

POLO OSPEDALIERO

RETI CLINICO-ASSISTENZIALI ED ORGANIZZATIVE

Nel 2022 sono state attivate o riattivate secondo il modello di governance definito dalla DGR n. XI/1694/2019, diverse reti clinico assistenziali ed organizzative regionali attraverso la costituzione degli Organismi di Coordinamento per ogni singola rete e la definizione dei Piani di Rete che fissano il programma di lavoro articolato su un arco temporale di tre anni. Nel corso del 2023 saranno attivate ulteriori reti a completamento della complessità degli ambiti clinico-assistenziali ed organizzativi e in particolare, le reti di alta specialità: neurochirurgia, chirurgia toracica, chirurgia vascolare, cardiocirurgia e odontoiatria. Sarà, inoltre, attivata la rete della radioterapia.

Nell'ambito delle attività della Rete Oncologica verranno ripresi i lavori della Rete dei Tumori Rari in attuazione dell'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 21/09/2017 con la quale è stata istituita la Rete Nazionale dei Tumori Rari.

Via via che saranno licenziati i vari documenti, elaborati dalle Commissioni tematiche all'interno di ogni rete, la DG Welfare considerati e valutati gli impatti organizzativi ed economici, li approverà con provvedimenti ad hoc.

Al fine di identificare le tecnologie sulle quali effettuare un'attività di prioritizzazione ed eventuale valutazione delle tecnologie innovative, la DG Welfare prenderà in esame le richieste che perverranno dalle reti clinico assistenziali ed organizzative.

RETE 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 27/07/2020 relativo all'Accreditamento delle Reti di Cure Palliative, nonché ai sensi della l.r. n. 22/2022 e del DM 77 del 23/05/2022. 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:
 - 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, Infermieri di Famiglia e Comunità, medici delle RSA, medici specialisti di branca;
 - 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 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 12/01/2017 "Nuovi LEA" e in attuazione del DM 77 del 23/05/2022, 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

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:

- 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;
- definire i rapporti e le interazioni, atte a favorire le opportune sinergie, tra la RTD-CPP e la RLCP;
- definire un Piano formativo specifico per gli operatori della rete a partire dalle esperienze maturate.

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 27/07/2020.

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 27/07/2020, 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.

RETE TRASFUSIONALE

Al fine di garantire e mantenere elevati standard di qualità e sicurezza del Sistema Trasfusionale regionale, gli indirizzi prioritari per il 2023 sono definiti e attuati, con il coordinamento della Struttura Regionale di Coordinamento in tema di Attività Trasfusionali di AREU (SRC/AREU), nell'ottica dell'autosufficienza regionale e nazionale, della standardizzazione e armonizzazione dei sistemi qualità delle Strutture trasfusionali e nel rispetto dei principi etici della donazione gratuita, nonché del contributo alla sostenibilità del sistema sanitario pubblico.

Di seguito sono evidenziati i temi in cui si concentrerà nel 2023 l'azione programmatoria regionale con l'indicazione dei relativi interventi:

- 1) Supporto e sostegno a tutta la filiera della raccolta e produzione del sangue, del plasma e dei medicinali plasmaderivati ottenuti dal plasma dei donatori volontari di sangue ed emocomponenti:
 - osservanza degli impegni di raccolta, sia per il sangue che per il plasma da aferesi monocomponente, con particolare riguardo agli adeguamenti almeno mensili dei programmi quali-quantitativi di raccolta in relazione ai fabbisogni trasfusionali in tutti i periodi dell'anno;
 - introduzione, ove necessario, anche di modifiche organizzative con ampliamento degli orari di servizio per facilitare l'accesso dei donatori con donazione programmata per appuntamento e le successive fasi di lavorazione e qualificazione biologica degli emocomponenti;
 - implementazione sistematica, nelle fasi di raccolta e produzione, anche di tecnologie informatiche, quali l'RFID per supportare efficienza e tracciabilità di operazioni ripetitive massive;
 - potenziamento delle integrazioni informatiche intra DMTE e inter-DMTE per supportare eventuali imprevisti default locali;
 - integrazione del software gestionale trasfusionale con il fascicolo sanitario per la consegna del referto direttamente ai donatori secondo esigenze da essi già espresse per il tramite delle Associazioni/Federazioni di Donatori Volontari di sangue.
- 2) Rafforzamento della sicurezza trasfusionale al letto del paziente, fase finale del processo "vena-vena", con il supporto di tecnologie informatiche e telemedicina, al fine di evitare eventi/incidenti gravi riconducibili ad un errore trasfusionale ABO correlato a erronea identificazione del paziente e/o della gestione delle unità consegnate al di fuori del Servizio Trasfusionale. A tal fine è necessaria l'implementazione sistematica di tecnologie informatiche quali: 1) RFID come barriera all'errore nel riconoscimento al letto del paziente, 2) richiesta trasfusionale informatizzata (Emoward, modulo di Emonet); 3) frigoemoteche a controllo remoto,

ove non siano presenti operatori sanitari del Servizio Trasfusionale per l'assegnazione e consegna; 4) telemedicina per l'organizzazione in rete.

- 3) Rafforzamento della sorveglianza sull'appropriatezza trasfusionale ed estensione dell'implementazione dei programmi di Patient Blood Management (PBM). L'appropriatezza trasfusionale, che riguarda sia agli emocomponenti che gli emoderivati, è funzionale alla sicurezza clinica dei pazienti e, inoltre, la minore esposizione al rischio trasfusionale, contribuisce all'autosufficienza e alla sostenibilità economica del sistema sanitario. In particolare, il PBM, rivolto a pazienti candidati a interventi chirurgici elettivi, punta a ridurre il rischio trasfusionale tramite una gestione ottimale della risorsa sangue del paziente e ha dimostrato anche un miglioramento degli esiti clinicoterapeutici ("outcome" del paziente). Occorre, pertanto, estendere e rendere sistematica l'attivazione dei programmi di PBM nel territorio regionale. Il mantenimento delle altre attività clinico-assistenziali e clinico-diagnostiche nei Servizi Trasfusionali contribuisce alla vigilanza sull'appropriatezza negli ambiti di competenza.

Sulla base delle indicazioni della SRC/AREU, le Direzioni Aziendali di ASST e IRCCS devono implementare nell'ambito dei Servizi Trasfusionali di competenza, tutte le misure formative, organizzative e tecnologiche necessarie per rafforzare l'efficienza e la sicurezza in tutte le fasi del processo trasfusionale. La SRC/AREU effettuerà il monitoraggio dell'applicazione delle indicazioni emesse.

Ai fini di garantire le attività inerenti la Banca del sangue raro per l'esercizio 2023, è garantito alla Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano, un finanziamento fino a un massimo presuntivo di € 1.300.000,00, come indicato nella DGR n. XI/5803 del 29/12/2021. Si precisa che la previsione dell'ammontare massimo delle risorse indicate, deriva dalla stima dei costi necessari a coprire i fabbisogni per le attività in cui si articola il funzionamento della Banca del sangue raro, desunti dalle spese esposte nelle annuali rendicontazioni presentate dalla Fondazione, agli atti della DG Welfare.

PDTA

- Produzione, monitoraggio e revisione di PDTA sul modello regionale per l'approccio integrato, multiprofessionale, multidisciplinare e trasversale nei percorsi di cura strategici e/o finalizzati a presidiare l'interfaccia ospedale-territorio/distretto.
- Progettazione e realizzazione di corsi di formazione per la corretta adozione del format modello organizzativo PDTA aziendali, su indicazione della DG Welfare a partire dall'esercizio 2023. La formazione sarà dedicata a Direttori di Struttura Qualità/Rischio Clinico e Risk manager attraverso Polis.

ATTIVITÀ DI EMERGENZA URGENZA OSPEDALIERA

Con la DGR n. XI/6893 del 5/09/2022 Regione Lombardia è intervenuta sul flusso dei pazienti in Pronto Soccorso e sulla ricettività dei reparti di area medica, al fine di garantire l'adempimento a quanto previsto dall'Accorso Stato-Regioni del 1/09/2019 secondo cui il tempo che intercorre fra l'accesso in Pronto Soccorso e il ricovero nelle aree di degenza, debba essere inferiore alle 8 ore.

La DG Welfare ha definito con propri atti, sperimentalmente fino al 31.12.2022, il numero di posti letto che ogni IRCCS pubblico sede di pronto soccorso e ASST, devono quotidianamente e settimanalmente garantire per i ricoveri in area medica di pazienti provenienti dal Pronto Soccorso; inoltre, ha istituito l'Osservatorio regionale per i ricoveri in area medica e ne ha nominato i componenti.

Nel corso del 2023, di concerto con l'Osservatorio Regionale per i ricoveri in area medica, Regione Lombardia strutturerà il flusso informativo di indicatori che tutti gli IRCCS pubblici e le ASST sede di PS dovranno trasmettere mensilmente alle ATS, a cui è affidato il compito di

raccogliarli, analizzarli e trasmetterne le risultanze alla DG Welfare e all'Osservatorio per gli opportuni interventi.

Nel corso 2023 si provvederà con specifico atto a intervenire sugli snodi che caratterizzano il flusso di dimissione dei pazienti dalle aree di degenza ospedaliera con lo scopo di eliminare gli ostacoli che attualmente rallentano il flusso di ammissione, cura e dimissione dei pazienti. In particolare, si interverrà sull'accesso e disponibilità dei posti letto nelle unità territoriali (Ospedali di Comunità; RSA; Strutture intermedie; Riabilitazione).

Tra le azioni a supporto dell'attività in argomento, si richiederà a tutte le Strutture sanitarie pubbliche di garantire:

- la funzione di Bed Management, coordinata dal Bed Manager, presente e attiva 365 giorni/anno;
- l'evidenza nella documentazione sanitaria la valutazione all'ingresso del paziente volta ad individuare tempestivamente gli ostacoli clinico-sociali che potrebbero ritardare la sua dimissione. In caso di problematiche dovrà essere presente nella documentazione sanitaria l'attivazione della funzione di Case Management di cui ogni Struttura dovrà dotarsi;
- l'utilizzo obbligatorio del flag, presente in tutti i sistemi informatici in uso nei Pronto Soccorso ed integrato con EUOL, per evidenziare il momento in cui il paziente ha concluso il suo iter all'interno del PS/OBI ed è pronto per il ricovero. Questa azione è finalizzata a misurare in maniera accurata il fenomeno del boarding;
- l'evidenza all'interno della documentazione sanitaria, in modalità cartacea o informatica, il momento in cui il paziente ha concluso il suo iter clinico/assistenziale ed è pronto per la dimissione. Questa azione è finalizzata a quantificare il fenomeno dei bedblockers.

ATTUAZIONE DELLA DGR N. XI/7473/2022

Nel merito delle modalità di gestione del paziente con stroke, come definite dalla DGR n. XI/7473 del 30/11/2022 ad oggetto "*Rete regionale delle neuroscienze: ulteriori determinazioni in merito alla rete Stroke di Regione Lombardia*", con particolare riferimento alla gestione del paziente con indicazione a trombectomia meccanica ricoverato presso una struttura sede di Stroke Unit di I livello, si richiamano di seguito le modalità di rendicontazione dei relativi accessi ospedalieri.

Come definito nel documento tecnico "*Rete Stroke di Regione Lombardia. Identificazione in fase preospedaliera del paziente adulto con ictus. Criteri di centralizzazione. Definizione dei nodi della rete*", la Stroke Unit di I livello attiverà, direttamente o tramite SOREU, il trasferimento del paziente presso la Stroke Unit di II livello di proprio riferimento, per l'effettuazione della procedura angiografica di disostruzione meccanica.

Al termine della procedura, a meno di complicanze, il paziente ritornerà, dopo stabilizzazione clinica, presso la Stroke Unit di I livello inviante, per il completamento dell'assistenza in acuto.

La descritta movimentazione del paziente costituisce un unico episodio di assistenza articolato su più presidi ospedalieri, grazie alla strutturazione di un percorso tra diversi Enti erogatori, secondo un modello che deve garantire il corretto riconoscimento di un episodio unico di malattia all'interno di un unico DRG.

A questo proposito si ricorda che l'obiettivo descritto è raggiungibile dall'Ente inviante (ossia la Stroke Unit di I livello) facendo riferimento alle modalità di rendicontazione definite dalla DGR n. X/7503/2017 (Manuale di rilevazione - Flusso informativo - Scheda di Dimissione Ospedaliera - v. 2.0) per gli interventi chirurgici o procedure "esterne" da indicare sul file SDO6.txt ("*Gruppo di informazioni da compilare sempre e solo per i ricoveri ordinari, nel caso in cui un intervento chirurgico o procedura venga effettuato in modalità "in service" presso*

un istituto di cura esterno, ovvero diverso da quella in cui il paziente è ricoverato (quindi senza chiusura della SDO)"), per cui si prevede la movimentazione verso altro nosocomio e successivo rientro del paziente.

Il suddetto schema di rendicontazione e di conseguente compensazione economica tra Enti è reso possibile dall'esistenza di percorsi standard concordati, in riferimento alle indicazioni della suddetta DGR n. XI/7473/2022.

Per quanto detto, le ATS devono provvedere alle verifiche di propria competenza in materia di correttezza della rendicontazione delle prestazioni sanitarie di ricovero, affinché non si assista alla erronea produzione di più SDO a fronte di un unico episodio di cura.

Inoltre, è necessario provvedere ad una corretta tenuta della documentazione clinica durante tutte le fasi di assistenza tra le due Stroke Unit, con particolare riferimento alla modulistica relativa all'informazione e consenso (procedura, eventuale sedo-analgesia ecc.) da raccogliere con le modalità previste dalla normativa/indicazioni regionali vigenti, evidenziando i casi in cui il paziente non sia in grado di esprimere il proprio consenso e la necessità di procedere al trattamento sanitario utile e necessario, in modo tempestivo e adeguato, secondo la migliore scienza ed esperienza medica.

La documentazione clinica relativa al passaggio nella Stroke Unit di II livello (referti, consensi ecc.) deve confluire nella cartella clinica presso la Stroke Unit di I livello, che attenderà al prosieguo di cura e alla dimissione del paziente. Gli elementi citati rientreranno anch'essi nelle verifiche di competenza delle ATS.

RETE PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA (PMA)

Nel corso del 2023 sarà approntata una complessiva revisione e razionalizzazione organizzativa relativa all'erogazione di prestazioni di PMA di tipo eterologo ed omologo.

Nel quadro di questa riorganizzazione, sarà dato spazio anche all'attività della Banca regionale di crioconservazione dei gameti avviata presso la ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, la cui sperimentazione aveva subito un necessario rallentamento a causa dell'intervenuta emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2. Nel corso del 2022, l'attività di bancaggio e distribuzione dei gameti femminili e maschili, finalizzata a consentire sul territorio regionale le procedure di PMA di tipo eterologo, ha potuto essere sperimentata e collaudata, dando un esito positivo.

ACCREDITAMENTO SANITARIO

Revisione del sistema di accreditamento

Con l.r. 20 maggio 2022 n. 8 è stato riportato in capo alla Regione l'accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie demandando alle ATS lo svolgimento dell'istruttoria. Con la DGR n. XI / 6677 del 18/07/2022 è stata disposta pertanto la revisione della procedura di accreditamento delle Strutture Sanitarie.

Nella seduta del 14 dicembre 2022 della Conferenza Stato-Regioni è stata sancita l'intesa, ai sensi dell'articolo 15, comma 1, della legge 5 agosto 2022, n. 118 (Legge annuale per il mercato e la concorrenza 2021), sullo schema di Decreto del Ministro della salute in materia di valutazione delle attività erogate in termini di qualità, sicurezza e appropriatezza per l'accreditamento e per gli accordi contrattuali con le strutture sanitarie; di conseguenza nel 2023 il percorso di accreditamento subirà un'ulteriore modifica.

Primo obiettivo sarà lo sviluppo dei criteri per il funzionamento dell'Organismo Tecnicamente Accreditante (OTA).

Richiamati:

- la DGR n. X / 4406 del 30/11/2015 "Recepimento dell'Intesa del 19 febbraio 2015, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della Legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le

Regioni e le Province autonome in materia di adempimenti relativi all'accreditamento delle strutture sanitarie";

- la DGR n. X/7600 del 20/12/2017 "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Sociosanitario per l'esercizio 2018";
- il Decreto DGW n. 2955 del 2/03/2018 Decreto della Direzione Generale Welfare n. 2955 del 02/3/2018 ad oggetto "Regolamento Generale dell'Organismo Tecnicamente Accreditante (OTA) in attuazione dell'intesa Stato-Regioni e Province Autonome del 19/02/2015";
- la DGR n. XI / 1046 del 17/12/2018 "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Sociosanitario per l'esercizio 2019";
- considerato che la Cabina di Regia OTA ha concluso il lavoro di analisi e riallineamento dei criteri/requisiti previsti dal disciplinare con i requisiti già definiti nel modello di accreditamento lombardo, identificando i requisiti effettivamente definibili "di nuova introduzione", si definisce il 30/04/2023 quale termine ultimo affinché l'Organismo Tecnicamente Accreditante rediga le linee guida in ordine alle modalità di verifica dei requisiti per le ATS e uno strumento per un'autovalutazione e individuazione di aree di miglioramento per le strutture erogatrici.

Ulteriori indirizzi di programmazione regionale in materia di accreditamento sono definiti attraverso i seguenti obiettivi strategici per il 2023.

Attività ambulatoriale

Sulla base della valutazione epidemiologica da parte di ATS che evidenzia il bisogno di specifiche prestazioni da parte del territorio di riferimento, è consentito l'ampliamento di branche specialistiche ambulatoriali accreditate e a contratto; tale variazione è da considerarsi a budget immutato.

Per quanto attiene la Macroattività chirurgica a bassa complessità operativa ed assistenziale (BIC) delle strutture di ricovero e cura si precisa che qualora non fosse presente presso il presidio la UO di riferimento della disciplina deve essere assicurata quanto segue:

- per le strutture pubbliche e private accreditate → la presenza presso il presidio della relativa branca specialistica ambulatoriale;
- per le strutture private accreditate → la continuità assistenziale mediante la convenzione con un'unità operativa di riferimento di altro Ente, afferente alla stessa ATS territorialmente competente, volta a definire un protocollo operativo per la gestione di urgenze o complicanze non gestibili in loco. Tale convenzione, sviluppata nel rispetto della normativa vigente, potrà essere presentata all'ATS territorialmente competente per approvazione a valere dall'esercizio 2023.
- per le strutture pubbliche → la continuità assistenziale sarà garantita all'interno della UO di riferimento presente in altro presidio della ASST.

Sub-acuti

I posti letto sub-acuti nascono da una trasformazione di posti letto per acuti o di riabilitazione effettuata da Regione Lombardia a partire dal 2011 per ridurre i ricoveri inappropriati e rispondere meglio ai bisogni di cura di alcune tipologie di pazienti. Sono infatti destinate a pazienti spesso anziani o affetti da patologie croniche che vengono dimessi da un ricovero acuto e non possono rientrare al loro domicilio o per la complessità della propria condizione clinica che fa temere l'insorgere di nuovi episodi acuti oppure perché bisognosi di una modalità di gestione in un contesto di ricovero protetto (atti di regolamentazione fondamentali sono la DGR n. IX/937 dell'1.12.2010, che ha definito le caratteristiche strutturali e organizzative, nonché i criteri di accesso alle cure sub-acute e la DGR n. IX/1479 del 30 marzo 2011 che ha, in particolare, fornito indicazioni per l'attivazione

di posti tecnici per attività di cura sub-acute e ha definito le tariffe di rimborso a giornata di degenza, la DGR n. 1185 del 20.12.2013 che ha modificato i criteri di accesso).

Stante la necessità di ottimizzare la gestione dei posti letto sub-acuti per far fronte alle necessità dei reparti di area internistica per acuti, si dà mandato alla Direzione Generale Welfare di procedere alla revisione della tariffa di rimborso a giornata di degenza prevedendo una tariffa differenziata, con un valore economico più elevato nei primi 10 giorni di degenza ed un valore ridotto nei giorni successivi al decimo.

Proroga requisiti strutturali specifici in riferimento alla DGR n. XI/5806/2021

Richiamata la DGR n. XI/5806 del 29/12/2021 ad oggetto "Proroga dei termini per l'adeguamento tecnologico e strutturale delle Strutture Sanitarie e per la conclusione dei Piani Programma delle Unità di Offerta Sociosanitarie", tenuto altresì conto della procedura di riclassificazione sia della terapia intensiva, che ha richiesto una serie di approfondimenti tecnici, che dei Servizi di Medicina di Laboratorio, si dispone la proroga al 31/12/2025 per l'adeguamento dei requisiti strutturali specifici.

Di conseguenza si precisa che la proroga viene concessa a tutte le Strutture per le quali la stessa è stata indicata dalla DG Welfare al 31/12/2023. Qualora i lavori terminassero comunque prima dei termini stabiliti la ATS dovrà seguire la procedura prevista per il III Step.

Proroga delle riclassificazioni della terapia intensive e semi intensive

Con nota prot.n. G1.2022.0043638 del 27/10/2022 "Precisazioni in merito alla DGR n. XI/3264 del 16.06.2020 "Piano di riordino della rete ospedaliera: attuazione dell'art. 2 del d.l. 34/2020" - riclassificazione terapie intensive e semintensive" era stato definito il termine per la conclusione dei processi di verifica da parte delle ATS al 31/12/2022; stante la DGR XI / 7473 del 30/11/2022 "Rete regionale delle Neuroscienze: ulteriori determinazioni in merito alla Rete Stroke di Regione Lombardia" – Allegato 1 che definisce gli standard per le Stroke Unit di I e II livello vista la necessità delle strutture di disporre di maggior tempo per adeguare il proprio modello organizzativo si ritiene di prorogare il termine per la riclassificazione al 30/6/2023.

Proroga delle riclassificazioni della terapia intensiva neonatale

Richiamata la DGR n. XI/6387 del 16/05/2022 "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l'anno 2022" - Allegato 5 "Proroga termini riclassificazione terapia intensiva neonatale" considerato il recente insediamento dei nuovi gruppi tematici, si ritiene di prorogare il termine per la riclassificazione della terapia intensiva neonatale al 31/12/2023.

Riclassificazione UO Farmacia Ospedaliera

Conseguentemente alla revisione dei requisiti di accreditamento effettuata dal gruppo di lavoro istituito in Direzione Generale Welfare verrà avviata nel 2023 la procedura per la riclassificazione delle UO Farmacia ospedaliera.

Aggiornamento requisiti di medicina dello sport

Richiamati i requisiti definiti con DGR n. IX /4121 del 03/10/2012 "Ulteriori determinazioni in merito ai percorsi procedurali per la dichiarazione di inizio attività, l'accreditamento e l'abilitazione alla certificazione dell'idoneità a praticare attività agonistica, delle strutture ambulatoriali pubbliche e private e degli studi professionali eroganti attività di medicina dello sport" si ritiene necessario l'avvio nel corso del 2023 della procedura per il riordino dell'attività di medicina sportiva.

Aggiornamento Registro regionale delle strutture accreditate

Al fine di semplificare le procedure relative ai trasferimenti di sede di strutture accreditate non afferenti ad un ente unico gestore si dispone che tale variazione non comporta l'assegnazione di un nuovo numero di registro.

Servizi Trasfusionali e Unità di Raccolta Sangue

Con DGR n. XI/ 6678 del 18/07/2022 "Recepimento dell'Accordo Stato-Regioni n. 29/csr del 25 marzo 2021 concernente "aggiornamento e revisione dell'accordo stato-regioni 16 dicembre 2010 (rep. atti n. 242/csr) sui requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti e sul modello per le visite di verifica" è stato dato mandato alla Struttura Regionale di Coordinamento per le attività trasfusionali di attivare, con la collaborazione dell'OTA e Regione, un tavolo di lavoro con gli operatori della Rete Trasfusionale e i verificatori delle ATS, teso a predisporre un documento tecnico di sintesi che definisca le specifiche dei requisiti aggiornati tenendo conto dell'organizzazione regionale delle attività trasfusionali. Il documento, di prossima emanazione, costituirà l'elemento determinante del percorso delineato da Regione e dalla struttura regionale sangue per l'attuazione dell'accordo stato-regioni sopracitato; anche nel 2023 continuerà il confronto tra i diversi attori, nell'ottica del miglioramento continuo, della standardizzazione a livello regionale dei processi trasfusionali e dei prodotti e servizi erogati, nonché dell'allineamento dei sistemi di qualità nell'ambito della rete stessa.

Ospedale-territorio

La sfida del PNRR è quella di prevedere la riforma del territorio potenziando anche gli ospedali.

Il modello che Regione Lombardia intende perseguire è quello di dotarsi di:

- percorsi per intensità di cura dentro e fuori dall'ospedale;
- una rete di erogatori gestita da chi ha in carico il paziente mediante l'intervento della Centrale Operativa territoriale (COT)

Sul fronte dell'intensità di cura a livello ospedaliero sarà elaborato dalla Direzione generale Welfare un modello clinico-organizzativo - da applicare in modo uniforme a livello regionale dell'Osservazione breve Intensiva del Pronto Soccorso e dell'assistenza ospedaliera semintensiva, declinata nell'area della medicina d'urgenza, della medicina interna, della pneumologia dell'anestesia/rianimazione.

Tale modello dovrà definire l'assistenza semintensiva, integrando i requisiti di accreditamento già approvati con DGR n. XI/3264/2020, declinata in termini di appropriatezza di ricovero e dimissione secondo l'area di afferenza.

In merito all'assistenza territoriale, il modello organizzativo proposto con la DGR n. XI/6760/2022, recepimento del DM n. 77 del 23 maggio 2022, prevede che la componente ospedaliera partecipi attivamente all'assistenza territoriale, svolta presso la casa di comunità e l'ospedale di comunità. Tale modello permette di integrare le strutture territoriali con quelle ospedaliere e di garantire un omogeneo livello clinico-assistenziale nonché una continuità per il paziente. Quanto indicato nella DGR n. XI/6760/2022 deve essere implementato anche nel corso del 2023 e la sua applicazione sarà verificata così come disposto con DGR n. XI/7472/2022.

Al fine di garantire da un lato l'accreditamento degli ospedali di comunità e dall'altro l'efficientamento del flusso dei pazienti dal pronto soccorso attraverso la disponibilità di posti di subacuti, nel corso dell'anno 2023 sarà delineato il percorso di accreditamento

degli OdC che vedrà convergere le due tipologie di offerta assicurando un utilizzo dei posti tecnici in modo flessibile.

Al fine di potenziare la capacità di gestione territoriale si conferma per il 2023 quanto era stato previsto dalla DGR n. XI/6387 del 16 maggio 2022 "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l'anno 2022" relativamente lo sviluppo degli Ospedali di Comunità anche nell'ambito della rete degli enti gestori privati accreditati. Saranno contrattualizzati n. 11 nuovi ospedali di comunità a livello regionale per complessivi 220 posti letto, in seguito all'esito di specifiche manifestazioni di interesse bandite dalle ATS, da attuarsi attraverso procedure basate su requisiti di selezione quali-quantitativi rivolto ad enti gestori privati. Il modello tipo della manifestazione di interesse sarà definito dalla Direzione Generale Welfare con proprio atto entro due mesi dall'approvazione del presente provvedimento.

Aggiornamento e/o inserimento di nuovi requisiti di accreditamento per le aree meritevoli di aggiornamento.

Per il 2023 sarà posta attenzione in particolare alle seguenti aree: diagnostica per immagini, medicina nucleare e radioterapia.

ACCREDITAMENTO SOCIOSANITARIO

Messa a regime del sistema di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)

In merito al percorso di messa a sistema di quanto previsto in materia di ADI dalla normativa nazionale e regionale, sia relativamente alla definizione dei percorsi assistenziali domiciliari all'interno dei nuovi profili assistenziali in funzione dell'attuazione degli artt. 21 e 22 del DPCM 12 gennaio 2017 (LEA), che relativamente al recepimento Dell'Accordo Stato/Regioni del 4/8/2021, recante "Proposta di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio e requisiti ulteriori per l'accredimento delle cure domiciliari, in attuazione dell'art. 1, comma 406, della Legge 3/12/2020 n. 178", si richiama quanto previsto dalla DGR XI/6867/2022 rispetto alla sospensione dei nuovi accreditamenti di Cure Domiciliari fino alla data del 31/03/2023. Da questa data in poi potranno essere presentate nuove istanze di accreditamento, richieste di ampliamento dei distretti di operatività, modifiche di accreditamento e richiesta di Ente Unico, nelle modalità previste dalla DGR 2569/2014 e s.m.i.

Cure Intermedie

Con riferimento a quanto previsto in tema di riordino e sviluppo delle degenze territoriali, riguardo all'accredimento delle unità d'offerta Cure Intermedie, per il 2023 sono possibili solo modifiche dovute a variazioni strutturali e/o della sede, escluse trasformazioni, ampliamenti e nuova offerta. Rimangono possibili le volture di accreditamento.

Unità di offerta area dipendenze

Il Tavolo Tecnico dell'area dipendenze, istituito ai sensi della LR 23/2020, procederà nel corso del 2023 a valutare gli effetti dell'applicazione della DGR XI/7125/2022 nel sistema regionale dei servizi delle dipendenze.

Il Tavolo procederà, inoltre, a valutare eventuali modifiche degli assetti delle unità di offerta nell'ambito del nuovo contesto programmatico regionale delineato dalla LR 23/2020 e in considerazione dei nuovi bisogni dell'utenza.

Pertanto, fino all'esito delle sopra citate valutazioni, non sarà possibile procedere ad eventuali trasformazioni dell'accredimento delle tipologie di posti nelle strutture residenziali.

Procedimenti di voltura dell'accreditamento e di riconoscimento di Enti Unici

Per le istanze di voltura dell'accreditamento e di riconoscimento/modifica di Enti Unici, ai sensi della DGR n. X/2569/2014 e s.m.i., si precisa che, in ipotesi di UdO non funzionante, non è ammessa la voltura della gestione, né è ammesso ricomprendere la UdO inattiva all'interno di un Ente Unico.

Si evidenzia che, ai fini della verifica del funzionamento dell'unità di offerta, si deve fare riferimento all'effettiva presa in carico di utenti.

L'ATS, nel corso delle istruttorie relative ai procedimenti in questione, deve pertanto procedere:

- alla verifica dell'effettivo funzionamento dell'UdO, con presa in carico di utenti;
- nell'ipotesi di verifica di non funzionamento, avviare la procedura di cui alla DGR n. X/2569/2014 e s.m.i. in tema di decadenza dell'accreditamento.

Decadenza dell'accreditamento

Si richiama quanto previsto dalla DGR n. X/2569/2014 e s.m.i. – All. 1 § 3.7. - in tema di decadenza dell'accreditamento per mancato avvio dell'attività con l'effettiva presa in carico di utenti.

Si riconferma la necessità di procedere, in caso di mancata effettiva presa in carico di utenti per un periodo di novanta giorni, all'avvio del procedimento di decadenza dell'accreditamento, sia in riferimento a unità d'offerta già accreditate, sia in riferimento alle verifiche post accreditamento.

Nuovi assetti di accreditamento delle unità di offerta sociosanitarie gestite da ASST a seguito dell'approvazione dei POAS

A seguito dell'approvazione dei POAS da parte delle ASST è necessario, in caso di modifica degli assetti di accreditamento presenti nell'anagrafica regionale degli enti accreditati (AFAM), rivedere l'accreditamento delle unità di offerta sociosanitarie.

Pertanto, le ASST interessate da tali modifiche, devono presentare alla ATS competente territorialmente SCIA con contestuale richiesta di accreditamento per dare avvio al procedimento di modifica dell'accreditamento nelle modalità previste dalla DGR X/2569/2014 e s.m.i.

Nei casi in cui ci siano modifiche nella definizione dei distretti e di conseguenti cambiamenti di afferenza delle unità d'offerta tra le ASST sarà necessario procedere con istanza di voltura nelle modalità previste dalla DGR 2569/14 e s.m.i..

Unità d'offerta sociosanitarie con piano programma

La DGR n. XI/5806/2022 ha previsto quale termine per l'adeguamento dei requisiti strutturali e tecnologici specifici il 31/12/2023 e per i requisiti generali il 31/12/2025.

Pertanto per l'anno 2023 è previsto il monitoraggio semestrale dell'andamento dei lavori e della coerenza con la loro programmazione. Le ATS dovranno trasmettere l'esito del primo monitoraggio semestrale alla DG Welfare entro il 15/07/2023, considerando l'imminente termine di adeguamento. Il monitoraggio, al fine di tenere sotto controllo lo stato di avanzamento, con particolare attenzione agli aspetti relativi alla sicurezza degli utenti, verrà effettuato con verifiche documentali e sopralluoghi presso le strutture, motivando i casi in cui non si ritenga necessaria la visita in sede.

Seguiranno da parte della Direzione Generale Welfare ulteriori indicazioni sulle modalità di rendicontazione.

Attività di vigilanza e controllo di appropriatezza

Si conferma lo svolgimento delle attività secondo le modalità previste dalla DGR n. XI/1046/2018 – All. "Regole di gestione del servizio sociosanitario 2019", § 6.13. e dalla DGR XI/7135/2022. prevedendo per l'anno 2023 quanto segue:

- Funzione di vigilanza con verifica del mantenimento dei requisiti di esercizio ed accreditamento di almeno il 25% per ciascuna tipologia di UdO Sociosanitarie.
- Verifica del possesso dei requisiti di esercizio ed accreditamento sul 100% delle istanze e SCIA/SCIA contestuale accreditamento.
- Attività di vigilanza straordinaria su segnalazione.
- Attività di controllo appropriatezza di almeno il 25% per ciascuna tipologia di UdO Sociosanitaria, prendendo in esame le seguenti percentuali minime di fascicoli calcolate in base al numero di utenti rendicontati nel 2022 per ciascuna struttura campionata: 13% regime residenziale e semiresidenziale e 3.5 % regime domiciliare ed ambulatoriale.
- Considerata la variabilità del numero di posti e dei volumi di attività delle diverse UdO, si ritiene comunque utile fissare un numero minimo e massimo di FASAS da controllare, in relazione all'utenza trattata da ciascuna struttura: nel caso in cui il numero di FASAS risultante sia inferiore a 3 si richiede che vengano comunque visionati almeno 3 FASAS, mentre si ritiene possibile limitare il campionamento a 30 FASAS per UdO residenziale e a 50 per UdO ambulatoriale, nel caso che il numero di FASAS previsto fosse superiore, salvo esigenze particolari sulla base di criticità riscontrate nel campione.

Le medesime percentuali sopra riportate verranno applicate anche per la vigilanza e il controllo delle misure e sperimentazioni in atto.

In relazione all'andamento dell'emergenza pandemica, potranno essere date ulteriori indicazioni con determinazioni della DG Welfare.

Al fine di garantire attività di accreditamento, vigilanza e controllo omogenee e in linea con il progressivo aggiornamento dei requisiti delle tipologie di unità d'offerta che saranno progressivamente oggetto di revisione, saranno costituiti gruppi di lavoro con la partecipazione attiva di referenti delle ATS così come sperimentato con il percorso di riclassificazione delle UdO ADI in Cure Domiciliari.

Nuclei Alzheimer

I Nuclei Alzheimer sono finalizzati a garantire agli ospiti le necessarie condizioni di protezione e sicurezza e, al tempo stesso, ritmi di vita e un ambiente protesico e riabilitativo adeguato alle loro autonomie residue, alle manifestazioni comportamentali ed alle competenze cognitive.

In quest'ottica essi sono destinati a persone affette da demenza di differente eziologia, tipo o sottotipo che, per il livello del deficit cognitivo e per la presenza di significative alterazioni comportamentali (per esempio vagabondaggio, affaccendamento afinalistico, irrequietezza motoria, irritabilità, vocalizzazione impropria, ecc.) possono giovare delle soluzioni ambientali, delle apposite strategie assistenziali e dello specifico standard di personale.

Ne deriva che i residenti in RSA affetti da demenza in fase iniziale, senza disturbi comportamentali, non debbano essere accolti nei nuclei Alzheimer, ma possano avvantaggiarsi della convivenza con persone cognitivamente integre. Analogamente, non si configura l'esigenza di separare dagli altri ospiti le persone affette da demenza grave, quindi associata a una grave compromissione cognitiva e delle autonomie, quando i bisogni internistici e assistenziali siano simili a quelli dei residenti tipici di RSA.

Criteri di appropriatezza

Al fine di meglio definire gli elementi per un appropriato inserimento degli ospiti nei nuclei Alzheimer si richiama e chiarisce quanto previsto dalla DGR XI/1046/2018:

- l'inserimento di una persona nel nucleo Alzheimer, sia già inserita nella RSA ovvero proveniente dal domicilio, deve avvenire a fronte di una diagnosi di demenza rilasciata da medico specialista con specializzazione in neurologia, psichiatria, geriatria e rispettive discipline equipollenti di strutture accreditate/equipe ex U.V.A. ora CDCD;
- la valutazione medica specialistica, possibile quindi anche da parte di specialisti operanti nella struttura residenziale (ove presenti), deve contenere gli elementi diagnostici compatibili con l'accoglienza nel nucleo Alzheimer (diagnosi di demenza, stadio, presenza di anomalie del comportamento) ed essere supportata da test e strumenti di stadiazione adeguati secondo le indicazioni di buona pratica clinica (ad esempio, Mini Mental Examination Test, Clinical Dementia Rating Scale, UCLA-Neuropsychiatric Inventory); la valutazione deve riportare le eventuali valutazioni specialistiche precedenti;
- le persone affette da demenza in fase iniziale, senza disturbi comportamentali, non devono essere accolte nel nucleo Alzheimer, ma possono avvantaggiarsi della convivenza in RSA con persone cognitivamente integre;
- la diagnosi di demenza deve essere correttamente riportata nella scheda SOSIA di ingresso nel nucleo Alzheimer ed essere coerente con le informazioni documentate nel FASAS;
- la permanenza nel nucleo Alzheimer sarà da rivalutare, nell'interesse della migliore assistenza alla persona, quando:
 - ✓ I bisogni internistici e assistenziali della persona affetta da demenza grave, associata a una grave compromissione cognitiva e delle autonomie, sono simili a quelli dei residenti tipici di RSA per cui non si configura l'esigenza di separarla dagli altri ospiti;
 - ✓ la persona non è più in grado di esprimere una vita di relazione (dementi in fase internistica, allettati, ecc.).

Collegamento con la rete dei servizi per le demenze

La DGR n. XI/1046/2018 per i nuclei Alzheimer prevede alcune specifiche qualitative aggiuntive rispetto ai requisiti di accreditamento dell'unità d'offerta, tra cui il collegamento con la rete dei servizi per le demenze, in particolare con i Centri per i Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) ex UVA. Il collegamento con i CDCD ex UVA è necessario anche per le UdO con nuclei Alzheimer precedenti alla DGR 1046/2018.

I gestori di RSA che sono dotati di un nucleo Alzheimer devono essere collegati alla rete dei servizi per le demenze di riferimento per il proprio territorio, sia per supporto nelle valutazioni diagnostiche, sia per un collegamento funzionale ospedale – territorio per condivisione di linee guida, buone prassi e omogeneità della rete d'offerta e per adesione a progetti locali. Il collegamento con i CDCD deve essere anche inteso come necessaria partecipazione attiva alla rete locale dei servizi per le demenze, collaborando a iniziative di formazione e cooperando con le stesse a garantire una copertura efficace ed omogenea dell'offerta sul territorio.

Le modalità adottate dalle RSA, per il collegamento con la rete dei servizi per le demenze (ad es. adesione a progetti locali) devono essere esplicitate nel modello organizzativo delle unità di offerta dotata di nucleo Alzheimer, tenuto conto che le prestazioni specialistiche a carico del SSR ed usufruibili secondo le modalità previste. La scelta della modalità di formalizzazione di tale collegamento è in capo all'Ente gestore della RSA.

Si precisa che l'attivazione di tale collegamento costituisce requisito per il riconoscimento dei nuclei Alzheimer e non deve essere inteso come centro di valutazione per le diagnosi ex ante dei singoli ospiti; si ricorda infatti, che è in capo al medico specialista di strutture accreditate (compresa la RSA) e/o equipe ex U.V.A. ora CDCD nel rispetto della libertà di scelta dei cittadini nel rivolgersi a medici e centri di fiducia.

ATTIVITÀ DI CONTROLLO

Attività di controllo della Direzione Generale Welfare

La Direzione Generale Welfare, in collaborazione con l'Agenzia di Controllo del Sistema Socio-Sanitario Lombardo e l'ATS territorialmente competente, può procedere a verifiche mirate su singoli eventi in ordine al rispetto alla normativa nazionale e regionale in tema di erogazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie da parte delle Aziende pubbliche e degli erogatori privati accreditati.

Programmazione dei controlli delle Agenzie di Tutela della Salute

Le ATS (Art. 3, LR n. 23/2015) esercitano le proprie funzioni di "vigilanza e controllo sulle strutture e sulle unità d'offerta sanitarie, sociosanitarie e sociali, come previsto dall'articolo 10 del d.lgs. 502/1992, secondo le scadenze previste dai propri piani di controllo annuali e da quelli previsti dall'agenzia di controllo di cui all'articolo 11" della LR n. 23/2015. Il Piano dei Controlli, già previsto dalla DGR n. VII/15324/2003 e richiamato nel citato Art. 3 della LR n. 23/2015, è il principale strumento di programmazione di cui le ATS dispongono per declinare nel concreto le linee di intervento a supporto della funzione di verifica, monitoraggio e controllo.

Pertanto, le ATS, così come previsto dalla DGR n° XI/7315 del 14/11/2022, predispongono ed inviano entro il 28 febbraio 2023, alla DG Welfare e all'ACSS, con invio elettronico, il Piano dei Controlli relativo all'esercizio 2023.

Sottogruppo tecnico sulla verifica dell'appropriatezza e della codifica delle prestazioni sanitarie

Con il decreto n. 16148 del 11/11/2022 è stata rinnovata la composizione del Tavolo Sanitario del Gruppo di Lavoro Regionale per l'accreditamento, l'appropriatezza e la codifica delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie (decreto n. 4420 del 2019).

A seguito di numerosi quesiti pervenuti dalle ATS in merito all'appropriatezza e codifica delle prestazioni sanitarie di ricovero è stato ritenuto utile istituire un Sottogruppo Tecnico sulla verifica dell'appropriatezza e della codifica delle prestazioni sanitarie.

Le risoluzioni del Sottogruppo Tecnico sulla verifica devono essere portate a conoscenza e condivise prioritariamente nell'ambito del Tavolo Sanitario per assicurare la trasversalità e completezza dei pareri tecnici;

La DG Welfare assicura che alle determinazioni in materia di autorizzazione, accreditamento, verifica dell'appropriatezza e della codifica delle prestazioni sanitarie recepite, sia data la massima diffusione ai fini di assicurare un'omogeneità di applicazione su tutto il territorio regionale;

il Tavolo Sanitario e il Sottogruppo Tecnico hanno la durata di tre anni dalla data di approvazione del citato provvedimento e comunque svolgono le proprie funzioni fino alla nomina dei nuovi gruppi di lavoro.

Indirizzi per i controlli delle prestazioni sanitarie

Viene confermata la necessità che, per l'anno 2023, le direzioni strategiche delle ATS diano la massima priorità, in termini di programmazione e di risorse dedicate, all'attuazione delle disposizioni progressivamente introdotte dalla Giunta Regionale con le Regole di Sistema annuali.

In particolare, in riferimento alla quota dei controlli introdotta già dalle Regole per il 2022 pari al 12.5% (DGR n. 6387/2022), al fine di garantire la sostenibilità delle attività conseguenti,

si chiede alle direzioni strategiche delle ATS di considerare prioritarie queste attività destinando alle stesse un numero adeguato di operatori.

Si ribadisce l'obbligo di invio, alla DG Welfare e all'ACSS, dell'elenco aggiornato dei componenti del NOC delle ATS, all'inizio dell'Esercizio 2023 (entro il 31 gennaio 2023) e successivamente ad ogni eventuale modifica degli stessi componenti.

Di seguito si dettagliano i contenuti in tema di "Controlli".

Per il 2023, nel confermare quanto contenuto nel DM del 10/12/2009 "Controlli sulle cartelle cliniche" e le quote minime di attività in esso individuate, si dispone quanto segue:

- l'esercizio di controllo ad opera dei NOC delle ATS deve essere programmato e si svolgerà dal 1° gennaio 2023 fino al 31 dicembre 2023;
- la chiusura del debito informativo su piattaforma SMAF per le suddette attività di controllo (prevista per l'esercizio 2023 entro il 10/01/2024) potrà usufruire di un ulteriore mese per eventuali correzioni di errori, e dovrà pertanto concludersi entro e non oltre il 10/02/2024;
- Il volume dei controlli sulle prestazioni di ricovero è determinato in almeno il 12,5% così suddiviso:
 - ✓ fino al 6,5% (di cui 3% di qualità documentale e 3,5% di congruenza ed appropriatezza generica, potrà essere riferita ad attività di autocontrollo da effettuare a cura dei soggetti erogatori secondo le modalità di selezione del campione e di successiva verifica dell'autocontrollo da parte delle ATS, stabilite dalla DGR n. X/1185/2013;
 - ✓ per il restante 6% si conferma la selezione di tipo mirato della casistica per le conseguenti verifiche di congruenza.
- riguardo alle prestazioni di specialistica ambulatoriale, si conferma la percentuale di controllo pari ad almeno il 3,5% delle pratiche, da effettuarsi, con le modalità previste dalle "Regole di sistema".

Nel merito delle modalità di effettuazione e di trasmissione dei controlli sulle prestazioni sanitarie di ricovero e di specialistica ambulatoriale e delle relative tempistiche, sono definite, per l'esercizio 2023, le disposizioni per le attività di autocontrollo da parte degli Erogatori, come da sintesi riportata di seguito.

Autocontrollo qualità documentale Ricoveri (3%)

Dimessi dal 1° gennaio 2023

ATS

- Campionamento casuale (numerosità = 3% produzione 2022) su gennaio-marzo 2023.
- Invio ad Erogatori elenchi cartelle cliniche campionate.

Erogatore

- Invio esiti autocontrollo solo in ATS (no correzioni in Regione su campione) entro il 30 giugno 2023.

ATS

- Campionamento quota parte del 3% iniziale, per verifica di concordanza.
- In concordanza, no sanzionamento per errore.
- In discordanza, estensione a intero campione autocontrollo e sanzionamento per errore (se decurtazione economica $\geq 5\%$).
- Invio esiti quota parte controllo ATS ed autocontrollo Erogatore in Regione entro il 10.01.24 (con possibilità di correggere errori fino al 10.02.24).

Autocontrollo congruenza e appropriatezza generica Ricoveri (3,5%)

Dimessi dal 1° gennaio 2023

Erogatore

- Piano di Controllo aziendale (invio in ATS entro 15 febbraio 2023).
- Campionamento mirato o casuale o misto (numerosità = 3,5% produzione 2022) su gennaio-aprile 2023.
- Invio mensile in ATS elenchi cartelle cliniche campionate.
- Invio esiti autocontrollo solo in ATS (NO correzioni in Regione su campione) entro il 30 giugno 2023.

ATS

- Segnalazione criticità Piano di Controllo aziendale.
- Campionamento quota parte del 3,5% iniziale, per verifica di concordanza.
- In concordanza, no sanzionamento per errore.
- In discordanza, estensione a intera produzione disponibile e sanzionamento per errore (se decurtazione economica $\geq 5\%$).
- Invio esiti quota parte controllo ATS ed autocontrollo Erogatore in Regione entro il 10/01/24 (con possibilità di correggere errori fino al 10/02/24).

Le Strutture sanitarie di ricovero e cura dovranno provvedere, entro il 15 febbraio p.v., ad inviare, alla ATS di riferimento, un Piano di Controllo aziendale in cui siano esplicitati i criteri di campionamento e le modalità organizzative utilizzate per quanto riguarda l'autocontrollo di congruenza delle prestazioni di ricovero.

Si ricorda, altresì, che, stante la natura dei controlli sulle prestazioni sanitarie, tesi a garantire la corretta allocazione delle risorse finanziate dal SSR, i campioni di autocontrollo non devono contenere pratiche "non" finanziate, le quali non possono quindi entrare nel computo delle quote percentuali attese.

Le descritte funzioni di controllo saranno condotte dalle ATS integrandosi e coordinandosi con il contenuto del Piano dei Controlli e dei Protocolli dell'Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario Lombardo.

Endoprotesi e dispositivi ad alto costo

La DGR n. XI/5924 del 07.02.2022 avente per oggetto "Determinazione in merito alla remunerazione di alcune prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti" (poi integrata con il decreto n. 14040 del 03/10/2022) ha rivisto i criteri di rilevazione dei costi di endoprotesi/dispositivi ad alto costo ed ha contemporaneamente rimodulato le tariffe di alcuni DRG.

Le nuove indicazioni prevedono una tariffa differenziata, identificata da una lettera, in presenza di specifici codici di procedura in combinazione con alcune tipologie di endoprotesi/dispositivi ad alto costo rendicontabili nel flusso SDO4.

A fronte di quanto sopra, le disposizioni inerenti alle modalità di controllo del NOC rispetto al tipo campione Q (campione estratto con metodica guidata, ricoveri con impianto di endoprotesi) di cui alla DGR n. XI/1046 del 17.12.2018 e alla nota prot. n. G1.2019.0009622 del 28.02.2019 possono considerarsi superate a partire dai dimessi dal 01/01/2022, mentre resta immutata la verifica dell'oggettivazione documentale dell'avvenuto impianto della/delle endoprotesi rendicontata/e.

Quindi il tracciato esiti NOC (che dal 2019 aveva recepito le indicazioni introdotte con la nota regionale G1.2019.0016807 del 28/02/2019 con l'introduzione in presenza della lettera "Q" della compilazione dei capi dalla posizione 300 alla 368) dal 2022 non prevede un valore "Q" nel TIPO_CAMP e non prevede la compilazione dei campi dalla posizione 300 alla 368 (campi filler).

Si amplia invece l'elenco delle codifiche esito del controllo con l'aggiunta di due possibili esiti:

| | |
|---|---|
| N | pratica non confermata, con modifica della tipologia tariffa DRG per carenze della documentazione relativa ad una o più tipologie dei device rendicontati in SDO4 |
| P | pratica non confermata, con modifica della tipologia tariffa DRG per mancata conferma di una procedura dichiarata (in quanto prima del controllo aveva concorso alla definizione della tipologia tariffa) |

SERVIZI DI MEDICINA DI LABORATORIO

Nel 2023 sarà completato il percorso di riorganizzazione complessiva della Medicina di Laboratorio avviato nel 2022 ai sensi della DGR n. XI/6330/2022, che si articolerà nei seguenti interventi di efficientamento organizzativo e quali-quantitativo:

- completamento della riclassificazione dei Servizi di Medicina di Laboratorio in base ai requisiti autorizzativi e di accreditamento ridefiniti dalla DGR n. XI/7044/2022;
- riordino della Medicina di Laboratorio intra aziendale per le ASST e gli IRCCS pubblici in accordo al percorso di riclassificazione dei Laboratori Clinici Aziendali definito dalla DGR n. XI/7044/2022 e secondo quanto specificato nella nota della DG Welfare del 22/04/2022 (prot. n. G1.2022.0019002) ad oggetto "Linee di indirizzo per lo sviluppo della Medicina di Laboratorio nella predisposizione dei Piani di Organizzazione Aziendale Strategici (POAS) ex DGR XI/6278 dell'11.4.2022";
- istituzione e coordinamento della Rete della Medicina di Laboratorio pubblica ai sensi della DGR n. XI/6330/2022 e DGR n. XI/7044/2022;
- potenziamento e consolidamento della attività analitiche per l'analisi di sequenze geniche mediante Sequenziamento Massivo Parallelo ossia "Next Generation Sequencing" (NGS) ai sensi della DGR n. XI/6989/2022;
- potenziamento della rete informatica per la Medicina di Laboratorio ai sensi della DGR n. XI/6330/2022.

Inoltre, il processo di riorganizzazione ed efficientamento dei Servizi di Medicina di Laboratorio, riguarderà interventi anche nei seguenti ambiti correlati:

Attività analitiche

Nel 2023 sarà ripreso il percorso di trasferimento dalle ATS alle ASST delle attività analitiche di ricerca su matrici umane di sostanze illecite (droghe ed etanolo) ai sensi della DGR n. XI/2672 del 16/12/2019, con l'istituzione di un Gruppo Tecnico multidisciplinare che avrà l'obiettivo di predisporre le necessarie istruttorie tecniche nei seguenti ambiti:

- aggiornamento della DGR n. VIII/9097 del 13/03/2009 "Determinazioni in merito alla ricerca di sostanze stupefacenti e psicotrope nei materiali biologici e al dosaggio dell'etanolo";
- riordino della rete dei laboratori delle strutture pubbliche in seguito all'approvazione dell'aggiornamento dei requisiti autorizzativi.

Il Gruppo di Lavoro in argomento avrà il compito di definire i tempi, le modalità di attuazione delle attività di riordino e di coordinarne l'implementazione.

Armonizzazione del referto di Laboratorio – codice LOINC

Nel 2022 ad integrazione del progetto "referto strutturato", è stata prevista la predisposizione di un documento regionale sui contenuti del referto, ai sensi della DGR n. XI/7044/2022. A tale proposito, il "Gruppo di Lavoro sull'armonizzazione del referto" del Comitato Regionale dei Servizi di Medicina di Laboratorio (CReSMeL) - di cui al Decreto DG Welfare 5170/2021 - considerata la complessità dell'argomento e delle ricadute cliniche, ha ritenuto di procedere preliminarmente con la verifica delle attuali modalità di refertazione in uso presso i laboratori regionali. I risultati della verifica sono parte integrate dell'istruttoria tecnica per la messa a punto del documento regionale prevista entro fine

2023. La linea di indirizzo sui contenuti minimi del corpo del referto riguarderà i seguenti ambiti: Patologia Clinica, Microbiologia e Virologia ed Immunoematologia.

Aggiornamento del Decreto DG Sanità n. 32856 del 19/12/2000 "Linee guida su "Controllo di Qualità Interno nel Servizio di Medicina di Laboratorio"

A sensi della DGR n. XI/7044/2022, nel corso del 2023 sarà rivisto e aggiornato il Decreto DG Sanità n. 32856 del 19/12/2000. A tale proposito, il "Gruppo di Lavoro sul Controllo Qualità Interno" del CreSMeL, considerata l'evoluzione tecnologica e le nuove conoscenze in ambito scientifico, nel corso del 2022 ha proceduto con la verifica delle attuali modalità di gestione del Controllo Qualità Interno da parte dei laboratori regionali. I risultati della verifica sono parte integrate dell'istruttoria tecnica propedeutica alla predisposizione di un documento regionale sui contenuti del referto, previsto entro fine 2023.

Applicazione della Telepatologia in ambito della Medicina di Laboratorio

A sensi della DGR n. XI/7044/2022, nel corso del 2023 sarà predisposto un documento di indirizzo che regolamenti le applicazioni della telepatologia e del teleconsulto nell'ambito della Medicina di Laboratorio con particolare attenzione alle applicazioni in ambito della *digital pathology*, della *digital cytology* e delle applicazioni di sistemi di *automated image-processing systems* ecc.

Appropriatezza Diagnostica

Nel corso del 2022 nell'ambito delle iniziative promosse al fine di migliorare l'appropriatezza diagnostica della Medicina di Laboratorio, è stata predisposta l'istruttoria tecnica propedeutica all'adozione nel 2023 di un documento regionale sulla diagnostica delle patologie autoimmuni con l'obiettivo di razionalizzare e migliorare la qualità del percorso del paziente (una sola visita e un solo accesso al laboratorio) in modo da ridurre i tempi necessari per l'inquadramento clinico-diagnostico, attraverso la definizione di un algoritmo diagnostico (reflex test) verificate le condizioni di erogabilità.

Aggiornamento ed integrazione del Decreto DG Sanità n. 252/2013 "Indicazioni in merito alle attività dei Servizi di Medicina di Laboratorio riguardo le attività di POCT (Point Of Care Testing)"

Considerata l'evoluzione tecnologica e le nuove conoscenze in ambito scientifico, nel corso del 2023 sarà rivisto il Decreto DG Sanità n. 252/2013.

Albo Esperti Tecnici di Medicina di Laboratorio

Ai sensi della DGR n. XI/7044/2022 nel corso del 2023 il Centro Regionale di Coordinamento della Medicina di Laboratorio provvederà ad avviare l'istituzione e regolamentazione dell'Albo Esperti Tecnici di Medicina di Laboratorio i quali, su richiesta, potranno affiancare le ATS nei percorsi di autorizzazione ed accreditamento istituzionale dei Laboratori Clinici.

Rete Regionale delle Anatomie Patologiche in funzione della medicina dei trapianti

Il Centro Regionale di Coordinamento della Medicina di Laboratorio predisporrà, in collaborazione con il Coordinamento Regionale Trapianti (CoRe), un progetto finalizzato all'armonizzazione e standardizzazione delle valutazioni istopatologiche rese per la rete regionale e nazionale trapianti, che preveda anche l'implementazione della Digital Pathology.

Il progetto in argomento comporterà l'istituzione di un Gruppo Tecnico di specialisti in Anatomia Patologica, con l'obiettivo di predisporre le necessarie istruttorie tecniche.

SISTEMA REGIONALE TRAPIANTI

Al fine di mantenere il livello di qualità e innovazione che fa della medicina dei trapianti un'eccellenza del Sistema sanitario lombardo, proseguirà, nel corso del 2023, il percorso di riorganizzazione ed efficientamento di diversi settori del Sistema Trapianti.

In particolare, attraverso il mandato tecnico al Coordinamento Regionale Trapianti (CoRe) - coadiuvato dal Comitato Regionale Trapianti – gli interventi programmatici di Regione Lombardia in tema di medicina dei trapianti saranno i seguenti:

- approvazione dei criteri regionali per l'applicazione dell'Accordo Stato/Regioni del 2018 sui *"Requisiti autorizzazione trapianto di organi solidi da donatore cadavere"*;
- recepimento dell'Accordo Stato/Regioni del 2021 sul trapianto di rene da donatore vivente con istituzione, mediante atto regionale, del Programma Regionale Trapianto di rene da donatore vivente 2023 - 2024;
- recepimento dell'Accordo Stato/Regioni del 2021 sui "Requisiti per il trapianto di Cellule Staminali Emopoietiche" con istituzione, mediante atto regionale, del Programma Regionale Trapianto di CSE 2023 - 2024;
- sviluppo del "Programma Regionale di Trapianto di organi 2023 - 2024", con individuazione delle linee organo-specifiche per la gestione delle insufficienze d'organo con indicazione al trapianto, su bacino di utenza ATS;
- elaborazione del PDTA regionale del neuroleso grave, con attivazione di un tavolo multidisciplinare all'interno delle reti tempo-dipendenti, finalizzato alla valutazione del ricovero in terapia intensiva a scopo donativo, in assenza di altre opzioni terapeutiche;
- elaborazione del Programma Regionale donazione a cuore fermo controllato, con implementazione di equipe mobili per la perfusione del donatore in arresto cardiaco atteso;
- elaborazione del Programma Regionale per la Perfusione d'organo, finalizzato ad un utilizzo razionale delle macchine di perfusione ex situ (con il supporto logistico di AREU);
- revisione delle modalità di rimborso dell'attività di donazione di organi e tessuti, finalizzata al riconoscimento economico del lavoro svolto dai professionisti per realizzare CAM itineranti regionali e/o ECMO Team di donazione regionali, in seno al CoRe;
- revisione delle modalità di rimborso dell'attività di donazione di organi e tessuti, con gestione di un fondo dedicato alla donazione a valenza regionale, in seno al CoRe finalizzato al riconoscimento economico del lavoro svolto dai professionisti per:
 - ✓ effettuare CAM itineranti,
 - ✓ ECMO Team per la donazione a cuore fermo itineranti,
 - ✓ attività dei COP e del personale medico e del comparto svolta al di fuori dell'orario istituzionale per portare a termine i processi di donazione.

Ai fini di garantire le attività inerenti il "Centro regionale per i trapianti" per l'esercizio 2023, è garantito alla Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano, un finanziamento fino a un massimo presuntivo di € 2.850.000,00 come indicato nella DGR n. XI/6150 del 21/03/2022. Si precisa che la previsione dell'ammontare massimo delle risorse indicate, deriva dalla stima dei costi necessari a coprire i fabbisogni per le attività in cui si articola il funzionamento del Centro, desunti dalle spese esposte nelle annuali rendicontazioni presentate dalla Fondazione, agli atti della DG Welfare.

RETE OSTETRICO-GINECOLOGICA E NEONATALE

Per il 2023 si conferma lo sviluppo degli obiettivi già indicati nelle DGR n. XI/5249 del 20/09/2021 (cap.1-5) e n. XI/6387 del 16/05/2022 (Allegato 5, p.17), nonché di quanto definito nel Decreto della DG Welfare n. 5697 del 29/04/2022, attraverso un approccio unitario all'intero metaprogetto della Rete, finalizzato a garantire la continuità assistenziale

e l'appropriatezza clinica ed organizzativa mediante la messa in rete di tutti i professionisti, strutture e servizi che erogano interventi sanitari e sociosanitari, ospedalieri e territoriali. Di seguito sono indicati gli interventi che caratterizzeranno l'azione regionale nei vari ambiti in cui si articola la Rete Ostetrico-Ginecologica e Neonatale.

Ambito Salute della donna e Percorso Nascita

Per il 2023 si riconferma lo sviluppo degli obiettivi già indicati nelle DGR n. XI/5249 del 20/09/2021 (cap.1-5), DGR n. XI/6387 del 16/05/2022 (Allegato 5, p.17), e quanto definito nel Decreto DG Welfare n. 5697 del 29/04/2022, con la peculiarità di un approccio unitario all'intero metaprogetto della rete, atto a garantire la continuità assistenziale e l'appropriatezza clinica ed organizzativa, attraverso la messa in rete di tutti i professionisti, strutture e servizi che erogano interventi sanitari e sociosanitari, ospedalieri e territoriali.

Nello specifico sono previste azioni caratterizzate da forti strategie di integrazione sanitaria, sociosanitaria e sociale che coinvolgono diversi ambiti organizzativi, - Polo Ospedaliero, Polo Territoriale, Prevenzione - ivi compresa la collaborazione della Direzione Politiche per la Famiglia, Genitorialità e Pari Opportunità.

In particolare, nell'ambito della assistenza distrettuale, territoriale e della prevenzione e alla luce dell'art.24 del D.P.C.M. 12/01/2017 ad accesso diretto, il Consultorio Familiare garantisce alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie le prestazioni LEA, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche, terapeutiche, ostetriche, psicologiche e psicoterapeutiche, riabilitative. Si rimanda alla sezione dei Consulenti familiari, la complessiva attività della rete territoriale. L'assistenza distrettuale ai minori, alle donne, alle coppie e alle famiglie tiene conto di eventuali condizioni di disabilità ed è integrata da interventi sociali in relazione ai bisogni socioassistenziali emersi dalla valutazione multidisciplinare. Le incisive azioni in tema di prevenzione e protezione della salute hanno un'elevata rilevanza per il riflesso sul benessere della persona, della popolazione attuale e futura. La rivoluzione epigenetica, la teoria delle origini embrio-fetali delle malattie complesse non trasmissibili (MCNT), l'investimento sui "Primi 1000 giorni" per la prevenzione delle patologie associate principalmente agli stili di vita (non-communicable diseases NCD) e la transizione epidemiologica del XXI secolo indicano la opportunità di investire preventivamente sulla salute delle donne, dei neonati e dei minori.

Le azioni, la tipologia - trasversalità degli interventi e i livelli dei servizi, vanno modulate nel rispetto dei diritti e scelte delle donne, offrendo servizi secondo un approccio "stepped care", ovvero graduale e scalabile per professionisti e per livelli, iniziando dal riconoscimento della fisiologia del ciclo vitale, potenziando l'adesione ai programmi di salute, rafforzando le competenze genitoriali, intercettando precocemente le condizioni di vulnerabilità cui fornire maggiore assistenza.

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 costruisce un capitale di salute; 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.

Sono quindi definiti e riconfermati i seguenti obiettivi di intervento:

- potenziare ulteriormente le attività 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) per superare l'esitazione vaccinale nel periodo perinatale;
- attivare percorsi per il supporto delle competenze genitoriali e buone pratiche quali, ad esempio, la lettura ad alta voce, sulla base di quanto già avviato (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 e livelli di cura in raccordo con le strutture della prevenzione-territorio-ospedale. Le attività sono finalizzate a garantire la presa in carico della donna in tutto il ciclo di vita fino al climaterio. Le prestazioni dell'Ostetrica sono erogate in presenza (ambulatorio, consultorio familiare, case di comunità), al domicilio, in strutture di isolamento o altro, anche mediante la telemedicina;
- un significativo impegno è da prevedersi nel Percorso Nascita per l'affiancamento alla donna, alla coppia e al neonato - sia nei percorsi fisiologici e sani sia nei percorsi di maggiore complessità e vulnerabilità - 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 in telemedicina e di 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 (psico-educazione e mutuo-aiuto per neomamme; massaggio infantile) e, al bisogno, con colloqui di sostegno in presenza e in telemedicina;
- 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 n. IX/6387 del 16/05/2022, quando l'operatore del consultorio (ostetrica, assistente sociale, psicologo, educatore professionale) dovesse rilevare segnali di disagio nella donna/famiglia, attiva l'Equipe multidisciplinare consultoriale per valutare ed implementare gli interventi a partire dal modello Pensare Positivo fino alla attivazione della rete e degli specialisti di competenza;
- 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. Attivare la dematerializzazione degli accertamenti di laboratorio e strumentali delimitati per il controllo della gravidanza fisiologica organizzati in pacchetti specifici per età gestazionale, a cura dell'Ostetrica secondo le modalità descritte dalla DGR n. 5249 del 20/09/2021;
- monitorare lo sviluppo del percorso nascita fisiologico intra ed extraospedaliero a conduzione ostetrica secondo le linee di indirizzo definite rispettivamente dal decreto DG Welfare n. 13039/2019 e dal decreto DG Welfare n. 14243/2018;
- potenziare il Progetto Pensare Positivo che era stato promosso dai Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze, in collaborazione con i Dipartimenti Materno Infantili, per intervenire efficacemente a supporto delle donne con depressione perinatale grazie ad una attività di Home-visiting della Ostetrica del Consultorio che adotta le pratiche di competenza contenute nel manuale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità "Pensare Positivo". Tale Progetto ha permesso la formazione di circa 120 ostetriche e ha mostrato la fattibilità di questo intervento e la soddisfazione delle donne nel riceverlo.

Nel 2023 si intende inoltre promuovere una formazione agli operatori del consultorio (ostetriche, psicologi, assistenti sociali, educatori professionali) che possano implementare il modello all'interno di un maggior numero di ASST lombarde.

Nel 2023 le ATS e le ASST sono chiamate, con funzioni rispettivamente di programmazione/regia e di erogazione, a contribuire al raggiungimento delle azioni e dei risultati attesi del PNRR nelle reti di prossimità, con specifico riferimento agli interventi a cui concorrono i Consultori Familiari e le attività consultoriali nelle Case di Comunità descritte nel presente capitolo.

Ambito Ostetrico e Neonatale

Di seguito le attività che verranno svolte nel corso del 2023.

- Efficientare il percorso della donna tra consultorio familiare e le strutture ospedaliere, in particolare per la tutela sociale della maternità, l'interruzione volontaria di gravidanza ai sensi della Legge n. 194/1978 e per l'interruzione spontanea nel I° trimestre.
- Avviare una valutazione complessiva della rete in seguito all'applicazione delle D.D.GR n. XI/2395/2019 e n. XI/2396/2019, al fine di garantire un'offerta sanitaria ponderata, omogenea sul territorio regionale, che tenga conto della natalità e del bacino di utenza. La valutazione comprenderà l'analisi della casistica dei ricoveri secondo i criteri elencati nello strumento integrato al Cedap denominato "MMF". In particolare, si procederà
 - ✓ all'analisi delle afferenze dei Punti Nascita (spoke) ai Punti Nascita (Hub) e dei Centri individuati;
 - ✓ all'aggiornando dei criteri di ricovero nelle Terapie Intensive Neonatali e nelle unità funzionali di Medicina Materno Fetale;
 - ✓ all'introduzione dei criteri di ricovero nelle Sub-Intensive Neonatali e Patologie Neonatali.
- Ponderare il finanziamento ai Centri di Terapia Intensiva Neonatale in rapporto alla specificità dei servizi erogati, alla complessità assistenziale e ai volumi di attività e alla coerenza con i rispettivi Centri di Medicina Materno-Fetale.
- Predisporre, quale strumento di rilevazione dei criteri di ricovero appropriato, una specifica sezione integrata al Certificato di assistenza al parto (Cedap) ma indipendente relativamente alla compilazione del tracciato regionale, definita MMM (Medicina Materno Fetale). La specifica sezione ha l'obiettivo di acquisire informazioni in merito alle caratteristiche delle donne che hanno un decorso patologico della gravidanza-parto-puerperio, monitorare l'appropriatezza di ricovero e l'accesso ai Centri di Medicina Materno Fetale.
- Valorizzare e finanziare i Centri di Medicina Materno Fetale mediante la modifica della Funzione Non Tariffabile n. 6 prevista dalla DGR n. XI/2014 del 31/07/2019 e l'assegnazione delle risorse umane.
- Avviare su tutto il territorio regionale dal secondo semestre 2023 a conclusione della sperimentazione, la cartella informatizzata STAM e STEN e monitorare l'implementazione dei Servizi di Trasporto Assistito Materno (STAM) e di Trasporto in Emergenza neonatale (STEN).
- Sviluppare la rete regionale dei servizi finalizzati alla prevenzione, diagnosi precoce e terapie riabilitative delle disfunzioni addomino-perineali perinatali in collaborazione con il Tavolo tecnico dedicato.
- Avviare la rilevazione della sorveglianza della mortalità perinatale, ai sensi del Decreto DG Welfare n. 14353 del 07/10/2022, e avviare la contestuale implementazione informatizzata del flusso dei dati.

Ambito ginecologico

L'operatività dell'area ginecologica è coordinata dalla Commissione Salute della Donna e nel corso del 2023 saranno perseguiti gli obiettivi specifici indicati nel Piano di Rete approvato con Decreto DG Welfare n. 5697 del 29/04/2022, in particolare:

- efficientare la presa in carico della donna con patologia oncologica, in linea con il Piano per le liste d'attesa del 2022, con l'individuazione dei Centri di riferimento patologia specifica, sviluppo di criteri di appropriatezza e di follow-up;
- sviluppare i criteri di appropriatezza di cura e trattamento chirurgico e non, delle donne con patologie benigne del corpo uterino e degli annessi;
- avviare la progettazione e lo sviluppo del Registro Regionale dell'Endometriosi (RRE) a supporto dell'implementazione della rete lombarda dell'endometriosi, con l'applicazione del modello Hub & Spoke definito dalla DGR (...del 15/12/2022). Individuazione successiva dei Centri di riferimento e avvio del follow-up del percorso;
- efficientare l'offerta delle prestazioni di prevenzione alla preservazione della fertilità, alla diagnosi e cura dell'infertilità e della sterilità in collaborazione con la rete della Procreazione Medicalmente Assistita;
- collaborare e condividere con il Tavolo tecnico in tema di prevenzione e trattamento delle disfunzioni addomino-perineali e dell'incontinenza urinaria;
- collaborare con le strutture di competenza per l'efficientamento dei percorsi di educazione alla salute di genere, sessuale e riproduttiva, e in generale della salute psico-fisica in tutto il ciclo di vita della donna.

RETE PEDIATRICA

Per il 2023 si conferma l'implementazione e sviluppo degli obiettivi già indicati nel Decreto DG Welfare n. 7301 del 25/05/2022, in particolare con il contributo delle seguenti Commissioni Tecniche:

- Appropriatelyzza del ricovero pediatrico per area e tipologia di struttura e organizzazione del Pronto Soccorso Pediatrico e gestione dell'OBI;
- Modello organizzativo della gestione del bambino dal territorio all'ospedale;
- Malattie rare, malattie croniche complesse e riabilitazione in età evolutiva;
- Chirurgia pediatrica.

RICERCA, INNOVAZIONE E SAPERE SCIENTIFICO

Progetti Europei

Nel corso del 2023 il tema della progettazione europea sarà sviluppato intorno alle seguenti azioni.

- Prosecuzione della gestione dei Progetti Europei e Joint Action in corso: UNICOM, BD4QoL, RESPOND, HSMONITOR, JA ImPLeMENTAL e JADECARE.
- Avvio delle attività dei progetti PATHED e ITA NCPeH Plus.
- Preparazione della proposta di partecipazione alla Joint Action JACARDI.
- Coordinamento di nuove iniziative inerenti la partecipazione diretta della DG Welfare, con il supporto di ARIA e degli Enti territoriali del SIREG e IRCCS, alle progettualità europee e alle reti europee.

I progetti si occupano di tematiche relative a:

- interoperabilità dei servizi di e-health, incluso l'accesso dei cittadini ai propri dati clinici;
- servizi di telemedicina, telemonitoraggio, teleassistenza e teleconsulto;
- sviluppo di modelli di medicina proattiva e personalizzata a favore della popolazione fragile e affetta da patologie croniche;
- prevenzione per la promozione della salute attraverso il miglioramento della qualità e accessibilità di servizi dedicati in ambito sanitario;

- riduzione dell'incidenza di malattie non trasmissibili, con particolare attenzione a quelle cardiovascolari ed al diabete;
- Si favorirà la formazione del personale degli Enti sanitari territoriali nell'ottica di future partecipazioni dirette alle progettualità europee mediante la diffusione delle adeguate opportunità formative/informative esterne (PROMIS,...) e mediante la rete dei referenti presso ATS, ASST e IRCCS Pubblici.

Ricerca

Sono destinati fino ad un massimo di 27.700.000 di euro al sostegno all'attività di ricerca della Fondazione Regionale per la Ricerca Biomedica (FRRB) finanziata attraverso l'indizione di bandi, nonché di iniziative a supporto delle politiche regionali nel settore Scienze della Vita, nell'ambito del Piano d'Azione annuale e in coerenza con la programmazione triennale dell'attività di ricerca di Regione Lombardia prevista nella L.R. 23/11/2016, n. 29 (*"Lombardia è ricerca e innovazione"*), in attuazione della quale è stato approvato con DCR n. XI/2047 del 19/10/2021 il *"Programma strategico triennale per la ricerca, l'innovazione e il trasferimento tecnologico 2022-2023"*.

Le predette risorse sono comprensive dei costi di funzionamento e dei costi connessi all'indizione dei bandi e agli ulteriori ambiti di collaborazione richiesti dalla DG Welfare su temi importanti per la valorizzazione della ricerca biomedica, come ad esempio il trasferimento tecnologico.

La quota destinata ai costi di funzionamento è riconosciuta fino ad un massimo di 1.700.000 euro per il 2023, ma sarà esattamente quantificata con la delibera di approvazione dei rispettivi Piani di Attività.

Fibrosi cistica

Prosecuzione della ricerca per la prevenzione e cura della fibrosi cistica di cui alla Legge n. 548/93, attraverso il sostegno di progettualità attuate dal Centro di Riferimento Regionale (IRCCS Ospedale Policlinico di Milano) e dal Centro di supporto (ASST Spedali Civili di Brescia). Sono stanziati 240.000,00 euro che verranno anticipati da Regione Lombardia in attesa del conferimento del Ministero della Salute e assegnati in relazione alle progettualità elaborate dalle due strutture che a tal fine si coordineranno.

Sistema Bibliotecario Biomedico Lombardo (SBBL)

Si riconferma il ruolo dell'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda di Milano quale Centro di riferimento regionale per la gestione di SBBL per il 2023, con la proroga della relativa convenzione, nelle more della revisione delle regole di organizzazione e funzionamento del sistema. Contemporaneamente verrà avviata una manifestazione di interesse finalizzata ad indagare la presenza di altre strutture con competenze professionali e dotazioni adeguate, che siano disponibili ad assumere la gestione di SBBL a partire dal 2024.

Verrà potenziata la rete delle strutture pubbliche aderenti, con l'ingresso di AREU e ARPA, nonché saranno migliorati i servizi per le professioni sanitarie, attraverso banche dati di *evidence* funzionali all'assistenza diretta ai pazienti, inserite nella cartella informatizzata, e consentito l'accesso ai medici di famiglia.

Il finanziamento pubblico di SBBL sarà rappresentato da un contributo regionale pari a 1.785.000 euro e da una quota a carico di ATS, ASST e IRCCS pubblici, AREU e ARPA, calcolata in relazione al numero dei dipendenti e variabile in relazione all'incremento fisiologico dei prezzi da parte degli editori che si attesta intorno al 5% annuo. Detta quota per il 2023 è complessivamente non superiore a 2.029.500 euro e negli anni successivi potrà essere incrementata nella misura massima del 5%.

Progetti di cooperazione internazionale ed interventi sanitari umanitari

Si proseguiranno gli interventi sanitari per motivi umanitari a favore di cittadini provenienti da Paesi extracomunitari che non possono ricevere nei Paesi di provenienza cure adeguate, su istanza di Associazioni no profit, secondo le indicazioni della DGR n. X/898/2013 e del Decreto della DG Welfare n. 8749/2014.

Sarà dato sostegno ad ulteriori iniziative individuate dalla DG Welfare, tra le quali rientrano gli interventi umanitari conseguenti ad emergenze sanitarie o ad accordi, protocolli, intese con altri Paesi o Regioni.

RISK MANAGEMENT

Sicurezza in area travaglio parto-sorveglianza mortalità perinatale

Ogni ASST dovrà mantenere l'attività di gestione del rischio clinico relativa al processo di travaglio/parto attraverso lo sviluppo della segnalazione dei triggers materno/fetali all'interno dei CEDAP e l'analisi attraverso audit strutturati con la declinazione delle azioni di miglioramento conseguenti.

Proseguirà l'attività regionale relativamente all'analisi dei dati sulla sorveglianza della mortalità materna e dei near miss materni e perinatali in collaborazione con il Ministero della Salute. Anche per l'anno 2023 proseguirà il progetto di valutazione esterna fra pari "peer review" in area materno infantile, che prevede la candidatura volontaria dei punti nascita del SSR nell'ottica di perseguire obiettivi di sicurezza e miglioramento dell'appropriatezza clinica e organizzativa attraverso l'adesione alle buone pratiche.

Con Decreto della DG Welfare n. 14353 del 07/10/2022, è stato rinnovato il "Gruppo regionale per la sorveglianza della mortalità perinatale" che ha tra gli obiettivi la messa a punto di un modello di sorveglianza della morte perinatale e degli altri esiti rilevanti, nonché la rilevazione dei casi di mortalità intrauterina ≥ 34 a settimana di gestazione e dei casi di mortalità neonatale precoce e tardiva dei nati ≥ 34 a settimana di gestazione non correlata a malattia congenita. Il Gruppo ha, inoltre, l'obiettivo di effettuare una definizione e verifica dei criteri di stratificazione del rischio da parte di un panel regionale e le indicazioni programmatiche e operative circa le misure da adottare per la prevenzione del fenomeno che verranno fornite nel corso dell'anno. Contestualmente sarà avviata la progettazione e l'implementazione del flusso dei dati nell'ambito del Gruppo regionale e verranno definite le modalità operative di classificazione ed invio al Centro regionale del rischio sanitario e sicurezza del paziente delle segnalazioni a cui seguiranno audit di primo e/o secondo livello.

Implementazione di un sistema per la gestione del rischio in ambito territoriale e sociosanitario

Nell'anno 2023 sono previste iniziative di risk management nell'ambito delle strutture territoriali in linea con le modifiche apportate dalla Legge regionale n. 22/2021.

In particolare, le iniziative vedranno in primis il coinvolgimento diretto dei Risk Manager delle ATS, in continuità con il Centro regionale del rischio sanitario e sicurezza del paziente con la finalità di facilitare l'attività di analisi delle attività di risk management messe in atto dagli erogatori di UdO sociosanitarie attraverso l'estensione a tutto il territorio regionale dei questionari già avviati nel corso dell'anno 2022, nonché l'implementazione degli strumenti di risk management anche tramite interventi formativi nei seguenti ambiti:

- RSA e UdO sociosanitarie del territorio di afferenza,
- attività di risk management nei dipartimenti di prevenzione,
- attività di screening,
- gestione sicurezza del farmaco in collaborazione con il servizio farmaceutico.

Nell'ambito dei servizi dei poli territoriali afferenti alle ASST si intende avviare un percorso di gestione del rischio in linea con:

- l'avvio dei nuovi Distretti (Case di Comunità e Ospedali di Comunità),
- il trasferimento dei dipartimenti di cure primarie,
- lo sviluppo della telemedicina.

Sviluppo della gestione del "full risk based thinking" (ERM)

Prosegue l'implementazione del modello di Enterprise Risk Management (ERM) applicato in via sperimentale nel corso del 2022 su 7 Strutture Sanitarie "pilota". L'applicazione di tale modello propone un'analisi dei processi e degli strumenti di gestione che permetterà alle organizzazioni di creare valore nel lungo periodo, individuando le criticità all'interno dei processi analizzati e favorendo conseguentemente l'individuazione degli obiettivi strategici e operativi atti al loro miglioramento.

L'ERM consente di adottare un approccio strutturato alla gestione del rischio e di integrare i processi di risk management nei meccanismi decisionali, comportando i seguenti benefici:

- Definizione di solide strategie risk-based a lungo termine,
- Consolidamento della governance e supporto alle decisioni,
- Capacità di anticipare e reagire ai cambiamenti,
- Ottimizzazione della spesa per la mitigazione dei rischi,
- Riduzione degli eventi avversi.

La gestione omnicomprensiva del rischio contribuisce anche ad un uso e un'allocazione più efficace delle risorse, alla protezione del patrimonio aziendale, alla tutela dell'immagine e del know-how delle figure professionali, così come all'ottimizzazione dell'efficienza operativa.

Il Risk Manager ha il ruolo di stimolare e supportare le direzioni aziendali/unità operative (risk owner) nelle fasi di analisi e valutazione dei rischi e superando l'attuale visione "a silos" dei rischi aziendali, ha il compito di aggregare gli esiti delle analisi condotte dai risk owner al fine di rappresentare i rischi in una visione univoca e prioritizzata, supportando così il Comitato di Gestione del Rischio aziendale nell'intraprendere le azioni di competenza.

L'obiettivo della fase "pilota" è testare e rimodulare gli strumenti di lavoro prima di procedere alla complessiva analisi di ogni ambito aziendale e di estendere la progettualità alle ulteriori aziende sanitarie regionali. Nel corso del 2023 - 2024 tutte le aziende sanitarie pubbliche saranno progressivamente chiamate a svolgere una prima fase operativa di adozione sistematica del modello ERM.

Gestione delle Crisi e Continuità Operativa (linee di indirizzo)

Nel corso dell'anno 2023 ai Risk Manager saranno fornite indicazioni per la gestione delle crisi e per la visione integrata della resilienza organizzativa in sanità anche attraverso incontri di condivisione/formazione e adozione di idonei strumenti di "business continuity" e "crisis management". Si rende pertanto necessario, che le ASST, in coerenza con le linee di indirizzo regionali adeguino con logica sistemica e di collegamento in primis con i piani di emergenza pandemica e successivamente con gli altri piani di emergenza previsti dalla normativa (PEI, PEMAFA, ecc...) specificando in questo nuovo contesto il ruolo del risk manager e di tutti gli attori necessari nell'ambito della unità di crisi.

Prevenzione infezioni - Sepsis

Il Gruppo di Lavoro regionale dedicato, di cui al Decreto DG Welfare n. 3604 del 18/3/2022, ha predisposto una raccomandazione specifica che sarà diffusa a tutte le aziende sanitarie volta a definire le strategie integrate per la gestione della Sepsis nell'adulto, che aggiorna il precedente Decreto DG Welfare n. 7517/2013.

Tale raccomandazione agevolerà la realizzazione di PDTA aziendali contestualizzati alla realtà locale e indica i possibili sistemi di allerta precoce previsti dalle Linee Guida 2021

della "Surviving Sepsis Campaign", così come un programma di miglioramento continuo che includa lo screening dei soggetti a rischio e procedure codificate di trattamento, nonché un programma di formazione dedicato.

Allo scopo, sarà messa a disposizione una specifica scheda di audit "Case Review Form (CRF)" per la revisione della documentazione clinica, al fine di valutare l'aderenza della gestione dei casi di sepsi al PDTA aziendale, in un campione di cartelle cliniche selezionate. Si chiede pertanto:

- la conduzione di audit su almeno n. 20 casi di sepsi estratti da una lista di campionamento, ricavati dal portale regionale, includendo eventuali casi di sepsi ostetrica, secondo le indicazioni che saranno fornite con la scheda audit CRF,
- di applicare la nuova Check list Logistico-Organizzativa aggiornata, che sarà inviata, al termine dell'implementazione del nuovo PDTA aziendale,
- di partecipare alle iniziative formative proposte a livello regionale e conseguentemente programmare la specifica formazione a livello locale.

Il GdL ha inoltre predisposto uno specifico questionario che sarà diffuso ai Laboratori di microbiologia al fine di valutare l'appropriatezza alla gestione delle emocolture, come indicato nella raccomandazione.

Sistema di monitoraggio delle attività di Risk Management

Nel corso del 2022, è stata creata all'interno del Portale di Governo regionale un'apposita sezione dedicata alle attività di monitoraggio di risk management che ha visto l'introduzione di indicatori di analisi della sinistrosità che costituiscono la nuova reportistica dei sinistri derivanti dal caricamento delle richieste di risarcimento danni in GEDISS. Nel corso del 2023, la sezione sarà implementata con l'introduzione di una selezione degli indicatori di patient safety nonché l'introduzione di un sistema di incident reporting (near miss, eventi avversi, cadute accidentali, atti di violenza nei confronti di operatori). Il flusso delle segnalazioni proveniente dalle Strutture erogatrici pubbliche al Centro regionale del rischio sanitario e sicurezza del paziente sarà utilizzato ed integrato con un nuovo sistema di flussi informativi orientati alla misura della rischiosità e per soddisfare il debito informativo previsto verso l'Osservatorio Nazionale delle Buone Pratiche per la Sicurezza del Paziente (in ottemperanza alla Legge 24/2017 e Legge 113/2020). L'analisi degli atti di violenza nei confronti dell'operatore vede il coinvolgimento diretto dei Risk Manager nell'ambito della raccolta dei dati e dell'analisi degli eventi al fine di orientare le azioni necessarie il "Tavolo tecnico regionale sulla sicurezza del personale sanitario e sociosanitario" istituito per effetto della Legge regionale 15/2000.

Formazione dei risk manager/Network di Risk Management

Durante l'anno 2023 in collaborazione con Accademia Polis verranno avviati corsi di formazione e incontri con i Risk Manager e gli attori del sistema per le seguenti tematiche.

- Sepsis: formazione su revisione PDTA e check list redatta dal gruppo regionale sepsi.
- Rischio ostetrico e materno infantile: formazione ai risk manager e ai clinici sulla gestione del rischio chiesto anche da componenti del comitato nascita.
- Corso per Risk Manager e componenti CVS: corso avanzato (3-4 moduli).
- Corso per Ascolto e Mediazione di conflitti per la formazione di nuovi mediatori.
- Corso per Risk Manager delle UdO sociosanitarie.
- Network trimestrali di Risk Management.

Valutazione del lavoro svolto sulla percezione del rischio derivante dall'utilizzo delle radiazioni ionizzanti in medicina nucleare e in radioterapia

Saranno resi noti nel corso dell'anno gli esiti sulla valutazione della percezione del rischio di utilizzo delle radiazioni ionizzanti in medicina nucleare ad indirizzo radiometabolico ed in Radioterapia con conseguenti indicazioni operative che saranno fornite agli operatori

interessati nel corso dell'anno. Le azioni dovranno essere oggetto di appositi piani di miglioramento.

Gestione del contenzioso/copertura assicurativa RCT/RCO

In attesa dell'emanazione dei decreti attuativi della Legge 24/2017, che potranno cambiare gli assetti di copertura assicurativa e gestione del contenzioso, si confermano i seguenti punti.

- Le procedure pubbliche riguardanti la copertura assicurativa RCT/RCO verranno effettuate attraverso la Centrale d'Acquisto Regionale presso ARIA.
- I Comitati Valutazione Sinistri devono essere adeguatamente strutturati ed organizzati per la valutazione e gestione dei sinistri. Le Direzioni Strategiche dovranno mettere a sistema le modalità di gestione del contenzioso sanitario in ottemperanza al Decreto della DG Welfare n. 15406 del 27/10/2022, con il quale sono state revisionate le linee di indirizzo per l'armonizzazione della gestione dei sinistri, contenenti le indicazioni per le direzioni strategiche ed i comitati di valutazione dei sinistri, a cui ogni ASST, IRCCS e ATS dovrà fare riferimento.
- La promozione a livello aziendale di specifiche attività per migliorare i processi di ascolto/mediazione dei conflitti, possibilmente sfruttando la rete regionale di mediatori, attivando scambi di mediatori nel caso di necessità di comporre équipe di ascolto e mediazione dei conflitti. Saranno avviate iniziative di sviluppo dell'attività in continuità con quanto messo in campo prima della pandemia.

AREU

Ad AREU è richiesta la pianificazione, l'attuazione e la rendicontazione del progetto di informatizzazione della "relazione di soccorso" in uso ai mezzi di soccorso, nell'ambito del più ampio progetto di integrazione dei flussi informativi tra ospedali e sistema regionale di emergenza urgenza extraospedaliera.

Rischio nutrizionale

La prevenzione del rischio nutrizionale, cioè della possibilità di eventi avversi correlabili all'alimentazione/nutrizione, rientra a pieno titolo nelle attività per la sicurezza delle persone assistite nelle strutture sanitarie e sociosanitarie e rappresenta attualmente uno dei rischi più sottovalutati in ambito assistenziale. La valutazione del rischio nutrizionale consiste nell'identificazione di caratteristiche associabili a eventi avversi correlati.

L'identificazione si basa sulla costruzione di processi assistenziali appropriati, procedure definite e azioni di rilevazione di parametri semplici, non invasive, non costose, ma di rilevante impatto clinico e assistenziale.

In collaborazione con la Regione Toscana ed il gruppo Gestione rischio e sicurezza in sanità (GReSS) dell'Ordine TSRM-PSTRP è stato predisposto un progetto specifico volto a monitorare lo stato di consapevolezza e di gestione di tale rischio attraverso due questionari (incluso uno per i MMG) da diffondere ai Risk Manager e agli operatori sanitari ospedalieri e territoriali.

Si chiede pertanto ai Risk Manager di favorire questa attività, diffondendo nelle proprie strutture il link per la compilazione dei questionari che saranno indicati nel materiale comunicativo del progetto, arricchito anche da un quaderno sulla buona pratica.

Raccomandazioni Ministeriali

Si evidenzia l'importanza di portare a regime l'implementazione delle raccomandazioni ministeriali, laddove fosse ancora parziale, nonché di aggiornare le procedure e protocolli anche ai fini del monitoraggio annuale promosso da AGENAS, il cui esito determina il raggiungimento del parametro LEA punto Rischio Clinico AS.1 - Monitoraggio dell'implementazione delle raccomandazioni Ministeriali.

Per lo sviluppo di ulteriori temi specifici e per la definizione dei piani aziendali di risk management si rimanda alle "Linee Operative regionali di Risk Management" che annualmente vengono predisposte dalla DG Welfare.

ASSEGNAZIONE PLS O MMG AI MINORI STRANIERI REGOLARI ED IRREGOLARI

Con la DGR n. XI/1046 del 17/12/2018 (Regole 2019) al punto 5.3.18. "Iscrizioni dei minori irregolari" veniva disciplinata in via definitiva l'iscrizione al SSN dei minori stranieri irregolari, senza però l'assegnazione del pediatra di libera scelta (PLS) o del medico di medicina generale (MMG).

La circolare del Ministero della Salute Prot. n. 0016282-08/08/2022-DGPROGS-MDS-P stabilisce che, oltre all'iscrizione al SSN italiano a titolo obbligatorio, tutti i minori stranieri regolari, irregolari e minori non accompagnati, hanno diritto all'assegnazione del pediatra di libera scelta o al medico di medicina generale ed all'attribuzione del codice fiscale, così come previsto nella Risoluzione n. 25 dell'Agenzia delle Entrate

Pertanto, a partire dall'anno 2023 a tutti i minori comunitari, minori stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso e soggiorno, minori non accompagnati, potrà essere assegnato il pediatra di libera scelta o il medico di medicina generale ed il codice fiscale. L'iscrizione avrà scadenza annuale e potrà essere rinnovata annualmente fino al compimento del 18° anno di età.

ESENZIONI

Esenzioni regionali

Si conferma per l'anno 2023 l'esenzione dalla compartecipazione alla spesa farmaceutica e per le prestazioni di specialistica ambulatoriale per i seguenti soggetti iscritti al SSR:

- minori di 14 anni, indipendentemente dal reddito (codice di esenzione: E11);
- disoccupati che hanno reso la Dichiarazione di Immediata Disponibilità (DID) esclusivamente se il relativo reddito familiare risulti pari o inferiore a 27.000 Euro/anno, ed i familiari a loro carico, per il periodo di durata di tale condizione (codice di esenzione: E12). Al riguardo si precisa che la Dichiarazione di Immediata Disponibilità (DID) è l'attuale modalità prevista dalla legge per acquisire lo status di disoccupato. La domanda di NASpl o di DIS-COLL equivale alla DID. Si evidenzia che nelle FAQ presenti sul sito del Ministero della Salute si legge che *"Ai fini del riconoscimento del diritto all'esenzione, si considera disoccupato il cittadino che abbia cessato per qualunque motivo (licenziamento, dimissioni, cessazione di un rapporto a tempo determinato) un'attività di lavoro dipendente e sia iscritto al Centro per l'impiego in attesa di nuova occupazione. Non può considerarsi disoccupato il soggetto che non ha mai svolto attività lavorativa, né il soggetto che abbia cessato un'attività di lavoro autonoma, né chi è in cassa integrazione guadagni, sia essa ordinaria che straordinaria. Sono, invece, equiparati ai disoccupati i lavoratori in mobilità"*.
- cittadini in cassa integrazione guadagni straordinaria o in deroga che percepiscano una retribuzione, comprensiva dell'integrazione salariale o indennità, non superiore ai massimali mensili previsti dalla Circolare n. 5 dell'INPS del 25/01/2019 e suoi eventuali successivi aggiornamenti, ed i familiari a carico, per il periodo di durata di tale condizione (codice di esenzione: E13);

Si confermano inoltre per l'anno 2023, per i soggetti iscritti al SSR:

- limitatamente alla specialistica ambulatoriale, l'esenzione regionale dalla compartecipazione alla spesa sanitaria per i soggetti con età superiore ai 65 anni e reddito familiare fiscale inferiore o uguale a 38.500 euro (codice di esenzione: E05);
- limitatamente all'assistenza farmaceutica, l'esenzione dalla compartecipazione alla spesa sanitaria (fermo restando il pagamento della differenza di prezzo nel caso in cui la scelta prescrittiva si indirizzi sul farmaco di marca al posto dell'equivalente

“generico” o su un “generico” con prezzo differente da quello di riferimento, ai sensi di quanto disposto dall'articolo 7 della Legge n. 405/2001) per i soggetti con età uguale o superiore a 66 anni fino ad un reddito familiare fiscale annuale pari a Euro 18.000 (codice di esenzione: E14);

- limitatamente all'assistenza farmaceutica, esenzione dalla compartecipazione alla spesa sanitaria per i soggetti affetti da patologie croniche (codice di esenzione: E30) o rare (codice di esenzione: E40) appartenenti ad un nucleo familiare con reddito complessivo non superiore a 46.600 euro, incrementato in funzione della composizione del nucleo familiare secondo i parametri desunti dalla scala di equivalenza della tabella 2 al D. Lgs. n. 109/1998 e successive modifiche, per i farmaci correlati alla patologia;
- l'esenzione per le prestazioni di neuropsichiatria infantile, erogate dalle UONPIA o dalle strutture private accreditate, per i minori iscritti al SSR di età compresa tra i 14 e i 18 anni, con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo (codice esenzione: NPI), ai sensi dell'art. 25 del D.P.C.M. del 12/01/2017.

Codici di esenzione: E01, E03, E04, E05, E14

Si ricorda che le esenzioni con codice E01, E03, E04, E05 ed E14 sono certificate dal Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF). Tali esenzioni sono assegnate automaticamente agli aventi diritto e registrate in Anagrafe Regionale degli Assistiti, sulla base dei dati comunicati dal Ministero, che ogni anno, nel mese di marzo, predispose l'elenco dei soggetti aventi diritto, definito sulla base delle informazioni fornite dall'Agenzia delle Entrate (per la verifica del limite di reddito), dall'INPS (per la verifica della titolarità dell'assegno sociale e della pensione al minimo) e dal Ministero del Lavoro (per la verifica di assenza di posizione di lavoro), come previsto dal Decreto Ministeriale 11/12/2009.

Le esenzioni individuate dal MEF hanno validità di un anno, calcolato dal 1° aprile al 31 marzo successivo. Tali esenzioni vengono rinnovate automaticamente ogni anno se permangono le condizioni di diritto. Le esenzioni già registrate in anagrafe regionale vengono automaticamente rinnovate agli aventi diritto sulla base di quanto comunicato dal MEF ove non sussistano più le condizioni di diritto verrà posta automaticamente data di scadenza al 31 marzo.

L'attribuzione del diritto all'esenzione può essere verificata in ogni momento dal cittadino nei seguenti modi:

- autenticandosi al sito del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e dei servizi welfare online;
- presso gli sportelli di Scelta e Revoca delle ASST di competenza territoriale;
- rivolgendosi al proprio medico di Medicina Generale.

Si evidenzia che i dati trasmessi dal MEF sono relativi solo a soggetti che effettuano dichiarazioni dei redditi che permettono di ricostruire il nucleo familiare fiscale; ne deriva che il MEF non invia i dati di contribuenti che utilizzano modelli di dichiarazione dei redditi (modello 770 ad es.) effettuati da sostituti di imposta quale l'INPS che non permettono al MEF di ricostruire il reddito familiare fiscale.

Qualora il cittadino ritenga di aver diritto ad un'esenzione per reddito E01, E03, E04, E05, E14 che non gli è stata certificata automaticamente dal MEF, potrà presentare un'autocertificazione della propria condizione in ASST. Tale esenzione sarà registrata in anagrafe regionale con scadenza in data 31 marzo di ogni anno. Laddove l'esenzione autocertificata dal cittadino non sia riscontrata nel successivo flusso di esenzioni certificate dal MEF, essa sarà chiusa alla scadenza e non rinnovata.

Nel caso in cui un cittadino chieda la revoca all'ASST di competenza o tramite il sito FSE di una delle esenzioni assegnate automaticamente dal MEF (E01, E03, E04, E05, E14) in quanto ritenga di non possedere i requisiti necessari per godere del relativo diritto, la revoca avrà validità solo per l'anno in corso. È quindi possibile che nell'anno successivo, a partire dal 1

aprile, l'esenzione venga nuovamente assegnata automaticamente dal MEF, se dai dati reddituali rilevati risulta ancora permanere il requisito di diritto (solitamente per un'anomalia riconducibile ad errori nella dichiarazione dei redditi presentata).

In tal caso è necessario che il cittadino:

- verifichi la correttezza della dichiarazione dei redditi (per l'anno di competenza), eventualmente facendosi supportare da un Patronato, un CAAF o altro soggetto che offra assistenza fiscale;
- chieda nuovamente la revoca del diritto all'esenzione non posseduto.

Codici di esenzione: E02, E12, E13

Il diritto alle esenzioni con codice E02, E12, E13 è riconosciuto dalle ASST di competenza territoriale con il rilascio di un apposito attestato, sulla base dell'autocertificazione delle specifiche condizioni di diritto.

A partire dal 01/07/2022 le esenzioni regionali E12 e E13, hanno una durata massima annuale (come già previsto per l'esenzione nazionale E02), non automaticamente rinnovabile, con scadenza al 31 marzo di ogni anno, salva precedente variazione dello stato di diritto (come, ad esempio, la perdita dello status di disoccupato).

Le esenzioni E12 ed E13 registrate entro il 30/06/2022 mantengono la durata biennale, come da previgente disciplina; quelle registrate dal 01/07/2022 avranno durata annuale, con scadenza al 31 marzo di ogni anno.

Decorso tale termine i cittadini aventi diritto dovranno pertanto recarsi presso gli sportelli ASST o presso le farmacie oppure online (autenticandosi al sito del Fascicolo Sanitario Elettronico) per rinnovare, tramite autocertificazione, dette esenzioni. È onere e responsabilità del cittadino comunicare l'eventuale variazione dello stato di diritto in qualsiasi momento, anche antecedente alla scadenza di cui sopra.

Il dichiarante è tenuto a dare immediata comunicazione all'ASST di competenza territoriale (Ufficio scelta e revoca) del venir meno delle condizioni necessarie per beneficiare dell'esenzione (cessato godimento della pensione sociale o minima, venir meno dello stato di disoccupazione, ecc). L'ASST provvederà alla revoca e al ritiro del certificato di esenzione. La revoca può essere effettuata anche tramite il sito del Fascicolo Sanitario Elettronico e dei servizi sanitari on line nella sezione specifica delle Esenzioni, selezionando l'esenzione tra quelle attive e chiedendone la revoca.

Codici di esenzione: E30 e E40

Con decorrenza dal 1/4/2020, le esenzioni relative all'assistenza farmaceutica E30 ed E40 sono attribuite e rinnovate automaticamente esclusivamente ai soggetti affetti da patologie croniche (E30) o rare (E40) appartenenti ad un nucleo familiare con reddito complessivo non superiore a 46.600 euro, incrementato in funzione della composizione del nucleo familiare, come da tabella sottostante, per i farmaci correlati alla patologia.

| TABELLA LIMITI MASSIMI DI REDDITO IN EURO (rinnovo automatico MEF) | |
|--|---|
| NUMERO COMPONENTI FAMIGLIA | FAMIGLIA GENERICA (non rientra in nessuna delle altre tipologie di cui alla tabella sottostante) |
| 1 | 46.600,00 |
| 2 | 73.162,00 |
| 3 | 95.064,00 |
| 4 | 114.636,00 |
| 5 | 132.810,00 |
| 6 | 149.120,00 |
| 7 | 165.430,00 |
| 8 | 181.740,00 |

Le esenzioni E30 ed E40 sono assegnate automaticamente agli aventi diritto e registrate in anagrafe regionale, sulla base dei dati comunicati dal Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF). Tali esenzioni sono certificate dal Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF) che ogni anno, nel mese di marzo, predispone l'elenco dei soggetti aventi diritto, come previsto dal D.M. dell'11/12/2009.

Dette esenzioni hanno validità di un anno, calcolato dal 1° aprile al 31 marzo successivo. Tali esenzioni vengono assegnate automaticamente dal MEF ogni anno se permangono le condizioni di diritto; ove non sussistano più le condizioni di diritto verrà posta automaticamente data di scadenza al 31 marzo di ogni anno. Resta valida la possibilità per i cittadini, a cui non è assegnata l'esenzione dal MEF ma che riscontrino le condizioni di avente diritto, di poter autocertificare l'esenzione.

Qualora il cittadino ritenga di aver diritto ad un'esenzione E30 ed E40 nei casi che non rientrano nelle attribuzioni/rinnovi automatici effettuati dal MEF, appartenenti ad un nucleo familiare con reddito complessivo non superiore a quello indicato nella tabella sottostante in relazione alla composizione del nucleo familiare, dovrà presentare un'autocertificazione della propria condizione al fine del rilascio dell'attestato di esenzione.

| TABELLA LIMITI MASSIMI DI REDDITO IN EURO (con autocertificazione) | | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|--|
| NUMERO COMPONENTI FAMIGLIA | FAMIGLIA CON FIGLIO MINORE E GENITORI LAVORATORI | FAMIGLIA CON FIGLIO MINORE E UN SOLO GENITORE | FAMIGLIA CON UNA PERSONA CON HANDICAP GRAVE O INVALIDITA' SUPERIORE AL 66% | FAMIGLIA CON UNA PERSONA CON HANDICAP GRAVE O INVALIDITA' SUPERIORE AL 66% E PRESENZA DI FIGLIO MINORE E GENITORI LAVORATORI | FAMIGLIA CON UNA PERSONA CON HANDICAP GRAVE O INVALIDITA' SUPERIORE AL 66% E PRESENZA DI FIGLIO MINORE E DI UN SOLO GENITORE | FAMIGLIA CON DUE PERSONE CON HANDICAP GRAVE O INVALIDITA' SUPERIORE AL 66% |
| 1 | | | 69.900,00 | | | |
| 2 | | 82.482,00 | 96.462,00 | | 105.782,00 | 119.762,00 |
| 3 | 104.384,00 | 104.384,00 | 118.364,00 | 127.684,00 | 127.684,00 | 141.664,00 |
| 4 | 123.956,00 | 123.956,00 | 137.936,00 | 147.256,00 | 147.256,00 | 161.236,00 |
| 5 | 142.130,00 | 142.130,00 | 156.110,00 | 165.430,00 | 165.430,00 | 179.410,00 |
| 6 | 158.440,00 | 158.440,00 | 172.420,00 | 181.740,00 | 181.740,00 | 195.720,00 |
| 7 | 174.750,00 | 174.750,00 | 188.730,00 | 198.050,00 | 198.050,00 | 212.030,00 |
| 8 | 191.060,00 | 191.060,00 | 205.040,00 | 214.360,00 | 214.360,00 | 228.340,00 |

Si ricorda che, ai sensi della DGR n. XI/4467 del 29/3/2021, a partire dall'esercizio 2022, il termine annuale di scadenza delle autocertificazioni per le esenzioni E30 ed E40 che non rientrano nei rinnovi automatici effettuati dal MEF è di regola fissato al 30 giugno, fatte salve evoluzioni normative e/o provvedimenti che modifichino la materia in questione.

Autocertificazione del diritto all'esenzione

L'autocertificazione delle condizioni che comportano il diritto ad un'esenzione per reddito può essere presentata:

- agli sportelli di Scelta/Revoca della ASST di competenza;
- tramite il sito FSE e dei servizi sanitari on line nella sezione specifica delle Esenzioni;
- in qualunque farmacia (solo per E30, E40, E02, E12, E13).

In caso di dubbi sulla propria situazione reddituale il cittadino può rivolgersi ad un Patronato, a un CAAF o ad altro soggetto che offra assistenza fiscale.

Si ricorda che, al fine di agevolare i cittadini ed evitare code agli sportelli, gli aventi diritto possono provvedere al rinnovo delle esenzioni E02, E12, E13 ed E30 e E40 (che non rientrano nei rinnovi automatici effettuati dal MEF), tramite autocertificazione, anche prima della scadenza. Al riguardo si precisa che le esenzioni in scadenza al 31 marzo e non ancora scadute, possono essere rinnovate anticipatamente a partire dal 1° gennaio dell'anno di scadenza.

Rete Ostetrico-Ginecologico e Neonatale

Anticipazione ed introduzione dell'esenzione regionale delle prestazioni di laboratorio e strumentali per la sorveglianza e controllo della gravidanza fisiologica e delle prestazioni in tema di screening prenatale delle aneuploidie.

MALATTIE RARE

Bando per il finanziamento di progetti di ricerca sulle malattie rare

La Deliberazione consiliare n. XI/162 del 9/10/2018, "Ordine del giorno concernente l'utilizzo della disponibilità finanziaria riferita ai gruppi consiliari della X Legislatura" prevede il seguente impegno per la Giunta Regionale:

“utilizzare l'importo pari a euro 1.586.199,45 riferito ai gruppi consiliari della X legislatura, finalizzandolo a iniziative dedicate alla ricerca sulle malattie rare, con l'obiettivo di aumentare le risorse investite al fine di comprendere al meglio le malattie rare e trovare cure adeguate”;

La DGR n. XI/2776 del 31/01/2020, *“Approvazione dei criteri del bando per il finanziamento di progetti di ricerca sulle malattie rare”*, tra l'altro:

- *approva l'Allegato A “Criteri del bando per il finanziamento di progetti di ricerca sulle malattie rare”;*
- *rivolge il bando ai Presidi della Rete regionale delle malattie rare, di cui all'allegato alla DGR n. XI/1538/2019, che possono proporre progetti monocentrici o in collaborazione tra di loro;*
- *rinvia a successivi atti della Direzione Generale Welfare l'assunzione di tutti i provvedimenti necessari per l'attuazione delle finalità indicate nella delibera.*

Nel corso dell'anno 2023 si provvederà ad attivare il citato bando che, a causa dell'emergenza Covid-19, non è stato possibile attivare precedentemente.

Registro Regionale delle malattie rare.

Il rinnovo dell'applicativo informatico dedicato al Registro Lombardo delle Malattie Rare e la conseguente dismissione di quello attualmente in uso, avverrà indicativamente nei primi mesi del 2023.

Le criticità relative all'utilizzo dell'attuale software RMR dovrebbero essere completamente risolte con il passaggio al nuovo applicativo.

Si ricordano le seguenti disposizioni previste dalla DGR n. XI/7600 del 20/12/2017: *“(...) tutti i nuovi casi di malattia rara esente dovranno essere inseriti nel Registro Lombardo Malattie Rare, mediante l'applicativo informatico dedicato (Rete Malattie Rare – RMR – CRS-SISS). La redazione del certificato di diagnosi di malattia rara, ai fini del riconoscimento del diritto all'esenzione, del Piano Terapeutico e del Piano riabilitativo, dovranno essere effettuate esclusivamente mediante detto applicativo informatico e verranno firmate digitalmente. La redazione del certificato e del piano terapeutico o riabilitativo potrà avvenire in forma cartacea solo nel caso di problemi tecnici nell'utilizzo dell'applicativo, attivando contestualmente i percorsi interni aziendali per una tempestiva soluzione al problema. Tutti i Presidi della Rete Malattie Rare dovranno individuare un Referente informatico per il Registro Lombardo Malattie Rare”.*