteriormente richiamato l'attenzione da parte degli enti coinvolti, indicando l'operatività per il 2023.

Anche i criteri per la gestione delle liste d'attesa verranno ulteriormente ribaditi alla luce della raccomandazione del Ministero della Salute ad oggetto "Consiglio d'Europa – Corte Europea dei Diritti dell'Uomo- Controllo dell'esecuzione delle sentenze della Corte EDU" Prot m_dg.GDAP.12/12/2022.0474442.U.

Nel corso del 2023 saranno riattivati i tavoli di lavoro finalizzati alla verifica dell'implementazione e alla eventuale rilettura dei protocolli specifici realizzati con la Magistratura (Decreto n. 9958 del 10/07/2018 e Decreto n. 17847 del 06/12/2019).

6. PROGETTI DI RICERCA INTERNAZIONALI

La DG Welfare partecipa a due importanti progetti nel campo della salute mentale, finanziati dalla Commissione Europea e di durata triennale: **la Joint Action ImpleMental ed il progetto HORIZON 2020 RESPOND**.

La Joint Action (*Joint Action on Implementation of Best Practices in the area of Mental Health*), ha lo scopo di implementare best practices nel campo della salute mentale, finalizzate allo sviluppo della community care. In questa Joint Action

Regione Lombardia rappresenta l'Italia ed è leader insieme con la Germania di uno dei due work-package che svilupperà le best practices in undici Paesi europei. Come best practice da implementare nei DSMD lombardi, la DG Welfare ha scelto di migliorare la qualità della cura negli adolescenti con precursori di disturbo di personalità e nei giovani adulti con disturbo di personalità borderline. Inoltre, per migliorare l'utilizzo delle informazioni in salute mentale, Regione Lombardia attiverà per i Paesi partecipanti un cruscotto di indicatori per monitorare l'attività dei servizi di salute mentale e valutarne la qualità della cura erogata.

Il Progetto RESPOND permetterà di conoscere l'effetto del COVID19 sulla salute mentale della popolazione europea. Più nello specifico Regione Lombardia, utilizzando i databases sanitari insieme con Svezia e Catalogna, studierà l'effetto della pandemia sia sulla popolazione generale, analizzando il rischio suicidario nella pandemia ed il rischio di disturbi mentali nelle persone ammalatesi di COVID, che sui servizi di salute mentale, valutandone la qualità della cura erogata prima, durante e dopo la pandemia.

7. AGGIORNAMENTO DELLE REGOLE DI UTILIZZO DEL SISTEMA INFORMATIVO DELLA PSICHIATRIA (SIPRL)

Ritenendo assunti tutti gli atti (DGR, Circolari, Note) precedenti in materia di Salute Mentale nell'area della Psichiatria adulti nonché le disposizioni relative all'utilizzo dei sistemi informativi deputati alla rilevazione dei dati di attività delle singole strutture afferenti alla rete degli erogatori pubblici e privati accreditati a contratto, viene richiamata la precipua responsabilità di ciascun Ente tanto nel recepimento dei suddetti atti, quanto nel rispetto delle disposizioni in essi contenuti sia nell'esercizio dell'attività specifica di ogni servizio che nella conseguente registrazione della stessa nel Sistema Informativo di Psichiatria della Regione Lombardia (SIPRL).

Con gli aggiornamenti intervenuti nelle diverse release di SIPRL sono state messe a sistema alcune regole relative la gestione delle residenzialità, semiresidenzialità e programmi di residenzialità leggera, e che discendono dalle disposizioni pregresse contenute negli atti sopra richiamati. Tuttavia, il Sistema Informativo di per sé, non costituisce lo strumento che dispone il rispetto delle indicazioni vigenti bensì rappresenta un supporto tecnico ai processi di governo clinico già regolamentati da DGR, Circolari, Note la cui attuazione, da sempre, rimane in capo ad ogni erogatore che svolga attività nella rete del SSR.

7.1 Aggiornamento della Circolare regionale del 31/08/2016 n. 16 ad oggetto: "Sistema informativo della psichiatria - manuale di utilizzo della piattaforma informatica psicheweb" (Nota di trasmissione Protocollo G1.2016.0027539 del 01/09/2016)

L'interfaccia dell'attuale Sistema Informativo è dotata di un area documentale nella quale vengono pubblicate le principali evoluzioni e integrazioni apportate al sistema stesso e che si intendono consultate tanto dagli utilizzatori del sistema quanto dagli eventuali livelli gestionali, di governo e di controllo dei diversi enti.

I controlli e le regole introdotte nell'applicativo SIPRL sono orientati alla crescita dell'appropriatezza dei dati inseriti in relazione alle normative vigenti. Alcuni dei controlli introdotti, non rilevando l'informazione corretta, intervengono nel

salvataggio delle attività inserite oppure nella possibilità di generare il debito informativo.

Vengono riportati di seguito i principali interventi che sono direttamente correlati alla definizione della progettualità individuale di inserimento in Struttura Residenziale Psichiatrica e all'attivazione di Programmi di Residenzialità Leggera

7.2 Campo Diagnosi

In particolare, viene introdotto un controllo sulla presenza della diagnosi principale del paziente nella scheda anagrafica. Trascorso un dato periodo di tempo dalla mancata rilevazione della diagnosi, non sarà possibile generare il debito.

7.3 Residenzialità Leggera

È necessario registrare nell'area Residenzialità i pazienti per quali viene attivato un programma di Residenzialità Leggera, selezionando quale livello di assistenza "Residenzialità Leggera" specificando anche la sede dove il paziente è inserito.

Diversamente dall'inserimento in SRP, non sarà necessario compilare i campi "Diagnosi" e "Motivo dimissione" (comunque risulteranno non editabili).

All'inserimento della prestazione degli interventi territoriali e delle attività di gruppo, il sistema provvederà ad attivare automaticamente un flag presente nella pagina ("Erogato in regime di RL"). Questo flag verrà selezionato automaticamente dal sistema solo per le prestazioni erogate dalla UOP che ha aperto il programma di RL. Per questa UOP non sarà pertanto più necessario selezionare obbligatoriamente sede RL per generare l'informazione utile alla remunerazione della tariffa giornaliera. Verrà naturalmente mantenuta tale identificazione della sede se l'intervento viene effettuato nel luogo dove si trova la RL.

Se UOP differenti dalla titolare del programma di RL erogano prestazioni al paziente inserito in un programma di RL, potranno selezionare il flag manualmente dalla maschera di gestione delle prestazioni territoriali/presenze di gruppo. Il flag risulterà disabilitato per i pazienti che, alla data inserita per la prestazione, non risultano inseriti in un programma di RL.

I programmi di RL saranno compatibili con eventuali presenze semiresidenziali ma non saranno compatibili con le residenzialità. Di conseguenza un paziente inserito in un programma di RL potrà partecipare a giornate semiresidenziali ma non potrà essere inserito in una struttura residenziale se non dopo essere stato dimesso dal programma di RL.

La valorizzazione della RL terrà conto della presenza di almeno una prestazione al fine di riconoscimento della retta quotidiana.

7.4 Tempi di Permanenza in Residenzialità (SRP)

Alla luce del tempo di permanenza dei pazienti nelle strutture residenziali in relazione alle tempistiche massime previste per ciascun livello assistenziale/riabilitativo, decade l'obbligo di visitare il campo "Deroga" in SIPRL.

Permane invece tale modalità nella gestione clinica del paziente e quindi nella stesura della progettualità individuale e nelle verifiche periodiche da mantenersi così come indicate dalle disposizioni vigenti.

È altresì richiamata l'elaborazione di progettualità che limitino il più possibile la permanenza in struttura a favore di interventi territoriali nel contesto domiciliare e di vita della persona o individuando idonea collocazione attraverso la collaborazione con le diverse agenzie del territorio.

Viene inoltre precisato nella tabella sottostante, il calcolo dei tempi di durata dei programmi residenziali ricondotti al conteggio dei giorni per tipologia livello d'intensità già tenuto conto dell'assorbimento del tempo di deroga.

Tipo struttura	Primo livello assistenza			Secondo livello di assistenza		
	Livello	Durata max (mesi)	Durata max (giorni)	Livello	Durata max (mesi)	Durata max (giorni)
SRP1 - CRA	POST ACUZIE	3	90	-	-	-
	ALTA	24	$365 * 2 = 730$	MEDIA	72	$365 * 6 = 2190$
	MEDIA	72	$365 * 6 = 2190$	-	-	-
SRP1 - CRM	ALTA	24	$365 * 2 = 730$	MEDIA	72	$365 * 6 = 2190$
	MEDIA	72	$365 * 6 = 2190$	-	-	-
SRP2 - CPA	MEDIA	72	$365 * 6 = 2190$	BASSA	∞	-
	BASSA	∞	-	-	-	-
SRP2 - CPM	MEDIA	72	$365 * 6 = 2190$	BASSA	∞	-
	BASSA	∞	-	-	-	-
EX CPB (in chiusura)	BASSA	∞	-	-	-	-

Tabella 1 - Durata delle residenzialità

7.5 Classi ex OP e Percorso Giudiziario

Sono stati implementati nuovi automatismi per la corretta gestione dei pazienti inseriti nelle classi ex OP e Percorso Giudiziario recentemente introdotte come di seguito dettagliate.

Tali classi, proprio per le caratteristiche che motivano la permanenza della persona in SRP (essere soggetto proveniente dagli elenchi dei pazienti dimessi dagli ospedali psichiatrici; essere soggetto inserite in strutture residenziale in cogenza di dispositivo della magistratura attivo) mantengono la persona al livello di intensità massima prevista per la tipologia di struttura derogando dai tempi di permanenza.

Nel momento in cui una delle due classi in oggetto termina, l'eventuale residenzialità in corso, viene chiusa automaticamente dal sistema dimettendo il paziente nello stesso giorno di chiusura della classe e dando avviso all'operatore. La motivazione della dimissione viene impostata automaticamente a "CONCLUSIONE DEL CRITERIO DI CLASSE". Tale motivazione non sarà utilizzabile al di fuori di questo contesto. Le residenzialità chiuse dal sistema con questa motivazione non saranno in alcun modo modificabili dall'operatore che per eventuali correzioni si dovrà rivolgere ad ARIA tramite opportuno ticket.

In presenza di una residenzialità con motivo di dimissione "CONCLUSIONE DEL CRITERIO DI CLASSE", il conteggio della durata della prima residenzialità successiva ripartirà dal primo giorno a prescindere dal numero di giorni già effettuati in quella struttura.

7.5 Permessi

E' stato inserito un ulteriore controllo relativo alla durata massima dei permessi secondo le tempistiche indicate nella Tabella sottoriportata:

MOTIVO PERMESSO	DURATA MAX (gg)	PUO' SUPERARE LA DURATA MAX SE IL PAZIENTE E' GIA' DIMESSO
Progetto individuale specifico (es. sperimentazione autonomia domiciliare, percorso dimissione, rientro in famiglia in prova, attività' (PTR)	3	NO
Attività' fuori sede con la struttura (vacanza, gite di più' giorni) (PTR)	10	NO
Non programmato ma concordato	3	NO
Vacanza o permesso con la famiglia	15	SI
Altro	7	SI

7.6 Estrazione Debito Informativo

Viene di seguito ricordata e confermata la funzione di estrazione debiti dal Sistema Informativo della Psichiatria.

E' possibile produrre il debito informativo del mese concluso dal primo giorno del mese successivo. Oltre al mese immediatamente precedente, verranno estratte tutti i dati di nuovo inserimento o le modifiche apportate alle informazioni già registrate anche di periodi precedenti al mese oggetto del debito informativo.

La finestra di estrazione del mese oggetto di debito viene mantenuta attiva per tutta la durata del mese successivo (per esempio, per tutto il mese di ottobre sarà possibile produrre il debito informativo del mese di settembre).

Per tale motivo, ciascun ente si doterà di proprie tempistiche utili sia al completamento della registrazione degli interventi in SIPRL sia alla generazione del debito e successivo invio in regione.

Una volta estratto il debito dovrà essere obbligatoriamente inserito in SMAF per l'assolvimento della trasmissione nel flusso regionale.

Si ricorda che per ciascun mese di riferimento è possibile generare un solo debito informativo.

Nel caso in cui il debito estratto non venga inserito in SMAF nelle finestre temporali previste, salvo la possibilità di inserirlo con specifiche e straordinarie riaperture delle finestre di inserimento, sarà necessario provvedere a riportare i debiti presenti in SIPRL all'ultimo inserito regolarmente in SMAF. Per tale operazione, salvo competenza specifica, sarà necessario richiedere l'assistenza di ARIA.

NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA (NPIA)

1. ATTUALIZZAZIONE/POTENZIAMENTO DELL'OFFERTA TERRITORIALE, RESIDENZIALE E DELLA DEGENZA OSPEDALIERA DI NPIA

Con la DGR XI/6387 del 16/05/2022 "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l'anno 2022", sono stati avviati i lavori per la riorganizzazione dell'area NPIA, istituendo un tavolo coordinato dalla struttura regionale alla presenza di erogatori pubblici e privati, esperti della disciplina e rappresentanti della rete di offerta residenziale e semiresidenziale terapeutica.

Nel corso del 2023 verranno prioritariamente presi in considerazione 2 tra i principali strumenti terapeutici a disposizione:

- **i percorsi residenziali nelle Comunità Terapeutiche;**
- **i percorsi semiresidenziali terapeutici nei Centri Diurni.**

Tali ambiti saranno oggetto di un provvedimento di prossima emanazione che riguarderà l'aggiornamento del modello assistenziale e del processo di presa in carico, la ridefinizione dei requisiti gestionali di accreditamento e il conseguente aggiornamento del regime tariffario .

Si rimanda a tale provvedimento per l'attuazione delle necessarie azioni da parte delle Aziende e degli Erogatori coinvolti nel processo di riordino.

2. SISTEMA INFORMATIVO DI NPIA

Nel corso del 2023 verrà progressivamente implementato il Sistema Informativo della Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza.

Tale sistema è stato sviluppato in coerenza con le definizioni oggetto di lavoro di uno specifico tavolo avviato dal Ministero della Salute e finalizzato alla realizzazione

di un Sistema Informativo nazionale e costituirà un importante strumento per meglio programmare e monitorare tale area.

3. DISABILITA' PSICHICA

3.1 INTERVENTI RELATIVI AI DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO (ASD)

Nel corso del 2022 è stato dato ampio sviluppo alla fase attuativa del **Piano Operativo Regionale Autismo (POA)** DGR 5415 del 25/10/2021 con un lavoro di coordinamento svolto dalla Struttura competente della DG Welfare in stretto raccordo con:

- il Gruppo di Approfondimento Tecnico ASD, riunitosi sistematicamente a cadenza mensile,
- i Referenti POA designati dalle singole ATS, con incontri tematici a cadenza mensile,
- i Referenti delle ASST/IRCCS con incontri su specifiche tematiche.

Regione ha prodotto periodiche indicazioni a tutti gli interlocutori soprannominati.

Tale lavoro ha consentito l'avvio di tutte le 38 azioni previste dal Piano per il primo anno di applicazione, pervenendo alla strutturazione e al consolidamento di importanti interventi che costituiscono la base per lo sviluppo di quanto previsto per il 2023, seconda annualità di applicazione del Piano.

Tra le azioni realizzate, si evidenziano:

- **la costituzione di un Nucleo Funzionale Autismo (NFA)** in tutte le UONPIA delle ASST/IRCCS Policlinico e nelle strutture di riabilitazione che si occupano di Autismo,
- **l'avvio dello screening da parte dei pediatri di libera scelta** al bilancio di salute dei 18 mesi e l'implementazione della piattaforma Win4ASD che connette i PLS con le NPIA e i centri specialistici da attivare nei casi in cui sia necessario un approfondimento diagnostico,
- l'avvenuta **ricognizione dei diversi servizi/progetti/iniziative esistenti** per l'autismo rivolti a tutte le fasce di età nel territorio di ciascuna ATS,
- l'avvenuta **istituzione di un'équipe funzionale integrata per la transizione** per le persone con ASD, coordinata dai Servizi per la Disabilità delle ASST e di **un'équipe psichiatrica specialistica** per le persone in età adulta nei Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze delle ASST/IRCCS Policlinico.

Le molteplici azioni attuate e il loro futuro sviluppo sono state presentate nel Convegno organizzato da Regione per la celebrazione della Giornata Mondiale per l'Autismo.

Nel **2023** si garantirà in primo luogo continuità alla fase attuativa del **Piano Operativo Regionale Autismo**, con il consolidamento da parte della competente Struttura della Direzione Generale Welfare delle modalità sviluppate nel 2022 nell'ambito dell'azione di coordinamento dell'insieme delle azioni previste dal POA con il coinvolgimento attivo di tutti gli interlocutori (Gruppo di Approfondimento Tecnico, ATS, ASST/IRCCS).

La realizzazione delle azioni attuate nel 2022 è stata resa possibile anche grazie al lavoro sinergico svolto nell'ambito dell'attuazione dei due progetti a valere sul Fondo Nazionale Autismo che sono stati impostati in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, oltre che ad altre progettualità regionali già in corso:

- **Progetto Auter** «Attivare una risposta territoriale per la formulazione del progetto di vita per le persone con disturbo dello spettro autistico basato sui costrutti di "Quality of Life», progetto volto a sviluppare interventi/iniziative per persone con autismo con età maggiore di 16 anni che ha quale Ente attuatore l'ASST di Lecco e assegnazione pari a euro 1.218.512 (annualità 2021 e 2022)
A fronte della scadenza naturale della durata del progetto – 09/12/2022 –, stante gli importanti obiettivi fino ad ora conseguiti e la coerenza degli stessi con il Piano Operativo Regionale Autismo, la Direzione Generale Welfare ha dato indicazioni alle ASST ed all'IRCCS Policlinico per assicurare la prosecuzione del Progetto sul territorio lombardo, nelle more dell'approvazione dei criteri e delle modalità di utilizzazione delle annualità 2021 e 2022 del Fondo Nazionale Autismo.
L'Istituto Superiore di Sanità in data 16/12 us ha formalmente comunicato l'avvenuta approvazione del decreto di proroga al 10/12/2023.
- **Progetto Pervinca** «PER una Visione Inclusiva e Continuativa dell'Autismo», progetto volto a sviluppare interventi/iniziative per persone con autismo con età dai 7 ai 21 anni che ha quale Ente attuatore l'ATS Val Padana e assegnazione pari a 3.307.756 euro (per anni 2022- 2024). Il Progetto è stato approvato dall'Istituto Superiore di Sanità nel mese di aprile 2022 con una durata prevista fino al mese di gennaio 2024.
- **Progetto sperimentale "Autismo: dall'analisi territoriale al progetto di Vita"**
DGR n. XI/5213 del 13/09/2021 e Decreto n. 15881 del 22/11/2021 – Ente attuatore: ATS Val Padanae assegnazione pari a 300.000 euro .
Nel corso dell'anno ha preso avvio lo sviluppo delle attività progettuali, con durata prevista 2022- 2024 – con il conseguente monitoraggio da parte della competente Struttura della Direzione Generale Welfare che ha definito le modalità ed i tempi di rendicontazione da parte dell'Ente attuatore con particolare attenzione agli elementi concernenti il modello gestionale organizzativo sostenuto dal Progetto che si inserisce nell'ambito dello sviluppo del tema del Budget di Salute.
- **Interventi relativi a ASD e disabilità complesse - DGR n. XI/1460/2019**

I progetti sviluppati nei 4 ambiti strategici relativi all'autismo (diagnosi precoce; interventi precoci; interventi intensivi mirati per le persone adulte con ASD ad alto funzionamento con emergenze comportamentali o disturbi psicopatologici secondari e adulti; miglioramento continuo di qualità) e con le risorse previste dalla DGR n. XI/1460/2019, sono stati approvati con Decreto n. 18997 del 20/12/2019 integrato dal successivo Decreto n. 6229 del 26/05/2020. In ordine all'avvio ed attuazione di tali progetti, significativamente condizionati dalla pandemia per cui

la conclusione è prevista per il 31/12/2022, la competente Struttura della Direzione Generale Welfare ha svolto una costante azione di monitoraggio con gli Enti attuatori (rispettivamente IRCCS Medea, ASST Spedali Civili di Brescia, ASST di Pavia e IRCCS Policlinico) che si concluderà con la rendicontazione finale del finanziamento 2022 pari a euro 875.000, prevista nel mese di gennaio 2023.

Se la valutazione di tale rendicontazione dovesse rilevare eventuali risorse non consumate, la struttura competente della Direzione Generale Welfare, sentito il Gruppo Tecnico di Approfondimento ASD, procederà all'individuazione dell'ambito e delle modalità di utilizzo delle stesse sempre in coerenza con le indicazioni del Piano Operativo Regionale Autismo.

Sempre in una logica di coerenza e sinergia con il POA, con DGR n. XI/6003 del 21/02/2022, nell'ambito della revisione dei Voucher sociosanitari previsti a completamento delle azioni sostenute con il Fondo Non Autosufficienza (FNA), è stato istituito il **Voucher Autismo** rivolto alle persone con Autismo di livello 3 della classificazione DSM-5.

Le tipologie di prestazioni/interventi di natura riabilitativa ed abilitativa erogabili con tale Voucher sono state declinate, in coerenza con le Linee Guida Nazionali in materia di Autismo, in rapporto alle diverse fasce di età a cui possono essere affiancati, altresì, interventi di sostegno alla domiciliarità ed all'inclusione erogati attraverso i Voucher sociosanitari, previsti dalla medesima DGR e rivolti a tutte le persone con gravissima disabilità, ivi comprese quelle con ASD.

In considerazione delle tempistiche previste dalla sopra indicata DGR (29/04/22 per l'approvazione da parte delle ATS del primo elenco degli Enti erogatori e 01/05/22 per la decorrenza dei Voucher) lo sviluppo del complessivo sistema declinato per i Voucher Autismo ha necessariamente comportato una fase di start-up che è stata gestita dalla Struttura regionale competente della Direzione Generale Welfare in stretto raccordo con la Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale, Disabilità e Pari opportunità, attraverso un costante monitoraggio sullo stato di attuazione e implementazione del sistema sui singoli territori con incontri periodici con ATS e ASST e analisi dei dati rendicontativi.

Nel 2023 verrà data continuità ai **Voucher Autismo** nell'ambito del Programma operativo regionale a favore di persone con gravissima disabilità e in condizione di non autosufficienza e grave disabilità di cui al Fondo per le Non Autosufficienze a cui si rinvia, ed al relativo lavoro di monitoraggio da parte delle due Direzioni coinvolte, confermando la destinazione di una quota specifica – pari ad **euro 6,5 milioni** - delle risorse complessivamente assegnate per i voucher sociosanitari Misura B1 – pari a 13 milioni.

Per il 2023 si chiede alle ATS di monitorare lo sviluppo dell'offerta da parte degli enti erogatori inseriti nell'apposito elenco, anche in riferimento al tema della distribuzione territoriale e della dinamica dei volumi e di tipologie di voucher erogati da parte dei singoli erogatori.

3.2 DISTURBI SPECIFICI DELL'APPRENDIMENTO (DSA)

Nel corso del 2022 è stato svolto un importante lavoro finalizzato all'attuazione della L.R. 17/2019 *“Disposizioni in favore dei soggetti con disturbi specifici di*

apprendimento e individuazione precoce dei segnali predittivi da parte della competente Struttura della Direzione Generale Welfare, coadiuvata dai due specifici organismi che operano in raccordo :

- il **Comitato Tecnico Regionale DSA**, istituito con Delibera n. 5212 del 13/09/2021 e composto dai rappresentanti di tutti gli attori istituzionali e non coinvolti (Direzioni Generali di Regione, Istituzioni Scolastiche di ogni ordine e grado, Ordini professionali e Società scientifiche, Comuni, Associazioni di familiari) con funzioni di coordinamento preordinate al perseguimento delle finalità della L.R. 17/2019. Con DGR n. XI/6440 del 31/05/2022 il Comitato si è dotato di apposito Regolamento.
- il **Gruppo Tecnico ATS DSA**, composto dai referenti di tutte le 8 ATS coordinato dalla Struttura regionale, con il compito di definire, implementare e diffondere, anche attraverso gli Organismi di Coordinamento Salute Mentale Dipendenze, modalità omogenee su tutto il territorio regionale atte a dare attuazione alla L.R. 17/2019.

Il lavoro svolto nel corso del 2022 ha dato continuità al lavoro di analisi dei dati e monitoraggio dell'attività di prima certificazione diagnostica DSA rilevati dalle ATS, con il conseguente invio alle ATS di un report relativo alla composizione ed alla dinamica complessiva regionale e di quella dei singoli territori, sia dei certificatori che della popolazione destinataria.

E' stato impostato il lavoro previsto dalla L.R. 17/2019 finalizzato alla promozione di iniziative di informazione e sensibilizzazione sulle problematiche dei soggetti con DSA a famiglie, istituzioni scolastiche di ogni ordine e grado, pubbliche e private, istituzioni universitarie, sistema di istruzione e formazione professionale regionale, pediatri di libera scelta, operatori delle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private accreditate, consultori pubblici e privati accreditati (rif. art. 2 della L.R. 17/2019).

La Struttura regionale ha avviato un lavoro che prevede lo sviluppo da parte delle ATS di iniziative nei singoli territori da realizzare sulla base di linee di indirizzo definite dal Comitato Tecnico Regionale: l'avvio è consistito nell'impostazione di una preliminare ricognizione da parte delle ATS delle iniziative già attuate nei singoli territori da parte di UONPIA, IDR, Consultori Familiari e Associazioni con la definizione di uno strumento condiviso dal Gruppo Tecnico ATS DSA, finalizzato a raccogliere elementi utili a supporto del lavoro del Comitato (rif. nota inviata alle ATS in data 24/11/2022 – prot. G1.2022.0049181) e al consolidamento di tali attività nel 2023. A tal fine verranno utilizzate le risorse previste dall'art. 12 della L.R. 17/2019 e stimate in euro 200.000,00 annue.

Durante la Giornata Mondiale per la Dislessia si è annunciato il Convegno "**I disturbi specifici dell'apprendimento in Regione Lombardia analisi e prospettive**", tenutosi in data 15/11/2022 che ha visto una numerosissima partecipazione e che ha dato spazio anche alla voce di Associazioni e pazienti..

Nel 2023 verrà dato altresì sviluppo ai **lavori del Comitato Tecnico Regionale DSA** per la definizione di interventi/azioni relative alle aree tematiche enucleate ad esito dell'analisi, approfondimento e confronto svolta, in particolare: rapporto famiglia – scuola – servizi; interventi di potenziamento nell'attività scolastica; ottimizzazione dei percorsi diagnostici e personalizzazione degli interventi ed interventi in età adulta.

Si conferma inoltre la prosecuzione del lavoro con il Gruppo Tecnico ATS ed il **monitoraggio annuale delle attività di prima certificazione** diagnostica DSA da parte delle ASST/IRCCS, degli Enti accreditati e delle Equipe private autorizzate da trasmettere alle ATS territorialmente competenti, secondo i tempi e le modalità riportate nelle indicazioni che verranno fornite dalla Struttura competente della DG Welfare.

Le ATS sono chiamate a verificare la completezza e l'accuratezza dei dati.

3.3 SERVIZI PER LA DISABILITA' PSICHICA

In riferimento alla costituzione dei servizi dedicati alla disabilità psichica, l'analisi dei Piani di Organizzazione Aziendale Strategici (POAS) 2022-2024, ha registrato la **presenza di servizi per la Disabilità in tutte le ASST lombarde.**

In considerazione della rilevanza che tali servizi hanno nel Piano Operativo Regionale Autismo e nel Progetto Pervinca, nel 2023 la struttura competente della Direzione Generale Welfare promuoverà, con la collaborazione dei referenti POA designati dalle ATS, un coinvolgimento attivo e con modalità omogenee dei Servizi per la Disabilità delle ASST nello sviluppo delle azioni previste dal POA, con particolare riferimento alla fase dell'età di transizione – dall'età evolutiva all'età adulta – ed all'età adulta.

Nel 2023 prosegue l'importante azione di sviluppo del **Progetto D.A.M.A. (Disabled Advanced Medical Assistance)**, in coerenza con quanto indicato dall'art. 2 della L.R. 33/2009 e s.m.i. in ordine ai percorsi di accessibilità in termini di estensione a tutto il territorio regionale di progetti di buone pratiche di accoglienza e accessibilità alle cure per le persone con disabilità che si rivolgono ai servizi sanitari delle ASST/ IRCCS.

Tale azione sarà sostenuta dalla prosecuzione del sopra richiamato Progetto Pervinca che, in coerenza con le Linee Guida dell'Istituto Superiore di Sanità, ha tra i suoi obiettivi la progettazione e messa in opera di un modello di rete di percorsi ospedalieri di prevenzione diagnosi e cura per le necessità sanitarie delle persone con grave disabilità e/o disturbi del neurosviluppo basati sul modello organizzativo di DAMA (Disabled Advanced Medical Assistance), organizzato in Hub e Spoke.

DIPENDENZE

1. ATTUAZIONE LEGGE 23/2020: implementazione DGR n. XI/7125 del 10/10/2022 per il potenziamento dell'offerta residenziale, semiresidenziale e ambulatoriale e predisposizione ulteriori provvedimenti

Tutte le azioni previste nell'area Dipendenze sono fortemente indirizzate all'applicazione della L.R. 14 dicembre 2020 n. 23 "Nuovo sistema d'intervento sulle dipendenze patologiche":

- con DGR n. XI/5470 del 08/11/2021 è stato costituito il Comitato di indirizzo e coordinamento in area dipendenze
- con DGR n. XI/6393 del 23 maggio 2022 il Tavolo di coordinamento tecnico in area dipendenze.

La legge prevede un finanziamento pari a euro 16 milioni e 500 mila per il 2022 che è stato in parte impegnato con la DGR 10 ottobre 2022 n. XI/7125 attraverso azioni volte a potenziare l'investimento nell'area dei servizi per le dipendenze tenendo conto dell'evoluzione dei bisogni anche a seguito del crescente disagio psichico e sociale conseguente alla pandemia e a sostenere, anche dal punto di vista economico, gli erogatori a fronte degli aumenti dei costi di gestione legati alla crisi attuale. La DGR ha impegnato la somma di 6,1 milioni nel 2022 e 8,9 milioni nel 2023.

Al fine di una puntuale rilevazione dei fabbisogni delle strutture residenziali e semiresidenziali rispetto sia ai livelli complessivi di saturazione sia alla tipologia dei posti utilizzati si predisporrà, per il 2023, un'analisi della saturazione e dell'utilizzo dei nuovi posti accreditati e a contratto previsti dalla già citata DGR XI/7125.

Stante gli effetti legati all'applicazione della DGR XI/7125/2022, il valore del budget del contratto definitivo 2023 è pari alla scheda 2022 incrementata in ragione delle determinazioni assunte con la delibera stessa

La stessa DGR dà indicazioni rispetto all'utilizzo della quota residua dei finanziamenti previsti dalla LR n. 23/2020, in merito al potenziamento e all'innovazione delle attività di cura ambulatoriali e a una maggior specializzazione dell'area residenziale, demandando al Tavolo Tecnico Dipendenze tali compiti comprensivi di una più rigorosa valutazione degli esiti.

In tale contesto verranno anche analizzate, alla luce del monitoraggio degli effetti dell'applicazione della DGR n. XI/7125/2022, le richieste, provenienti da diversi erogatori, di rimodulazione di posti, per l'aumento dell'offerta per la comorbilità psichiatrica e per la fascia d'età 14/25 anni, assicurando una linea comune e risposte omogenee nell'ambito del nuovo contesto programmatico regionale

Gli Organismi attivati in applicazione alla Legge 23/2020 avranno tra i compiti prioritari l'applicazione dell'art. 9 (**Minori**), ai fini di garantire la presa in carico, il trattamento e la riabilitazione dei minori con particolare attenzione all'area penale, agli adolescenti, ai soggetti in carico ai servizi sociali, alla neuropsichiatria infantile e all'area della formazione professionale.

Si prevederanno nuove forme di accreditamento e contrattualizzazione per attività ambulatoriali, residenziali e semiresidenziali dedicate. Verranno altresì date indicazioni alle ATS in merito all'organizzazione del sistema nel territorio di competenza compresi i rapporti tra gli ospedali - con particolare, ma non esclusivo, riferimento ai Pronto Soccorso, alle Pediatrie, alla Neuropsichiatria Infantile e, più in generale agli ambiti della Salute Mentale - e i Servizi Ambulatoriali, Residenziali e Semiresidenziali dell'area Dipendenze, i servizi della giustizia minorile, le prefetture, gli Uffici scolastici regionali e la formazione professionale.

L'intervento a favore di minori e giovani adulti si avvale anche dei servizi di prevenzione, di riduzione del danno e di limitazione dei rischi.

Il Comitato di Indirizzo e il Tavolo Tecnico valuteranno anche l'utilizzo di uno **Strumento di Valutazione Multidimensionale**, licenziato da un precedente Gruppo

di Lavoro Regionale. Tale strumento pone in particolar modo l'attenzione alla Diagnosi Precoce e all'Intervento Tempestivo in modo innovativo e di forte cambiamento rispetto ai precedenti tentativi di valutazione dei fenomeni di dipendenza e della loro indubbia complessità.

2. RETE DIFFUSA DIPENDENZE

Come indicato nell'art.4 della legge n.23/ 2020 si costituisce in ogni ATS la ReDiDi - Rete Diffusa Dipendenze anche secondo le indicazioni del Comitato di Coordinamento e del Tavolo Tecnico, favorendo la collaborazione e l'integrazione con gli organismi dell'OCSMD (Organismo Salute Mentale e Dipendenze).

3. OSSERVATORIO REGIONALE DELLE DIPENDENZE

Come indicato dall'art.15 della L.R. n. 23/2020 è prevista la revisione e il rafforzamento delle attività dell'Osservatorio regionale delle dipendenze da sostanze e comportamentali.

4. SCREENING HCV NEI SERD (5.5 nel DGR 2022)

Con DGR n. 5830 del 29/12/2021 è stato approvato il Programma per l'attuazione del piano per l'eliminazione dell'HCV, prevedendo in particolare attività di screening nei Servizi per le Dipendenze, individuati quali importanti presidi di sorveglianza epidemiologica e recentemente autorizzati da Regione alla prescrizione/erogazione dei farmaci DAAs (nota Prot G1.2022.0013774 del 14/3/2022).

Tale attività è confermata per l'anno 2023

5. RIMODULAZIONE PROGETTO PARCHI E INTERVENTI PROATTIVI NEI LUOGHI DI AGGREGAZIONE GIOVANILE

Nel 2022 è proseguito il Progetto Parchi sul territorio di ATS Città Metropolitana di Milano – ente capofila del Progetto individuando nelle aree del parco di Rogoredo le zone particolarmente attenzionate per la presenza di grave marginalità e tossicodipendenza. Presso la Prefettura di Milano, Prefettura capoluogo di Regione, è attivo un "Tavolo Interistituzionale", con compiti di regia delle diverse azioni in campo, coinvolgendo oltre a ATS Città Metropolitana di Milano, anche gli Attori Istituzionali di tutti i territori in cui il Progetto si sviluppa. Tale Progetto, finanziato negli anni precedenti con DGR XI/1987/2019 e DGR XI/4232/2021, proseguirà nel 2023 previa analisi di un **report di valutazione sui risultati conseguiti**.

Le risorse necessarie al proseguimento della quarta annualità del progetto sono pari a **euro 500.000** da assegnare alla ATS Città Metropolitana di Milano in qualità di ente capofila del progetto nell'ambito della macroarea 9 del FSR.

ATS Città Metropolitana di Milano vede confermato il ruolo di coordinatore del Progetto Parchi e di orientamento in riferimento alle progettualità dei diversi territori (nota - prot. n. G1.2020.0023492 del 18/06/2020), al fine di integrare il più possibile le iniziative promosse dalla Direzione Generale Welfare con le attività previste dalla Direzione Generale Famiglia, Solidarietà sociale, Disabilità e Pari Opportunità in merito alla D.G.R. n. 2732 del 23 dicembre 2019 nella prospettiva della messa a

sistema degli interventi, come previsto anche dalla L.R. n. 23 /2020 (art.5), in coerenza con le iniziative di carattere sociale promosse dalla Direzione Generale Famiglia.

6. PIANI CONTRASTO GAP (GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO)

In tutte le ATS sono proseguiti nel 2022 i Piani Locali Gap con attività previste e finanziate ai sensi della DGR n. XI/585/2018. È stata approvata la DGR XI/6252 del 11/04/2022 e il Decreto n. 9591 del 01/07/2022 per la realizzazione della quarta annualità, per un finanziamento pari a euro 8.262.584,38, per dare continuità agli interventi previsti dal Programma di Attività per il Contrasto al Gioco d'Azzardo Patologico e ai rispettivi Piani Locali GAP.

Nel 2023 le ATS procederanno alla stesura dei nuovi Piani locali Gap secondo il Programma regionale di attività per il contrasto al Gioco d'Azzardo Patologico finanziato con il Fondo GAP 2021 e approvato dal Ministero della Salute (con nota Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria - Ufficio 6 – Prevenzione delle dipendenze, doping e salute mentale DGPRES 0030605-P-27/06/2022) che verrà recepito e trasmesso con atti in via di emanazione che prevedono l'assegnazione alle ATS di **euro 7.383.200**. (nota Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria - Ufficio 6 – Prevenzione delle dipendenze, doping e salute mentale 0050728-20/12/2022-DGPRES-MDS-P).

7. PROGETTO "L'INTERVENTO IN ALCOLOGIA E NELLE DIPENDENZE NELLA FORMA DELLA TELEMEDICINA"

Con DGR del 21/12/2021, n.5748 Regione Lombardia ha sottoscritto l'accordo di collaborazione con il Ministero della Salute e la convenzione con la ASST di Crema quale ente attuatore per la realizzazione del Progetto "**L'intervento in Alcolologia e nelle Dipendenze nella forma della Telemedicina**", finanziato con il fondo della Legge n.125/2001 per **97.008 euro**.

Regione Lombardia è capofila nazionale del Progetto per cui operano anche la ASST Fatebenefratelli-Sacco, la ASST di Monza e la Università degli Studi di Brescia. La finalità è quella di sviluppare strumenti di supporto e Linee di indirizzo alle attività di Telemedicina in Alcolologia e nelle Dipendenze.

Le attività sono state avviate a marzo 2022 con una Review scientifica internazionale; la costruzione di questionari on line per la rilevazione delle Best Practices e dei Gruppi in telemedicina; la definizione di una Netiquette per gli operatori e una per gli utenti; la strutturazione di un Protocollo per il Monitoraggio on line e la valutazione dell'andamento e dell'esito. Il materiale prodotto è stato condiviso con il Ministero della Salute e il Gruppo Interregionale delle Dipendenze ed è ora oggetto della sperimentazione.

Il progetto si concluderà a settembre 2023 con un evento formativo nazionale di restituzione degli strumenti elaborati e le Linee di indirizzo per la Telemedicina in Alcolologia e nelle Dipendenze.

PSICOLOGIA

1. UNITA' OPERATIVE DI PSICOLOGIA (UOPSI)

Le Unità Operative di Psicologia (UOPSI) nel 2022 hanno operato prevalentemente per l'attuazione degli interventi finanziati da norme nazionali successive alla emergenza pandemica e all'incremento del disagio psicologico successivamente rilevato.

Fondamentale è stato il Coordinamento regionale delle UOPSI che ha connesso il livello programmatico ministeriale e regionale con il livello attuativo svolto dalle UOPSI in ogni ASST.

Nel 2023 a ciò si aggiungerà l'implementazione dell' organizzazione dell' attività psicologica nel territorio (Distretto e Case di Comunità) in attuazione della L.R. 22/2021 e del DM 77/22. Compito delle UOPSI sarà quello di integrare gli interventi psicologici sui diversi livelli di intensità di cura: dalla Prevenzione e Promozione della Salute, alle Cure Primarie, all'intervento specialistico.

I principali compiti risultano:

- a) definire con il Direttore del Distretto le modalità di coordinamento dello Psicologo con la Equipe Multidisciplinare della CdC: i criteri di invio del PUA; la integrazione con la COT; le attività da svolgere in collaborazione con l'ADI, la Rete delle Cure Palliative, i MMG e i Pediatri di libera Scelta, il Dipartimento di Prevenzione, il Consultorio Familiare ed il Servizio Sociale;
- b) definire con il Consultorio Familiare le modalità di lavoro integrato in ambito preventivo per la diagnosi ed intervento precoce in favore di adolescenti e giovani che manifestano segnali di disagio psicologico;
- c) definire le modalità di coordinamento per la segnalazione e l'invio dei casi con il Direttore del Dipartimento della Salute Mentale e Dipendenze e i Responsabili delle relative U.O.;
- d) definire le modalità di collaborazione con i Responsabili dei Reparti e Servizi Specialistici (Neurologia, Geriatria, Oncologia, Riabilitazioni...) per lo svolgimento di attività di consulenza, valutazione e supporto alla persona e alla famiglia;
- e) definire gli strumenti appropriati dello Psicologo per lo svolgimento delle funzioni cliniche, nonché la modalità di registrazione delle attività e delle prestazioni erogate.

2. ATTUAZIONE D.L 73 art. 33

Regione Lombardia ha ripartito ed assegnato nel BPE 2021 alle ASST il finanziamento di cui all'art. 33 commi 3-4-5 del DL n.73/2021 "Misure urgenti connesse alla emergenza da COVID-19" per il Reclutamento straordinario di Psicologi per assicurare le prestazioni psicologiche, anche domiciliari, a cittadini, minori ed operatori sanitari, nonché di garantire le attività previste dai Livelli Essenziali di Assistenza.

Con la DGR del 26/09/2022, n. 7043 ha inoltre ripartito e assegnato alle ASST le risorse per l'anno 2021 ed approvato il "Progetto Regionale per il benessere della persona e l'accesso ai servizi psicologici delle fasce più deboli della popolazione" in attuazione dell'articolo 33, comma 6 bis del DL n.73/2021 convertito con modificazioni dalla L. n.106/2021 che ha istituito lo specifico Fondo omonimo.

Regione Lombardia è capofila nazionale e collabora con il Ministero della Salute per definire le modalità di utilizzo del Fondo attraverso il Referente del Coordinamento Regionale delle UOPSI. Il Progetto è stato illustrato in un apposito incontro nel mese di novembre 2021 ai Direttori Sociosanitari e ai Responsabili delle UOPSI, attuatori delle attività previste da realizzarsi entro il 31-12-2023. Beneficiari degli interventi psicologici sono le persone delle fasce più deboli della popolazione con priorità per i pazienti oncologici e i minori in età scolare.

3. PSICOLOGIA DELLE CURE PRIMARIE

Il Decreto 23 maggio 2022, n. 77 " Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale Servizio sanitario nazionale" prevede – in caso di maggiore complessità clinico assistenziale - la cooperazione funzionale dello Psicologo nella Equipe Multiprofessionale delle Case di Comunità (CdC), affidandogli il compito di referente delle valutazioni e risposte ai bisogni psicologici del paziente e della sua rete di supporto.

Per garantire la integrazione delle competenze psicologiche nelle Aziende Sanitarie il Decreto incarica la funzione della Psicologia aziendale già esistente (UOPSI) del compito di coordinare il complesso delle attività trasversali degli Psicologi previste dai LEA e dalla normativa vigente nei diversi ambiti e livelli di intervento. Definisce che l'assistenza psicologica all'interno del Distretto è assicurata e governata dall'Area Funzionale di Psicologia.

La DGR del 16/05/2022, n.6387, sulla base della Legge Regionale 14 dicembre 2021, n.22, prevede la presenza di almeno uno Psicologo delle cure territoriali in ogni Casa di Comunità da dedicare all' intercettazione precoce del bisogno e all'intervento tempestivo - in particolare per i giovani e le loro famiglie - in un'ottica destigmatizzante e facilitante l'accesso senza timori e pregiudizi.

4. PROMOZIONE DELLA SALUTE E DEL BENESSERE AZIENDALE

La UOPSI gestisce la attività di Promozione della salute e del benessere aziendale, che si colloca nell'ambito delle attività WHP della ASST in favore dei propri dipendenti. Il servizio collabora con il Medico Competente, la Sorveglianza Sanitaria, il Servizio Prevenzione e Protezione per quanto di competenza al D.lgs 81/2008. Offre uno spazio di ascolto e consulenza psicologica all'interno dello Sportello Psicologico in favore dei dipendenti della ASST, che posso accedervi spontaneamente attraverso le modalità pubblicate sul sito aziendale. Una particolare attenzione viene rivolta ai lavoratori che operano in condizioni emergenziali o assistono ad eventi traumatici nello svolgimento delle loro attività sanitarie. La UOPSI, autonomamente o su richiesta dei clienti interni alla azienda, può predisporre interventi sullo stress lavoro-correlato e prevenzione del burn-out, partecipare a programmi di promozione della salute per i lavoratori della ASST (WHP et al.), promuovere attività funzionali alla umanizzazione delle cure sanitarie.

5. FLUSSO INFORMATIVO UOPSI

Nelle more della istituzione di un flusso informativo dedicato alle UO di Psicologia che consenta la registrazione delle prestazioni psicologiche erogate in ambito distrettuale e non correlate agli interventi nei Servizi specialistici della Salute Mentale e Dipendenze, nel corso del 2023 verranno fornite dalla DG Welfare istruzioni specifiche per la registrazione e rendicontazione di tali attività nei flussi consultoriali e di specialistica ambulatoriale, così da uniformare in regione la raccolta dei dati di attività.

SANITA' PENITENZIARIA

Il contesto relativo all'assetto dei servizi sanitari penitenziari di cui alla DGR n. 4716/2016 e agli interventi regionali intrapresi sull'assistenza sanitaria in carcere, nonché alcune attuali criticità, richiedono che, nel corso del 2023, siano proseguiti una serie di interventi, nell'ottica di considerare sempre più il carcere come parte del territorio e assicurare ai soggetti ristretti presso gli Istituti Penitenziari la stessa tipologia di prestazioni erogate alla popolazione comune.

Proseguiranno gli interventi per la gestione dell'epidemia da COVID 19 e quelli di nuova istituzione per la prevenzione dell'epidemia da virus del vaiolo delle scimmie negli Istituti Penitenziari con le campagne vaccinali e l'applicazione delle linee operative emanate congiuntamente dal Provveditore Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria e dall'Unità Operativa regionale di Sanità Penitenziaria.

1. PREVENZIONE E GESTIONE PATOLOGIE INFETTIVOLOGICHE COVID 19, HCV e VAIOLO DELLE SCIMMIE

Per quanto riguarda il 2023, si garantirà ,oltre alla prosecuzione della campagna vaccinale e il sistematico aggiornamento delle linee operative regionali per la gestione dell'epidemia in considerazione delle normative e della curva epidemica, l'attuazione dei seguenti interventi:

- il mantenimento di disponibilità da parte della ASST Santi Paolo e Carlo, in collaborazione con l'Amministrazione Penitenziaria, di un numero congruo di posti letto presso gli HUB COVID Regionali di Milano San Vittore e Bollate allo scopo di gestire casi di detenuti affetti da COVID 19 in forma di lieve e media gravità in eventuali successive ondate. Presso tali HUB, con procedura predisposta dal titolare UOSP, verranno somministrati gli anticorpi monoclonali e gli antivirali secondo le indicazioni AIFA.
- l'eventuale riattivazione, da parte della ASST SS Paolo e Carlo in collaborazione con l'Amministrazione Penitenziaria, dell'assetto modulare organizzativo del Reparto di Medicina Protetta dell'Ospedale San Paolo e, nel caso di nuova necessità, la predisposizione all' accoglienza di detenuti affetti da COVID 19 in forma grave non gestibile all'interno degli Istituti Penitenziari.
- la realizzazione, in collaborazione con le ATS e le ASST, di formazione continua del personale sanitario, penitenziario e del terzo settore per la gestione dei mezzi di contenimento dell'infezione da COVID 19.

- la prosecuzione, da parte delle ASST di riferimento degli Istituti Penitenziari, nella fornitura di informazioni sanitarie necessarie per la compilazione da parte dell'Amministrazione Penitenziaria del sistema di reportistica quotidiana sull'andamento epidemiologico dell'infezione da COVID 19 e la campagna vaccinale in corso.
- la garanzia, da parte delle ATS e ASST per le parti di rispettiva competenza, della capacità da parte tutti gli Istituti di impiegare diagnostica virologica rapida (tamponi antigenici rapidi), secondo le indicazioni regionali di cui alla DGR n. 3777 del 3/11/2020.
- Ad agosto 2022 è inoltre iniziata la vaccinazione per il monkeypoxvirus, dedicata a detenuti appartenenti a gruppi a rischio (transgender ed MSM). La percentuale di accettazione è stata del 100%.

Screening HCV

- Il Decreto Milleproroghe e la Conferenza Stato regioni del 2020, hanno assegnato alla Regione Lombardia un fondo biennale (2021/22) per l'eradicazione dell'HCV nelle carceri, SERD e popolazione nata tra il 1969 e l'1989. Progetti pilota in tal senso sono già avviati in tutti gli istituti lombardi, dove si è creato anche un networking con i SERD e le strutture ospedaliere locali
- Negli Istituti penitenziari si provvederà ad impiegare test rapidi per la diagnosi di infezione cronica da HCV ed il relativo trattamento, se possibile in sede, con il successivo linkage to care ospedaliero.

2. REPERIMENTO DEL PERSONALE SANITARIO e adeguamento delle risorse in relazione all'ampliamento dell'Istituto Penale Minorile Beccaria

Viene in generale rilevata la difficoltà di reclutamento del personale sanitario anche specialistico (in particolar modo psichiatri, medici di reparto, infettivologi) e del personale infermieristico, in parte imputabile ad una effettiva carenza di figure sanitarie sul territorio, acuita nell'ambito penitenziario dalla mancata programmazione universitaria, dalla difficoltà del contesto e dalle condizioni operative proposte.

Sono state pertanto intraprese azioni regionali per garantire la stabilizzazione di una ulteriore quota di personale sanitario afferente agli Istituti Penitenziari, concordato con l'Unità Operativa regionale di Sanità Penitenziaria e le ASST, con particolare attenzione per il personale destinato alla Articolazione di Salute Mentale (ATSM) di Pavia e al Reparto di Osservazione Psichiatrica (ROP) di Monza e, data la complessità assistenziale, degli Istituti di Milano al fine di garantire la presa in carico del paziente con cronicità.

A tale scopo è già stato attivato presso la DG Welfare un Tavolo di Lavoro congiunto con la UO Personale, Professioni del SSR e Sistema, cui partecipano la ASST Santi Paolo e Carlo, in quanto erogatrice dei servizi sanitari dei tre principali Istituti Penitenziari (Casa Circondariale di Milano San Vittore e Case di Reclusione di Bollate e Opera), le ASST di Monza e Pavia, che rispettivamente hanno la

competenza su il ROP della Casa Circondariale di Monza e l'ATSM della Casa Circondariale di Pavia, nonché la ASST di Mantova, per la presenza sul proprio territorio delle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS) di Castiglione delle Stiviere. L'Osservatorio Regionale per la Sanità penitenziaria ha inoltre condiviso con i DG alcune azioni per il reperimento del personale medico tra i medici del corso di formazione in Medicina generale e tra gli specializzandi del 1 e 2 anno della Facoltà di Medicina e i neolaureati

A partire dai primi mesi del 2023, si prevede un progressivo ampliamento della capienza fino al raddoppio dell'Istituto Penale Minorile Beccaria.

Dovranno pertanto essere programmati interventi per l'implementazione del personale sanitario (in particolare psichiatri, neuropsichiatri, psicologi clinici).

3. GESTIONE DEI DETENUTI CON DISAGIO PSICHICO: applicazione DGR n. XI/6653 del 11/07/2022 "Aggiornamento del Piano regionale per la prevenzione del rischio suicidario negli Istituti Penitenziari per adulti – Regione Lombardia"

E' in generale evidenziata la difficoltà di gestione dei detenuti affetti da disagio psichico.

Tale disagio, che talvolta è rappresentato da disturbi comportamentali legati anche all'abuso di sostanze, porta in alcuni casi a gesti autolesivi o veri e propri suicidi. Queste manifestazioni patologiche comportano da una parte difficoltà diagnostiche e di gestione da parte del personale sanitario (soprattutto psichiatri e psicologi), dall'altra problemi trattamentali per l'amministrazione penitenziaria. La gravità del problema è stata amplificata dalla attuale epidemia, che ha accentuato le restrizioni nei confronti dei detenuti.

Le attività del Gruppo di Lavoro, costituito con Decreto del Direttore della DG Welfare n. 4207 del 26/3/2022, per l'aggiornamento del Protocollo del Rischio suicidario nel sistema penitenziario per adulti e l'individuazione delle azioni più efficaci per la presa in carico dei detenuti con problemi di disagio psichico hanno portato alla DGR 6653 dell'11 luglio 2022.

Analogamente, nel corso del 2023 nell'ambito del Tavolo avviato con la Giustizia Minorile, sarà aggiornato il Protocollo per la Prevenzione del Rischio suicidario nell'Istituto Penale per minorenni e nel Centro di Prima Accoglienza di Milano e saranno concordate procedure per l'esecuzione delle misure penali di collocamento in comunità.

Oltre l'adeguamento di personale per il ROP di Monza e per il raddoppio di posti presso l'ATSM di Pavia, la DG Welfare, anche secondo le indicazioni del Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria, garantirà l'implementazione dell'attività dei Centri Diurni presso gli Istituti di Milano San Vittore, Milano Opera, Milano Bollate, Monza, Brescia, Cremona. Questa attività è stata disciplinata con DGR 6710 del 18 luglio 2022

4. PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CRONICO DETENUTO

Prosegue la fase di elaborazione e sperimentazione presso l'ASST Santi Paolo e Carlo di un modello per la presa in carico del paziente detenuto in modo da garantirgli, al pari dei cittadini in stato di libertà, prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, tempestive e appropriate.

Il modello, già attuato nella Casa di Reclusione di Bollate, viene proposto per un'applicazione sperimentale negli Istituti milanesi per poi estenderlo agli altri Istituti lombardi.

5. TELEMEDICINA

Presso gli Istituti di Milano Opera e San Vittore è già in funzione il sistema di telerefertazione cardiologica e radiologica, al fine di facilitare le diagnosi e limitare gli accessi all'esterno.

L'epidemia COVID ha inoltre favorito lo sviluppo di visite psichiatriche, infettivologiche e colloqui psichiatrici per via telematica, che potrebbe essere implementato anche in epoca postemergenziale.

6. CARTA DEI SERVIZI SANITARI

Nell'ottica di rendere esigibile dalla popolazione detenuta il diritto alla salute nei modi e nei limiti previsti dai LEA, in condizione di non discriminazione rispetto agli altri cittadini, con DGR n. 3953 del 30/11/2020, sono state approvate le Linee Guida per l'adozione da parte delle ASST delle Carte dei Servizi Sanitari degli Istituti Penitenziari, in modo tale da rendere note e monitorabili la qualità e la modalità di accesso alle prestazioni sanitarie. Non tutte le ASST cui afferiscono gli istituti penitenziari si sono adeguate pertanto proseguirà il monitoraggio, avviato nel 2021, sull'adozione da parte delle ASST della Carta dei Servizi Sanitari, con la richiesta di documentarne l'attuazione, le eventuali difficoltà riscontrate nel dare seguito alle Linee Guida Regionali, le modalità di divulgazione e gli aggiornamenti apportati in ragione dell'evoluzione dell'assistenza sanitaria negli Istituti.

7. SISTEMA INFORMATIVO DELLA SANITÀ PENITENZIARIA (SISPE): completamento implementazione (Istituto Penitenziario Opera)

Nel 2019 è stato reso disponibile in tutti gli Istituti Penitenziari regionali il Sistema Informativo della Sanità Penitenziaria, che deve essere utilizzato dalle ASST per la compilazione della cartella sanitaria informatizzata del detenuto.

Proseguirà pertanto il monitoraggio dell'utilizzo della cartella sanitaria informatizzata negli Istituti Penitenziari con specifici approfondimenti da parte della Struttura regionale rispetto alle ASST per cui ne sia verificato un insufficiente utilizzo, che peraltro era stato reso peraltro obbligatorio con DGR n. 1046 del 17/12/2018 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2019".

Sarà inoltre garantita la disponibilità di ulteriori funzioni, in particolare l'integrazione con altri sistemi informativi (in modo particolare quello vaccinale delle POSTE ITALIANE), l'introduzione della firma digitale, il collegamento con gli ospedali di riferimento per l'importazione dei dati sanitari e la implementazione della

telemedicina relativamente ai referti radiologici e cardiologici degli Istituti Penitenziari di Milano.

Gli istituti di Como, Varese e Bergamo stanno impiegando attivamente la cartella sanitaria ed una implementazione di essa è in corso nell'Istituto di Milano Opera.

3. AREA CONSULTORI

1. PROGRAMMAZIONE DELLA RETE DEI CONSULTORI FAMILIARI IN COERENZA CON LE LINEE PROGRAMMATICHE DEL DM 77/2022 E DEL PNRR

Il Consultorio Familiare garantisce nei poli territoriali di ASST le prestazioni mediche specialistiche, diagnostiche, terapeutiche, ostetriche, psicologiche e psicoterapeutiche e riabilitative e preventive, nell'ambito della assistenza territoriale alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie di cui all'art. 24 del DPCM 12 gennaio 2017.

Lo scenario evolutivo di riorganizzazione della sanità territoriale, secondo le linee programmatiche definite con DGR 7592 del 15 dicembre 2022, in coerenza con la programmazione espressa dal PNRR e dal DM 77/2022, prevede nel 2023 l'avvio della programmazione della rete dei consultori familiari al fine di garantirne i servizi, in una logica di prossimità, nei poli territoriali di Asst, anche attraverso le Case della Comunità.

A tale scopo le Direzioni Strategiche delle ASST orientano l'organizzazione dei Consultori familiari secondo le linee di indirizzo regionali e il cronoprogramma delle attività di cui alla DGR 7592/2022, riorganizzandoli secondo un modello Hub e Spoke e prendendo in considerazione tutte le necessità organizzative e strutturali.

Nella programmazione dei servizi finalizzata al potenziamento dell'assistenza territoriale, all'interno del distretto, i Consultori Familiari saranno progressivamente collegati funzionalmente alle Case della Comunità in una logica di raccordo hub e spoke (anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale) privilegiando le soluzioni logistiche più idonee alla tutela della riservatezza dell'utente, al fine di concorrere progressivamente alla copertura dell'indice definito dagli standard nazionali per la rete dei Consultori.

I Consultori potranno essere attivati, in un'ottica di prospettiva evolutiva, dalla Casa di Comunità attraverso il nuovo Sistema per la Gestione Digitale del Territorio, in corso di sviluppo, che implementerà progressivamente le funzionalità applicative per supportare le attività degli operatori delle CdC e delle COT.

Dovrà essere strutturato il coordinamento delle attività consultoriali con gli altri attori della CdC quali il PUA, l'Equipe Multidisciplinare della CdC, la COT, nonché con il Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze, in particolare nella sua articolazione organizzativa della U.O. Psicologia, oltre che con i Servizi per la fragilità disabilità e cronicità e il Dipartimento funzionale di prevenzione delle Asst.

Data la complessità legata alla progressiva implementazione della sanità territoriale, si prevede l'attivazione di un tavolo "tecnico" regionale composto da rappresentanti della DG Welfare, della DG Famiglia, Solidarietà Sociale, Disabilità e Pari Opportunità e delle Ats e Asst al fine di monitorare e valutare, prioritariamente,

il processo di riqualificazione dei punti di offerta dei Consulteri Familiari, nonché di individuare gli strumenti di integrazione con la Rete Ostetrico-Ginecologica e Neonatale, la Salute Mentale, Dipendenze e Disabilità, i Dipartimenti PIPSS, la Rete dei Consulteri Privati accreditati e più in generale con tutta la rete delle U.O. e dei Servizi che operano in sinergia con i Consulteri Familiari. Tale tavolo tecnico opererà in stretta collaborazione con il Coordinamento Regionale Direttori/Responsabili UOPSI.

2. PRESTAZIONI DA REMOTO E TELEMEDICINA

Nelle more della messa a sistema del processo di erogazione in modalità di telemedicina di talune prestazioni rientranti nel nomenclatore dei consultori, secondo quanto previsto dall'Accordo Stato-Regioni n. 215 del 17/12/2020 e dall'Accordo Stato-Regioni n. 231 del 18/11/2021 e nelle more della messa a regime della piattaforma regionale di telemedicina in corso di implementazione, si garantisce per il 2023 la possibilità di dare continuità all'erogazione di prestazioni in modalità da remoto per i servizi consultoriali come sperimentati durante l'emergenza pandemica.

La stessa continuità è garantita per le prestazioni erogate in Rsa aperta.

Si confermano le modalità di rendicontazione di tali prestazioni rese in modalità da remoto negli specifici flussi informativi secondo le indicazioni già fornite dagli uffici competenti.

3. SALUTE DELLA DONNA, PERCORSO NASCITA, DEPRESSIONE PERINATALE

La tutela della salute della donna ed il percorso nascita sono attività istituzionali e routinarie del Consultorio. L'investimento sul periodo perinatale e sui primi mille giorni di vita di un bambino costituisce la base della salute psicofisica, produce benefiche ricadute lungo l'arco della vita in termini di salute, promuove competenze cognitive, sociali, sanitarie del singolo individuo e della comunità nel suo insieme.

Nell'ambito degli interventi finalizzati alla salute della donna sono riconfermati i seguenti obiettivi:

- garantire le attività preventive dell'area oncologica quale lo screening del tumore della cervice uterina;
- sostenere i programmi di prevenzione primaria in tema di vaccinazioni della donna (in età fertile e nel periodo perinatale);
- attivare percorsi per il supporto delle competenze genitoriali e buone pratiche (ad es. Rete Consultorio, Biblioteche, Nati per Leggere);
- attivare un servizio di consulenza (medica, ostetrica con possibilità di consulenza psicologica e sociale) in tema di pianificazione familiare, e presa in carico della donna con interruzione della gravidanza spontanea o volontaria nel primo trimestre;
- attivare un servizio di consulenza specialistica medica, ostetrica, psicologica in merito alle diverse fasi del ciclo vitale femminile, comprese le variazioni del climaterio e della menopausa;
- potenziare gli interventi e le risorse dell'Ostetrica consultoriale in tutti i setting. Le prestazioni dell'Ostetrica sono erogate in presenza (ambulatorio, consultorio familiare, case di comunità), al domicilio, in strutture di isolamento

- o altro, anche, evolutivamente, mediante la telemedicina;
- prosecuzione del Percorso Nascita per l'affiancamento alla donna, alla coppia e al neonato e nell'implementazione delle azioni previste nel P.L. 16 "*Promozione della salute in gravidanza e nei primi 1000*" del Piano Regionale della Prevenzione 2022-2025;
 - assicurare la continuità assistenziale a cura della ostetrica alle donne dopo la dimissione dal luogo scelto per il parto (*supporto universale*) con la proposta routinaria alla puerpera di supporto con monitoraggio, evolutivamente anche in telemedicina, e visite al domicilio;
 - assicurare alla donna in gravidanza e alla puerpera l'accompagnamento psico-socio-educativo con percorsi di gruppo in presenza e on line e, al bisogno, con colloqui di sostegno in presenza e da remoto;
 - individuare le situazioni di vulnerabilità della donna/famiglia con strumenti di screening validati o con richiesta spontanea. Attivare un *supporto dedicato da parte della rete professionale e specialistica* secondo il programma di *Home Visiting*. In particolare, secondo l'approccio OMS "*stepped care*" e quanto già disposto dalla DGR XI/6387/16.05.2022;
 - avviare il rilascio, la sperimentazione e l'utilizzo dell'Agenda Percorso Nascita informatizzata previo il censimento e la profilazione delle ostetriche dipendenti delle strutture pubbliche afferenti alle ASST;
 - monitoraggio dello sviluppo del percorso nascita fisiologico intra ed extraospedaliero a conduzione ostetrica secondo le linee di indirizzo definite rispettivamente dal decreto D.G.W. n. 13039/2019 e dal decreto della DG Welfare n. 14243/2018.

Il Progetto Pensare Positivo, promosso dai Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze, in collaborazione con i Dipartimenti Materno Infantili si estenderà alla rete consultoriale. A tale proposito si rimanda al paragrafo dedicato nella sezione "Psichiatria".

4. PRESTAZIONI DI SCREENING PRENATALE NEI CONSULTORI

Con riferimento alle prestazioni di screening prenatale di cui alla DGR XI/5503 del 16/11/2021 e al decreto DDGW N. 10383 del 15/07/2022, stante la sperimentazione in corso della durata di 6 mesi, intercorrente nel periodo 1/10/2022 – 31/3/2023, sulla base degli esiti di tale fase pilota sarà valutata la possibilità della messa a sistema dell'erogazione di tali prestazioni nelle sedi consultoriali pubbliche e private, previo aggiornamento del nomenclatore di cui alla DGR 6131/2017.

5. PROGRAMMI DI PROMOZIONE DELLA SALUTE NEL SETTING SCOLASTICO IN ATTUAZIONE DEL PRP – PP 1 – Scuola che promuove salute

Per i Consultori che – d'intesa con le ATS – aderiscono all'implementazione dei Programmi Life Skills Training, Unplugged ed Educazione tra Pari nel setting scolastico è consentita, senza variazioni di budget, la rendicontazione degli interventi previsti, rivolti a Dirigenti Scolastici e Insegnanti, nella tipologia "*Incontri di gruppo di prevenzione e promozione della salute anche fuori sede*" di cui alla DGR XI/6131 del 23/01/2017 ottenendo il corrispettivo economico e tariffario previsto per il numero di alunni che compongono il gruppo classe sul quale ricade l'intervento, con particolare riferimento all'area dell'affettività e sessualità (cod.

803.03), contraccezione e procreazione responsabile (cod. 803.04), promozione della salute rispetto alle infezioni sessualmente trasmissibili (cod. 803.05). La DG Welfare fornirà indicazioni specifiche relativamente alle procedure di rendicontazione.

6. INTEGRAZIONE CON LA RETE DEI SERVIZI SOCIALI E CON GLI ALTRI SERVIZI DI SUPPORTO ALLA FAMIGLIA

Il Consultorio rappresenta uno dei nodi più significativi della rete dei servizi rivolti alle famiglie e ai suoi componenti nelle diverse fasi del ciclo di vita interagendo con altri servizi di supporto alle famiglie, quali ad esempio: Scuole, Enti del terzo settore, Comuni, Servizi specialistici, Centri anti violenza, Centri per la famiglia.

I Centri per la Famiglia (48 in Regione Lombardia) promuovono il ruolo sociale, educativo e il protagonismo della famiglia; la loro integrazione con i Consultori risulta strategica in quanto permette di offrire alle famiglie risposte sia sociali che socio sanitarie.

I Consultori offrono interventi di supporto agli adolescenti e partecipano alle progettualità di prevenzione e contrasto al bullismo e al disagio minorile promosse dalla Direzione Generale Famiglia. In particolare, il Consultorio collabora con gli altri servizi dell'ASST, con i Servizi sociali dei Comuni e con gli Enti del terzo settore per promuovere la presa in carico del disagio emotivo di preadolescenti e adolescenti ed il sostegno alla funzione educativa di genitori e adulti. Nell'ambito di questa attività, contribuiscono alla valutazione e programmazione dell'utilizzo degli strumenti quali il "voucher adolescenti".

I Consultori, inoltre, costituiscono un nodo delle Reti anti violenza presenti sul territorio, in grado di accogliere il bisogno delle donne e dei loro figli, orientare la donna, e costruire con lei un programma di presa in carico personalizzato.

Nel corso del 2023, i Consultori verranno coinvolti in modo attivo dalle ATS nella definizione del Piano di azione che si attuerà a seguito della DGR XI/6761/2022. Parteciperanno inoltre al processo di revisione delle linee guida per l'affidamento familiare (DGR 1772/2011).

7. NUOVO FLUSSO INFORMATIVO NSIS SICOF – SISTEMA INFORMATIVO CONSULTORI FAMILIARI

In linea con quanto previsto dal sub-investimento 1.3.2 "Adozione da parte delle Regioni di 4 nuovi flussi informativi nazionali (Consultori di Famiglia, Ospedali di Comunità, Servizi di Riabilitazione Territoriale e Servizi di Cure Primarie)" della Missione 6 "Salute" –

Componente 2 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), a partire dall'anno 2023 viene istituito un **nuovo flusso informativo a livello nazionale dedicato a rilevare l'attività dei Consultori Familiari** (SICOF – Sistema Informativo Consultori Familiari)

Allo scopo, nel corso del 2022 il Ministero della Salute ha istituito un Gruppo di Lavoro con l'obiettivo di definire i contenuti e le specifiche tecniche di tale nuovo flusso informativo, i cui lavori sono tuttora in corso.

L'avvio del nuovo flusso informativo nazionale è previsto per **giugno 2023**, coinvolgendo, nella rilevazione, i consultori familiari pubblici e privati della rete d'offerta sociosanitaria lombarda. Il nuovo flusso NSIS SICOF sarà alimentato dal flusso informativo regionale CON (Consultori).

Il perimetro individuato per il nuovo flusso è quello definito dall'art. 24 del DPCM del 12 gennaio 2017 (Nuovi LEA). A partire dagli ambiti di attività individuati dall'art. 24,

il tracciato ministeriale prevederà la presenza di codifiche volte ad individuare le aree e le sotto-aree di attività a cui dovranno riferirsi le singole prestazioni codificate nel nomenclatore regionale. Si prevede fin d'ora, a tal fine, una modifica del tracciato del flusso regionale CON per recepire tale modalità di esposizione delle informazioni. Non si escludono altre modifiche di tracciato all'esito dei lavori in via definitiva del GdL ministeriale. Le indicazioni operative saranno successivamente fornite dagli uffici regionali competenti.

Per il flusso CON, sono confermate le modalità e le tempistiche di rendicontazione introdotte nel 2022. Si conferma altresì che le prestazioni dovranno essere rendicontate sul Cudes della sede principale anche qualora erogate da una sede secondaria.

L'istituzione di un nuovo flusso informativo nazionale finalizzato alla rilevazione dell'attività consultoriale rende necessaria la corretta rendicontazione delle prestazioni al fine di concorrere positivamente non solo al raggiungimento degli obiettivi di PNRR ma anche alla più reale fotografia del livello erogativo di tale servizio. E' pertanto fondamentale che le prestazioni, sia di specialistica che ad alta integrazione, qualora erogate nelle sedi consultoriali pubbliche e private, trovino rendicontazione nel flusso CON.

Per quanto riguarda la corretta alimentazione dei Modelli Ministeriali, i consultori pubblici e privati accreditati e a contratto sono censiti secondo il seguente schema:

Modello	STS.11
Quadro G (Tipo struttura)	altro tipo di struttura territoriale
Quadro H (Tipo di assistenza erogata)	S04-Attività di consultorio familiare

E' necessario che le Ats si attivino per la verifica di allineamento delle anagrafiche inviate al Ministero tramite i Modelli Ministeriali e le codifiche utilizzate nel flusso informativo CON. Si precisa allo scopo che le anagrafiche censite nei Modelli Ministeriali rappresentano l'"atteso", che viene confrontato con le anagrafiche risultanti dal flusso di rilevazione dei livelli di attività SICOF, determinando l'indicatore riferito alla COPERTURA monitorato ai fini degli adempimenti Lea.

4. AREA DISABILITA'

1. INQUADRAMENTO DEL PERCORSO EVOLUTIVO NELL'AREA DISABILITÀ

Nel corso del 2022 l'area della Disabilità è stata interessata da importanti azioni, sviluppate in allineamento al percorso in atto a livello nazionale, in particolare al programma di lavori da parte dell'Osservatorio Nazionale sulla condizione delle persone con disabilità, ed in attuazione degli indirizzi di programmazione di cui alla DGR n. XI/6387 16/05/2022. Si tratta di azioni, fondate sul modello bio psico sociale, basate sulle evidenze scientifiche ed inserite, nel rispetto dei LEA, in un contesto di concreta integrazione tra i diversi livelli istituzionali, la rete dei servizi, il Terzo ed il Quarto Settore, volte a sostenere lo sviluppo del processo di ricomposizione dei servizi/interventi attivati sia relativamente alla filiera sanitaria e sociosanitaria che

rispetto all'area sociale. Da tali azioni sono derivati importanti esiti, che investono diverse aree tematiche e, tra queste, quella relativa ai Disturbi dello Spettro Autistico con la realizzazione della prima annualità della fase attuativa del Piano Operativo Regionale Autismo per il cui dettaglio si rinvia al Capitolo "Disabilità Psicica" del presente documento.

Nell'ambito di tale percorso particolare rilievo assume l'avvenuta costituzione dei **Servizi per la Disabilità** in tutte le ASST lombarde così come emerso dall'analisi dei Piani di Organizzazione Aziendale Strategici (POAS) 2022-2024, definiti dalle ASST ed approvati da Regione nella seconda parte del 2022.

La costituzione di tali Servizi, quali punti di riferimento chiari e identificabili da parte delle persone con disabilità e delle loro famiglie, rappresenta una svolta nodale all'interno del sistema in quanto sostiene lo sviluppo di percorsi integrati tra le diverse aree afferenti alle ASST in stretto collegamento con i Servizi Sociali Comunali e gli Ambiti Territoriali, con l'attivazione di tutte le risorse presenti nel territorio, in un'ottica di programmazione condivisa degli interventi, delle risorse di personale ed economiche.

Nel corso del 2023 sarà pertanto promosso un coinvolgimento attivo dei Servizi per la Disabilità delle ASST in tutti gli interventi sostenuti in tale area: lo sviluppo dei percorsi per le persone con Disabilità in capo al Tavolo tecnico interdirezionale "Rete d'offerta territoriale area disabilità" costituito con Decreto n. 15781 del 04/11/2022 che li vede tra i componenti, lo sviluppo dei Voucher sociosanitari per le persone con gravissima disabilità ed anche, come indicato nel paragrafo "Disabilità Psicica" del presente documento, lo sviluppo delle azioni previste dal Piano Operativo Regionale Autismo, con particolare riferimento alla fase dell'età di transizione – dall'età evolutiva all'età adulta – ed all'età adulta.

Rimodulazione della rete delle unità di offerta sociosanitaria e sociale in una logica di integrazione, modularità e continuità dei percorsi

Al fine di dare compimento a quanto previsto dal livello nazionale e regionale, nel 2022 è stato dato avvio al previsto processo di ridefinizione complessiva dell'area della Disabilità con la costituzione con Decreto Direzione Generale Welfare n 15781 del 04/11/2022 del **Tavolo tecnico interdirezionale "Rete d'offerta territoriale area disabilità"**.

La composizione del Tavolo, che segna il rinnovato stretto raccordo tra la Direzione Generale Welfare e la Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale, Disabilità e Pari Opportunità, garantisce la partecipazione di tutti gli interlocutori istituzionali e non coinvolti in tale area: ASST, ATS, ANCI, rappresentanti degli Enti gestori e delle associazioni maggiormente rappresentative.

Tale articolata composizione è funzionale allo sviluppo degli elementi che hanno determinato la costituzione dello stesso Tavolo, ovvero la necessità, di orientare i percorsi di cura in favore delle persone con disabilità e delle loro famiglie, spostando il focus dalla dimensione di «cura e protezione» al tema della «inclusione e delle scelte» delle persone, dalla valutazione dei bisogni di protezione alla

condivisione dei percorsi di vita, con la conseguente introduzione di strumenti e strategie che consentano di offrire una risposta unitaria e integrata che riduca l'attuale rischio di frammentazione delle risposte e con la contestuale rimodulazione dell'intera filiera dei servizi/interventi per offrire risposte e prestazioni sociosanitarie e sociali integrate e modulabili sulla base dei bisogni della persona nella prospettiva del modello del budget di salute.

Nel corso del 2023 i lavori del Tavolo tecnico interdirezionale "Rete d'offerta territoriale area disabilità", avviati nel mese di dicembre 2022, saranno sviluppati, con il coordinamento da parte della U.O. Rete Territoriale della Direzione Generale Welfare in stretto raccordo con la Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale, Disabilità e Pari Opportunità, al fine di dare attuazione agli obiettivi assegnati al Tavolo:

- definire i percorsi di sostegno alle persone con disabilità ponendo quale elemento centrale la realizzazione dei Progetti di Vita in cui, in coerenza con i bisogni, aspettative e risorse della persona con disabilità e della sua famiglia, le risorse che compongono complessivamente la filiera di servizi/interventi siano valorizzate nelle diverse fasi del ciclo vitale nella prospettiva del modello del budget di salute;
- rimodulare la rete delle unità di offerta sociosanitaria e sociale in una logica di integrazione, modularità e continuità dei percorsi.

2. SPECIFICHE DETERMINAZIONI IN FUNZIONE DEL SOSTEGNO DELLE PERSONE CON GRAVISSIMA DISABILITÀ

Nel corso del 2022, in stretto raccordo con la DG Famiglia, Solidarietà Sociale, Disabilità e Pari Opportunità, è stato completato un importante lavoro nell'ambito del Programma operativo regionale a favore di persone con gravissima disabilità e in condizione di non autosufficienza e grave disabilità di cui al Fondo per le Non Autosufficienze, finalizzato alla sistematizzazione dei **Voucher sociosanitari B1**, previsti a completamento delle azioni sostenute con il Fondo Non Autosufficienza (FNA).

Ad esito di tale lavoro, con DGR n. XI/6003 del 21/02/2022 si è pervenuti alla revisione del preesistente sistema di offerta con la definizione di un nuovo percorso per i Voucher sociosanitari e con l'enucleazione di specifici Voucher destinati a persone affette da ASD di livello 3 della classificazione DSM-5, per cui si rinvia al paragrafo "Disabilità Psicica" del presente documento.

La ridefinizione dei Voucher sociosanitari si inserisce nella più ampia azione svolta nel corso del 2022 che, in linea con la programmazione espressa nel PNRR, è stata finalizzata al potenziamento dell'assistenza domiciliare, così come declinato dalla DGR n. XI /6867 del 02/08/2022. I Voucher sociosanitari quali interventi finalizzati al sostegno alla domiciliarità di persone con gravissima disabilità sono stati infatti ridefiniti in un'ottica di equità di accesso e maggiore efficacia dell'intervento complessivo anche allo scopo di superare la frammentazione delle risposte e ottimizzare l'utilizzo delle risorse.

La ridefinizione dei Voucher ha pertanto evidenziato il ruolo centrale delle ASST per la valutazione multidimensionale, la definizione del Progetto individuale insieme alla

persona e la sua famiglia e per la conseguente identificazione dei percorsi appropriati da attivare e delle relative risorse da valorizzare, con la possibilità di composizioni flessibili e modulabili.

In considerazione delle tempistiche previste dalla sopra indicata DGR - per l'approvazione da parte delle ATS del nuovo primo elenco degli Enti erogatori, per la decorrenza dei Voucher sociosanitari e per la gestione della fase transitoria, prorogata con la successiva DGR n. XI/6574 del 30/06/2022 al 31/12/2022 -, lo sviluppo del complessivo sistema ha registrato nel 2022 una fase di start-up, gestita congiuntamente dalle due Direzioni, attraverso un costante monitoraggio sullo stato di attuazione e implementazione del sistema Voucher sui singoli territori con incontri periodici con ATS e ASST e analisi dei dati rendicontativi.

Nel corso del 2023 viene data continuità ai Voucher sociosanitari nell'ambito del Programma operativo regionale a favore di persone con gravissima disabilità e in condizione di non autosufficienza e grave disabilità di cui al Fondo per le Non Autosufficienze a cui si rinvia, ed al relativo lavoro di monitoraggio da parte delle due Direzioni coinvolte.

In considerazione che il 2023 rappresenta la fase di consolidamento dei voucher sociosanitari, si chiede alle ATS di monitorare lo sviluppo dell'offerta da parte degli enti erogatori inseriti nell'apposito elenco anche in riferimento al tema della distribuzione territoriale e della dinamica dei volumi e di tipologie di Voucher erogati da parte dei singoli erogatori.

In coerenza con l'impostazione sopra declinata nel corso del 2023, anche con la collaborazione delle ATS, verrà promosso un coinvolgimento attivo e con modalità omogenee dei Servizi per la Disabilità delle ASST, al fine di sostenere lo sviluppo sul territorio di percorsi di sostegno alle persone con gravissima disabilità sulla base di una progettazione integrata ed unitaria da parte del sistema sanitario, sociosanitario e sociale, oltre che di una composizione degli interventi flessibile, modulabile appropriata e coerente con i bisogni della persona, tenuto conto dell'evoluzione degli stessi.

3. SPECIFICHE DETERMINAZIONI IN FUNZIONE DEL SOSTEGNO DEI MINORI CON GRAVE E GRAVISSIMA DISABILITÀ CHE FREQUENTANO LA SCUOLA

Nel corso del 2022, in coerenza con il sopra richiamato lavoro di potenziamento dell'assistenza domiciliare, è stata svolta un'importante azione rivolta ai minori con disabilità grave e gravissima che frequentano la scuola.

Il processo di sistematizzazione dei Voucher sociosanitari di cui alla DGR n. XI/6003/2022 ha infatti riguardato anche il rafforzamento dell'assistenza domiciliare a favore delle persone in condizione di disabilità gravissima in ambito scolastico con la definizione del Voucher sociosanitario rafforzamento ADI per l'inclusione scolastica a favore degli studenti frequentanti fino alla scuola secondaria di secondo grado o della formazione professionale.

Tale intervento è stato integrato con la DGR XI/6387 del 16/05/2022 che ha previsto l'assegnazione di ulteriori risorse fino a complessivi euro 800.000, già nella

disponibilità dei bilanci di ATS a valere sulle risorse del FSR destinate al FNA, per l'indizione di specifiche manifestazioni di interesse rivolte alla rete degli enti gestori di ADI per l'erogazione di prestazioni a supporto della frequenza scolastica di minori affetti da patologie croniche che richiedono supporto socio sanitario e per l'organizzazione di percorsi di orientamento a favore del personale docente/scolastico disponibile a collaborare, sul presupposto del consenso e della responsabilità delle famiglie dei minori frequentanti la scuola.

Nel corso del 2022 è stata svolta un'importante azione congiunta da parte delle due Direzioni Welfare e Famiglia, Solidarietà Sociale, Disabilità e Pari Opportunità, con le ATS e le ASST nell'ottica di rinforzare una gestione integrata e coordinata per la risposta al bisogno dei minori con disabilità/cronicità che frequentano la scuola. Nel 2023 viene data continuità Voucher sociosanitario rafforzamento ADI per l'inclusione scolastica, come indicato dal Programma operativo regionale a favore di persone con gravissima disabilità anno 2020 – 2022 – esercizio 2023 e in condizione di non autosufficienza e grave disabilità di cui al Fondo per le Non Autosufficienze a cui si rinvia. E si conferma l'autorizzazione alle ATS all'utilizzo delle risorse previste dalla DGR XI/6387/2022 a valere sulle risorse del FSR destinate al FNA su FNA.

In considerazione della dinamica registrato nel 2022 in relazione alle richieste di sostegno dei minori con grave e gravissima disabilità che frequentano la scuola, centrale diventa lo sviluppo di percorsi integrati da parte delle ASST che valorizzino le risorse pubbliche e quelle private presenti nella rete territoriale. Nel corso de 2023 verrà pertanto dato continuità al lavoro avviato, nell'ambito del modello organizzativo della nuova sanità territoriale.

4. IMPLEMENTAZIONE DEL PROGETTO DAMA

Nel corso del 2022 è stata avviata la prevista azione volta favorire la disseminazione sull'intero territorio regionale del progetto D.A.M.A. (Disabled Advanced Medical Assistance), avviato dal 2000 nel Presidio Ospedaliero San Paolo di Milano a favore delle persone con grave disabilità e/o disturbi del neuro sviluppo e già replicato in più Presidi Ospedalieri della Regione, per rafforzare e consolidare i servizi già attivati, creando canali di continuità ed integrazione tra ospedale e territorio.

Lo sviluppo di tale azione, come indicato nel paragrafo "Disabilità Psicica" del presente documento, è stato sostenuto dal Progetto Pervinca di cui al Fondo Nazionale Autismo che, in coerenza con le Linee Guida dell'Istituto Superiore di Sanità, ha tra i suoi obiettivi la progettazione e messa in opera di un modello di rete di percorsi ospedalieri di prevenzione diagnosi e cura per le necessità sanitarie delle persone con grave disabilità e/o disturbi del neuro sviluppo basati sul modello organizzativo di DAMA organizzato in Hub e Spoke, con la definizione di protocolli operativi comuni e di modalità di comunicazione tra i nodi della rete e le realtà territoriali.

Il progetto, approvato dall'Istituto Superiore di Sanità, è stato avviato nel corso del 2022, sviluppando le azioni previste ed in particolare la progettazione, l'organizzazione e l'attivazione di corsi formativi sul modello organizzativo D.A.M.A. rivolta ai professionisti di tutte le ASST/IRCCS.

Nel 2023, in una logica di sinergia e potenziamento con il Progetto Pervinca, verranno impiegate le risorse già stanziare nel 2022 nell'ambito della macroarea delle unità di offerta sociosanitarie - pari a euro 81.000- da destinare alle ASST già formate con il modello DAMA, al fine di promuovere un'azione di puntuale disseminazione delle modalità di presa in carico mirato per le persone con disabilità su tutto il territorio regionale, secondo le indicazioni che verranno fornite dalla competente Struttura della Direzione Generale Welfare.

5. IL PERCORSO DI FLESSIBILITÀ NELL'AREA DELLA RIABILITAZIONE IN ETÀ EVOLUTIVA IN FUNZIONE DELL'IMPLEMENTAZIONE DELL'EFFICACIA E DELL'APPROPRIATEZZA DEGLI INTERVENTI

Nel corso del 2022, nell'ottica di dare compimento a quanto previsto dal livello nazionale in ordine alla riabilitazione in età evolutiva ed in attuazione degli indirizzi di programmazione di cui alla DGR n. XI/6387 16/05/2022, è stato dato sviluppo al percorso di flessibilità nell'area della riabilitazione in età evolutiva in funzione dell'implementazione dell'efficacia e dell'appropriatezza degli interventi con la costituzione **Gruppo di Lavoro "Area della riabilitazione in età evolutiva"** con Decreto della Direzione Generale Welfare n.11787 del 05/08/2022, successivamente integrato con il Decreto n. 17766 del 02/12/2022.

La composizione del Gruppo di Lavoro, che segna lo sviluppo di un percorso integrato e sinergico tra la U.O. Rete Territoriale e la U.O. Polo Ospedaliero della Direzione Generale Welfare, garantisce la partecipazione di tutti gli interlocutori istituzionali, e non, coinvolti in tale area (ASST, ATS, rappresentanti degli Enti gestori dei servizi di riabilitazione in età evolutiva della rete sanitaria e sociosanitaria, nonché degli Enti che hanno sostenuto le Sperimentazioni Ria Minori e Case Management).

Tale articolata composizione è funzionale allo sviluppo degli elementi che hanno determinato la costituzione dello stesso GdL, ovvero la necessità di procedere alla definizione di criteri di accreditamento di appropriatezza specifici per l'età evolutiva, inserendo organicamente i servizi di riabilitazione per l'età evolutiva nella rete dei Servizi dedicata ai disturbi dello sviluppo neuropsichico dell'infanzia e dell'adolescenza, in un'ottica di integrazione e continuità dei percorsi di cura tra ambito sanitario e sociosanitario, allineando regole e sviluppando un sistema informativo integrato per tutti gli ambiti che operano nell'area della NPIA.

Nel corso del 2023 i lavori del Gruppo di Lavoro "Area della riabilitazione in età evolutiva", avviati nel mese di ottobre 2022, saranno sviluppati, con il coordinamento da parte della U.O. Rete Territoriale della Direzione Generale Welfare, al fine di dare attuazione agli obiettivi assegnati al Tavolo:

- definire una collocazione organica dei servizi di riabilitazione per l'età evolutiva all'interno della rete dei Servizi dedicata ai disturbi dello sviluppo neuropsichico dell'infanzia e dell'adolescenza (servizi di NPIA, IRCCS e Centri di riabilitazione per l'età evolutiva, accreditati ed a contratto);

- individuare criteri di accreditamento specifici per la riabilitazione in età evolutiva, allineando regole e sviluppando un sistema informativo integrato per tutti gli ambiti che operano nell'area della NPIA;
- individuare criteri di appropriatezza specifici per la riabilitazione in età evolutiva, ivi compreso per i ricoveri riabilitativi, coerenti con le linee di indirizzo sulla riabilitazione relativamente all'età evolutiva e alle linee di indirizzo della NPIA, relativamente ai diversi setting;
- includere nel suddetto processo anche i modelli di intervento che sono stati individuati dal gruppo di lavoro costituito nel 2019 con il coinvolgimento di tutti gli Enti che hanno aderito alle due sperimentazioni – Riabilitazione Minori ex DGR IX/3239/2012 e Case Management ex DGR X/392/2013 – e che sono rivolti a minori/giovani adulti di età compresa tra gli 0 ed i 25 anni con diagnosi o sospetto diagnostico di disturbi del neuro sviluppo e disturbi della condotta.

In un'ottica di sviluppo coerente e sinergico del processo di revisione della rete d'offerta rivolta all'età evolutiva, la competente U.O. della Direzione Generale Welfare garantirà il raccordo dei lavori del GdL con il percorso in atto in ordine all'attualizzazione/potenziamento dell'offerta territoriale, residenziale e della degenza ospedaliera di NPIA.

6. NUOVO FLUSSO INFORMATIVO NSIS SIAR – SISTEMA INFORMATIVO DELLA RIABILITAZIONE TERRITORIALE

In linea con quanto previsto dal sub-investimento 1.3.2 “Adozione da parte delle Regioni di 4 nuovi flussi informativi nazionali (Consultori di Famiglia, Ospedali di Comunità, Servizi di Riabilitazione Territoriale e Servizi di Cure Primarie)” della Missione 6 “Salute” – Componente 2 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), a partire dall'anno 2023 viene istituito un **nuovo flusso informativo sul livello nazionale dedicato a rilevare l'attività dei Servizi di Riabilitazione Territoriale (SIAR – Sistema Informativo della Riabilitazione Territoriale)**

Allo scopo, nel corso del 2022 il Ministero della Salute ha istituito un Gruppo di Lavoro con l'obiettivo di definire i contenuti e le specifiche tecniche di tale nuovo flusso informativo, i cui lavori sono tuttora in corso.

L'avvio del nuovo flusso informativo nazionale, che avrà cadenza trimestrale, è previsto per **giugno 2023** e il perimetro individuato è quello definito dall'art. 34 del DPCM del 12 gennaio 2017 (Nuovi LEA).

A partire dagli ambiti di attività individuati dall'art. 34, il nuovo flusso informativo è finalizzato alla rilevazione delle prestazioni residenziali e semiresidenziali erogate a persone con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali, a carattere intensivo, estensivo e di recupero e mantenimento delle abilità funzionali residue, previa predisposizione di un Progetto Riabilitativo Individuale (PRI). La riabilitazione psichiatrica non rientra nel perimetro di riferimento in quanto prevista in altri articoli e non nell'art.34 DPCM LEA.

Con riferimento alla rete d'offerta sociosanitaria lombarda, saranno coinvolte dal nuovo flusso informativo NSIS SIAR le strutture accreditate e a contratto di tipologia Cure Intermedie (con esclusione dei posti letto dedicati alla post acuta residenziale), Rsd e Cdd.

Il nuovo flusso NSIS SIAR sarà alimentato dal flusso informativo regionale SDOFAM, dal gestionale SIDI e dalla Scheda Struttura limitatamente ai dati aggregati riferiti al personale in termini di ore lavorate per figura professionale. Non si esclude a tale proposito, che le scadenze di invio di Scheda Struttura, limitatamente alla sezione "Personale" possano essere adeguate alle esigenze del nuovo livello informativo nazionale, anticipandone le tempistiche di invio.

Si prevede fin d'ora una modifica del tracciato del flusso regionale SDOFAM per recepire il livello informativo nazionale e non si escludono altre modifiche all'esito dei lavori in via definitiva del GdL ministeriale.

Per SDOFAM, SIDI e Scheda Struttura sono al momento confermate le modalità e le tempistiche di rendicontazione vigenti, salvo diverse disposizioni conseguenti all'esito dei lavori del GdL nazionale.

L'istituzione di un nuovo flusso informativo nazionale finalizzato alla rilevazione delle prestazioni di riabilitazione territoriale rende necessaria la corretta rendicontazione delle prestazioni a livello regionale al fine di concorrere positivamente al raggiungimento degli obiettivi di PNRR. E' pertanto fondamentale operare ponendo la massima attenzione alla corretta gestione degli errori in esito alle procedure di controllo della piattaforma Smaf.

Per quanto riguarda l'alimentazione dei Modelli Ministeriali, le unità d'offerta che concorrono al nuovo flusso informativo SIAR sono censite secondo il seguente schema:

UdO	MODELLO	QUADRO G (Tipo struttura)	QUADRO H (Tipo di assistenza erogata)
Cure Intermedie	RIA.11		
RSD	STS.11	Struttura residenziale	S10 - S11
CDD	STS.11	Struttura semiresidenziale	S10 - S11

E' necessario che le Ats si attivino per la verifica di allineamento delle anagrafiche inviate al Ministero tramite i Modelli Ministeriali e le codifiche utilizzate nel flusso informativo SDOFAM e nel gestionale SIDI. Si precisa allo scopo che le anagrafiche censite nei Modelli Ministeriali rappresentano l'"atteso", che verrà confrontato con le anagrafiche risultanti dal flusso di rilevazione dei livelli di attività SIAR, determinando l'indicatore riferito alla COPERTURA monitorato ai fini degli adempimenti Lea.

Sarà cura degli uffici regionali competenti fornire le indicazioni operative utili all'avvio del nuovo flusso informativo SIAR.

7. PERMANENZA DI PERSONE CON ETÀ MAGGIORE DI 65 ANNI IN RSD E IN CSS

Al fine di garantire la continuità del percorso di vita degli ospiti tipici, inseriti e di nuovo inserimento nelle RSD/CSS, si prevedono le seguenti determinazioni:

- per gli ospiti che al 31/12/2022, avendo compiuto il 65° anno di età sono titolari della classificazione combinata SIDI/SOSIA, si prevede di mantenere l'attuale regime assistenziale e di classificazione rispettivamente definita dal quadro

- regolamentare vigente per RSD e CSS.
- per gli ospiti che compiono il 65° anno di età a partire dal 1/01/2023, si prevede di dare continuità al sistema ordinario di classificazione Sidi e del relativo regime assistenziale e di remunerazione. Tale sistema viene applicato fino al compimento del 75° anno di età.
 - dal 75° anno di età agli ospiti viene applicato il regime assistenziale e di classificazione combinata SiDi/SOSIA rispettivamente definita dal quadro regolamentare rispettivamente vigente per RSD e CSS.

La decorrenza prevista dalle regole sopra definite si intende dal giorno di effettivo compimento dell'età.

Le presenti determinazioni sono assunte a parità di risorse di budget, nell'ambito della macroarea 4 dell'allegato 1) al presente atto.

5. AREA MISURE INNOVATIVE A FAVORE DELLA POPOLAZIONE FRAGILE

1. INDICAZIONI PER LE MISURE INNOVATIVE

Nel quadro delle risorse di FSR definite per l'esercizio 2023, fino a complessivi euro 60.711.000 di cui per euro 51.409.000 nella Macroarea 5) della presa in carico di cui all'allegato 1) del presente provvedimento ed euro 9.302.000 nella Macroarea 4) delle unità di offerta sociosanitarie, fatto salvo il previo utilizzo di accantonamenti già nella disponibilità del bilancio delle ATS sulle risorse del FSR, al fine di garantire continuità agli interventi in favore della popolazione fragile relativamente alle seguenti Misure Innovative e Sperimentazioni:

- Residenzialità Assistita per Anziani
- Residenzialità Assistita per Religiosi
- RSA Aperta e Villaggio Alzheimer
- Comunità per minori vittime di abuso e grave maltrattamento
- Sperimentazioni ex DGR n. IX/3239/2012, DGR n. X/392/2013 e ulteriori progettualità oggetto di provvedimenti regionali
- Residenzialità Minori Disabili Gravissimi

Si conferma la loro prosecuzione nel 2023 richiamando le previsioni di cui alla DGR XI/6387 16/05/2022. I contratti 2023 per le misure sono sottoscritti dalle ATS con le stesse tempistiche e la stessa validità temporale di quelle delle Unità di offerta consolidate.

Il budget 2023 della RSA Aperta è definito secondo le determinazioni di cui ai paragrafi successivi e, in analogia a quanto disposto per la rete ordinaria, è rimodulabile secondo i criteri delle altre UdO, potendo altresì concorrere al budget di filiera. I budget per il finanziamento dei contratti relativi alle Misure, per la parte a valere sulle risorse di parte corrente del FSR indistinto 2023, concorrono all'eventuale processo di rimodulazione di fine esercizio, in una logica di piena trasversalità da e verso i setting della rete consolidata delle unità di offerta sociosanitarie. La rimodulazione di queste quote non è in ogni caso soggetta a storicizzazione sull'esercizio successivo.

Non accedono al contratto le sperimentazioni e le strutture erogatrice di RSA Aperta inattive nei 12 mesi antecedenti l'adozione del presente provvedimento e parimenti per le medesime non opera la proroga dei primi 4 mesi.

Nelle more della messa a sistema del processo di erogazione in modalità di telemedicina secondo quanto previsto dall'Accordo Stato-Regioni n. 215 de 17/12/2020 e dall'Accordo Stato-Regioni n. 231 del 18/11/2021 e nelle more della messa a regime della piattaforma regionale di telemedicina in corso di implementazione, si garantisce per il 2023 la possibilità di dare continuità all'erogazione di prestazioni in modalità da remoto per i servizi di RSA aperta.

2. MISURA RESIDENZIALITÀ ASSISTITA E MISURA RESIDENZIALITÀ ASSISTITA PER RELIGIOSI

Per la **Residenzialità Assistita**, si richiamano le determinazioni di cui alla DGR n. XI/6387 del 16/05/2022. Fatto salvo il rispetto di quanto previsto dalla DGR n. X/7769/2018 in ordine alle modalità di accesso, di erogazione della Misura, nel corso del 2023 le ATS potranno ammettere nuovi erogatori a contratto per residenzialità assistita, previa valutazione della copertura territoriale dell'offerta e nei limiti del budget di riferimento assegnato, da declinare a titolo di sotto budget sulle ASST quale modalità per assicurare la compatibilità tra i voucher emessi e il relativo finanziamento.

In considerazione della registrazione nel corso del 2022 di un trend di utilizzo della Misura allineato a quello del 2021, con la conferma di un decremento di circa il 15% rispetto ai valori registrati nel 2019, nel corso del 2023 si procederà, in collaborazione con le ATS e le ASST, ad un approfondimento in ordine alla collocazione e relativo impatto della Misura all'interno sistema di servizi erogati in favore di persone anziane.

Sono destinate alla Misura della residenzialità assistita risorse complessive di FSR fino ad euro 5.344.000.

Per la **Misura Residenzialità assistita per religiosi** si conferma quanto disposto dalla DGR n. XI/6387 del 16/05/2022 con riferimento ad un totale di posti pari a 380 la cui distribuzione sul territorio regionale risulta invariata rispetto al 2022:

ATS	2023
321	47
322	122
323	2
324	56
325	92
326	49
328	12
TOTALE POSTI	380

Si conferma altresì che, in caso di comunità di nuova attivazione o di modifiche di comunità già attive, fatta salva la verifica positiva dei requisiti da parte delle equipe di Vigilanza, le ATS assicurano in corso d'anno la sottoscrizione dei contratti, nei limiti dei budget a disposizione delle Agenzie.

Sono destinate alla Misura della residenzialità assistita per religiose risorse complessive di FSR fino ad euro 3.165.000,00.

3. RSA APERTA E VILLAGGIO ALZHEIMER

La RSA Aperta di cui alla DGR n. X/7769/2018 e s.m.i. è una misura volta a sostenere il mantenimento il più a lungo possibile delle capacità residue delle persone beneficiarie – persone con demenza e anziani non autosufficienti di età pari o superiore a 75 anni – ed a rallentare, ove possibile, il decadimento delle diverse funzioni, evitando e/o ritardando il ricorso al ricovero definitivo in struttura. Essa rientra pertanto nel percorso di potenziamento dell'assistenza domiciliare così come è stato sviluppato nel corso del 2022 in coerenza con la programmazione espressa nel PNRR (rif. DGR n. XI /6867 del 02/08/2022).

In tale ottica si conferma anche per il 2023 le modifiche volte a massimizzare la possibilità di fruizione degli interventi domiciliari, come di seguito richiamate:

- il budget annuo, definito con DGR n. XI/2672/2019 e pari ad euro 4.000,00 a disposizione di ogni beneficiario per usufruire dei diversi servizi sostenuti dalla misura, non deve essere più considerato vincolo massimo a livello di assistito al fine del riconoscimento delle prestazioni;
- in caso di superamento di questo valore, gli erogatori sono tenuti a fornire le relative motivazioni all'ATS di contrattualizzazione. Fermo restando il limite massimo del budget di struttura, sarà infatti cura delle ATS monitorare che tale flessibilità non determini una riduzione significativa del numero dei beneficiari e che continui ad essere assicurato in tutto il corso dell'anno la possibilità di presa in carico con la Misura di nuovi utenti; sulla scorta del ricorso a tale modalità nel 2023 sarà valutata insieme alle ATS l'opportunità di prosecuzione;
- fermo restando le regole specifiche di ciascun intervento (eleggibilità/prestazioni erogabili/iter di accesso), al fine di avviare un processo di ricomposizione dei diversi interventi erogati in favore delle persone, si prevede che l'erogazione della misura RSA Aperta risulti compatibile con la fruizione da parte dell'assistito dell'ADI ordinaria (tutti i profili assistenziali e prestazionali), a condizione che i soggetti responsabili dei rispettivi PAI definiscano una programmazione organica degli interventi al fine di evitare duplicazioni e/o sovrapposizioni. La compatibilità è da intendersi estesa, con le medesime modalità e condizioni, anche al regime domiciliare della RIA ambulatoriale.

Nel quadro dell'obiettivo di implementazione del numero di prese in carico in assistenza domiciliare, in un'ottica di una maggiore flessibilità tesa a favorire una più ottimale distribuzione/assegnazione e utilizzo delle risorse nei singoli territori, ai fini del contratto 2023 da stipularsi entro il 30/04/2022, il calcolo della scheda di budget è effettuato in ragione dell'applicazione delle seguenti regole:

- per i contratti Rsa Aperta che nel 2022 hanno registrato una iperproduzione ante applicazione della L.R. 24 rispetto al valore della corrispondente e specifica scheda di budget, il budget 2023 è incrementato fino al valore massimo dell'85% dell'iperproduzione erogata nel 2022, in ogni caso entro i limiti della disponibilità di FSR per RSA Aperta, tenuto conto del livello di ipo-produzione di cui al punto successivo;
- per i contratti RSA Aperta che nel 2022 hanno registrato una ipo-produzione ante applicazione della L.R. 24 rispetto al valore della corrispondente e specifica scheda di budget, il budget 2023 è nettizzato del 40% dell'ipo-produzione registrata ante legge 24 nel 2022.

In merito al Villaggio Alzheimer, si confermano le indicazioni di cui alla DGR n. XI/6387 del 16/05/2022 per le due sperimentazioni attivate.

Nel corso del 2023 gli elementi relativi alle due progettualità contenuti nelle relazioni redatte dalle ATS di riferimento saranno inseriti nel lavoro che sarà svolto, in raccordo e coordinamento con la Commissione Tecnica Demenza afferente alla Rete delle Neuroscienze (istituita con Decreto n.18447 del 17/12/2019), in un'ottica di sviluppo di percorsi di presa in carico delle persone con demenza che, lungo tutto il decorso della malattia, garantiscano continuità e modularità di risposte ai bisogni delle persone e delle loro famiglie.

Sono destinate alla Misura risorse complessive di FSR fino ad euro 28.500.000, comprensivo degli interventi del Villaggio Alzheimer in quanto rientrante nell'area dei servizi rivolti alle persone affette da demenza.

4. COMUNITÀ PER MINORI VITTIME DI ABUSO E GRAVE MALTRATTAMENTO

Per la Misura Comunità per minori vittime di abuso e grave maltrattamento, fatto salvo il rispetto di quanto previsto dalla DGR X /7626 del 28/12/2017, si richiamano le determinazioni di cui alla DGR XI/6387 del 16/05/2022.

Si richiama il compito definito in capo all'ATS in ordine al monitoraggio dell'appropriatezza degli inserimenti dei minori, con particolare riferimento alla loro durata, anche qualora svolti in strutture diverse, nel rispetto alle finalità della misura. Tali elementi saranno oggetto di un percorso di approfondimento che sarà svolto con le ATS nel corso del 2023.

Le ATS sono altresì tenute alla continua verifica della compatibilità della spesa rispetto alle assegnazioni a disposizione delle Agenzie.

Per il 2023 si conferma un'assegnazione di risorse di FSR fino ad euro 11.000.000.

Al fine del governo delle risorse destinate in via specifica alla Misura, le ATS operano un monitoraggio trimestrale dell'andamento degli inserimenti, con particolare riguardo alla durata dei medesimi, intraprendendo le necessarie azioni correttive.

5. SPERIMENTAZIONI (RIA MINORI E CASE MANAGEMENT E ALTRE SPERIMENTAZIONI)

Nel corso del 2022 si è dato sviluppo al percorso di stabilizzazione dei modelli sostenuti dalle sperimentazioni di cui alla DGR IX/3239/2012, attraverso l'inclusione di tali sperimentazioni nell'ambito dell'erogazione dei Voucher Autismo in quanto sono rivolte in via prevalente ai disturbi del neurosviluppo e sottoscrittrici da diversi

anni di convenzioni con le ATS per l'erogazione di riabilitazione ambulatoriale e diurna.

Tale inclusione è comunque stata circoscritta fino alla conclusione del processo di stabilizzazione che è stato inoltre inserito tra gli obiettivi in capo al Gruppo di Lavoro "Area della riabilitazione in età evolutiva" per cui si rimanda al paragrafo "Il percorso di flessibilità nell'area della riabilitazione in età evolutiva in funzione dell'implementazione dell'efficacia e dell'appropriatezza degli interventi" del presente documento.

Al fine di dare continuità agli interventi ad oggi garantiti ai minori ed alle loro famiglie, nel 2023 si darà continuità alle attività dei progetti di Riabilitazione Minori e Case Management, entro i quali è stato ricondotto anche il "Counseling educativo/abilitativo a favore di soggetti con autismo e disturbi generalizzati dello sviluppo" attivo presso l'ATS Città Metropolitana di Milano.

La natura sperimentale di tali progetti determina, come risulta evidente anche dal modello di convenzione, che ogni singolo progetto deve rispondere dell'attuazione dei contenuti e delle modalità indicate nella progettualità singolarmente approvata tramite specifico Decreto regionale.

Alla luce di quanto sopra, essendo prioritaria la valutazione del progetto inizialmente autorizzato, tutte le richieste di flessibilità non possono che essere coerenti con la stessa. Quindi in ordine al riconoscimento delle attività indirette (a favore della famiglia e/o della rete), le stesse devono essere previste dal progetto e attuate con le modalità ivi indicate, compreso eventualmente il tetto massimo.

In ordine al tema della numerosità degli interventi erogabili nella medesima giornata, si rileva che le modalità erogative possono essere oggetto di flessibilità, fermo restando il rispetto del tetto massimo del budget, al fine di un allineamento delle sperimentazioni ai principi espressi nelle linee di programmazione regionale in ordine all'importanza dell'appropriatezza erogativa rispetto ai percorsi di cura differenziati per intensità e alla conciliazione dei percorsi con i tempi di vita dei minori e delle loro famiglie.

Si evidenzia l'importanza di effettuare verifiche di appropriatezza in ordine a quanto garantito ai singoli beneficiari.

Nei percorsi riabilitativi per minori, gli interventi indiretti svolgono un ruolo significativo agendo nei confronti del contesto di vita e della rete di riferimento dei minori in un'ottica di azione sinergica in favore dell'evoluzione di tali percorsi.

In considerazione delle diverse modalità di raccordo che, anche alla luce dell'esperienza pandemica, i diversi servizi hanno sperimentato e nel tempo consolidato, pervenendo ad una gestione mixata di incontri di rete in presenza e da remoto, ritenendo tale possibile modulazione degli interventi un elemento a favore della massimizzazione del tempo lavoro, si prevede la possibilità che nell'ambito delle sperimentazioni Ria e Case Management gli incontri con i servizi che a diverso titolo seguono il minore (UONPIA, altri servizi/strutture sanitarie e/o sociosanitari, Scuola, servizi sociali dei Comuni/Ambiti) possano avvenire anche con modalità telematica ed essere rendicontati con le stesse modalità e valorizzazioni previste per le attività in presenza.

Tale modalità è estesa anche al Voucher Autismo della XI/6003/2022.
Per il 2023 si conferma un'assegnazione di risorse di FSR fino ad euro 8.402.000.

Nel 2023, prosegue alle medesime condizioni di cui alla DGR XI/4773/2021 anche il progetto "Post Acuta Homeless": si conferma assegnazione di risorse di FSR pari a euro 700.000;

Entro il termine previsto per la rete ordinaria, le ATS definiscono per tutte le attività sperimentali sopra richiamate, una convenzione per il 2023 con evidenza del budget assegnato al progetto in applicazione delle determinazioni richiamate, confermando i tetti previsti per il 2023.

È altresì prorogato per il 2023 il progetto STAR di cui alla DGR XI/6766/2017 in ragione dello stesso importo assegnato con decreto n. 1492 del 11/02/2022, nell'ambito del quadro economico di cui al presente atto.

6. RESIDENZIALITÀ MINORI DISABILI GRAVISSIMI

Nel confermare le determinazioni già assunte con DGR XI/6387 16/05/2022., alla luce dei dati registrati nel 2022 in ordine alla dimensione quantitativa dei minori disabili gravissimi che hanno beneficiato della Misura, per il 2023 si conferma un'assegnazione di risorse di FSR fino a euro 3.400.000.

6. AREA ANZIANI

1. PROCESSI EVOLUTIVI IN TEMA DI ASSISTENZA AGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI

Il sistema delle risposte al bisogno delle persone anziane, sotto il profilo istituzionale, coinvolge il livello nazionale (indennità di accompagnamento e altri istituti gestiti da Inps) e il livello locale. A livello locale, si colloca la filiera delle risposte di tipo sociosanitario ai sensi dei LEA e quella dei servizi sociali di competenza dei Comuni/Ambiti. Si tratta pertanto di diversi sistemi istituzionali che concorrono allo stesso bisogno e di interventi di diversa natura (monetari e servizi, a loro volta articolati nei setting domiciliare, residenziale, semiresidenziale). Di assistenza diretta e assistenza indiretta.

Indicatori demografici (Italia e Lombardia, Fonte Istat)

		2018	2019	2020	2021	2022*
(a) indice di dipendenza strutturale	Italia	56,2	56,4	56,7	57,3	57,5
	Lombardia	56,9	56,9	57	56,7	56,8
(b) indice di dipendenza degli anziani	Italia	35,4	35,8	36,4	37	37,5
	Lombardia	35,3	35,6	35,9	35,9	36,3
(c) indice di vecchiaia	Italia	169,5	174	179,4	182,6	187,9
	Lombardia	163,1	166,6	170,9	172,3	177,5

*valori stimati;(a) rapporto tra popolazione in età non attiva (0-14 anni e 65 anni e più) e popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100;(b) rapporto tra popolazione di 65 anni e più e popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100;(c) rapporto tra popolazione di 65 anni e più e popolazione di età 0-14 anni, moltiplicato per 100.

Nell'ambito del PNRR, il settore dell'assistenza agli anziani è stato individuato quale ambito per la definizione di una specifica riforma, come previsto nell'ambito della Missione 5. Anche gli altri interventi del PNRR per gli anziani della Missione 6 (servizi sanitari di prossimità, Adi) dovrebbero essere funzionali e anticipatori della riforma; parimenti, concorrono allo stesso scopo anche le progettualità per le dimissioni protette degli anziani di cui alla Missione 5.

Nell'ambito del percorso della riforma previsto dal PNRR è stato definito nel corso del 2022 un Disegno di Legge Delega in cui, nel quadro delle tempistiche definite:

- si introduce il Sistema Nazionale Anziani non Autosufficienti (SNAA), che programma e monitora in modo integrato l'insieme dei servizi e degli interventi. In concreto, vengono istituiti alcuni nodi istituzionali che dovrebbero consentire, a ogni livello di governo (Stato, regioni e enti locali) di effettuare una programmazione congiunta, ricomponendo la preesistente frammentazione organizzativa. A livello centrale, il CIPA (Comitato interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana) definisce gli indirizzi generali dello SNAA;
- si riformano e raccordano i sistemi di valutazione per l'accesso agli interventi per gli anziani, individuandone:
 - uno di responsabilità nazionale, che assorbe i diversi sistemi oggi esistenti a livello nazionale attraverso un nuovo e moderno strumento valutativo, finalizzato a cogliere meglio le esigenze degli interessati;
 - l'altro di competenza delle Regioni, che rimane invariata ma si avvale dei risultati della prima, con benefici in termini di semplificazione del processo di accesso per l'utenza;
- Servizi domiciliari: viene introdotta l'ADISS (Assistenza domiciliare integrata sociosanitaria), promuovendo processi di ricomposizione degli interventi domiciliari rientranti nei Lea e di quelli di competenza dei comuni. In un contesto di risposte domiciliari spesso indistinte rispetto ai diversi target di beneficiari (cronici, disabili, anziani ecc), si richiede altresì la costruzione di profili di risposte domiciliari su misura rispetto alle esigenze degli anziani non autosufficienti;
- Persone con disabilità che invecchiano: si sancisce la tutela delle persone con disabilità pregresse che diventano anziane, per assicurare la continuità del loro percorso assistenziale e il rispetto dei loro diritti;
- Caregiver familiari: è previsto un articolato insieme di azioni a supporto dell'assistenza informale;
- Servizi residenziali: si prevedono "misure idonee a perseguire adeguati livelli di intensità assistenziale, nonché processi di miglioramento della qualità delle strutture nell'ottica della costruzione di ambienti sicuri e familiari, con attenzione agli aspetti relazionali degli anziani;
- Criteri di autorizzazione e di accreditamento: si prevede una revisione dei criteri minimi dei soggetti erogatori pubblici e privati, anche del terzo settore, per servizi di rete, domiciliari, diurni, residenziali e centri multiservizi socioassistenziali, sociosanitari e sanitari, previa intesa in sede di Conferenza unificata, secondo il principio di sussidiarietà di cui all'articolo 118 della Costituzione.

Questo in coerenza con il DM 77/2022 che ha individuato gli anziani non autosufficienti quale target dei principali interventi di rimodellizzazione dei servizi del territorio, in particolare delle CdC.

La programmazione sanitaria nazionale ha avviato altresì un processo specifico di attenzione all'area delle demenze, sulla scia di quanto promosso dal Piano Nazionale Demenze (accordo Stato Regioni del 30 ottobre 2014, Rep. atti n. 135/C. Con DM del Direttore Generale della prevenzione sanitaria 11 febbraio 2021 è stato costituito il Tavolo per il monitoraggio e l'implementazione del PND con il coordinamento del Ministero della salute e in collaborazione con l'Istituto superiore di sanità (ISS). Il progetto che ha come obiettivo la costruzione della rete per le demenze è stato recepito da Regione Lombardia con DGR XI/6793/2022 (*"Fondo per l'Alzheimer e le demenze di cui alla legge 30 dicembre 2020, n. 178: piano triennale delle attività di Regione Lombardia"*) che, in prima battuta, ha individuato i Centri di diagnosi e cura delle demenze (CDCD) con maggiore attività all'interno del territorio di competenza di ciascuna ATS, promuovendo processi di gestione tra professionisti ed attraverso l'utilizzo della telemedicina quale strumento di continuità delle cure tra i diversi setting assistenziali. Nell'ottica di graduale estensione di questo processo a tutti gli attori che concorrono alla presa in carico delle persone con bisogni legati alle demenze, nel corso del 2023 le RSA e i CDI potrebbero essere chiamati a partecipare all'apposita rilevazione promossa dall'ISS, quale mappatura propedeutica alla definizione della rete.

Potenziamento sul territorio della lomellina della presa in carico del paziente affetto da demenza

La demenza è una patologia cronica degenerativa in crescente aumento nella popolazione generale ed è stata definita nel Rapporto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e dell'Alzheimer Disease International (2011) una priorità mondiale di salute pubblica.

La provincia di Pavia si caratterizza come un contesto relativamente omogeneo sotto il profilo della popolazione e del quadro epidemiologico, ove la peculiarità principale, rispetto alla situazione regionale, è costituita dalla presenza di una elevata proporzione di anziani con età superiore ai 74 anni

La prevalenza dei cittadini ultrasessantacinquenni con demenza, che utilizzano i servizi sanitari e/o sociosanitari, in Lomellina e in Oltrepò è stata di circa il 5% nel 2019 e tendenzialmente in crescita nei tre anni successivi per tutti gli Ambiti territoriali dell'ATS di Pavia, attestandosi su valori non distanti dalla stima della prevalenza di tutte le demenze (circa 5-6%) ricavata con studi di popolazione esistenti.

Appariva invece sottostimata, in Lomellina e in Oltrepò, la prevalenza della malattia di Alzheimer; tale dato con tutta probabilità è attribuibile all'assenza di un Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenze in tale ambito territoriale poiché nel territorio della ATS di Pavia vi sono due centri, entrambi dislocati nel Pavese.

Dalle analisi effettuate dall'ATS di Pavia è emerso, inoltre, che sul territorio della Lomellina non vi è solo una sottostima della patologia, ma anche una minore presa in carico sul territorio e un utilizzo inferiore di servizi dedicati di tipo ambulatoriale e/o

riabilitativo.

Come già previsto nelle Regole di sistema per il 2020 (DGR 2672/19) e coerentemente al Piano Nazionale Demenze (PND-ottobre 2014), con particolare riferimento all'obiettivo n. 2 "Creazione di una Rete per le Demenze e la realizzazione della gestione integrata", è necessario prestare particolare attenzione allo sviluppo di offerte integrate in grado di garantire la diagnosi e la presa in carico tempestiva, la continuità assistenziale alla persona e alla sua famiglia nelle diverse fasi della malattia, con attenzione anche agli aspetti etici. A tal fine si prevede uno stanziamento fino a 250.000 euro a favore dell'ATS di Pavia per attivare un centro per il decadimento cognitivo che permetta di colmare le carenze esistenti sull'ambito territoriale della Lomellina.

7.AREA ASSISTENZA DOMICILIARE

1. L'OBIETTIVO TARGET DEFINITO DAL PNRR SULL'INCREMENTO DELLA PRESA IN CARICO DELLA POPOLAZIONE OVER 65 ANNI ENTRO IL 2025: CRONOPROGRAMMA DI ATTUAZIONE

PIANO-MISSIONE:

PNRR: Piano nazionale di ripresa e resilienza

M6 – Missione 6 Salute

COMPONENTE

C1: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale

INVESTIMENTO

M6C111.2 - Casa come primo luogo di cura e telemedicina

SUB-INVESTIMENTO

M6C1 11.2.1 _Assistenza domiciliare 2 miliardi e 700 milioni a livello nazionale

Le finalità perseguite attraverso i sub investimenti della component 1 della Missione 6 del PNRR sono le seguenti:

- A. identificare un modello condiviso per l'erogazione delle cure domiciliari che sfrutti al meglio le possibilità offerte dalle nuove tecnologie, come la telemedicina, la domotica, la digitalizzazione.
- B. realizzare presso ogni azienda sanitaria un sistema informativo in grado di rilevare dati clinici in tempo reale.
- C. attivare Centrali Operative Territoriali (COT), una in ogni distretto, con la funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialogo con la rete dell'emergenza-urgenza.
- D. utilizzare la telemedicina per supportare al meglio i pazienti con patologie croniche.

In particolare, attraverso il sub-investimento M6C111.2.1 - Assistenza domiciliare: l'obiettivo è quello di aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare fino a prendere in carico, entro il 2025 a livello nazionale almeno il 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni (in linea con le migliori prassi europee),

rispetto all'attuale in media tra le diverse regioni italiane di poco inferiore al 5%. Il PNRR ha infatti definito la strategia e la performance attesa dal SSN. Il livello nazionale dispone il riparto delle risorse, le regole di relativo utilizzo, gli indicatori diretti a misurare l'avanzamento intermedio nel raggiungimento dell'obiettivo target definito da parte dei singoli sistemi regionali (flusso SIAD).

In questo contesto le singole regioni devono quindi definire le azioni organizzative dirette a raggiungere lo scenario per il miglior concorso al raggiungimento del target definito.

Con DGR XI/7592/2022 è stata approvata in questo contesto la programmazione di un primo cronoprogramma per il concorso di ciascuna ATS e ASST al raggiungimento dell'obiettivo come ad oggi definito dall'ipotesi di riparto calcolata a livello nazionale per le singole regioni e che fissa per regione Lombardia un target al 2025 di prese in carico (PIC SIAD) pari a 214.400 pari al 8,98% della popolazione over 65 anni, con un incremento netto del 4,95%, pari a + 121.850 entro il 2025, rispetto al valore T0 di 92.551 assistiti over 65 anni. In sede di successivi provvedimenti verranno assunte determinazioni volte ad allineare i target programmati con eventuali variazioni disposte in sede di riparto definitivo del target a livello nazionale.

Questo a partire dall'utilizzo delle risorse di personale assegnate al territorio ex DL 34/2020 per l'ADI e del 50% degli infermieri di famiglia e di comunità (IFeC) già assunti ovvero in corso di assunzione, come previsto dalle indicazioni del decreto in corso di finalizzazione a livello nazionale che disporrà il riparto del target e delle risorse.

Nelle tabelle che seguono viene indicato:

- il posizionamento di ciascuna ATS e ASST rispetto all'obiettivo target della presa in carico della popolazione over 65 ivi residente al 2025, calcolata sulla base del flusso SIAD del 2019;
- l'incremento atteso/obiettivo target di ciascuna ATS/ASST, calcolato per 25% in base in base al gap territoriale rispetto all'obiettivo target e per il 75% in base alla popolazione over 65 residente.

Ai fini del raggiungimento dell'obiettivo target concorrono i poli territoriali di ASST, gli enti gestori accreditati e a contratto per le cure domiciliari nell'ambito delle previsioni di cui alla DGR XI/6867/2022 in relazione alle regole di riparto a livello nazionale, le prestazioni domiciliari della medicina generale, anche attraverso i relativi infermieri, in una logica di raccordo hub e spoke con le Case di Comunità, nel quadro del modello organizzativo di cui alla DGR XI/6760 del 25/07/2022.

Come previsto nell'atto di approvazione della programmazione della Missione 6 del PNRR di cui alla DGR XI/7592/2022, viene declinato nella tabella di seguito l'obiettivo per ciascuna delle annualità di PNRR in capo alle singole ASST del Comune di Milano **in termini di prese in carico in ADI (PIC SIAD).**

TERRITORIO	INCREMENTO ATTESO PIC AL 2025 OVER 65 ANNI 2022	INCREMENTO ATTESO PIC AL 2025 OVER 65 ANNI 2023	INCREMENTO ATTESO PIC AL 2025 OVER 65 ANNI 2024	INCREMENTO ATTESO PIC AL 2025 OVER 65 ANNI 2025
COMUNE DI MILANO TOTALE	5.987	11.326	16.656	17.892
di cui ASST FATEBENEFRAPELLI SACCO	3.249	6.146	9.038	9.709
di cui ASST GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO NIGUARDA	803	1.520	2.235	2.401
di cui ASST SANTI PAOLO E CARLO	1.935	3.661	5.383	5.783

TABELLA N. 1 obiettivo target PNRR per ATS

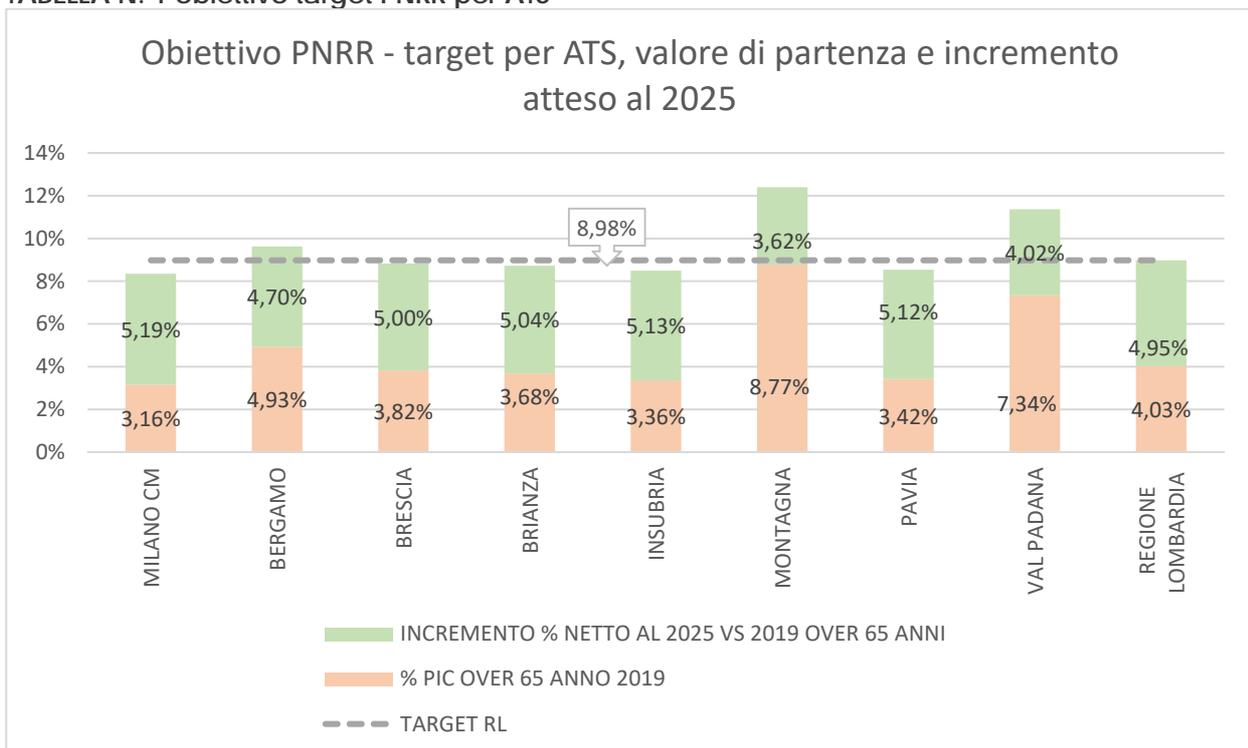


TABELLA N. 2 obiettivo target PNRR per ATS

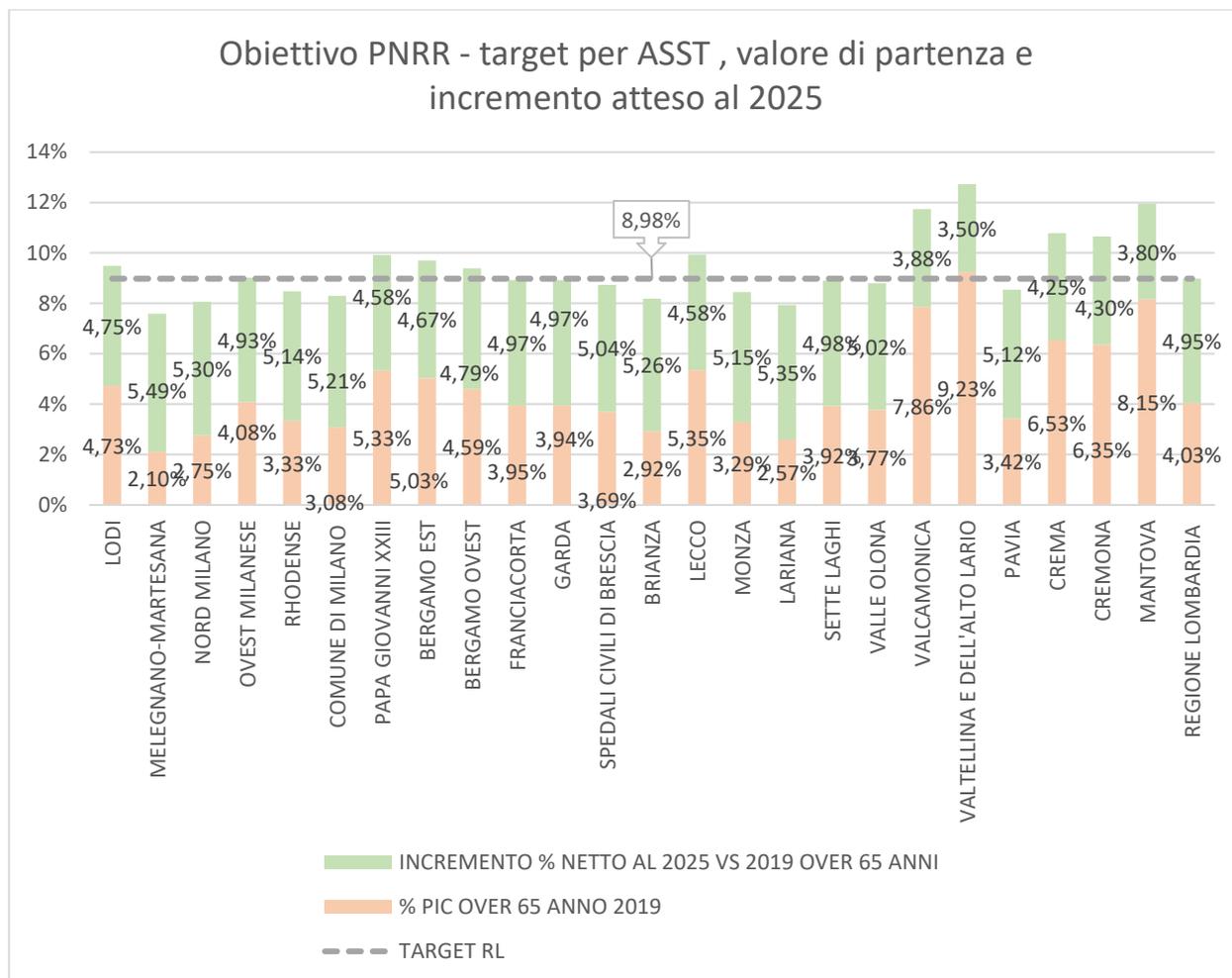


TABELLA N. 3 Ipotesi della dinamica di incremento netto di prese in carico pz over 65 anni per singola annualità

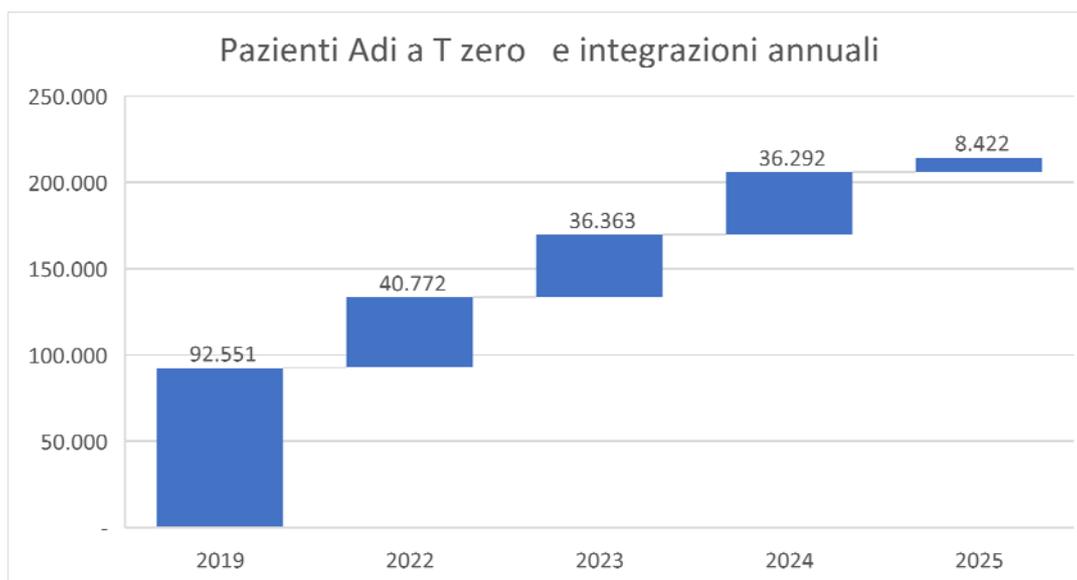


TABELLA n. 4 Incremento lordo per ATS e ASST per annualità fino al 2025, oltre all'obiettivo di mantenimento del livello 2019 di 92.551 assistiti al 1/1/2020

ATS	ASST	INCREMENTO ATTESO PIC SIAD AL 2025 OVER 65 ANNI 2022	INCREMENTO ATTESO PIC SIAD AL 2025 OVER 65 ANNI 2023	INCREMENTO ATTESO PIC SIAD AL 2025 OVER 65 ANNI 2024	INCREMENTO ATTESO PIC SIAD AL 2025 OVER 65 ANNI 2025
MILANO CM	LODI	882,73	1.669,98	2.455,72	2.638,06
MILANO CM	MELEGNANO-MARTESANA	2.646,69	5.007,15	7.363,03	7.909,76
MILANO CM	NORD MILANO	1.255,07	2.374,41	3.491,58	3.750,85
MILANO CM	OVEST MILANESE	1.893,53	3.582,28	5.267,75	5.658,90
MILANO CM	RHODENSE	2.056,15	3.889,94	5.720,17	6.144,91
MILANO CM	COMUNE DI MILANO	5.986,94	11.326,40	16.655,52	17.892,25
BERGAMO	PAPA GIOVANNI XXIII	987,45	1.868,10	2.747,05	2.951,03
BERGAMO	BERGAMO EST	1.384,75	2.619,73	3.852,33	4.138,38
BERGAMO	BERGAMO OVEST	1.652,38	3.126,05	4.596,87	4.938,20
BRESCIA	FRANCIACORTA	952,58	1.802,14	2.650,05	2.846,83
BRESCIA	GARDA	1.463,40	2.768,54	4.071,15	4.373,44
BRESCIA	SPEDALI CIVILI DI BRESCIA	2.082,66	3.940,09	5.793,91	6.224,13
BRIANZA	BRIANZA	2.906,77	5.499,17	8.086,55	8.687,00
BRIANZA	LECCO	1.340,59	2.536,19	3.729,47	4.006,40
BRIANZA	MONZA	780,16	1.475,96	2.170,40	2.331,56
INSUBRIA	LARIANA	2.541,60	4.808,32	7.070,65	7.595,67
INSUBRIA	SETTE LAGHI	1.944,17	3.678,09	5.408,64	5.810,25
INSUBRIA	VALLE OLONA	1.854,40	3.508,25	5.158,89	5.541,95
MONTAGNA	VALCAMONICA	346,86	656,21	964,95	1.036,61
MONTAGNA	VALTELLINA E DELL'ALTO LARIO	641,48	1.213,59	1.784,59	1.917,10
PAVIA	PAVIA	2.415,29	4.569,37	6.719,28	7.218,21
VAL PADANA	CREMA	585,44	1.107,56	1.628,67	1.749,60
VAL PADANA	CREMONA	778,67	1.473,13	2.166,25	2.327,10
VAL PADANA	MANTOVA	1.392,47	2.634,35	3.873,83	4.161,47
REGIONE LOMBARDIA	REGIONE LOMBARDIA	40.772	77.135	113.427	121.850

TABELLA N. 3 obiettivo target PNRR per ATS

ATS	% PIC OVER 65 ANNO 2019	PIC TOTALI ATTESE AL 2025 OVER 65 ANNI	25% IN BASE AL GAP	75 %IN BASE ALLA POP OVER 65 ANNI	INCREMENTO O ATTESO PIC AL 2025 OVER 65 ANNI	PIC TOTALI ATTESE AL 2025 OVER 65 ANNI	% PIC TOTALI ATTESE AL 2025 OVER 65 ANNI	INCREMENTO TO % NETTO AL 2025 VS 2019 OVER 65 ANNI
MILANO CM	3,16%	214.400,67	12.302,47	31.692,26	43.994,73	69.137,06	8,35%	5,19%
BERGAMO	4,93%		2.609,44	9.418,16	12.027,61	23.685,48	9,62%	4,70%
BRESCIA	3,82%		3.458,34	9.986,06	13.444,40	23.039,01	8,83%	5,00%
BRIANZA	3,68%		3.941,31	11.083,65	15.024,96	25.262,71	8,72%	5,04%
INSUBRIA	3,36%		5.174,97	13.772,91	18.947,88	30.560,16	8,49%	5,13%
MONTAGNA	8,77%		101,14	2.852,57	2.953,71	9.241,47	12,40%	3,62%
PAVIA	3,42%		1.956,03	5.262,18	7.218,21	11.739,54	8,54%	5,12%
VAL PADANA	7,34%		918,72	7.319,46	8.238,17	21.735,24	11,36%	4,02%
	4,03%	214.400,67	30.462,42	91.387,25	121.849,67	214.400,67	8,98%	4,95%

TABELLA N. 4 obiettivo target PNRR per ASST

ATS	ASST	% PIC OVER 65 ANNO 2019	TARGET PIC TOTALI 2025 LOMBARDIA	25% IN BASE AL GAP	75 %IN BASE ALLA POP OVER 65 ANNI	INCREMENTO ATTESO PIC AL 2025 OVER 65 ANNI	PIC TOTALI ATTESE AL 2025 OVER 65 ANNI	% PIC TOTALI ATTESE AL 2025 OVER 65 ANNI	INCREMENTO % NETTO AL 2025 VS 2019 OVER 65 ANNI
MILANO CM	LODI	4,73%	214.400,67	592,36	2.045,71	2.638,06	5.068,00	9,48%	4,75%
MILANO CM	MELEGNANO-MARTESANA	2,10%		2.472,31	5.437,46	7.909,76	10.777,19	7,58%	5,49%
MILANO CM	NORD MILANO	2,75%		1.098,36	2.652,49	3.750,85	5.580,33	8,05%	5,30%
MILANO CM	OVEST MILANESE	4,08%		1.405,10	4.253,81	5.658,90	10.018,24	9,01%	4,93%
MILANO CM	RHODENSE	3,33%		1.684,12	4.460,79	6.144,91	9.873,72	8,47%	5,14%
MILANO CM	COMUNE DI MILANO	3,08%		5.050,23	12.842,02	17.892,25	27.819,58	8,29%	5,21%
BERGAMO	PAPA GIOVANNI XXIII	5,33%		593,41	2.357,61	2.951,03	6.108,49	9,91%	4,58%
BERGAMO	BERGAMO EST	5,03%		881,34	3.257,04	4.138,38	8.254,23	9,70%	4,67%
BERGAMO	BERGAMO OVEST	4,59%		1.134,69	3.803,52	4.938,20	9.322,76	9,38%	4,79%
BRESCIA	FRANCIACORTA	3,95%		720,28	2.126,54	2.846,83	4.954,71	8,92%	4,97%
BRESCIA	GARDA	3,94%		1.107,95	3.265,49	4.373,44	7.602,69	8,91%	4,97%
BRESCIA	SPEDALI CIVILI DI BRESCIA	3,69%		1.630,10	4.594,03	6.224,13	10.481,61	8,73%	5,04%
BRIANZA	BRIANZA	2,92%		2.495,97	6.191,04	8.687,00	13.227,74	8,18%	5,26%
BRIANZA	LECCO	5,35%		803,20	3.203,20	4.006,40	8.308,50	9,93%	4,58%
BRIANZA	MONZA	3,29%		642,14	1.689,42	2.331,56	3.726,47	8,44%	5,15%
INSUBRIA	LARIANA	2,57%		2.264,93	5.330,74	7.595,67	11.042,21	7,93%	5,35%
INSUBRIA	SETTE LAGHI	3,92%		1.474,65	4.335,60	5.810,25	10.083,26	8,90%	4,98%
INSUBRIA	VALLE OLONA	3,77%		1.435,38	4.106,57	5.541,95	9.434,70	8,79%	5,02%
MONTAGNA	VALCAMONICA	7,86%		88,21	948,40	1.036,61	2.908,77	11,74%	3,88%
MONTAGNA	VALTELLINA E DELL'ALTO LARIO	9,23%		12,93	1.904,17	1.917,10	6.332,70	12,73%	3,50%
PAVIA	PAVIA	3,42%	1.956,03	5.262,18	7.218,21	11.739,54	8,54%	5,12%	
VAL PADANA	CREMA	6,53%	262,22	1.487,38	1.749,60	4.190,21	10,78%	4,25%	
VAL PADANA	CREMONA	6,35%	367,49	1.959,60	2.327,10	5.454,49	10,65%	4,30%	
VAL PADANA	MANTOVA	8,15%	289,00	3.872,47	4.161,47	12.090,54	11,95%	3,80%	
REGIONE LOMBARDIA		4,03%	214.400,67	30.462,42	91.387,25	121.849,67	214.400,67	8,98%	4,95%

In questo ambito occorre evidenziare che l'inserimento graduale e progressivo degli infermieri di famiglia (IFeC) nelle Case di Comunità, consente di prefigurare un percorso di collaborazione con i MMG/PLS e il persona di studio dei MMG/PLS delle AFT di riferimento nella gestione proattiva delle persone con malattia cronica, che non sono già seguite da servizi domiciliari, garantendo una presa in carico anticipata, che possa contribuire a ridurre l'inappropriato accesso al pronto soccorso e al ricovero ospedaliero. Il percorso, a seguito del raccordo tra distretto e AFT di riferimento, può prevedere, a partire dalla identificazione di target prioritari, l'arruolamento da parte dei MMG/PLS e il successivo intervento dell'infermiere dell'ambulatorio dell'MMG ovvero dell'IFeC, sia a livello ambulatoriale, sia a livello domiciliare, anche attraverso il supporto della medicina digitale. In particolare, come previsto dal Decreto del MDS n. 16111 del 30/09/2022, tenuto conto delle caratteristiche demografiche, socioeconomiche della popolazione di riferimento nonché delle caratteristiche orografiche del territorio di riferimento considerando anche le aree interne e tutti gli altri determinanti di salute (comuni distanti dai luoghi di offerta dei servizi i base come sanità trasporti istruzione...), in riferimento è alle seguenti condizioni cliniche e al relativo carico di malattia

- diabete
- patologie respiratorie
- patologie cardiologiche
- patologie oncologiche
- patologie neurologiche

è possibile implementare processi di telemedicina, in una logica di prevenzione del carico di cronicità legato all'età sul SSR, in allineamento al percorso di implementazione previsto dal decreto stesso.

Ai fini del raggiungimento del target di PNRR legato all'implementazione delle cure domiciliari nella logica del PNRR e del DM 77/2022, e, con esso, del pieno concorso

di Regione Lombardia al traguardo del target definito a livello nazionale, i Direttori Generali di ASST, attraverso i Direttori Sociosanitari e di Direttori di Distretto, lavorano quindi nel 2023 e, progressivamente, fino al 2025:

- ad attuare quanto previsto dalla DGR X/6867/2022 della DGR ai fini della gestione diretta dell'ADI nell'ambito dei poli territoriali di ASST, concorrendo al raggiungimento dell'obiettivo a ciascuna assegnato nelle tabelle più sopra riportate, anche attraverso le risorse di personale di cui al DL 34/2020 per l'ADI, pari a complessivi euro 28.000.000 e del 50% degli IFeC; il numero degli assistiti in carico per ogni infermiere sarà direttamente correlato alle scelte delle famiglie, all'intensità assistenziale dei singoli utenti e alle caratteristiche geografiche del territorio (tempi di spostamento); le risorse potranno essere utilizzate anche per l'assunzione di fisioterapisti/altri professionisti previsti dalle regole di accreditamento per rispondere ai diversi bisogni; procede pertanto a raccordarsi, nell'ambito delle AFT di distretto, con l'attività domiciliare dei MMG/PLS, anche attraverso i relativi infermieri, con l'obiettivo comune della rapida implementazione del livello di presa in carico domiciliare della popolazione over 65 anni di riferimento, in una logica di proattività;
- procede quindi prioritariamente per estendere da subito, anche in coerenza con quanto previsto al punto n. 8 del dispositivo della DGR XI/6867/2022, la platea delle persone over 65 anni attualmente assistite rispetto a quelle già ad oggi eleggibili per l'ADI; il numero complessivo di assistiti reclutabili è direttamente proporzionale al numero di IFeC in servizio nel ruolo specifico, ma è anche influenzato dalla complessità dei singoli casi e dalle caratteristiche geografiche del territori; tale ipotesi si potrebbe quindi conciliare con lo sviluppo delle altre funzioni complementari di questi professionisti, che rappresentano una delle innovazioni introdotte dal DM 77/2022, orientate a conoscere il territorio ed i bisogni che esprime (per es. attraverso la stesura dei profili di comunità), a rafforzare le collaborazioni con le istituzioni e con gli interlocutori privilegiati (terzo settore), a gestire ambulatori infermieristici di prossimità, a sviluppare progetti di promozione della salute anche con la partecipazione attiva della comunità. In questo ambito, con DGR XI/3377 del 14/07/2020, "Determinazioni in ordine al reclutamento di personale per i Servizi Sanitari Territoriali", è stato assegnato alle singole ASST il finanziamento per l'assunzione di 1.600 IFeC, secondo lo standard previsto dal DL 43/2020 convertito nella Legge 77/2020, di 8 infermieri ogni 50.000 abitanti. Almeno il 50% degli IFeC già assunti dovranno quindi avviare entro il primo trimestre 2023 tale attività in modo da strutturare il servizio in concomitanza alla progressiva attivazione delle CdC e avviare in concreto le azioni per il raggiungimento dell'obiettivo target di PNRR; i flussi di presa in carico così attuati dovranno garantire l'alimentazione del flusso SIAD al fine della rendicontazione a livello nazionale e comunitario dell'avanzamento nel raggiungimento dell'obiettivo target. Nell'ambito di tale sviluppo, la programmazione di ASST tiene conto in particolare dei dati di presa in carico in assistenza protesica, ventilazione, ossigenoterapia, nutrizione artificiale, in particolare legate alle patologie respiratorie, cardiologiche, oncologiche, neurologiche

La valutazione ai fini della presa in carico andrà effettuata nell'ambito del sistema di gestione del territorio. L'erogazione andrà tracciata secondo le indicazioni che

verranno fornite dai competenti uffici della DG Welfare, al fine di garantire l'invio del flusso SIAD, attraverso la tracciatura dei profili professionali, delle tipologie di prestazioni erogate durante gli accessi domiciliari, della data di inizio e di fine della presa in carico e degli accessi domiciliari.

Gli obiettivi di implementazione sopra definiti si inquadrano nel modello organizzativo distrettuale definito nell'ambito delle determinazioni assunte con la DGR XI/6760/2022 laddove si prevede che la Gestione Operativa – Next Generation EU, è la struttura deputata ad aumentare efficienza, tassi di saturazione e livelli di produttività anche del polo territoriale delle ASST fungendo da collettore del monitoraggio dell'attività distrettuale di tutta la ASST. Supporta la Direzione strategica nel processo di produzione che declina gli obiettivi di produzione delle strutture territoriali e sulla base di questi ultimi effettua la programmazione della produzione, sviluppa gli strumenti di monitoraggio dei target assegnati e propone interventi correttivi in base all'andamento della domanda e delle performance complessive delle strutture territoriali. E' inoltre incaricata del coordinamento, del monitoraggio e nella rendicontazione dell'implementazione degli interventi PNRR relativi al programma NextGenerationEU nell'ambito della ASST con l'obiettivo di garantire il raggiungimento degli obiettivi posti dalla Giunta regionale. In questo contesto dovrà quindi concorrere a garantire livelli di produttività di ADI orientati al raggiungimento degli obiettivi target annuali definiti per ciascuna ASST.

2. EVOLUZIONE DEL SISTEMA INFORMATIVO A SUPPORTO DELLE CURE DOMICILIARI

Nel corso del 2022 la piattaforma regionale costituente il Sistema di Gestione Digitale Territoriale (SGDT) ha visto la messa in esercizio di alcuni moduli funzionali al processo di presa in carico nell'assistenza domiciliare.

Sono già disponibili e in esercizio i moduli relativi all'Accoglienza, alla Valutazione, al Progetto Individuale. Nel corso del 2023 sarà reso disponibile anche il modulo relativo all'Erogazione. In particolare, con specifico riferimento alle cure domiciliari, il modulo di Valutazione mette a disposizione dei soggetti valutatori deputati alla VMD per la presa in carico in Assistenza Domiciliare Integrata gli strumenti del Triage, come evoluto dalla DGR 6867/2022, dell'Interai HomeCare e la scheda Siad finalizzata all'adempimento del debito informativo.

L'equipe di Valutazione Multi-Dimensionale (EVM), nell'ambito delle articolazioni organizzative dei distretti delle ASST, in corso di sviluppo in attuazione del DM 77/2022, e i MMG possono fin da subito, previo completamento delle operazioni di profilazione, utilizzare la piattaforma regionale per le fasi di presa in carico e valutazione dell'assistito, garantendo anche la rivalutazione periodica della persona assistita.

In prospettiva evolutiva, la SGDT, attraverso un servizio di cooperazione applicativa, renderà disponibili agli erogatori delle cure domiciliari scelti dal cittadino gli elementi della valutazione (Triage e, quando necessario, Interai Homecare) e il Progetto Individuale predisposto dall'EVM, nonché la scheda Siad. Con la formulazione del Progetto Individuale, che comprende anche il PRI quando necessario, l'EVM individua le risposte assistenziali, differenziate per intensità e complessità, e assegna il percorso/livello più appropriato rispetto ai bisogni individuati.

L'erogatore di cure domiciliari che prende in carico l'utente, acquisita nei propri sistemi informativi attraverso il servizio di cooperazione applicativa la

documentazione sanitaria predisposta dall'EVM di ASST, definirà il PAI e si attiverà per l'erogazione secondo i paradigmi stabiliti dalla DGR 6867/2022.

Nel disegno complessivo evolutivo del sistema di Gestione Digitale del Territorio, l'erogatore di cure domiciliari, attraverso un secondo servizio di cooperazione applicativa, renderà disponibili alla piattaforma regionale i dati riferiti agli eventi legati all'assistenza erogata. I due servizi in ogni caso conterranno le informazioni necessarie a garantire il livello informativo funzionale all'alimentazione del flusso Siad. In quest'ottica, e secondo questo modello, l'implementazione della SGDT si pone in prospettiva, quale obiettivo strategico, quello di superare progressivamente l'attuale logica del conferimento periodico dei dati attraverso i flussi informativi di rendicontazione ex post con un nuovo sistema di conferimento dei dati *real time* per consentire un reale e tempestivo monitoraggio del bisogno utile per la governance del SSR nonché per la gestione di eventuali casi di emergenza.

Le specifiche tecniche dei due servizi di cooperazione applicativa su richiamati sono in corso di definizione e saranno oggetto di un atto formale predisposto dalla DG Welfare.

3. GESTIONE DELLA FASE TRANSITORIA

Per la gestione della fase transitoria, come anticipato dal paragrafo 18 della DGR 6867/2022, l'ente gestore, all'esito positivo della riclassificazione dell'accREDITamento acquisisce un nuovo Cudes, con conseguente acquisizione dello status di unità d'offerta C-DOM, che, ai fini delle rendicontazioni periodiche, dovrà essere utilizzato non prima del 1/4/2023. L'ente gestore riclassificato provvede alla chiusura delle prese in carico che risultano attive al 31/3/2023 procedendo ad una dimissione "tecnica", che in ogni caso si classifica quale dimissione amministrativa, e pertanto garantendo in ogni caso la continuità assistenziale. In fase di primo avvio gli stessi enti gestori provvedono alla riconversione dei profili secondo il nuovo sistema dei percorsi/livelli e ne danno comunicazione alle Asst e alle Ats secondo le indicazioni che le stesse allo scopo forniranno al fine delle verifiche di coerenza.

Gli enti gestori, contestualmente, procedono all'apertura della presa in carico per gli stessi assistiti con data 1/4/2023 utilizzando i nuovi Cudes post-riclassificazione. Per la riconversione nei percorsi/livelli del nuovo modello di erogazione delle cure domiciliari l'ente gestore farà riferimento agli esiti dell'ultima valutazione in corso di validità.

Successivamente al 1/4/2023, le eventuali rivalutazioni, ordinarie o straordinarie, che si rendono necessarie per gli assistiti oggetto di riconversione provvisoria, saranno indirizzate alle EVM dell'Asst competente che potrà procedere alla valutazione utilizzando gli strumenti della piattaforma regionale. In questo caso, l'EG dovrà provvedere alla dimissione amministrativa dell'utente e la rivalutazione dell'EVM di Asst si configurerà quale prima valutazione di presa in carico, potendo attivare il processo digitale predisposto sulla SGDT.

L'Ente Gestore che non presenta istanza di riclassificazione, o nel caso di istruttoria di riclassificazione con esito non positivo, è tenuto a coordinarsi con l'Asst di riferimento affinché sia garantita, a partire dal 1/4/2023, la continuità assistenziale agli assistiti in loro carico.

Al fine della progressiva implementazione della SGDT, dall' 1/4/2023 le nuove prese in carico in assistenza domiciliare potranno gradualmente e progressivamente

essere attivate utilizzando le funzioni messe a disposizione dalla SGDT, anche in considerazione del progressivo subentro nella rete d'offerta regionale della componente di parte pubblica.

A tutto il 2023 il debito informativo, costituito dai flussi Siad e FE4 è garantito a Regione Lombardia per il tramite delle Ats con invio tramite Smaf.

Per il primo trimestre 2023 sono confermate le regole, contenuti e procedure di rendicontazione vigenti fino all'entrata in vigore delle disposizioni della DGR 6867/2022 di riordino dell'Adi. L'ente gestore, per la rendicontazione della produzione, a tutto il 31/3/2023 utilizza il Cudes Adi pre-riclassificazione. Gli uffici regionali comunicheranno per tempo indicazioni per la chiusura delle pratiche/posizioni rispetto al flusso SIAD ed FE4.

A partire dal secondo trimestre 2023, eventuali evoluzioni dei flussi informativi Siad ed Fe4 saranno valutati e quanto prima comunicati da parte degli uffici regionali competenti.

Tenuto conto del sistema allargato delle cure domiciliari, si conferma che le prese in carico in Rsa Aperta e in Adp delle cure primarie concorrono all'alimentazione del flusso Siad nazionale. Pertanto, anche nel 2023 si procederà alla rilevazione della produzione erogata secondo le indicazioni fornite dai competenti uffici della DG Welfare.

E' in corso da parte del Ministero della Salute la valutazione di una evoluzione del flusso informativo Siad nazionale orientato principalmente ad una più puntuale identificazione dell'assistenza erogata dalla rete di cure palliative domiciliari, nonché alla rilevazione delle prestazioni erogate in modalità da remoto con la telemedicina. Gli esiti in via definitiva dei lavori ministeriali potrebbero rendere necessario provvedere all'adeguamento dei tracciati regionali dei flussi informativi Siad e CP.

4. ORGANIZZAZIONE DEL PERCORSO DI FORMAZIONE A FAVORE DELLA RETE DELLE ASST/MMG/PLS LEGATO AL PROCESSO DI PRESA IN CARICO NELLA LOGICA DEL PROGETTO DI VITA DI CUI ALL'ART. 14 DELLA LEGGE 328/2000

Nel corso del 2023 sarà attuato il percorso di formazione previsto dalla DGR XI/6867/2022 a favore degli operatori impegnati nella rete territoriale delle ASST, dei medici di assistenza primaria e dei pediatri di libera scelta, degli operatori dei servizi sociali comunali, di tutti gli operatori degli enti erogatori pubblici e privati che a diverso titolo e con diverso ruolo concorrono nella gestione e condivisione del progetto di vita, delle persone nel proprio ambiente di vita.

La formazione sarà proposta utilizzando molteplici canali comunicativi: lezioni frontali, moduli in FAD con lezioni asincrone e lezioni sincrone con webinar, esercitazioni pratiche e lavori di gruppo. Tutto il territorio regionale sarà coinvolto in momenti formativi distinti per le 8 ATS. Ogni singolo territorio provinciale potrà in questo modo contribuire alla formazione e caratterizzare le lezioni con esperienze locali e professionisti, oltre che perseguire l'obiettivo di rendere la formazione più facilmente fruibile e accessibile.

Assistenza al domicilio di pazienti oncologici

Nel mese di maggio 2014 è stato avviato presso l'allora Azienda Ospedaliera di Varese il progetto di Simultaneous Home Care, oggi ridefinito Homcology, inizialmente totalmente sostenuto dall'Associazione Varese per l'Oncologia, successivamente divenuto progetto pilota e attualmente in carico alla ASST Sette Laghi che si propone di garantire la continuità assistenziale ai pazienti dimessi dall'U.O. di Oncologia degenza o Oncologia Ambulatorio/MAC e che abbiano necessità di proseguire con trattamenti attivi e/o sintomatico-palliativi al domicilio.

L'attività di assistenza viene erogata in stretta collaborazione con il MMG che mantiene in carico il paziente e che potrà avvalersi della consulenza di un oncologo, di uno specialista in cure palliative, di uno psicologo e di un fisioterapista e del personale infermieristico.

Il progetto Homcology si rivolge a:

- Pazienti con Performance Status in grado di proseguire le cure attive ma, con disabilità che impediscono l'accesso all'ambulatorio per limitazione funzionale legata alla patologia tumorale o al trattamento della stessa (es. compressioni tumorali, fratture patologiche, tossicità farmacologiche) stessa o a deficit neurologici e/o motori non riconducibile alla patologia oncologica (emiplegie, paraplegie, patologie cronico-degenerative).
- Pazienti che vivono in ambienti disagiati e/o con problematiche familiari o sociali che rendono difficoltoso l'accesso alle cure ambulatoriali.
- Pazienti che hanno interrotto le cure attive per la patologia tumorale in condizioni di fragilità in cui è prevedibile una aspettativa di vita superiori ai 6 mesi e che non presentano i requisiti per essere inseriti in un progetto di ODCP.

L'approccio al paziente è globale. La gestione multidisciplinare del paziente garantisce competenza nel trattamento oncologico attivo, nel trattamento dei relativi effetti collaterali, nella somministrazione della terapia del dolore, nel controllo dei sintomi e nella attenzione alla qualità della vita mediante la definizione, in accordo con il MMG, del Piano Assistenziale Individuale (PAI).

Il programma di SHC può integrarsi con l'attività dell'ADI secondo il PAI concordato con il MMG.

In caso di peggioramento clinico-assistenziale potrà essere richiesta, sempre in accordo con il MMG, l'attivazione di Ospedalizzazione Domiciliare (ODCP) o Cure Palliative/Hospice.

Il progetto ha già conseguito negli anni importanti risultati quali ad esempio:

- la continuità terapeutica attiva ed assistenziale ai pazienti oncologici dimessi dalla U.O. di Oncologia degenza ed ambulatorio/MAC.

- Il miglioramento della qualità della vita del paziente ed efficace sostegno alla famiglia
- competenze specialistiche in cure sintomatico-palliative da parte dell'oncologo-palliativista e stretta collaborazione con il MMG.
- Riduzione dei tempi di ricovero in degenza
- Cura del paziente a domicilio evitando accessi impropri al Pronto Soccorso e successivo eventuale nuovo ricovero.
- Precoce inserimento nel programma di Ospedalizzazione Domiciliare Cure Palliative-Hospice.
- Riduzione della spesa sanitaria per accertamenti e cure improprie.

Per il 2023 ci si pone come obiettivo quello di incrementare il personale medico, infermieristico, di supporto psicologico e fisioterapico necessario per lo svolgimento di questa attività.

Ulteriore obiettivo innovativo riguarda l'introduzione del personale volontario recentemente formato a supporto della figura del caregiver.

Inoltre, entro la fine del 2023, si prevede di integrare il servizio con gli infermieri di famiglia operanti presso le case della comunità.

A tali fini è previsto un finanziamento di 100.000 euro all'ASST dei Sette Laghi con destinazione vincolata al fine di definire con precisione i costi rendicontabili rispetto agli obiettivi 2023.

CURE PALLIATIVE

Nel corso del 2023, la Direzione Generale Welfare prosegue nel processo di sviluppo del modello organizzativo e della capacità erogativa della rete di cure palliative in coerenza all'Accordo n.118/CSR del 27 luglio 2020 relativo all'Accreditamento delle Reti di Cure Palliative, nonché ai sensi della l.r. n. 22/2022 e del DM 77 del 23 maggio 2022. Alla luce del monitoraggio condotto per il triennio 2019-2021, con il coinvolgimento dell'Organismo di coordinamento regionale delle Cure palliative, si ritiene strategico portare a compimento il "Piano di sviluppo della Rete Regionale di Cure Palliative e delle sue Reti Locali" i cui obiettivi prioritari a valenza strategica sono i seguenti:

1. Identificazione precoce e proattiva del Bisogno di Cure Palliative (BCP) nella popolazione di pazienti cronici e fragili in fase avanzata di malattia, che mira a ridurre gli accessi impropri alla rete di emergenza urgenza e alle strutture ospedaliere. A tal fine, le azioni da avviare sono:

- a. la promozione dell'utilizzo dello Strumento (sub-allegato E ex DGR 1046/2018) aggiornato, ai fini dell'avvio della valutazione della condizione clinica del malato da parte delle Reti Locali di Cure Palliative che dovrà prevedere momenti di formazione specifica, rivolta ai professionisti coinvolti nel processo, in particolar modo, MMG, IFoC, medici delle RSA, medici specialisti di branca;
 - b. l'introduzione di strumenti univoci di valutazione multidimensionale, di competenza specialistica, per stratificare il BCP per livelli di complessità e di intensità assistenziale, prevedendo anche in questo caso una formazione ad hoc.
2. Efficientamento della capacità erogativa delle rlcp ai fini di una risposta più puntuale al BCP, nonché al fine di dare la massima prossimità alle cure, saranno progressivamente monitorati e identificati i profili/livelli assistenziali da assicurare sia in ambito ospedaliero che territoriale, con particolare riguardo alle attività ambulatoriali (comprese le cure simultanee) e consulenziali (intra ed extraospedaliere) incluse le forme di tecnoassistenza. In tal senso, si procederà a valutare l'attivazione di un flusso informativo dedicato a questa tipologia di prestazioni, ad implementazione del Flusso CP, e contestualmente ad aggiornare le schede struttura in modo coerente alle suddette attività.
- *Cure palliative specialistiche in Ospedale*: nel corso del 2023 la DG Welfare, in aderenza all'articolo 38, comma 2 del DPCM del 12 Gennaio 2017 “Nuovi LEA” e in attuazione del DM 77 del 23 maggio 2022, monitora l'attività di cure palliative nell'ambito delle strutture ospedaliere da parte di Équipe dedicate di cure palliative. L'équipe di cure palliative svolge funzioni di governo clinico dei processi di ricovero e dimissione dei malati con BCP, coordinando e integrando le Cure palliative nei diversi livelli di assistenza, in collaborazione con le COT, i PUA, l'ADI complessa e l'Assistenza Primaria.
 - *Cure palliative specialistiche in ambulatorio*: sono erogate in modo precoce e simultaneo da equipe dedicate e specificatamente formate in cure palliative che operano all'interno della RLCP nei livelli ospedaliero e territoriale. Ai fini di una risposta più puntuale al Bisogno di Cure Palliative, e per dare la massima prossimità alle cure, saranno progressivamente monitorati e valutati i profili/livelli assistenziali da assicurare sia in ambito ospedaliero che territoriale, con particolare riguardo alle attività ambulatoriali (comprese le cure simultanee) e consulenziali (intra ed extraospedaliere), incluse le forme di tecno-assistenza, per una progressiva attivazione presso Case di Comunità e altre strutture accreditate per le Cure Palliative.
 - *Ulteriori Azioni di efficientamento delle RLCP*: al fine di valorizzare l'offerta territoriale di cura e assistenza in modo omogeneo nelle diverse aree geografiche, verranno messe in atto azioni volte a sviluppare le migliori sinergie tra tutti i soggetti erogatori di cure palliative e le altre risorse del territorio di riferimento delle RLCP. Inoltre, sarà utile effettuare l'analisi degli strumenti di valutazione dell'appropriatezza, in uso presso le ATS, per l'ambito specifico delle cure palliative per un loro successivo aggiornamento.

3. FORMAZIONE DEGLI OPERATORI

Nel corso del 2023 in attuazione al Piano degli eventi formativi 2020-2023 rivolti al personale del SSR si procederà alla realizzazione dei percorsi formativi a favore dei professionisti delle Reti di cure palliative nonché, in aderenza all'Intesa CSR del 9 luglio 2020 rep. Atti n. 103/CSR, dei referenti delle Organizzazioni di Volontariato delle Reti Locali di Cure Palliative

4. RETE DI TERAPIA DEL DOLORE E CURE PALLIATIVE PEDIATRICHE – RTD-CPP.

Nel corso del 2023, l'Organismo di coordinamento regionale delle CP, integrato con professionisti esperti nel settore, perseguirà i seguenti obiettivi:

- a. Avviare un monitoraggio propedeutico ad una implementazione della rete di specifico riferimento, in coerenza con quanto previsto dall'Accordo n. 30/CSR del 25 marzo 2021, tenuto conto del bisogno espresso dai territori;
- b. definire i rapporti e le interazioni, atte a favorire le opportune sinergie, tra la RTD-CPP e la RLCP;
- c. a partire dalle esperienze maturate, definizione di un Piano formativo specifico per gli operatori della rete.

5. RETE DI TERAPIA DEL DOLORE

Nel corso del 2023, la Direzione Generale Welfare procede all'accreditamento delle Reti di Terapia del dolore secondo le indicazioni contenute nel documento tecnico di cui all'Accordo CSR n.119/2020 del 27 luglio 2020.

A tal fine viene dato mandato alla DG Welfare, di procedere:

- all'aggiornamento dell'Organismo di Coordinamento della Rete di Terapia del Dolore di cui alla DGR n. X/6691/2017;
- alla stesura di un documento tecnico di sviluppo della Rete Regionale di Terapia del Dolore che, in aderenza all'Accordo CSR n.119/2020 del 27 luglio 2020, definisca:
 - l'evoluzione del modello organizzativo della rete regionale di terapia del dolore con l'identificazione delle Reti Locali di Terapia del Dolore e riclassificazione dei Centri di Terapia del Dolore Specialistici di Primo e di Secondo Livello;
 - i rapporti e le interazioni, atte a favorire le opportune sinergie, tra la RLTD e il territorio.

Nel corso del 2023 in attuazione al Piano degli eventi formativi 2020-2023 rivolti al personale del SSR si procederà alla realizzazione dei percorsi formativi a favore dei professionisti della Rete di Terapia del dolore.

8. MEDICINA DI GENERE

Per attuare un sistema sanitario in grado di garantire i concetti di appropriatezza e di personalizzazione delle cure si rende necessario l'inserimento dei principi della medicina di genere in Sanità. La declinazione di tali principi rappresenta una opportunità strategica per garantire l'erogazione di prestazioni sanitarie sempre più rispettose e rispondenti ai bisogni di salute della popolazione. Il decreto

attuativo *“Piano per l'applicazione e la diffusione della medicina di genere”* introduce il concetto di genere in medicina al fine di garantire l'erogazione di percorsi di diagnosi e cura su misura appropriati e personalizzati capaci di salvaguardare lo stato di salute e di benessere della popolazione. La medicina di genere è pertanto diventata una realtà imprescindibile ed indispensabile e costituisce una integrazione trasversale di specialità e competenze sanitarie e deve essere considerata una esigenza irrinunciabile dei servizi sanitari attuali. La medicina di genere fonda le sue basi sulle differenze dello stato di salute e di malattia tra un uomo, una donna, un bambino e un anziano e si prefigge di limitare e abbattere le disuguaglianze di studio, di attenzione e di trattamento farmacologico per garantire a tutti, donne e uomini, bambini ed anziani il migliore trattamento possibile in funzione della specificità di genere. Un sistema sanitario di qualità fondato su specifici indicatori di genere, favorendo l'appropriatezza dei programmi di cura, limiterà sprechi e costi sanitari, assicurerà la sostenibilità economica delle spese sanitarie e ridurrà inoltre gli errori. La Medicina di Genere merita quindi una attenzione specifica in quanto capace di garantire anche i principi di universalità, uguaglianza e rispetto della persona umana, propri di un Sistema Sanitario innovativo.

Le azioni da attuarsi devono garantire la realizzazione degli obiettivi strategici delle quattro aree definite nel *“Piano per l'applicazione e la diffusione della medicina di genere”* in ottemperanza dell'art. 3, legge 11 gennaio 2018, n. 3.

Pertanto, si deve porre attenzione alla corretta declinazione delle quattro aree come di seguito indicato:

- Percorsi clinici (prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione);
- Ricerca e innovazione;
- Formazione e aggiornamento professionale;
- Comunicazione e informazione.

In coerenza con le suddette aree e per ottemperare al piano stesso, devono essere declinate le azioni positive generali come di seguito indicato:

- Raccordo e coordinamento delle attività messe in campo dalle strutture socio-sanitarie aziendali e territoriali, al fine di realizzare un sistema di rete in grado di promuovere e garantire lo sviluppo omogeneo della medicina di genere sul territorio regionale.
- Promozione di percorsi di cura della persona che tengano conto della differenza di genere, per garantire una maggiore appropriatezza e personalizzazione dei percorsi di presa in carico di diagnosi e cura.
- Definizione e attuazione di percorsi di sensibilizzazione e di formazione degli operatori sanitari verso il determinante genere, al fine di garantire l'equità della presa in carico.
- Sviluppo della ricerca in tutti gli ambiti sanitari dalla prevenzione alla riabilitazione, passando attraverso la terapia.
- Sviluppo di soluzioni innovative di accesso ai servizi e alle cure, al fine di migliorare la tutela della salute.
- Promozione e diffusione della conoscenza della medicina di genere

coinvolgendo la popolazione generale, i media, i giornalisti, le istituzioni scolastiche, gli avvocati e tutti i professionisti che si occupano di giurisprudenza.

9.AREA DELLA CONTRATTUALIZZAZIONE DELLE STRUTTURE SOCIOSANITARIE E DELLA SALUTE MENTALE

1. LA CONTRATTUALIZZAZIONE DI POSTI REALIZZATI MEDIANTE FINANZIAMENTI PUBBLICI O RIENTRANTI NEI PIANI PROGRAMMA E LE SELEZIONI DERIVANTI DA FATTISPECIE LEGATE A UDO CHE PERDONO IL CONTRATTO

A livello nazionale, in attuazione degli obiettivi di PNRR, sono in corso di definizione le norme attuative della Legge 118/2022 che richiederanno poi alle Regioni di adempiere alle procedure entro le tempistiche che saranno lì definite. Il 2023 si qualifica pertanto come anno di transizione. In attesa dell'approvazione dei decreti, e fermo restando che qualora una UDO perde il contratto, i corrispondenti posti/volumi a contratto rientrano nella programmazione regionale che, nell'ottica di garantire i Lea, rialloca le risorse per la contrattualizzazione in funzione del riequilibrio territoriale, in esito a manifestazioni di interesse fondate su selezioni quali quantitative gestite a livello di ATS, si prevedono di seguito le casistiche legate alla contrattualizzazione nel 2023.

Rientra nella programmazione regionale la messa a contratto di posti di unità d'offerta sociosanitarie realizzati mediante finanziamenti pubblici statali o regionali assegnati prima del 01/01/2017, alle seguenti condizioni:

- A. per i casi di finanziamento statale: che il medesimo sia espressamente finalizzato allo sviluppo della rete sociosanitaria e, in particolare, alla realizzazione della specifica unità d'offerta da mettere a contratto; la stipula di un contratto di mutuo, anche se finalizzato, non può essere assimilabile alla condizione sopra richiamata;
- B. per i casi di finanziamento regionale: che il medesimo sia espressamente finalizzato allo sviluppo della rete sociosanitaria e, in particolare, alla realizzazione della specifica unità d'offerta da mettere a contratto, che risulti assegnato dalla Direzione Generale Welfare o, per i finanziamenti assegnati prima del 27/10/2015 (data della sua istituzione) dalla Direzione Generale competente per la programmazione della rete sociosanitaria e che il numero di posti da mettere a contratto non superi quello previsto dall'intervento ammesso a finanziamento.
- C. che risultino concluse sia la realizzazione dell'intervento oggetto di finanziamento che la liquidazione del corrispondente contributo, con il saldo dello stesso.

In ogni caso, la messa a contratto è subordinata alla rinnovata valutazione, da parte della Regione, della compatibilità dell'intervento finanziato con la programmazione sociosanitaria, sulla base della valutazione del fabbisogno

assistenziale da parte dell'ATS territorialmente competente, nel limite delle risorse disponibili.

Con effetto dalle regole 2017 è stato previsto, in una logica di sostenibilità, che le assegnazioni di finanziamenti pubblici statali o regionali successive al 1° gennaio 2017 non costituiscono titolo per la messa a contratto delle unità d'offerta sociosanitarie mediante gli stessi realizzate, a meno che lo specifico provvedimento di assegnazione non lo stabilisca espressamente. Resta in ogni caso possibile, fermo restando il pieno rispetto dell'equilibrio economico di sistema, la valutazione da parte della Giunta sul livello di coerenza del servizio con la programmazione del fabbisogno, ai fini della eventuale scelta di contrattualizzazione.

Per le unità d'offerta che concludono, nel corso del 2023, i piani programma per l'adeguamento ai requisiti strutturali con la conseguente riattivazione di posti, è consentita la messa a contratto dei posti già precedentemente a contratto, ma temporaneamente inattivi per il periodo dei lavori. In ogni caso, non è consentita la messa a contratto di ulteriori posti letto, non precedentemente già contrattualizzati, nemmeno se la loro realizzazione era prevista nel piano programma.

2. SPOSTAMENTO DI VOLUMI DI POSTI A CONTRATTO E DEL RELATIVO BUDGET

Gli Enti Unici gestori di più unità di offerta possono proporre alle ATS lo spostamento dei propri assetti contrattualizzati e delle relative quote di budget:

- tra ATS diverse, solo nell'ambito della medesima tipologia di unità d'offerta e in funzione del miglior allineamento dei territori stessi agli indici di dotazione medi regionali delle diverse tipologie di unità d'offerta;
- all'interno della stessa ATS, al fine di permettere un riequilibrio dell'offerta tra ambiti territoriali. In questo caso, lo spostamento può anche riguardare unità d'offerta di differente tipologia. Lo spostamento all'interno della stessa ATS può anche riguardare unità d'offerta accreditate e non contrattualizzate, che possono acquisire, in tutto o in parte, il budget assegnato ad un'altra unità d'offerta del medesimo ente gestore, nell'ambito della stipula di un nuovo contratto.

Gli spostamenti hanno come obiettivo un riequilibrio dell'offerta nell'ambito territoriale, e possono avvenire purché l'unità d'offerta che riduce il proprio assetto sia e rimanga al di sopra dell'indice di dotazione medio regionale. A tale scopo, in calce al presente capitolo si fornisce, la situazione degli assetti contrattualizzati al 31/12/2021 (Appendice 1).

Restano escluse l'area delle dipendenze, delle cure intermedie, dell'ADI e le cure domiciliari, in quanto interessate da specifici processi di riordino.

Le proposte di spostamento dovranno essere presentate dalle ATS ai competenti uffici della DG Welfare, già corredate da proprio parere.

Le proposte dovranno attestare che:

- il trasferimento non comporta il fabbisogno di risorse aggiuntive per il sistema;
- le UDO che cedono posti non sono state realizzate con finanziamenti pubblici statali o regionali, finalizzati alla realizzazione dell'unità d'offerta, onde garantirne la destinazione d'uso e la restituzione di eventuali somme da rimborsare in relazione al finanziamento ricevuto;

- l'effettivo funzionamento delle udo che cedono i posti/volumi, nel quadro di quanto previsto al paragrafo del presente allegato che disciplina l'accredimento sociosanitario, con particolare riguardo alle regole sui procedimenti di voltura dell'accredimento e di riconoscimento di Enti Unici;
- il trasferimento proposto non fa venire meno la finalizzazione per cui era stato attivato quel contratto;

Gli spostamenti si realizzano a seguito dell'esito dell'istruttoria regionale e, laddove necessario, a seguito dei provvedimenti di variazione dei budget di produzione.

Lo spostamento di posti/budget tra UDO è precluso nei casi di strutture gestite sulla base di una concessione comunale o di strutture di proprietà ATS /ASST/altro ente pubblico, gestite in concessione da terzi.

Nell'ambito delle strutture di riabilitazione ex art. 26, per i soggetti che erogano sia prestazioni in regime di ricovero/ciclo diurno che in regime ambulatoriale e/o domiciliare, fermo restando il budget complessivamente assegnato contrattualmente, è possibile richiedere lo spostamento di volumi contrattualizzati e delle relative quote di budget verso il regime domiciliare. Tale rimodulazione deve essere autorizzata dalla ATS territorialmente competente e comunicata alla Direzione Generale Welfare.

Ai fini della remunerazione del 2022, rimane altresì confermata la possibilità introdotta per il biennio precedente con l'obiettivo di applicare le regole di prevenzione e controllo del rischio Covid correlato, di superare il tetto del 130% per la remunerazione delle prestazioni in regime ambulatoriale e domiciliare (rif. § 6.3.8.12 Ulteriori regole di remunerazione della DGR 2672/2019), fermo restando i limiti di risorse del budget assegnato alla struttura).

3. EFFETTI SUL CONTRATTO DEL PROCESSO DI DECADENZA DALL'ACCREDITAMENTO

All'esito del procedimento di decadenza dall'accredimento di cui al paragrafo del presente provvedimento che disciplina l'accredimento sociosanitario, i posti/volumi cessati tornano nell'ambito della programmazione regionale che, nell'esercizio della discrezionalità diretta a garantire la migliore accessibilità ai servizi ricompresi nei LEA, ne regola la destinazione ai territori, allo scopo di concorrere al miglioramento della convergenza degli indici di copertura di posti/volumi a contratto sul territorio di ASST considerati agli indici medi di copertura regionali per la medesima o altre tipologie di unità di offerta sotto la media regionale di posti a contratto. Al fine delle predette valutazioni si fa riferimento al quadro riportato nella nell'Appendice 1 in calce al presente allegato, dove sono riportati gli attuali indici di copertura per ASST di posti/volumi a contratto in rapporto al corrispondente livello medio regionale

In analogia a quanto previsto dalla DGR n. 2569/2014 – All. 1 § 3.7. - in tema di decadenza dell'accredimento per mancato avvio dell'attività con l'effettiva presa in carico di utenti, le ATS, sulla base della verifica della condizione di mancata presa in carico di utenti da parte delle U.d.O sociosanitarie per un periodo di novanta giorni, devono avviare il procedimento previsto dalla DGR medesima per la dichiarazione di decadenza dell'accredimento. In ogni caso si prevede che non è prorogato sui primi 4 mesi del 2023 il contratto 2022 delle unità di offerta

sociosanitarie inattive nei 12 mesi antecedenti l'approvazione del presente atto. La stessa regola si applica in tutte le ipotesi di UDO, anche afferente alla rete sperimentale, inattiva da 12 mesi.

Qualora una UDO perde il contratto, i corrispondenti posti/volumi a contratto rientrano nella programmazione regionale che, nell'ottica di garantire i Lea, rialloca le risorse per la contrattualizzazione in funzione del riequilibrio territoriale, in esito a manifestazioni di interesse fondate su selezioni quali quantitative gestite a livello di ATS.

4. REGOLE PER LA NEGOZIAZIONE DELLE STRUTTURE SOCIO SANITARIE: PROCESSO DI NEGOZIAZIONE 2023, REGOLE DI DETERMINAZIONE DEL BUDGET 2023 AI FINI DELLA STIPULA DEL CONTRATTO DEFINITIVO E PRIMI INDIRIZZI IN TEMA DI RIMODULAZIONE

L'art. 10 dello schema tipo di contratto per le unità d'offerta sociosanitarie di cui all'allegato al presente provvedimento, prevede che *"Il presente contratto ha validità annuale coincidente con l'anno solare (1/1/... - 31/12/...) ed è prorogato sino alla stipula del nuovo contratto per l'anno successivo. I rapporti economici intercorrenti durante il periodo di proroga (1/1 - 30/4 dell'anno successivo) sono passibili di rettifica al momento della sottoscrizione del nuovo contratto, secondo le regole sopravvenute, fermo restando l'importo economico massimo delle prestazioni da erogare in tale periodo che non può superare i 4/12 del budget dell'anno precedente"*.

Ai fini della stipula le ATS utilizzano lo schema allegato al presente atto relativo all'area sociosanitaria e all'area non intercompany della salute mentale, entro il valore di budget di produzione che verrà aggiornato con successivo atto dei competenti uffici della DG Welfare entro il quadro delle risorse di FSR di cui alla Macro area 3 e 4 dell'allegato 1) alla presente atto.

In analogia, sono sottoscritti con le medesime tempistiche i protocolli negoziali dell'assistenza residenziale post acuta e delle altre sperimentazioni/misura, secondo i modelli all'uopo forniti dalla Direzione Generale Welfare. Anche nell'ambito di questi ultimi modelli viene prevista la proroga automatica per i primi 4 mesi dell'anno successivo in analogia a quanto introdotto nello schema di contratto con la rete consolidata, fatta salva l'applicazione della regola che prevede l'inoperatività della proroga in ipotesi di UDO, anche sperimentale, inattiva nei 12 mesi precedenti.

Con riferimento alle Misure e alla rete sperimentale si definiscono le seguenti specifiche indicazioni:

- per la Misura della RSA Aperta, delle sperimentazioni ex DGR X/3239/2012 e delle altre sperimentazioni attive sul territorio delle ATS nel quadro delle delibere di relativa approvazione e regolamentazione, facendo seguito alla nota regionale Protocollo G1.2021.0070901 del 23/12/2021, entro i limiti delle risorse di FSR assegnate nella Macroarea 4) delle unità di offerta sociosanitarie per euro 9.302.000 e della Macroarea 5) della presa in carico per euro 51.409.000, secondo la declinazione analitica dei budget di FSR 2023 specificati nei relativi capitoli del presente allegato, le ATS procedono alla firma degli addendum contrattuali in essere;
- per le Misure non a budget della Residenzialità assistita e dei Minori in comunità è autorizzata l'estensione al 30/04/2023 degli effetti del

contratto/convenzione/addendum in essere, considerando quindi il relativo sotto budget di ASST – ove applicato - calcolato in ragione dei 4/12 del sotto - budget 2023.

I contratti definitivi 2023 saranno pertanto sottoscritti entro il 31/05/2022 con validità per la rete consolidata - dal 1/1/2023 - 31/12/2023, fatto salvo per le fattispecie che comportano la variazione di elementi essenziali del contratto, in relazione alle quali l'efficacia del contratto decorre dal momento della sottoscrizione del contratto che tiene conto della variazione intervenuta.

Con esclusione dei casi declinati nei capoversi successivi, i budget definitivi 2023 sono determinati confermando i budget definitivi sottoscritti per il 2022, tenendo in ogni caso conto:

- degli effetti di cui alle delibere di incrementi delle tariffe;
- per la NPIA degli effetti ai collegati alla DGR di definizione dei nuovi requisiti organizzativo gestionali di accreditamento in corso di approvazione delle strutture terapeutico residenziali della NPIA e di potenziamento della rete d'offerta residenziale e diurna in attuazione della DGR XI/6387/2022
- del trascinarsi ad anno dell'incremento determinato dai processi di nuove contrattualizzazioni di cui alla DGR XI/6387/2022 e alle delibere su area dipendenze e quella in corso sulla NPIA.

Eventuali UDO della rete consolidata e sperimentale:

- con un livello di sottoproduzione 2022, al netto della L.R. 24 e del protocollo Covid, > del 60% rispetto al valore della corrispondente specifica scheda di budget, il valore 2023 della scheda è abbattuto del 50 % del valore dell'ipoprodotto;
- completamente inattive nei 12 mesi precedenti l'approvazione del presente atto, decadono dal contratto. Non opera pertanto la proroga sui primi 4 mesi del 2023.

L'acconto sul 2023 è pari al 95% di 1/12 del valore della scheda di budget 2022 sui primi 4 mesi tenuto conto degli effetti di incremento derivanti da provvedimenti 2022 e poi aggiornato con il valore della scheda budget 2023.

Gli acconti dell'ultimo trimestre, qualora la produzione rendicontata nel primo semestre non raggiunga almeno il 90% del budget proporzionale al periodo dei 6 mesi, sono pari al 95% di 1/6 del valore della produzione rendicontata nel primo semestre 2023, conguagliando l'eventuale differenza negativa sulle mensilità già erogate.

Con effetto dal 2024 si programma il passaggio al regime della valorizzazione del budget nei limiti di quello riconosciuto nell'esercizio precedente al netto delle eventuali quote non storicizzabili, tenuto in ogni caso conto della necessità di ricercare il coordinamento tra tale meccanismo e quello, funzionale alla continuità assistenziale, del budget di filiera.

5. IL CONTRATTO DEFINITIVO NELL'AREA DELLE C-DOM ACCREDITATE IN APPLICAZIONE DELLE DETERMINAZIONI DI CUI ALLA DGR XI/6867/2022

Nell'ambito dell'assistenza domiciliare integrata (ADI) le determinazioni di cui al paragrafo 18) della DGR XI/6867/2022 prevedono che:

- le UDO già accreditate e a contratto alla data di adozione dello stesso provvedimento che presentando istanza di riclassificazione e per le quali, ricorrendone i requisiti, è assunto il provvedimento di accreditamento che ne dispone l'iscrizione come UDO di C-DOM nel registro regionale (AFAM) entro il 1/03/2023, con conseguente acquisizione dello status di unità di offerta C-DOM abilitata e accreditata all'esercizio per le cure domiciliari di base e di ADI integrata di I, II e III livello;
- l'ente gestore, all'esito della riclassificazione dell'accREDITamento, provvede alla chiusura delle prese in carico aperte il 31/03/2023 e alla relativa rivalutazione ai fini della riclassificazione dei profili secondo il nuovo sistema dei percorsi, da comunicare alla ASST per le verifiche di coerenza e ad ATS; al fine di garantire la continuità assistenziale, si prevede infatti che, in fase di primo avvio, siano gli stessi gestori a riclassificare provvisoriamente gli utenti secondo le nuove regole, in attesa che le EVM di ASST possano completare le rivalutazioni con i nuovi criteri;
- ai fini della rendicontazione della produzione a tutto il 31/03/2023, l'ente gestore utilizza il CUDES ADI pre-riclassificazione, chiedendo alle ATS pertanto di non procedere alla chiusura dei CUDES ADI fino a esplicite indicazioni che la DG Welfare provvederà ad emanare, per consentire il completamento dei processi di rendicontazione;
- la stipula del nuovo contratto è prevista entro il 31/05/2023 con applicazione del nuovo sistema tariffario dal 01/04/2023;
- il contratto è stipulato con la/le ATS di precedente contrattualizzazione rispetto alla quale viene assunto il nuovo provvedimento di accreditamento per riclassificazione e con riferimento ai distretti indicati nel provvedimento stesso;
- il contratto coinciderà con i soli distretti indicati nel provvedimento di riclassificazione dell'accREDITamento;
- con specifico riferimento ai provvedimenti di accreditamento per riclassificazione che indicano distretti confinanti di altre ATS, il contratto è mantenuto con le ATS di riferimento solo nell'ipotesi in cui la sede operativa accreditata è ubicata sul distretto di confine tra le ATS contraenti;
- il processo di valorizzazione del budget 2023 conseguente al suo allineamento al nuovo sistema di accreditamento, con la rivalutazione pari al 25% del budget, sarà determinato in applicazione delle determinazioni che verranno assunte per l'esercizio 2023.

Il presente paragrafo disciplina pertanto le regole di valorizzazione del budget per le UDO di C-DOM derivanti dal processo di riclassificazione regolato dalla DGR XI/6867/2022 ai fini della stipula del contratto 2023.

Per tali Unità di Offerta il nuovo contratto è stipulato entro il 30/04/2023, con validità riferita al periodo 01/04/2023-31/12/2023 e con applicazione del nuovo regime tariffario con effetto dal 1/04/2023, dovendo a tal fine tenere conto da tale data dei nuovi profili assistenziali esitati dalla rivalutazione degli assistiti in carico agli enti gestori alla data del 31/03/2023 come richiesto dalla DGR XI/6867/2022. Questo come diretta conseguenza del nuovo regime di accreditamento che declina l'assistenza domiciliare in cure domiciliari di base, nei percorsi assistenziali standard, e nell' ADI integrata di primo secondo e terzo livello. Ai fini della rivalutazione pari al

25% dei budget delle nuove C-DOM si tiene conto degli effetti giuridici prodotti dall'applicazione delle determinazioni assunte con DGR XI/6991/2022.

Il contratto relativo alle UDO ADI coinvolte dal processo di riclassificazione di cui alla DGR XI/6867/2022, e sottoscritto nel 2022 dalle ATS ai sensi della DGR 6387/2022, ha efficacia giuridica a titolo di proroga fino al 31/03/2023 e per effetto dell'applicazione delle determinazioni di cui alla DGR XI/6991/2022 ha una scheda di budget valore di riferimento per gli acconti calcolato incrementando il valore del budget definitivo 2022 della differenza positiva diretta a garantire sul trimestre 2023 il valore del 2,5% dell'incremento tariffario su base annua disposto dalla medesima delibera (2,5%-1,88%).

Il processo di definizione del budget 2023 rivolto alle UDO di C-DOM derivanti dal processo di riclassificazione si articola nei seguenti passaggi:

PRIMA FASE: CALCOLO DEL VALORE BASE 2023 CONSIDERANDO IL TRASCINAMENTO AD ANNO L'INCREMENTO TARIFFARIO DEL 2,5%

Il **valore base** della scheda di budget 2023 **(A)** è pari al valore della scheda di budget stipulata a giugno ai sensi della DGR XI/6387/2022 incrementato del 2,5%.

SECONDA FASE: AGGIORNAMENTO IN FUNZIONE DEL LIVELLO DI PRODUZIONE 2022 VALORIZZATA AL NETTO DELLA LEGGE 24/2020

Si procede ad un aggiornamento in funzione del livello di produzione erogata nel 2022 e valorizzata al netto dell'incremento previsto nel primo trimestre dello stesso anno derivante dalla LR 24/2020, secondo le seguenti indicazioni:

- per i contratti ADI di pre-riclassificazione che nel 2022 hanno registrato una iperproduzione ante applicazione della L.R. 24/2020 rispetto al valore della corrispondente e specifica scheda di budget ADI 2022, il valore base 2023 (A) delle corrispondenti nuove UDO C-DOM è incrementato fino al valore massimo dell'85% dell'iperproduzione erogata nel 2022, in ogni caso entro i limiti della disponibilità di FSR per l'ADI tenuto conto del livello di ipo-produzione di cui al punto successivo;
- per i contratti ADI di pre-riclassificazione che nel 2022 hanno registrato una ipo-produzione ante applicazione della L.R. 24/2020 rispetto al valore della corrispondente e specifica scheda di budget ADI 2022, il valore base 2023 (A) è nettizzato del 40% dell'ipo-produzione registrata ante L.R. 24/2020

La somma degli importi derivanti dalle prime due fasi determina il **valore base del budget 2023 aggiornato in funzione della produzione 2022 (B)**

TERZA FASE: AGGIORNAMENTO PER TENERE CONTO DEI PERIMETRI DI RICLASSIFICAZIONE

Ai fini del calcolo del budget delle nuove UDO di C-DOM si applicano poi le seguenti regole derivanti dal relativo perimetro di riclassificazione di accreditamento

- qualora il precedente contratto 2022, e che conserva efficacia a tutto il 31/03/2023, stipulato utilizzando il vecchio CUDES con la ATS di nuovo accreditamento ai sensi della DGR XI/6867/2022, presenta un efficacia

giuridicamente estesa all'intero territorio di ATS e il nuovo perimetro di accreditamento disposto dalla specifica DGR sia con esso coincidente, manifestando con ciò la disponibilità dell'ente gestore all'erogazione delle prestazioni domiciliari a favore della popolazione ricompresa in tutti i distretti delle ASST afferenti all'ATS di accreditamento/contrattualizzazione, **il valore base del budget 2023 aggiornato in funzione della produzione 2022 (B)** è confermato ai fini dell'applicazione delle ulteriori successive determinazioni; lo stesso si applica nel caso in cui il perimetro erogativo previsto nel contratto stipulato nel 2022 rispetto al precedente CUDES risulti limitato e non esteso all'intero territorio di ATS, ma comunque coincidente al perimetro territoriale dei distretti delle ASST afferenti al nuovo accreditamento;

- qualora invece i due perimetri non coincidano in quanto la DGR di accreditamento della nuova unità d'offerta di C-DOM indica un territorio ridotto rispetto al precedente contratto, manifestando la disponibilità ad erogare prestazioni domiciliari solo a favore di alcuni dei distretti delle ASST ricomprese nell'ATS di accreditamento (ovvero su un ambito territoriale più limitato), si applicano le seguenti indicazioni di riequilibrio:
 - riconoscendo, in ogni caso, il 25% di **(B)**;
 - la restante quota del valore del contratto del precedente CUDES, pari al 75% di **(B)**, è riconosciuta in proporzione alla produzione 2022 erogata a favore degli utenti assistiti sul territorio dei distretti di riclassificazione come rilevabile nell'ambito del sistema informativo disponibile; non è confermata la quota proporzionalmente riferita al valore della produzione 2022 erogata ad utenti assistiti nel territorio dei distretti non più previsti nel nuovo accreditamento;

Ai fini di tale elaborazione verrà preso a riferimento il flusso FE4 dell'anno 2022, ed i parametri relativi all'imputazione tariffaria, e si provvederà a mantenere neutro il valore della produzione erogata sulla mobilità intraregionale.

In questo modo si determina il **valore base aggiornato in funzione della produzione 2022 e della territorializzazione (C) rispetto alla nuova classificazione e accreditamento.**

Le regole definite per questa fase di calcolo del budget non si applicano in relazione ai distretti composti anche da comuni facenti parte delle aree interne di Regione Lombardia, in forza della classificazione approvata con DGR XI/5587 del 23/11/2021.

QUARTA FASE: AGGIORNAMENTO PER RICONOSCERE L'ADEGUAMENTO TARIFFARIO PREVISTO DALLA DGR XI/6867/2022, NON GIA' ANTICIPATO DALLA DGR XI/6991/2022

Al fine di riconoscere integralmente l'incremento tariffario previsto dalla DGR XI/6867/2022, il valore (C) è ulteriormente aumentato del 22,5% a completamento di quanto già anticipato in applicazione della DGR XI/6991/2022.

Il valore del budget definitivo 2023 così determinato e riferito alle C DOM derivante dalla riclassificazione e nuovo accreditamento, ricomprende anche la quota per la remunerazione della produzione erogata nel periodo 01/01/2023-31/03/2023 sul

vecchio CUDES. LA scheda budget da sottoscrivere entro il 31/05/2023 deve pertanto indicare per tali casistiche la somma dei budget corrispondenti ai vecchi e nuovi Cudes, riassorbendo il periodo transitorio.

Ciò premesso, si demanda di rinviare a successivi atti della DG Welfare per l'attuazione operativa delle presenti disposizioni, anche in termini di eventuali ulteriori indicazioni con carattere di precisazione/miglior finalizzazione delle determinazioni assunte, in ogni caso entro il limite invalicabile della spesa assunta con il presente provvedimento per l'ADI.

6. IL CONTRATTO 2023 DI ENTE UNICO ANCHE TRASVERSALMENTE SU DIFFERENTI TIPOLOGIE DI UNITÀ DI OFFERTA

Anche per l'esercizio 2023 si prevede la possibilità per l'Ente gestore riconosciuto come Ente unico di chiedere, anche trasversalmente sulle differenti tipologie di unità di offerta sociosanitarie ricomprese nell'atto che lo riconosce Ente unico, la stipula di un "contratto di filiera". Il valore del budget è pari alla somma dei budget definitivi sottoscritti nel 2022 – come eventualmente ricalcolati in ragione dell'applicazione dei provvedimenti e delle regole richiamate ai paragrafi precedenti del presente atto – sui diversi setting oggetto del contratto di filiera con rilevanza complessiva e indistinta in termini di livello di relativo assorbimento a fine esercizio. Tenuto conto di un contesto di gestione qualificato sin dal 2021 da un processo di rimodulazione delle attività assistenziali della rete di offerta e non da una disposizione di blocco totale e continuativo delle stesse, si prevede che eventuali forme di ristoro che dovessero essere successivamente previste a livello nazionale anche legate al caro energia, non troveranno applicazione nelle ipotesi di unità d'offerta inattiva (senza produzione sull'esercizio), neanche con riferimento alle fattispecie di contratto di filiera. Al fine della stipula del contratto, rimane fermo l'utilizzo dello schema tipo approvato per l'area sociosanitaria con il presente provvedimento, integrato con l'indicazione di tutte le UDO con esso contrattualizzate sull'esercizio 2023, con una scheda di budget per struttura e una scheda di riepilogo dell'afferenza alla filiera, trasversalmente riferita ai setting in esso ricompresi.

Il contratto di filiera di Ente unico non può comportare la storicizzazione sull'esercizio successivo della dinamica di assorbimento delle risorse di budget che produrrà sul 2023 sui diversi setting assistenziali sui quali è declinato.

Si richiama qui quanto previsto ai paragrafi precedenti, laddove si prevede il passaggio al regime della valorizzazione del budget nei limiti di quello riconosciuto nell'esercizio precedente al netto delle eventuali quote non storicizzabili, tenuto in ogni caso conto della necessità di ricercare il coordinamento tra tale meccanismo e quello, funzionale alla continuità assistenziale, del budget di filiera.

Il passaggio al regime della valorizzazione del budget nei limiti di quello riconosciuto nell'esercizio precedente al netto delle eventuali quote non storicizzabili.

Tenuto conto dei molteplici processi in atto legati all'attuazione della L.R. 22/2021, si prevede che nel corso dell'anno 2023 verrà avviato un gruppo di lavoro regionale con la partecipazione delle ATS ai fini di approfondire quanto previsto all'art. 15 c. 12 bis della Legge Regionale 33/2009, e questo con riferimento sia all'ambito territoriale che del polo ospedaliero.

7. PERFEZIONAMENTO DEL PROCESSO DI CONTRATTUALIZZAZIONE DEI POSTI REMUNERATI CON BUDGET A CONSUMO 43/SAN, ULTERIORI INDICAZIONI

Con DGR XI/6387/2022, è stato ulteriormente rafforzata l'indicazione dello spostamento delle risorse economiche disponibili extracontratto (flusso 43/SAN) verso l'ambito governato attraverso il contratto ordinario, qualificato dalle regole di sistema relative al budget di produzione e applicativo delle tariffe da nomenclatore.

Nel corso del 2023 le ATS sono tenute a garantire il completamento del passaggio delle quote di budget 43 san verso i contratti ordinari.

Questo con l'obiettivo:

- del pieno superamento dell'impiego delle quote extracontratto di 43/SAN sul territorio regionale
- di riprogrammare la destinazione delle risorse di 43 san così liberate prevedendo
 - A) la definizione di un budget per ATS per eventuali e straordinari inserimenti fuori regione;
 - B) l'ulteriore attuazione degli indirizzi di cui alla DGR XI/6387/2022 per la NPIA;

E conseguentemente:

- a partire dal 1/05/2023 il budget 43 san derivante da dimissioni da **posti residenziali terapeutici di NPIA** in applicazione di una tariffa specifica legata a comprovate condizioni cliniche, non può essere utilizzato da ATS e UONPIA sul territorio lombardo, stante il processo in corso di cui alla delibera di riordino della NPIA adottata in data odierna; con riferimento invece ai posti occupati a titolo di 43 san alle tariffe previste dal nomenclatore tariffario di NPIA, le ATS di ubicazione provvedono al passaggio dei posti al regime del contratto ordinario; tale budget potrà provvisoriamente ed esclusivamente essere impiegato per straordinari e motivati inserimenti in strutture fuori regione, all'esito in ogni caso di istruttorie che diano piena evidenza della straordinarietà a fondamento dell'inserimento stesso; resta invece confermata la possibilità di utilizzo del budget 43 san per le casistiche di cui alle DGR X/7600/2017 e dalla successiva nota prot. n. G1.2018.16858 del 25/05/2018;
- il budget 43 san derivante da dimissioni nel corso del 2023 da posti di **centro diurno di NPIA** in applicazione di una tariffa specifica legata a comprovate condizioni cliniche, non può essere utilizzato da ATS e UONPIA per ulteriori inserimenti ex 43 san, potendo esclusivamente impiegarlo per il passaggio al contratto ordinario con stipula del contratto con ATS di ubicazione e passaggio del budget da ATS di assegnazione a ATS di ubicazione – se diverse – con applicazione delle tariffe del nomenclatore; funzionamento del posto a produzione, con compensazione della mobilità a fine esercizio; con riferimento invece ai posti occupati a titolo di 43 san alle tariffe previste dal nomenclatore tariffario di NPIA, le ATS di ubicazione provvedono al passaggio dei posti al regime del contratto ordinario;

- il budget 43 san derivante da dimissioni nel corso del 2023 da **posti residenziali della salute mentale adulti** per i quali è applicata una tariffa specifica legata a comprovate condizioni cliniche, non può essere utilizzato da ATS e UO di psichiatria per ulteriori inserimenti ex 43 san, potendo esclusivamente impiegarlo per il passaggio dei posti al contratto ordinario, con stipula del contratto con ATS di ubicazione e passaggio del budget da ATS di assegnazione a ATS di ubicazione – se diverse – con applicazione delle tariffe del nomenclatore; funzionamento del posto a produzione, con compensazione della mobilità a fine esercizio; eventuali residui di budget 43 san, potranno essere provvisoriamente ed esclusivamente impiegati per straordinari e motivati inserimenti in strutture fuori regione, all'esito in ogni caso di istruttorie che diano piena evidenza della straordinarietà a fondamento dell'inserimento stesso; con riferimento ai posti occupati a titolo di 43 san alle tariffe previste dal nomenclatore tariffario di UO di psichiatria, si prevede il passaggio al contratto ordinario con stipula del contratto con ATS di ubicazione e passaggio del budget da ATS di assegnazione a ATS di ubicazione – se diverse – con applicazione delle tariffe del nomenclatore, funzionamento del posto a produzione, con compensazione della mobilità a fine esercizio;
- il budget di 43 san 2023 derivante da dimissione nel corso del 2023 da posto di **centro diurno della salute mentale adulti** per i quali è applicata una tariffa specifica legata a comprovate condizioni cliniche, non può essere utilizzato da ATS e UO di psichiatria per ulteriori inserimenti ex 43 san, potendo esclusivamente impiegarlo per il passaggio dei posti al contratto ordinario, con stipula del contratto con ATS di ubicazione e passaggio del budget da ATS di assegnazione a ATS di ubicazione – se diverse – con applicazione delle tariffe del nomenclatore, il funzionamento del posto a produzione, con compensazione della mobilità a fine esercizio; con riferimento ai posti occupati a titolo di 43 san alle tariffe previste dal nomenclatore tariffario di UO di psichiatria, si prevede il passaggio al contratto ordinario con stipula del contratto con ATS di ubicazione e passaggio del budget da ATS di assegnazione a ATS di ubicazione – se diverse – con applicazione delle tariffe del nomenclatore, funzionamento del posto a produzione, con compensazione della mobilità a fine esercizio;

Il decreto di assestamento del FSR per l'esercizio 2023 sarà adeguato a tale conversione anche tenendo conto delle quote extracontratto che le ATS cederanno ad altre ATS, quando impegnate per propri pazienti inseriti in strutture ubicate in altri territori lombardi.

L'utilizzo della quota sanitaria 43 san *è autorizzato esclusivamente* con riferimento a pazienti psichiatrici o minori in carico alla neuro psichiatria per il ricovero in strutture terapeutiche di tipo sanitario.

Come già indicato nella DGR XI/6387-2022, le quote di 43/SAN non impiegate nel processo di contrattualizzazione devono essere destinate ad inserimenti che non trovano collocazione nelle Strutture terapeutiche lombarde, a seguito di una puntuale e attenta valutazione da parte di ASST e ATS che **evidenzi la saturazione delle strutture e le motivazioni cliniche.**

Tali inserimenti, che hanno carattere eccezionale, potranno esclusivamente fondarsi:

- sulla circostanza oggettiva della piena saturazione di strutture idonee **pubbliche e private a contratto**;
- sul concorso di almeno 3 dinieghi clinici motivati da parte delle comunità di pari intensità riabilitativa lombarde a contratto (DGR X/2989/2014).

Si ricorda che per gli inserimenti in strutture extraregionali, la tariffa giornaliera è **quella prevista dalla Regione** sul cui territorio insiste l'ente presso il quale viene inserito il soggetto e che le rette/prestazioni riconoscibili sono solo quelle riferibili a prestazioni di tipo sanitario.

In coerenza con gli interventi sopra indicati e finalizzati al potenziamento del sistema di offerta in favore dei minori, viene confermata anche per il 2023 la possibilità di **integrare la retta delle unità di offerta sociali lombarde di accoglienza residenziale per minori**, con la corresponsione **di una quota sanitaria** aggiuntiva sulla base di un progetto personalizzato redatto dalla UONPIA di riferimento ed inviato, per quanto di competenza, alla ATS di residenza del soggetto. Ciò secondo le indicazioni operative declinate dalla DGR X/7600/2017 e dalla successiva nota prot. n. G1.2018.16858 del 25/05/2018, che dispone la possibilità di riconoscere una quota sanitaria "che non potrà superare il 40% della retta giornaliera totale e che, in ogni caso, non potrà superare i 60 € die".

Nel corso del 2023 si procederà, anche attraverso il raccordo con la Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale, Disabilità, **alla definizione delle modalità organizzative e procedurali per l'attuazione di interventi sistematizzati e modulabili nei contesti residenziali educativi** ove è inserito il minore che manifesta anche bisogni sanitari.

7.1 PROCESSO DI NEGOZIAZIONE PER L'AREA DELLA SALUTE MENTALE

Premesso che i contratti sottoscritti per il 2022 sono prorogati fino al 30/4/2023 e che i valori degli acconti per il suddetto anno tengono conto degli adeguamenti tariffari del 2,5% disposti dalle DRG XI/7241/2022 e XI/7477/2022, le ATS dovranno procedere – in continuità e a completamento del processo avviato nel 2022 - entro il 31/1/2023 agli adeguamenti contrattuali per recepire la conversione dei posti di 43 SAN che applicano la stessa tariffa del nomenclatore di riferimento, sottoscrivendo una scheda budget integrativa dei contratti esistenti con decorrenza 1/1/2023 fino al 30/4/2023. In tal caso, se la conversione ex 43 SAN riguarda la contrattualizzazione di una nuova struttura (senza posti a contratto in precedenza) ATS procede alla stipula del contratto secondo lo schema tipo di riferimento, oltre alla firma della scheda di budget con decorrenza 1/1/2023 fino al 30/4/2023

Nel quadro delle determinazioni di cui al paragrafo precedente, al fine di recepire le disposizioni di potenziamento della rete semiresidenziale e residenziale di NPIA disposto con la DGR di riordino della NPIA adottata in data odierna, entro il 30/1/2023 è necessario altresì procedere alla sottoscrizione dei nuovi contratti/adequamento delle schede budget per i posti residenziali e semiresidenziali della NPIA accreditati e non a contratto da contrattualizzare dal 1/1/2023: allo scopo di allineare le scadenze con quelle degli altri contratti, le schede budget legate ai nuovi posti residenziali e diurni di NPIA a contratto avranno decorrenza 1/1/2023 fino al 30/4/2023.

Il contratto definitivo 2023 (validità 1/1/2023-31/12/2023) riassume gli effetti del periodo di proroga e sarà sottoscritto entro il 31/5/2023 con le seguenti modalità.

Per le strutture della salute mentale adulti e per è confermato il valore del budget 2022, opportunamente adeguato per tenere conto degli aggiornamenti tariffari su base annua del 2,5% di cui alla DRG XI/7241/2022 e dell'eventuale impatto della conversione dei posti di 43 SAN.

Per i contratti delle strutture di NPIA, la scheda di budget 2022 è incrementata

- degli aggiornamenti tariffari su base annua del 2,5%;
- del valore derivante dall'applicazione ai posti residenziali del nuovo sistema tariffario di cui alla delibera di Giunta approvata in data odierna, secondo i valori che verranno comunicati alle ATS dai competenti uffici regionali;

Lo schema tipo da utilizzare per le strutture non intercompany è quello in uso per le strutture sociosanitarie, allegato alla presente. Per le strutture afferenti alla rete intercompany, lo schema tipo rientra in quello generale dell'ambito sanitario.

7.2 PROGRAMMI INNOVATIVI DI PSICHIATRIA E PROGETTI DI NPIA

E' confermata la stabilizzazione delle risorse economiche dedicate ai programmi innovativi e progetti di NPIA, con le medesime aree e destinazione di risorse.

Le ATS valuteranno attentamente gli esiti di tali progettualità, in stretto raccordo con le ASST/IRCCS di riferimento e in relazione alle annuali indicazioni di rendicontazione da parte della DG Welfare.

Eventuali rimodulazioni dei budget, concordati rispetto alle aree, andranno comunicate all'atto di presentazione dei progetti per l'anno successivo da parte delle ATS alla DG Welfare con specifica motivazione e valutazione dei bisogni del territorio.

Le attività dei programmi e dei progetti potranno essere erogate con le medesime modalità e nelle sedi già previste per l'attività ordinaria e registrate nei rispettivi Sistemi Informativi di riferimento (Sistema informativo di Psichiatria della Regione Lombardia -SIPRL e Flusso Informativo della NPIA) e rendicontate con le modalità previste con specifiche comunicazioni.

7.3 INSERIMENTI IN STRUTTURE RESIDENZIALI PER TOSSICODIPENDENTI EXTRA REGIONE

Come già indicato nella DGR 6387/2022 il budget relativo agli inserimenti residenziali extra regione è parte del budget dedicato ai servizi residenziali e semiresidenziali, comprensivo quindi anche della mobilità passiva e calcolato sullo storico dell'anno precedente.

Premesso che con DGR 7125/2022 Regione Lombardia ha dato seguito a quanto disposto dalla LR 23 /2002 contrattualizzando, a far data del 01/01/2023, nuovi posti residenziali dell'area delle dipendenze accreditati alla data del 30 /09/2022, aumentando di fatto l'offerta trattamento residenziale di Regione Lombardia, **si ribadisce pertanto che il ricorso a ricoveri extraregione deve sempre avere carattere di eccezionalità .**

In analogia a quanto già previsto per la salute mentale, e a quanto già dettagliato nella DGR 6387/2022 si ricorda che gli inserimenti in strutture extraregionali hanno carattere eccezionale, devono essere comprovati:

- 1) dalla **saturazione di strutture idonee a contratto**;
- 2) da **almeno 3 dinieghi clinici** motivati da parte di comunità di analoga tipologia trattamentale.

Le Strutture a contratto devono sempre rispondere per iscritto alle **ASST richiedenti** l'inserimento (rispettivamente ai SerD/SMI), e in copia alle **ATS di residenza del paziente e all'ATS sul cui territorio insistono, entro e non oltre 7** giorni dalla richiesta, indicando la prima data possibile per un eventuale inserimento oppure motivando dettagliatamente il diniego. Nel caso di **richiesta di inserimento con carattere di urgenza**, tale tempo è ridotto a **3 giorni**

Si ricorda che la procedura che prevede la raccolta di dinieghi di strutture lombarde ai fini dell'autorizzazione all'inserimento fuori regione deve considerare criteri clinici, di opportunità e di urgenza.

Per tutti i pazienti inseriti in **strutture extraregionali** deve essere messo in atto un cadenzato monitoraggio delle condizioni che hanno reso necessario il ricorso a strutture extraregionale, perseguendo sempre l'obiettivo di promuovere la ricollocazione del paziente nel proprio territorio di residenza e nella dimensione sociale di riferimento o comunque all'interno del territorio lombardo.

Si ricorda che per gli inserimenti in strutture extraregionali, **la tariffa giornaliera è quella prevista dalla Regione** sul cui territorio insiste l'ente presso il quale viene inserito il soggetto.

Per casi di dimostrata necessità, sarà considerata la possibilità di un ulteriore incremento di budget a fronte di richiesta supportata da motivato parere da parte delle ATS.

8. INDIRIZZI PER LA GESTIONE DEL PROCESSO DI RIMODULAZIONE DELLE RISORSE DEL FSR PER L'AMBITO SOCIOSANITARIO E DELLA SALUTE MENTALE

La possibilità di effettuare rimodulazioni dei budget nel corso del 2023 sarà valutata, nel pieno rispetto dell'equilibrio economico finanziario di sistema e nell'ambito degli stanziamenti per la Macroarea delle unità di offerta sociosanitarie e delle misure di cui all'allegato 1) del presente provvedimento, alla luce del complesso delle indicazioni della normativa regionale/nazionale sui sistemi di remunerazione, oltre che della necessità del rispetto delle tempistiche di chiusura dei bilanci delle aziende del SSR. Si demanda pertanto a successivo atto della DG competente la definizione delle regole definitive per l'applicazione del processo di rimodulazione.

10. ULTERIORI DETERMINAZIONI

1. RILEVAZIONE DELL'UTENZA IN SOLVENZA

Secondo le disposizioni vigenti in materia di autorizzazione e accreditamento, si conferma che l'obbligatorietà del debito informativo a carico delle strutture erogatrici, quand'anche in assenza di contratto, si intende per tutte le tipologie di utenza, compresa l'utenza in solvenza. Ulteriori informazioni specifiche saranno fornite dagli uffici competenti.

Si conferma l'applicazione fino al 31/12/2023 della tariffa aggiuntiva a budget di euro 40/die di cui alla DGR XI/3782/2020 per i casi di pz covid già inseriti sui posti a contratto di unità di offerta residenziali per le aree di cui alla medesima DGR e per quelle previste dalla DGR XI/3913/2020.

2. BANDI PER NUCLEI ALZHEIMER E PER STATI VEGETATIVI

E' ancora in corso il termine per la gestione delle istruttorie legate bandi in oggetto. Per questo si rimanda a successivi atti eventuali determinazioni nel merito legati agli esiti delle istruttorie stesse.

Nel corso dell'anno 2023 verrà avviato un gruppo di lavoro regionale con la partecipazione delle ATS e delle associazioni degli enti gestori per approfondire quanto previsto all'art. 15 c. 12 bis della Legge Regionale 33/2009, e questo con riferimento sia all'ambito territoriale che del polo ospedaliero, anche nel quadro del decreto in corso di approvazione a livello ministeriale previsto dalla Legge 118/2022

3. AZIENDE SERVIZI ALLA PERSONA

Le Aziende di Servizi alla Persona (ASP) si caratterizzano per la loro unicità nel panorama del Sistema Socio Sanitario Regionale: sono infatti enti di diritto pubblico che erogano un variegato insieme di attività che attiene sia alla sfera sociosanitaria che a quella più prettamente sanitaria. A fronte di questa casistica molto peculiare, va evidenziato che tali strutture soggiacciono a tutti i vincoli e gli adempimenti previsti per le strutture pubbliche ma non accedono ai fondi destinati agli obiettivi del PSSR e il contratto di lavoro del personale adottato da queste strutture è quello dell'area sanitaria, con le conseguenze che questo comporta in termini di costi.

In questo contesto appare sempre più necessario avviare percorsi che, in linea con quanto previsto dalla normativa regionale ed in particolare dall'articolo 7, comma 19 della legge regionale n. 33/2009, possano permettere una revisione delle attività con una sempre maggiore integrazione tra queste strutture e le strutture sanitarie del SSR.

In quest'ottica proseguirà nel 2023 l'attività del gruppo di lavoro costituito con decreto n. 15584/2022 e sarà indirizzata a predisporre proposte amministrative e normative finalizzate ad individuare modelli gestionali integrati e sostenibili che, partendo dalla città di Milano, siano orientati a prendere in carico le persone che maggiormente si rivolgono a tali strutture.

Appendice 1

Posti a contratto al 15/12/2022, valori per 10.000 unità di popolazione target e per ASST

ASST	RSA (popolaz. over 75)	CDI (popolaz. over 65)	RSD (popolaz. 18-64)	CDD (popolaz. 18-64)	CSS (popolaz. 18-64)	HOSPICE (tutte le età)
ASST DI LODI	523,7	24,9	6,4	11,8	1,6	0,9
ASST MELEGNANO E DELLA MARTESANA	368,9	20,0	3,0	7,3	2,6	0,5
ASST NORD MILANO	279,4	30,8	3,6	13,3	0,6	1,0
ASST OVEST MILANESE	448,8	24,1	4,6	9,8	1,9	0,7
ASST RHODENSE	302,4	23,6	14,6	13,9	3,2	0,5
MILANO	438,6	20,4	3,4	11,9	2,2	1,0
ASST DEI SETTE LAGHI	576,8	15,7	10,4	10,0	2,1	0,7
ASST DELLA VALLE OLONA	340,4	21,1	0,0	11,2	4,2	0,8
ASST LARIANA	627,4	24,6	8,2	11,5	2,4	0,5
ASST DELLA VALCAMONICA	677,6	54,2	2,7	18,0	6,8	1,9
ASST DELLA VALTELLINA E DELL'ALTO LARIO	645,9	20,9	8,9	18,5	0,9	0,9
ASST DELLA BRIANZA	282,6	20,0	4,7	10,9	1,4	0,2
ASST DI LECCO	483,9	20,8	7,5	11,1	5,0	0,7
ASST DI MONZA	446,6	56,9	5,9	9,3	0,0	2,9
ASST DI BERGAMO EST	523,1	25,3	10,0	10,8	3,0	1,0
ASST DI BERGAMO OVEST	397,2	30,8	3,6	5,9	1,9	0,3

ASST PAPA GIOVANNI XXIII	485,5	21,8	4,8	9,6	2,9	1,3
ASST DEGLI SPEDALI CIVILI DI BRESCIA	405,3	34,7	8,3	11,0	3,1	0,8
ASST DEL GARDA	614,9	31,6	7,8	11,4	3,3	1,1
ASST DELLA FRANCIACORTA	439,5	48,5	0,0	7,7	2,2	0,6
ASST DI CREMA	436,8	30,4	12,6	7,2	2,7	0,9
ASST DI CREMONA	1.082,0	85,4	54,3	11,5	3,9	2,8
ASST DI MANTOVA	696,4	38,1	7,1	13,9	3,2	0,6
ASST DI PAVIA	774,5	41,1	8,1	11,4	3,4	1,6
	485,8	27,9	6,8	11,0	2,6	0,9