



Regione Lombardia

LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° XII / 1827

Seduta del 31/01/2024

Presidente **ATTILIO FONTANA**

Assessori regionali **MARCO ALPARONE** *Vicepresidente*
ALESSANDRO BEDUSCHI
GUIDO BERTOLASO
FRANCESCA CARUSO
GIANLUCA COMAZZI
ALESSANDRO FERMI
PAOLO FRANCO
GUIDO GUIDESI

ROMANO MARIA LA RUSSA
ELENA LUCCHINI
FRANCO LUCENTE
GIORGIO MAIONE
BARBARA MAZZALI
MASSIMO SERTORI
CLAUDIA MARIA TERZI
SIMONA TIRONI

Con l'assistenza del Segretario Riccardo Perini

Su proposta dell'Assessore Guido Bertolaso di concerto con il Vicepresidente Marco Alparone e gli Assessori Elena Lucchini e Alessandro Fermi

Oggetto

DETERMINAZIONI IN ORDINE AGLI INDIRIZZI DI PROGRAMMAZIONE DEL SSR PER L'ANNO 2024 – (DI CONCERTO CON IL VICEPRESIDENTE ALPARONE E GLI ASSESSORI LUCCHINI E FERMI)

Si esprime parere di regolarità amministrativa ai sensi dell'art.4, comma 1, l.r. n.17/2014:

I Direttori Generali Giovanni Pavesi Claudia Moneta Elisabetta Confalonieri

Il Direttore Centrale Manuela Giaretta

I Dirigenti Marco Cozzoli Ida Fortino Giovanni Delgrossi Olivia Leoni Giuliana Sabatino
Rosetta Gagliardo Danilo Cereda Marco Farioli Sandro Padena

L'atto si compone di 418 pagine

di cui 406 pagine di allegati

parte integrante



Regione Lombardia

LA GIUNTA

RICHIAMATA la seguente normativa a livello comunitario:

- Regolamento (UE) 2021/241 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 12 febbraio 2021, che istituisce il dispositivo per la ripresa e la resilienza (regolamento RRF) con l'obiettivo specifico di fornire agli Stati membri il sostegno finanziario al fine di conseguire le tappe intermedie e gli obiettivi delle riforme e degli investimenti stabiliti nei loro piani di ripresa e resilienza;
- Decisione di esecuzione del Consiglio ECOFIN del 13 luglio 2021, recante l'approvazione della valutazione del Piano per la ripresa e resilienza dell'Italia e notificata all'Italia dal Segretariato generale del Consiglio con nota LT161/21, del 14 luglio 2021;

VISTA la seguente normativa nazionale:

- il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 *“Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421”*;
- il D.P.R. 14 gennaio 1997 *“Approvazione dell'atto di indirizzo e Coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private”*;
- il DPCM 29 novembre 2001 *“Definizione dei livelli essenziali di assistenza.”*;
- il decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 *“Codice in materia di protezione dei dati personali, recante disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento nazionale al regolamento (UE) n. 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE.”*, come modificato dal D.Lgs. 10/08/2018, n. 101 e dal decreto legge 8 ottobre 2021, n. 139 convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, L. 3 dicembre 2021, n. 205;
- il decreto legislativo 7 marzo 2005 n. 82 *“Codice dell'Amministrazione Digitale”* così come integrato e corretto dal decreto legislativo 13 dicembre 2017, n. 217;
- il decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81 *“Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro”*;
- il decreto legislativo 19 novembre 2008, n. 194 *“Disciplina delle modalità di rifinanziamento dei controlli sanitari ufficiali in attuazione del regolamento*



Regione Lombardia

LA GIUNTA

- (CE) n. 882/2004“;
- il decreto legislativo 27 ottobre 2009 n. 150 *“Attuazione della legge 4 marzo 2009 n. 15 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni”*;
 - il decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, come integrato e corretto dal D.Lgs 10 agosto 2014, n. 126 *“Disposizioni integrative e correttive del D.lgs 118/2011 recante disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della L. 42/2009”*;
 - la legge 6 novembre 2012, n. 190 *“Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione.”*;
 - il decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 *“Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni.”* così come modificato dal decreto legislativo 25/05/2016, n. 97”;
 - il decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39 *“Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190”*;
 - il decreto ministeriale 2 aprile 2015, n. 70 *“Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera”*;
 - il Piano Nazionale della Cronicità di cui all'Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016;
 - il DPCM 12 gennaio 2017 *“Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”*;
 - il decreto legge 14 dicembre 2018 n. 135 *“Disposizioni urgenti in materia di sostegno e semplificazione per le imprese e per la pubblica amministrazione”*;
 - il Decreto del Ministero della Salute del 12 marzo 2019 *“Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria.”*;
 - il decreto legge 30 aprile 2019, n. 35 *“Misure emergenziali per il servizio sanitario della Regione Calabria e altre misure urgenti in materia sanitaria”* convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, L. 25 giugno 2019, n. 60;
 - il Decreto del Ministero della Salute 24 maggio 2019 *“Adozione dei nuovi modelli di rilevazione economica Conto Economico (CE), Stato Patrimoniale*



Regione Lombardia

LA GIUNTA

- (SP), dei costi di Livelli essenziali di Assistenza, (LA) e Conto del Presidio (CP), degli enti del Servizio sanitario nazionale.”;
- il Decreto del Ministero della Salute del 20 giugno 2019 istitutivo dell'Osservatorio Nazionale sulle Liste di Attesa;
 - il decreto legge 16 luglio 2020, n. 76 *“Misure urgenti per la semplificazione e l'innovazione digitale”* convertito, con modificazioni, dalla L. 11 settembre 2020 n. 120;
 - il decreto legge 14 agosto 2020 n. 104 *“Misure urgenti per il sostegno e il rilancio dell'economia”*, convertito con modificazioni dall'art. 1, comma 1, della legge 13 ottobre 2020, n. 126;
 - il decreto legge 31 maggio 2021, n. 77, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 luglio 2021, n. 108, recante *“Governance del Piano nazionale di ripresa e resilienza e prime misure di rafforzamento delle strutture amministrative e di accelerazione e snellimento delle procedure”*;
 - il decreto legge 9 giugno 2021, n. 80 *“Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionali all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia.”*;
 - il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) approvato definitivamente il 13 luglio 2021 che, alla Missione 6 Salute, promuove importanti interventi organizzativi e tecnologici finalizzati allo sviluppo di un nuovo modello di gestione dei servizi sociosanitari che rafforzi le prestazioni erogate sul territorio, l'integrazione dei percorsi socio-assistenziali, il potenziamento dell'assistenza sanitaria territoriale e l'innovazione e digitalizzazione del Sistema Sanitario Nazionale, anche attraverso l'applicazione della Telemedicina e l'utilizzo di tecnologie digitali innovative;
 - il Decreto 6 agosto 2021 del Ministero dell'Economia e delle Finanze *“Assegnazione delle risorse finanziarie previste per l'attuazione degli interventi del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e ripartizione di traguardi e obiettivi per scadenze semestrali di rendicontazione”*;
 - il decreto legge 6 novembre 2021, n. 152 *“Disposizioni urgenti per l'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per la prevenzione delle infiltrazioni mafiose”* convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, L. 29 dicembre 2021, n. 233.”;
 - il decreto legge 30 aprile 2022, n. 36 *“Ulteriori misure urgenti per l'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR).”*;
 - il decreto 20 maggio 2022 del Ministero della Salute con il quale sono state adottate le *“Linee Guida di attuazione del Fascicolo Sanitario Elettronico”* che forniscono l'indirizzo strategico unico a livello nazionale per



Regione Lombardia

LA GIUNTA

- l'implementazione e il governo delle iniziative di evoluzione del Fascicolo Sanitario Elettronico e dei sistemi con esso integrati;
- il decreto 23 maggio 2022, n. 77 *"Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel servizio sanitario nazionale"*;
 - il decreto del Ministro della Salute del 19 dicembre 2022 recante *"Valutazione in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza delle attività erogate per l'accreditamento e per gli accordi contrattuali con le strutture sanitarie"*;
 - il D.Lgs. 31/03/2023, n. 36 *"Codice dei contratti pubblici in attuazione dell'articolo 1 della legge 21 giugno 2022, n. 78, recante delega al Governo in materia di contratti pubblici."*;
 - Legge delega n. 33/2023 *"Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane"*;
 - Legge delega n. 227/2021 *"Delega al Governo in materia di disabilità"*;
 - il decreto legge 30 dicembre 2023, n. 215 *"Disposizioni urgenti in materia di termini normativi."* pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale, Serie Generale, n. 303 del 30 dicembre 2023;

RICHIAMATO il Patto per la Salute per gli anni 2019-2021 di cui all'Intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il Patto per la salute per gli anni 2019-2021 (rep. 209/CSR del 18 dicembre 2019);

VISTE:

- la legge 30 dicembre 2021, n. 234 *"Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024"*;
- la legge 29 dicembre 2022, n. 197 *"Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2023 e bilancio pluriennale per il triennio 2023-2025"*;
- la legge 30 dicembre 2023, n. 213 *"Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2024 e bilancio pluriennale per il triennio 2024-2026"* pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale, Serie Generale, n. 303 del 30 dicembre 2023;

VISTE altresì le seguenti leggi regionali:

- 31 marzo 1978 n. 34 *"Norme sulle procedure della programmazione, sul bilancio e sulla contabilità della Regione"*;



Regione Lombardia

LA GIUNTA

- 30 agosto 2008 n. 1 "*Legge Regionale statutaria*";
- 30 dicembre 2009, n. 33 "*Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità*", così come modificata dalle leggi regionali 11 agosto 2015 n. 23, 22 dicembre 2015 n. 41, 29 giugno 2016, n. 15, 8 agosto 2016 n. 22, 3 marzo 2017, n. 6 e 12 dicembre 2017, n. 14 dicembre 2021, n. 22;
- 29 dicembre 2022, n. 34 "*Legge di stabilità 2023-2025*";
- 29 dicembre 2022, n. 35 "*Bilancio di previsione 2023 – 2025*";
- 7 agosto 2023, n. 2 "*Assestamento al bilancio 2023 - 2025 con modifiche di leggi regionali*";
- 21 dicembre 2023, n. 10 "*Bilancio di previsione 2024-2026*";

VISTE altresì:

- la D.G.R. n. XII/1203 del 30/10/2023 "*Approvazione della proposta di progetto di legge "Bilancio di previsione 2024-2026" e del relativo documento tecnico di accompagnamento*";
- la D.G.R. n. XII/1512 del 13 dicembre 2023 "*Ulteriori determinazioni in ordine alla gestione del SSR per l'anno 2023 e attuazione dell'art. 7 della l.r. 2/2023 "Assestamento al bilancio 2023-2025 con modifiche di leggi regionali"*";

RICHIAMATI altresì tutti i provvedimenti concernenti le Regole di Sistema per il Servizio Sociosanitario Regionale ed in particolare:

- la D.G.R. n. XI/7758 del 28/12/2022 recante "*Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l'anno 2023*";
- la D.G.R. n. XII/850 del 8/8/2023 recante "*Ulteriori determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2023. Secondo provvedimento*";
- la D.G.R. n. XII/1025 del 2/10/2023 recante "*Ulteriori determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2023. Terzo provvedimento*";

RICHIAMATE inoltre:

- la D.G.R. n. XI/1865 del 9 luglio 2019 con la quale si è provveduto al recepimento dell'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 21 febbraio 2019 (rep. atti 28/CRS) sul Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2019 – 2021 ed all'approvazione della proposta di Piano regionale di governo delle liste di attesa (PRGLA);



Regione Lombardia

LA GIUNTA

- la D.G.R. n. XI/3987 del 14 dicembre 2020 “Recepimento del Piano nazionale della prevenzione 2020 – 2025, ai sensi dell’art. 8, comma 6, della L. 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, dell’Intesa Stato-Regioni del 6 agosto 2020, ed impegno ad assumere nel Piano regionale della prevenzione 2020-2025, la visione, i principi, le priorità e la struttura dello stesso”;
- la D.G.R. n. XI/4385 del 3 marzo 2021 “Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per gli investimenti in Sanità per il periodo 2021- 2028” e successivi provvedimenti;
- la D.G.R. n. XI/5389 del 18 ottobre 2021 “Approvazione della proposta di Piano regionale di Prevenzione 2021-2025, ai sensi delle Intese Stato-Regioni del 6 agosto 2020 e del 5 maggio 2021 (proposta di delibera consiliare)” e successiva delibera consiliare n. XI/2395 del 15 febbraio 2022;
- la D.G.R. n. XI/6297 del 26 aprile 2022 “DD.G.R. nn. XI/3471 del 5/8/20, XI/4200 del 18/01/21 e 5156 del 2/8/21 – Ulteriori determinazioni in ordine all’attuazione della l.r. 33/2009 art. 21 concernente l’utilizzo esclusivo del sistema di prenotazione regionale da parte delle strutture sanitarie pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie per conto del SSN. Regole di esposizione, monitoraggio e remunerazione delle prestazioni oggetto di prenotazione obbligatoria sulla rete regionale di prenotazione”;
- la DGR n. XI/6760 del 25 luglio 2022 “Approvazione del modello organizzativo e dei criteri di accreditamento per l’applicazione del decreto 23 maggio 2022 n. 77 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel servizio sanitario nazionale”;
- la D.G.R. n. XI/7011 del 26 settembre 2022 “Determinazioni in merito alla assegnazione delle maggiorazioni tariffarie art. 27- bis l.r. 33/2009 per l’esercizio 2020 – DGR n. XI/4945/2021”;
- la D.G.R. n. XI/7013 del 26 settembre 2022 “Potenziamento dei servizi sanitari regionali: sviluppo della collaborazione tra gli enti pubblici del SSR”;
- la D.G.R. n. XI/7475 del 30 novembre 2022 “Primo provvedimento urgente per il contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale.” e i successivi provvedimenti in materia tra cui: la DGR n. XI/7819 del 23 gennaio 2023; la DGR n XII/61 del 27 marzo 2023; la DGR n. XII/88 del 3 aprile 2023; la n. XII/511 del 26 giugno 2023;
- la D.G.R. n. XI/7592 del 15 dicembre 2022 “Attuazione del DM 23 maggio 2022, n. 77” Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel servizio sanitario nazionale” - documento regionale di programmazione dell’assistenza territoriale (primo



Regione Lombardia

LA GIUNTA

- provvedimento)*”;
- la D.G.R. n. XII/7779 del 16 gennaio 2023 “Piano di riordino della rete ospedaliera: attuazione dell’art. 2 del D.L. 34/2020. DGR n. XI 3264/2020 e DGR n. XI/4468/2021. Aggiornamento del terzo riallineamento del piano approvato con DGR n. XI/6815 del 2 agosto 2022”;
 - la D.G.R. n. XII/179 del 27 aprile 2023 “Determinazioni in merito alla remunerazione di alcune funzioni non coperte da tariffe predefinite svolte dalle aziende ed enti sanitari pubblici e privati accreditati per l’anno 2022”;
 - la D.G.R. n. XII/406 del 5 giugno 2023 “Ulteriori determinazioni in ordine alla contrattualizzazione 2023 in ambito sanitario e sociosanitario”;
 - la D.G.R. n. XII/512 del 26 giugno 2023 “Determinazioni in ordine agli obiettivi delle Agenzie di Tutela della Salute (A.T.S.), delle Aziende socio sanitarie territoriali (A.S.S.T.) e dell’Agenzia Regionale Emergenza Urgenza (A.R.E.U.) – anno 2023”;
 - la D.G.R. n. XII/514 del 26 giugno 2023 “Implementazione del “cup unico regionale” per la gestione e l’ottimizzazione dell’offerta sanitaria degli enti sanitari di regione lombardia – approvazione documento di progetto”;
 - la D.G.R. n. XII/862 del 8 agosto 2023 “Determinazioni in ordine agli investimenti in ambito sanitario per l’esercizio finanziario 2023 – ulteriori determinazioni in attuazione della deliberazione di giunta regionale n. XI/7758/2022. Stanziamento contributi”;
 - la D.G.R. n. XII/1125 del 16 ottobre 2023 “Integrazione Piano strategico_ operativo regionale di preparazione e risposta ad pandemia influenzale anni 2023-2024”;
 - la D.G.R. n. XII/1513 “Determinazioni in ordine al potenziamento delle risorse di FSR destinate nel 2024 all’area dei servizi territoriali residenziali dell’area anziani, dell’area residenziale della disabilità e dell’area residenziale delle dipendenze”;
 - la D.G.R. n. XII/1514 del 13 dicembre 2023 “Approvazione delle linee guida per il superamento delle esternalizzazioni dei servizi sanitari core e per la migliore gestione del personale”;
 - la D.G.R. n. XII/1516 del 13 dicembre 2023 “Piano di riordino della rete ospedaliera: attuazione dell’art. 2 del D.L. 34/2020. DGR n. XI/3264/2020 e DGR n. XI/4468/2021. Perfezionamento del terzo riallineamento del piano approvato con DGR n. XI/7779 del 16 gennaio 2023”;
 - la D.G.R. n. XII/1517 del 13 dicembre 2023 “Determinazioni in ordine agli investimenti in ambito sanitario per l’esercizio finanziario 2023 – ulteriori determinazioni conseguenti alla deliberazione di Giunta regionale n. XII/862/2023 e stanziamento contributi”;



Regione Lombardia

LA GIUNTA

- la D.G.R. n. XII/1550 del 18 dicembre 2023 “Recepimento del “Piano nazionale malattie rare 2023-2026” e del documento per il “Riordino della Rete nazionale delle malattie rare”, approvati con Accordo in Conferenza Stato Regioni del 24 maggio 2023”;
- la D.G.R. n. XII/1568 del 18 dicembre 2023 “Disposizioni in ordine all’appropriatezza prescrittiva delle prestazioni eco color doppler (ECD) in angiologia e delle prestazioni di gastroenterologia ed endoscopia digestiva”;
- la D.G.R. n. XII/1619 del 18 dicembre 2023 “Determinazioni relative all’aggiornamento degli elenchi di idonei a cui attingere per la nomina di Direttore amministrativo, di Direttore sanitario e di Direttore sociosanitario delle Agenzie di Tutela della Salute e delle Aziende sociosanitarie territoriali lombarde, alla nomina di Direttore amministrativo e di Direttore sanitario degli IRCCS trasformati in Fondazioni e di Direttore sanitario delle Strutture private – anno 2023”;
- la D.G.R. n. XII/1673 del 28 dicembre 2023 “Implementazione del “cup unico regionale” per la gestione e l’ottimizzazione dell’offerta sanitaria degli enti sanitari di regione lombardia - secondo provvedimento”;
- la D.G.R. n. XII/1689 del 28 dicembre 2023 “Ulteriori determinazioni in merito al Nomenclatore regionale dell’assistenza specialistica ambulatoriale”;

RICHIAMATI altresì tutti i provvedimenti adottati dalla Giunta regionale in merito all’attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – missione 6;

RICHIAMATO il “Programma Regionale di Sviluppo Sostenibile della XII Legislatura” presentato dalla Giunta con D.G.R. n. XII/262 del 11 maggio 2023 e approvato dal Consiglio regionale con D.C.R. n. XII/42 del 20 giugno 2023, costituente il documento che definisce gli obiettivi, le strategie e le politiche che la Regione si propone di realizzare nell’arco della legislatura, per promuovere lo sviluppo economico, sociale e territoriale della Lombardia;

RICHIAMATA inoltre la D.G.R. n. XII/1518 del 13 dicembre 2023 “Piano sociosanitario integrato lombardo 2023 - 2027. Approvazione della proposta da trasmettere al Consiglio regionale”;

RICHIAMATA da ultimo in particolare la D.G.R. n. XII/1511 del 13 dicembre 2023 “Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sanitario e socio sanitario per l’esercizio 2024 – quadro economico programmatico” con la quale, al fine di dare continuità all’assistenza sanitaria e sociosanitaria nel rispetto dell’equilibrio



Regione Lombardia

LA GIUNTA

delle risorse rese disponibili dal bilancio per l'anno 2024:

- è stata definita la previsione per macroaree dell'impiego delle risorse per il funzionamento del sistema socio-sanitario regionale, secondo quanto riportato nell'allegato 1) "Inquadramento economico: il quadro del sistema per l'anno 2024", del medesimo provvedimento;
- sono state fornite indicazioni relative all'area Bilanci, alla gestione finanziaria e razionalizzazione della spesa, come da allegato 2) "Indicazioni specifiche per gli Enti Sanitari del Sistema Socio-Sanitario Regionale", del citato provvedimento;

RITENUTO di rinviare a successivo provvedimento il riallineamento del quadro programmatico in relazione a quanto previsto dalla legge 30 dicembre 2023, n. 213 "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2024 e bilancio pluriennale per il triennio 2024-2026" e dalla legge regionale 21 dicembre 2023, n. 10 "Bilancio di previsione 2024-2026";

RITENUTO necessario definire gli indirizzi di programmazione del Servizio Sanitario Regionale per l'esercizio 2024 di cui ai seguenti allegati, parti integranti e sostanziali del presente provvedimento:

- Allegato 1: Prevenzione,
- Allegato 2: Veterinaria,
- Allegato 3: Cura e Riabilitazione,
- Allegato 4: Polo Ospedaliero,
- Allegato 5: Interventi Sociosanitari,
- Allegato 6: Attori, Organizzazione e Processi,
- Allegato 7: Personale,
- Allegato 8: Digitalizzazione,
- Allegato 9: Ricerca, Medicina di Genere e Internazionalizzazione,
- Allegato 10: Investimenti, Acquisti e Internal Auditing,
- Allegato 11: Attuazione, Monitoraggio, Valutazione ed Epidemiologia,
- Allegato 12: Famiglia, Solidarietà Sociale, Disabilità e Pari Opportunità;

DATO ATTO che gli indirizzi contenuti nel presente provvedimento sono coerenti con il quadro programmatico di cui alla D.G.R. n. XII/1511 del 13 dicembre 2023;

DATO ATTO che il presente provvedimento non rientra nell'ambito di applicazione degli articoli 26 e 27 del D.Lgs. n. 33/2013;



Regione Lombardia

LA GIUNTA

RITENUTO infine di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia e sul sito internet della Regione Lombardia www.regione.lombardia.it;

RICHIAMATE la l.r. 20/08 e le DD.G.R. relative all'assetto organizzativo della Giunta regionale;

VAGLIATE ed ASSUNTE come proprie le predette determinazioni;

A voti unanimi espressi nelle forme di legge;

DELIBERA

1. di definire gli indirizzi di programmazione del Servizio Sanitario Regionale per l'esercizio 2024 di cui ai seguenti allegati, parti integranti e sostanziali del presente provvedimento:
 - Allegato 1: Prevenzione,
 - Allegato 2: Veterinaria,
 - Allegato 3: Cura e Riabilitazione,
 - Allegato 4: Polo Ospedaliero,
 - Allegato 5: Interventi Sociosanitari,
 - Allegato 6: Attori, Organizzazione e Processi,
 - Allegato 7: Personale,
 - Allegato 8: Digitalizzazione,
 - Allegato 9: Ricerca, Medicina di Genere e Internazionalizzazione,
 - Allegato 10: Investimenti, Acquisti e Internal Auditing,
 - Allegato 11: Attuazione, Monitoraggio, Valutazione ed Epidemiologia,
 - Allegato 12: Famiglia, Solidarietà Sociale, Disabilità e Pari Opportunità;
2. di dare atto che gli indirizzi contenuti nel presente provvedimento sono coerenti con il quadro programmatico di cui alla D.G.R. n. XII/1511 del 13 dicembre 2023;
3. di rinviare a successivo provvedimento il riallineamento del quadro programmatico in relazione a quanto previsto dalla legge 30 dicembre 2023, n. 213 "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2024 e bilancio pluriennale per il triennio 2024-2026" e dalla legge regionale 21



Regione Lombardia

LA GIUNTA

dicembre 2023, n. 10 "*Bilancio di previsione 2024-2026*";

4. di dare atto che il presente provvedimento non rientra nell'ambito di applicazione degli articoli 26 e 27 del D.Lgs. n. 33/2013
5. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia e sul sito internet della Regione Lombardia www.regione.lombardia.it.

IL SEGRETARIO
RICCARDO PERINI

Atto firmato digitalmente ai sensi delle vigenti disposizioni di legge

Allegato 1 – PREVENZIONE

In premessa si richiamano i Livelli Essenziali di Assistenza che tutti gli enti del Servizio Sanitario regionale devono garantire in termini di Prevenzione. Nel testo sono inseriti i riferimenti ai programmi del Piano Regionale di Prevenzione 2021-25 (PP= Programmi predefiniti e PL = Programmi Liberi) nonché i riferimenti ai capitoli del PSSR vigente.

Il capitolo dedicato al Polo Ospedaliero riporta le modalità condivise per le regole di erogazione degli screening oncologici e degli approfondimenti di sanità pubblica relativi alle malattie infettive nonché dell'efficientamento delle modalità di riconoscimento delle prestazioni di prevenzione. Il capitolo dedicato alla gestione delle risorse del personale riporta le modalità condivise di gestione delle dotazioni organiche e delle risorse aggiuntive in tema di Prevenzione sia in ATS sia in ASST sia in relazione alle UO a Valenza regionale con la specifica degli operatori dedicati al PanFlu. Il capitolo dedicato all'Osservatorio Epidemiologico vede in comune le attività di sorveglianza e di approfondimento epidemiologico in tema di Prevenzione. Il capitolo dedicato alla Veterinaria condivide le attività di sorveglianza in tema di sicurezza alimentare e di zoonosi.

Al fine di garantire una maggiore efficienza per la gestione delle allerte di sanità pubblica e una coerenza nell'organizzazione delle attività di prevenzione con quelle delle cure primarie nella città di Milano (DGR 850/2023) si dispone l'attivazione nel 2024 di un unico dipartimento interaziendale funzionale di prevenzione di cui al comma 11bis dell'art 7 della lr 33/2009 per la Città di Milano con le seguenti caratteristiche:

- Il Dipartimento interaziendale è costituito da strutture complesse e semplici, afferenti alle diverse ASST;
- le strutture delle ASST che confluiscono nel Dipartimento, operano su tutta la città secondo l'organizzazione che di darà il Dipartimento Funzionale;
- la sede del dipartimento è presso la ASST FBF Sacco;
- ATS Milano e le ASST FBF Sacco ASST Santi Paolo e Carlo e la ASST Niguarda presentano una proposta di variazione POAS alla DG Welfare;

1.1. AMBITI TRASVERSALI E PRIORITARI

1.1.1. PIANO PANDEMICO - PANFLU

Facendo riferimento alle attività di cui alla DCR 2477/2022 si indicano come obiettivi per l'attività 2024 i seguenti:

1.1.1.1. La DG Welfare istituisce gruppo di lavoro di coordinamento con l'obiettivo di potenziare l'operatività del sistema regionale di monitoraggio del piano pandemico nonché la realizzazione a livello regionale dell'aggiornamento del piano pandemico nazionale; Il gruppo di lavoro avrà il compito di aggiornare e monitorare le azioni da attivare a livello locale, quali attuazione delle misure previste dalla pianificazione nazionale e regionale, tenendo anche conto delle esigenze specifiche del territorio di riferimento

1.1.1.2. La DG Welfare attiva percorsi di applicazione dell'Intelligenza Artificiale per il potenziamento del portale regionale

1.1.1.3. La DG Welfare prosegue il percorso di valutazione dell'integrazione dei flussi informativi in essere con SMI: microbio, SDO, flussi UDO ss, PS in coerenza con quanto previsto dalla DGR 472/2022

1.1.1.4. Prosecuzione delle attività per l'Attivazione del "Centro di Malattie Infettive" come indirizzato dalla LR. 33/2009 sotto il coordinamento della struttura della prevenzione della DGW

1.1.1.5. In merito ai 52,53 milioni di euro assegnati dalla DGR 1511/2023 nella macroarea 8 e dedicati al PANFLU si definisce il loro utilizzo come di seguito (prevedendo ove necessarie eventuali rimodulazioni in corso d'anno):

- Fino a 24 milioni di euro per personale aggiuntivo ASST/IRCCS (21 milioni di euro) area vaccini, supporto alle direzioni e supporto ai laboratori e personale aggiuntivo ATS (3 milioni di euro) a vantaggio delle SC MPC e delle UO a valenza regionale (Epidemiologia, SIAN, PSSAL, Vaccinazioni, Antimicrobico-resistenza Sistemi Informativi) per supporto a UO Prevenzione (formazione, analisi, supporto a gestione etc.);
- Fino a 6 milioni di euro per l'utilizzo del personale già rendicontato nel 2023 a carico del fondo PanFlu previa verifica della coerenza con azioni del piano pandemico (le ASST che ne hanno usufruito nel 2023 mandano rendicontazione dell'attività entro febbraio 2024);
- Fino a 6 milioni di euro per aumentare la capacità di offerta di ricoveri acuti/subacuti/post acuti/per l'epidemia annuale influenzale, previa verifica della spesa della analoga quota assegnata ad ogni territorio di cui alla DGR 1125/23;
- Fino a 1 milione per supporto e sviluppo di infrastrutture informatiche e modelli epidemiologici tramite ARIA o aziende del territorio;
- Fino a 4 milioni di euro per sorveglianze (acque reflue, Pronti Soccorso, RespiVirNet/Influnet);
- Fino a 530 mila euro per esercitazioni, formazione e comunicazione (siti web, profili di salute);
- Fino a 4 milioni di euro per supporto a campagna vaccinale/attivazione hotspot infettivologico delle case della comunità /altre iniziative di prevenzione;
- Fino a 4 milioni di euro per acquisto di materiale di consumo quali DPI, Dispositivi Medici, divise etc, in relazione alla attività di AREU di gestione magazzino panflu;
- Fino a 3 milioni di euro per centro di malattie infettive/altre iniziative di prevenzione a supporto della governance regionale;

Inoltre, facendo riferimento alle risorse accantonate nella GSA nell'esercizio 2022 alla voce "Accantonamenti per quote inutilizzate contributi da Regione e Prov. Aut. per quota F.S. indistinto finalizzato" per il piano pandemico è previsto:

- per AREU un finanziamento fino a 350.000 € per l'avvio della fase di preparedness che richiede il periodico monitoraggio e accertamento di funzionalità di scorte minime e di attrezzature;

- per AREU e le ATS fino a 2 milioni di euro per lo sviluppo di attività di laboratori di simulazione, esercitazione, verifica e certificazione delle competenze legate al piano pandemico;
- fino a 450.000 euro per le attività di audit ad ATS e ASST/IRCCS pubblici anche tramite enti terzi (ad esempio enti di certificazione, università).

Si è inoltre in attesa di conferma da parte del Ministero dei contributi per l'attivazione delle scorte pandemiche di cui alla DGR 293/2023

1.1.1.6. Ogni ATS è tenuta nel 2024 ad attivare esercitazioni / simulazioni in tema pandemico: entro giugno 2024 per le ATS che non la hanno attivata nel 2023 deve essere realizzata almeno una esercitazione; le ATS che hanno già attivato una esercitazione nel 2023 sono tenute a completarne un'altra entro dicembre 2024;

1.1.1.7. Ogni ASST/IRCCS pubblico è tenuto nel 2024 ad attivare esercitazioni / simulazioni in tema di piano pandemico facendo riferimento al proprio piano e alla propria organizzazione (entro marzo va dichiarata la tipologia di simulazione, entro dicembre realizzata).

1.1.2. DATI

Si conferma la centralità della analisi dei dati nella gestione delle attività di prevenzione, in tal senso nel 2024 è prevista:

1.1.2.1. La prosecuzione incontri di Data Governance con tutti gli enti del sistema;

1.1.2.2. La Realizzazione da parte delle ATS del Portale Profilo di Salute in coerenza con la DGR 1437/2023;

1.1.2.3. Aggiornamento delle Performance di Prevenzione (dati 2023);

1.1.2.4. Sviluppo di sistemi di rappresentazione dei dati per i professionisti del SSR (dashboard): le ATS e le ASST (ognuno per quanto di competenza vedi Protocollo G1.2023.0023719 del 26/06/2023) verificano i dati delle proprie attività almeno mensilmente sulle dashboard regionali anche al fine di migliorare qualitativamente il flusso dati per garantire una lettura corretta a livello centrale.

1.1.2.5. Attivazione di sistemi di analisi continua dei dati ambientali con particolare attenzione al tema dell'aria outdoor in collaborazione con le altre Direzioni regionali (DG Ambiente) e nell'ambito delle progettualità nazionali che prevedono lo sviluppo di un Atlante regionale della qualità dell'aria outdoor in relazione al contesto sanitario (PNC2);

1.1.2.6. Rafforzamento dell'attività di analisi continua per la salute e sicurezza sul lavoro nell'ambito dell'adozione della "Convenzione INAIL-Regioni per l'accesso ai Flussi Informativi, al registro esposti e registro infortuni" che prevede l'individuazione di operatori locali, accanto a quelli regionali e interregionali.

1.1.3. OLIMPIADI 2026

Al fine di garantire la preparazione per le Olimpiadi 2026 in tema di Prevenzione saranno attivati i seguenti punti:

1.1.3.1. Preparazione dei sistemi di sorveglianza (malattie infettive, lavoro, sicurezza alimentare, emergenze sanitarie);

1.1.3.2. Aggiornamento ed esercitazioni/simulazioni per piani di prevenzione: ogni ATS e ASST/IRCCS pubblico, in coordinamento con la DGW, è tenuta entro giugno 2024 a verificare

l'aggiornamento e la diffusione agli operatori delle proprie procedure in risposta all'emergenza (tra cui ad eventi sismici, ad eventi di rischio radiologici nucleare, a eventi biologici, incendi), entro dicembre realizzare almeno 1 esercitazione (in aggiunta a quella del PanFlu).

1.1.4. SISTEMA REGIONALE DI PREVENZIONE SANITARIA (SRPS)

Nell'ambito dello sviluppo del Sistema Regionale di Prevenzione Sanitaria sono definite le seguenti attività:

1.1.4.1. Monitoraggio dell'andamento dei progetti infrastrutturali dei Dipartimenti di Prevenzione e dei Laboratori;

1.1.4.2. Monitoraggio della messa in funzione delle apparecchiature acquisite, ossia realizzazione della relativa pianificazione di campionamenti ed analisi, adottata con provvedimento regionale;

1.1.4.3. Acquisizione e monitoraggio progettualità fasi p2-p4: entro il 31 marzo è prevista l'aggiudicazione di interventi di ammodernamento di strutture e fabbisogni, ovvero conclusione delle procedure di appalto per la fornitura beni e servizi. Avvio degli interventi di ammodernamento – stipula contratti;

1.1.4.4. Con l'istituzione del Sistema Regionale di Prevenzione Sanitaria (SRPS) dai rischi ambientali e climatici, ed in previsione della sopra richiamata acquisizione delle attrezzature analitiche richieste a MdS/ISS, le ATS integrano i PIC con controlli analitici relativi ad articoli/prodotti/agenti che saranno indicati dalla DG Welfare anche in attuazione dei piani nazionali di controllo. L'integrazione con controlli analitici si applica anche ai Piani Mirati di Prevenzione di pertinenza già adottati;

1.1.4.5. Attuazione dei progetti PNC per il tramite delle ATS interessate, talune azioni coinvolgeranno l'intero territorio regionale (es. Bonifiche, Atlante regionale aria outdoor).

1.1.5. PNRR- MISSIONE 6 COMPONENT 2 SUB 2.2 (B) SVILUPPO DELLE COMPETENZE TECNICHE-PROFESSIONALI, DIGITALI E MANAGERIALI DEL PERSONALE DEL SISTEMA SANITARIO. SUB-MISURA: CORSO DI FORMAZIONE IN INFEZIONI OSPEDALIERE

In coerenza con quanto previsto dall'ALLEGATO 5 Action Plan M6C2 2.2 b - INDICAZIONI NAZIONALI SULLA STRUTTURAZIONE DEL PROGRAMMA DEL CORSO DI FORMAZIONE SULLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA IN AMBITO OSPEDALIERO, il programma prevede che i contenuti siano articolati in quattro moduli (A, B, C e D), da erogare in modalità blended (modalità mista in ambienti di apprendimento diversi che includano formazione frontale in aula e apprendimento online).

Richiamata la nota Protocollo G1.2023.0050091 del 14/12/2023 si segnala che:

1.1.5.1. Gli operatori di ASST/ATS potranno usufruire di un primo modulo FAD coerente con i contenuti previsti dalla DGR 86/2023 entro il primo semestre dell'anno, per ogni ASST /ATS sono coinvolti indicativamente il 75% del personale, scopo dell'ente è garantire e monitorare la partecipazione degli operatori; le ASST e le ATS sono tenute a facilitare l'iscrizione e la partecipazione al corso;

1.1.5.2. Successivamente al corso di cui al punto precedente, che ha il compito di allineare semantica e conoscenze rispetto al tema in oggetto, verrà messo a disposizione (secondo semestre 24) un software per l'analisi dell'efficacia della formazione (tramite incident reporting e audit) e la

definizione a livello locale dei bisogni formativi del personale; ogni ASST è tenuta ad un utilizzo completo dei software messi a disposizione;

1.1.5.3. In seguito, è previsto che ogni ASST/ATS realizzi esercitazioni pratiche e simulazioni in coerenza con quanto previsto dalla DGR 86/2023 (almeno una esercitazione/simulazione entro l'anno).

1.1.6 FORMAZIONE E MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI E DELLE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE

La formazione è elemento cardine per garantire ai cittadini una erogazione corretta dei LEA in particolare in tema di prevenzione dove l'appropriatezza delle prestazioni garantisce la possibilità di una offerta universale ed inclusiva.

In particolare, nel 2024 si ha l'obiettivo di:

1.1.6.1. Formazione dei professionisti Sanitari di tutto il SSR: definire il pacchetto formativo Basic Life Prevention – clinical competence: una serie di competenze minime di prevenzione necessarie a tutti i professionisti sanitari: malattie infettive, vaccinazioni, stili di vita (fumo, alimentazione attività fisica, screening oncologici, ambiente, rischi lavoro correlati, sicurezza chimica, sicurezza alimentare, reti di promozione salute - SPS, WHP – Geosa);

1.1.6.2. Formazione dei professionisti Sanitari della prevenzione (DIPS, Vaccinazioni, screening, UOOML): Mappatura dei processi di Prevenzione e Attivazione di metodi di valutazione e certificazione/validazione delle skills/competenze al fine di garantire alta qualità delle prestazioni di prevenzione offerte a cittadini ed imprese;

1.1.6.3. Realizzazione da parte di ogni ASST/IRCCS pubblico di un corso di formazione ai propri operatori interessati (es. operatori di PS) e ai MMG/PLS sulla gestione dei casi di MTA.

1.1.6.4. Per garantire il raggiungimento degli obiettivi prefissati di guadagno di salute, efficienza, appropriatezza clinica e sostenibilità economica e valutare pertanto la capacità dei servizi di fornire con regolarità prestazioni di qualità a cittadini ed imprese, è necessario implementare sistemi strutturati di verifica dell'efficacia e appropriatezza delle attività svolte, secondo le best practices e le evidenze scientifiche disponibili. Nel 2024 saranno realizzate le seguenti attività:

- Definizione di un percorso metodologico per la mappatura delle attività, delle prestazioni erogate e l'analisi dei risultati ottenuti
- Definizione/consolidamento di percorsi di audit specifici per i vari ambiti

1.1.6.5. Facilitare l'integrazione di momenti di lavoro congiunto tra operatori della UO Prevenzione e operatori ATS/ASST con anche attività sul territorio ove possibile.

1.1.6. AZIONI INTEGRATE PREVENZIONE VETERINARIA

Vedi Allegato 2, Area veterinaria, Ambito 2.5

1.2. AMBITI TEMATICI E DI APPROFONDIMENTO

1.2.1. SORVEGLIANZA MALATTIE INFETTIVE

(SC MPC DIPS ATS e Dipartimento funzionale Prevenzione ASST - UO Val Reg SCREENING - UO Val Reg Epidemiologia e Prevenzione - UO Val Reg Sistemi Informativi della Prevenzione) - PSSR1.1.6

1.2.1.1 Azioni volte a definire quadro logico, preparedness e piano pandemico – PL15

Nel 2024 sono previste le seguenti linee di attività:

- Ogni ATS attiva azioni di autocontrollo della qualità e percorsi di audit in coerenza con quanto previsto dal Decreto N. 7094 Del 15/05/2023;
- Verrà attivata dal livello regionale una ulteriore implementazione del sistema informativo SMI per la segnalazione delle malattie infettive
- Predisposizione di un'unica istanza per la ricezione e gestione degli episodi riferibili alle malattie infettive nel sistema SMI pratiche
- Integrazione verso il sistema informatico di prenotazione delle prestazioni regionale (GP +) per la prenotazione di accertamenti diversi dal Covid19
- Integrazione con flussi dati strutturati provenienti da Microbio, I.M.Pre.S@-BI, SDO rapide/eventi SISS, Terapie Intensive, gestionale Vaccinazioni, Fluper, Geo.Sa.
- Predisposizione istruzione operativa regionale per la corretta compilazione di SMI
 - Rafforzamento della rete di sorveglianza dei virus respiratori rete dei MMG/PLS (Influnet&RespiVirNet) e dei Pronti Soccorso per intercettare rischi di sanità pubblica: le ASST verificano l'adeguata percentuale di copertura del territorio da parte di MMG /PLS sentinella e facilitano (stante le indicazioni regionali) il trasporto dei campioni verso il laboratorio di riferimento;
 - Per la Sorveglianza delle sindromi respiratorie in PS, è prevista la continuazione nel 2024 della sorveglianza di cui alla DGR 63/2023 le ASST /IRCCS e CDC coinvolte continuano per tutto il 2024 la sorveglianza;
 - È prevista per il 2024 la messa a sistema della sorveglianza acque reflue per il covid e l'attivazione in tema di analisi di altri virus;
 - Laboratori di riferimento per le malattie infettive:
- in continuità con gli anni passati sono confermati i seguenti laboratori di riferimento per le malattie infettive; nella tabella sono indicati i rimborsi massimi attribuiti:

CENTRO	EURO	SORVEGLIANZA*
IZS Lombardia e Emilia-Romagna	30.000	supporto attività di sequenziamento per MTA e supporto alla attività di antimicrobico resistenza
Fondazione IRCCS CA' GRANDA – Osp. Maggiore Policlinico	100.000	MIB e SEU
ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda	150.000	tubercolosi (micobatteriosi) e Legionellosi
Fondazione IRCCS Policlinico “S. Matteo”	120.000	arbovirus, morbillo-rosolia, febbre emorragica, Influenza, monkeypox
ASST Fatebenefratelli Sacco Polo Universitario	100.000	arbovirus, febbre emorragica (EbV), monkeypox
Università degli Studi di Milano – lab via Pascal (previo completamento - in corso - del rinnovo della convenzione)	120.000	Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute le malattie infettive di morbillo, rosolia, epatite virale (A, B, C, D, E), poliomielite, ricerca in acque reflue no covid, influenza

CENTRO	EURO	SORVEGLIANZA*
	80.000	Dipartimento di Scienze della Salute le malattie infettive di morbillo, rosolia, salmonellosi non tifoidee e listeriosi;

*in caso di evidenze epidemiologiche sarà possibile richiedere altre ricerche ai laboratori

- Resta valido per il 2024, fino a nuova disposizione nazionale o regionale, il documento “AGGIORNAMENTO DEL PROTOCOLLO DI PREVENZIONE E GESTIONE DEI CONTAGI POST EMERGENZA COVID - STRUTTURE DELLA RETE TERRITORIALE”, allegato 2 della XII / 1025 Seduta del 02/10/2023;
- Monitoraggio della situazione epidemiologica in tema di malattie infettive nelle UDO Sociosanitarie: Nel 2024 prosegue il percorso di miglioramento delle capacità di monitoraggio delle condizioni di salute delle UDO Sociosanitarie: obiettivo è mettere a regime una informativa settimanale sempre più dettagliata che permetta ai responsabili delle UDO SS di porre attenzione alle tematiche di prevenzione di malattie infettive comprese le coperture vaccinali dei propri ospiti;
- In merito alle tematiche di sorveglianza è identificato come di interesse lo sviluppo delle seguenti linee di attività:
 - West Nile e risposta correlata a livelli di Autoantibodies neutralizing type I IFNs fino a 100.000 euro a valere sulla Macroarea 8 DGR 1511/2023
 - Sorveglianza epatite B, analisi coperture sierologiche per un totale fino a 100.000 euro a valere sulla Macroarea 8 DGR 1511/2023
 - LONG-TERM COVID (stima del carico assistenziale dei prossimi anni e l’adeguamento del sistema di offerta)

1.2.1.1. Misure per il contrasto dell’Antimicrobico-Resistenza - PP10

- Antimicrobico resistenze e ICA:
 - verrà attivata nel secondo semestre 2024 la realizzazione del sistema MICROBIO 2 per la messa a regime dei flussi e integrazione con il sistema WHONET; le ASST /IRCCS pubblici procederanno con l’integrazione al nuovo sistema verifica delle reali di percorsi di stewardship nelle ASST;
 - il tavolo tecnico indicato dalla DGR 1438 del 27/11/2023 fornirà nel 2024 le principali indicazioni di riferimento;
 - si precisa che nel tavolo indicato dalla DGR 1438 del 27/11/2023 è ricompresa nella sezione “Referenti delle società scientifiche” anche la Società Italiana di Medicina Veterinaria Preventiva (SIMEVeP);
 - nell’ambito dell’attività di prevenzione dei fenomeni dell’antimicrobico resistenza è indicato come di interesse il percorso di sviluppo di anticorpi monoclonali per la gestione delle AMR 2023 per il quale sono appostate risorse fino a 500.000 euro per la Macroarea 8 DGR 1511/2023;
 - in merito al fenomeno delle ICA si attiveranno nel 2024 azioni di sorveglianza e miglioramento dei sistemi di prevenzione per i quali è prevista la partecipazione delle ASST e degli IRCCS;

- Nel 2024 verrà attivata la messa a sistema della rete di sorveglianza delle acque reflue per l'analisi dei fenomeni di antimicrobico-resistenza e di circolazione dei virus patogeni che vedrà:
 - prelievo delle acque reflue da parte dei gestori del Servizio Idrico Integrato;
 - prelievo delle acque raccolte in uscita dalle ASST/IRCCS pubblici, tali enti collaborano alla raccolta delle acque come da indicazioni regionali che verranno fornite nel corso del 2024
- Nel 2024 verranno attivate modalità di analisi e condivisione delle migliori tecnologie per la prevenzione a livello ospedaliero delle ICA
- Le ASST partecipano secondo le indicazioni regionali alle attività di sorveglianza per
 - Le infezioni del sito chirurgico
 - Le infezioni in terapia intensiva
 - Consumo di sorveglianza idroalcolica

1.2.2.3. Malattie infettive correlate all'ambiente e ai vettori - PL22

- Nel 2024 (a partire da luglio) tutte le inchieste per Legionella e West Nile dovranno essere attivate anche attraverso l'utilizzo del portale Geo.Sa. appositamente predisposto: le ATS aggiornano le procedure aziendali. Le ATS attivano per la primavera 2024 una campagna di sensibilizzazione (anche attraverso incontri con sindaci e istituzioni) per la prevenzione di arbovirus.
- Nel 2024 verranno attivate azioni di sorveglianza dedicate alla dengue in collaborazione con l'area veterinaria;

1.2.2.4. Malattie infettive gravi correlate alle condizioni di vita - PL23

- Nel 2024 verrà attivata l'offerta di cui alla DGR 1563 del 18/12/2023 e il tavolo regionale dedicato alla tematica di malattie infettive gravi correlate alle condizioni di vita

1.2.2.5. Malattie Infettive Sessualmente Trasmesse - PL21

- HIV:
 - La commissione AIDS verifica le possibilità di integrazione dei percorsi di presa in carico del paziente HIV in coerenza con quanto previsto dal DM 77;
 - I centri IST/MTS delle ASST/IRCCS proseguono/attivano la possibilità di convenzioni fornitura dei test al terzo settore per diminuire la sottonotifica in coerenza con quanto previsto dalla DGR 7812/2023 ed in continuità, per l'anno 2024, per tale attività è dedicato un valore fino a 200.000 euro a valere sul primo punto della macroarea 8 di cui alla DGR 1511/2023;
 - Le ASST verificano la coerenza tra nuove esenzioni HIV e segnalazioni HIV su SMI con reportistica trimestrale verso le ATS;
 - Verranno attivati percorsi per la realizzazione e la verifica di sostenibilità del servizio di auto test a domicilio; per l'anno 2024 per tale attività è dedicato un valore fino a 50.000 euro a valere sul primo punto della macroarea 8 di cui alla DGR 1511/2023;

1.2.2. VACCINAZIONI

(SC VACCINAZIONI – ASST) PL 18 - PSSR1.1.5

Nel 2024 sono previste le seguenti linee di attività:

1.2.2.1 L'attivazione del nuovo software vaccinale, che racchiude le funzionalità dei due software utilizzati attualmente (SIAVR e software per registrazione di campagne Covid e Flu), è prevista nei primi mesi del 2024: le ASST formano il proprio personale dedicato alle vaccinazioni e facilitano la formazione del personale della medicina di famiglia secondo le indicazioni regionali

1.2.2.2. Verrà proposto dalla Commissione Vaccini il nuovo Piano Regionale di Prevenzione;

1.2.2.3. Nel 2024 si esplorerà per i centri vaccinali il passaggio dalla retribuzione a funzione a remunerazione a dosi somministrate/coperture vaccinali;

1.2.2.4. Vista l'importanza della prevenzione del RSV, al fine di evitare sovraffollamento dei PS nei mesi autunno invernali, sono identificate risorse fino a 30 milioni a valere per l'anno 2024 sul primo punto della macroarea 8 di cui alla DGR 1511/2023; la commissione vaccini definisce le modalità di erogazione dell'offerta;

1.2.2.5. Nel 2024 è prevista l'attività di stagionalizzazione dell'offerta da parte della medicina di famiglia di vaccino anti-zoster e anti-pneumococco; mensilmente tra gennaio e aprile 2024 le ASST verificano l'attivazione sul proprio territorio dell'offerta anti-pneumococcica e anti-zoster di cui alla DGR 1025/2022;

1.2.2.6. Le ASST verificano almeno trimestralmente la correttezza di informazioni sui propri siti web per l'accesso alle vaccinazioni per tutti i target previsti;

1.2.2.7. Le ASST pubblicano le agende sul sistema unico di prenotazione per il counselling e le vaccinazioni per i viaggiatori internazionali di cui alla DGR 850/2023; le ASST attivano sperimentazioni dell'utilizzo del teleconsulto per le vaccinazioni internazionali; le ATS (SC MPC) nei mesi di maggio – agosto e dicembre verificano settimanalmente la disponibilità di posti per le vaccinazioni internazionali **garantendo che il tempo di attesa sia sempre non superiore a 15 giorni** e che l'offerta sia dimensionata almeno ai bisogni del proprio territorio e agli andamenti turistici stagionali assicurando almeno 3 ore giornaliere per tutti i giorni di apertura del servizio.

1.2.2.8. Le ASST /IRCCS pubblici realizzano modelli di offerta vaccinale in ospedale al fine di garantire la vaccinazione di pazienti cronici preferendo – ove possibile - il modello della realizzazione di ambulatori dedicati presso le strutture ospedaliere;

1.2.1.9. Le ATS verificano la corretta rendicontazione dei vaccini consegnati e dei vaccini risultanti erogati nel software regionale nell'ambito della campagna influenzale 2023/24:

- - per i MMG/PLS
- - per le UDO SS

1.2.2.10. Le ATS (SC MPC) prevedono l'attivazione di audit (partendo da quanto definito dal decreto n. 7222/2019) sui centri vaccinali delle ASST realizzando un piano di audit che preveda entro fine legislatura la visita almeno 1 volta per ogni sede di ASST dove si vaccina, tenendo validi anche gli audit già condotti nel 2023; il piano audit deve essere redatto entro febbraio 2024;

1.2.2.11. Le ASST in collaborazione con le ATS attivano percorsi di offerta vaccinale ai pazienti hard to reach, entro settembre 2024 vanno inviate alla DG welfare le principali esperienze di vaccinazione della popolazione hard to reach.

1.2.3. SICUREZZA ALIMENTARE E NUTRIZIONE

(SC SIAN – DIPS ATS – UO Val Reg SIAN - UO Val Reg Sistemi Informativi della Prevenzione)
PSSR1.1.4

Nel corso dell'anno 2024 verrà avviata l'attività di progettazione del nuovo Gestionale SIAN, con integrazione di meccanismi di intelligenza artificiale per il supporto decisionale del tecnico della prevenzione e degli addetti ai controlli. A questo proposito è stato costituito un apposito Gruppo di coordinamento regionale.

Per quanto riguarda la sicurezza alimentare, le priorità dell'anno sono:

1.2.3.1. Attivazione, entro il primo semestre 2024, tramite un gruppo di lavoro regionale, di un percorso partecipato con le associazioni di categoria delle imprese alimentari per la definizione di accordi di collaborazione inerenti alla formazione e informazione degli operatori sugli aspetti nutrizionali, salutistici e sulle malattie trasmesse da alimenti

1.2.3.2. Realizzazione di un programma di formazione nel setting carcerario, tramite un gruppo di lavoro regionale

1.2.1.3. Realizzazione di un programma di formazione per gli addetti delle associazioni di volontariato, tramite un gruppo di lavoro regionale

1.2.3.4. I SIAN dovranno elaborare il PIC 2024 entro il 29/02/2024 sulla base delle indicazioni regionali, concludere la rendicontazione di tutti i controlli del 2023 relativi alla sicurezza alimentare entro il 31/01/2024 e relativi alle acque destinate al consumo umano entro il 14/02/2024 e rendicontare mensilmente in I.M.Pre.S@-BI gli esiti di tutti i controlli e delle attività effettuate (sicurezza alimentare, nutrizione e acque destinate al consumo umano).

1.2.3.5. Nel primo semestre dell'anno verranno emanate le nuove procedure regionali relative a:

- Verifica e rendicontazione dell'efficacia e dell'appropriatezza dei controlli ufficiali per la sicurezza alimentare
- Audit sulle Autorità di Controllo Locale: nuova strategia 2024 – 2027 e realizzazione di audit sui SIAN
- Applicazione delle regole di programmazione dei controlli secondo i criteri di cui al piano regionale pluriennale dei controlli 2024 – 2027, compresi la definizione della performance minima per operatore e l'adeguamento dell'anagrafe degli operatori (ex art. 10 par. 2 del Reg. UE 2017/625) alla master-list regionale;
- Ai sensi dell'art. 2 comma 2 del d.lgs. 27/2021, ai fini di realizzare l'appropriatezza e l'uniformità dei controlli ufficiali e delle altre attività ufficiali, sul territorio regionale sono promosse e coordinate dalla ACR delle attività di controllo congiunte tra operatori dei SIAN delle ATS diverse, con lo scopo di allineare le modalità operative, l'adozione delle azioni conseguenti e le valutazioni degli esiti dei controlli;

Per quanto riguarda le acque destinate al consumo umano, le attività principali dell'anno saranno:

1.2.3.6. Proseguimento della revisione delle linee di indirizzo per i controlli dei SIAN sulle acque destinate al consumo umano, alla luce del D.lgs. 18/2023; in particolare predisposizione, da parte del gruppo di lavoro regionale, dell'istruzione operativa per il campionamento entro il 30 giugno 2024

1.2.3.7. Aggiornamento dei Gestionali aziendali a seguito della predisposizione anagrafe Zone di Fornitura e punti di prelievo armonizzati con i Gestori del Servizio Idrico, entro il 30 giugno 2024

1.2.3.8. Inserimento del verbale di prelievo regionale nei Gestionali aziendali, entro il 30 settembre 2024

1.2.3.9. Predisposizione entro il 31 marzo di ogni anno della relazione annuale sulla qualità delle acque potabili erogate nell'ATS

1.2.3.10. Proseguimento dell'attuazione del 3° Programma di controllo regionale della radioattività nelle acque destinate al consumo umano, in collaborazione con ARPA Lombardia e coordinandosi con i Gestori del Servizio Idrico Integrato per le parti di rispettiva competenza

Relativamente alla nutrizione, nel corso dell'anno verrà attivato il flusso di rendicontazione dei controlli nutrizionali in I.M.Pre.S@-BI. Prioritari saranno:

1.2.3.11. Attività di formazione sul campo dei SIAN per uniformare modalità di controllo nutrizionale

1.2.3.12. Nell'ambito della ristorazione collettiva: predisposizione di linee di indirizzo regionali per una sana alimentazione negli ospedali e nelle strutture sociosanitarie assistenziali diverse dalle RSA, tramite un gruppo di lavoro regionale

1.2.3.13. Ricognizione strutturata dei capitolati mense, secondo le indicazioni regionali

1.2.3.14. Ricognizione dei menu salutari (WHP) nelle mense aziendali, secondo le indicazioni regionali

1.2.3.15. Attivazione a livello regionale dello screening nutrizionale per tutti i pazienti ricoverati, tutti gli ospiti delle Rsa e i pazienti dell'area Sociosanitaria

1.2.4. LABORATORI DI PREVENZIONE

(SC LAB PREVENZIONE – DIPS ATS - UO Val Reg LAB DI PREVENZIONE - UO Val Reg Sistemi Informativi della Prevenzione) e Laboratori di Igiene Industriale delle UO OML - PSSR 1.1.4

1.2.4.1. Nel corso dell'anno 2024 verrà avviata l'attività di definizione del percorso per la realizzazione del *Laboratory Information Management System (LIMS)* regionale, che permetterà il consolidamento del modello a rete dei laboratori.

1.2.4.2. Si proseguirà la razionalizzazione dell'attività dei LP secondo il modello previsto per l'attuazione del SRPS, che include l'operatività dei Laboratori di igiene industriale delle UO OML c/o ASST: rendicontazione semestrale dell'avanzamento e rendicontazione al 31/12/2024 dell'installazione della nuova strumentazione e sua messa in funzione operativa comprensiva degli ambiti SIAN - Reach – OHS – Cosmetici – Biocidi – Fitosanitari – Detergenti. I campionamenti sono rendicontati nel relativo tracciato di I.M.Pre.S@-BI.

1.2.4.3. I laboratori di Prevenzione dovranno procedere:

- all'adeguamento dei LIMS al verbale di prelievo regionale delle acque destinate al consumo umano, entro il 30 settembre 2024.
- accreditano almeno le analisi relative Salmonella e Listeria, in alimenti e tamponi ambientali, se non già accreditate, entro il 31 dicembre. Tutti i patogeni individuati devono essere sierotipizzati e inviati ai laboratori di riferimento (UNIMI e IZSLER) per la genotipizzazione. Ulteriori indicazioni verranno fornite con DGR dedicata.
- in caso di MTA, garantiscono l'apertura per la consegna dei campioni fino al venerdì pomeriggio e la reperibilità nel weekend.

Si confermano le indicazioni operative:

1.2.4.4. Rendicontazione dei controlli analitici degli alimenti nei database nazionali (NSIS-RaDISAN, CruscoTO CROGM, Database SINAI) secondo le frequenze e le modalità stabilite dal Ministero della Salute: particolare attenzione deve essere posta nella completezza ed accuratezza della rendicontazione, nonché nel rispetto delle deadline. A tal fine deve essere inviata alla UO Prevenzione una nota trimestrale con il riassunto degli inserimenti esitati positivamente nei database citati

1.2.4.5. Tempi di restituzione dei referti congrui con l'attività di controllo ufficiale e comunque entro 30 giorni lavorativi dal ricevimento del campione

1.2.4.6. In deroga alla DGR XI/ 7044/2022 l'attività dei Laboratori di Prevenzione in tema della ricerca delle sostanze di abuso continuerà fino a maggio 2024 (compreso) per la ATS Valpadana per poi passare l'attività alla ASST Cremona e analogamente a marzo 2024 per la ATS Città Metropolitana di Milano per poi passare l'attività alla ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda.

1.2.5. SCREENING ONCOLOGICI

PSSR 1.2.1. 1.2.2

L'attività regionale 2024 prevede le seguenti linee di attività:

1.2.5.1. Stesura del Piano Oncologico Regionale (comprensiva della parte dei rischi comportamentali e lavoro correlati)

1.2.5.2. Definizione degli indirizzi regionali per lo screening alla Prostata e al Polmone

1.2.5.3. Prosegue l'attività del Coordinamento Regionale Multidisciplinare Screening Oncologici con l'ulteriore produzione di linee di indirizzo regionali per l'attività; nel 2024 sarà prioritario l'aggiornamento del percorso dello screening mammografico ed in particolare la riorganizzazione dei percorsi in coordinamento con la rete breast unit per il rientro in screening delle donne con tumore e per le donne giovani ad alto rischio

1.2.5.4. Ulteriore sviluppo della campagna comunicativa regionale per i programmi di screening, con lancio dell'attività per lo screening coloretale e cervicale e contestuale allargamento delle modalità di prenotazione su iniziativa del cittadino (Prenota Salute);

1.2.5.5. Identificazione di un centro per la analisi continua delle patologie HPV-correlate

1.2.5.6. Attivazione del progetto di accesso allo screening per le persone disabili (ASST Mantova) per il quale sono identificate risorse fino a 250.000 euro a valere per l'anno 2024 sul primo punto della macroarea 8 di cui alla DGR 1511/2023;

1.2.5.7. Attivazione del progetto della valutazione della qualità delle immagini mammografiche tramite fantoccio (Associazione Italiana Fisica Medica - ASST Mantova);

1.2.5.8. Prosecuzione dello sviluppo del sistema informativo regionale dei programmi di screening (specifiche tecniche software unico regionale e ampliamento della disponibilità di dati di screening nel portale Open Data regionale) e della piattaforma educativa delle immagini dei cancri di intervallo della mammella (DGR XII/292)

1.2.5.9. Caricamento da parte delle ATS delle lettere di invito agli screening e degli esiti su FSE secondo quanto indicato dal Decreto del Ministero della Salute del 7 settembre 2023 “Fascicolo sanitario elettronico 2.0”

1.2.5.10. Caricamento da parte delle ASST dei referti di screening di secondo livello su FSE secondo quanto indicato dal Decreto del Ministero della Salute del 7 settembre 2023 “Fascicolo sanitario elettronico 2.0”

1.2.5.11. È di interesse per il 2024 l’attivazione di Analisi dei percorsi per il tumore giovanile del colon retto e la sperimentazione del riorientamento colonscopie del territorio per il quale sono appostate per il 2023 risorse fino a 1 milione di euro per la Macroarea 8 DGR 1511/2023

Saranno coordinati dalle U.O. a valenza regionale, istituite quale ai sensi della deliberazione n. XI/6608 del 30/06/2022:

1.2.5.12. Centro Regionale Screening Oncologici presso ATS di Pavia:

- Prosecuzione del progetto pilota di screening primario per la prevenzione del carcinoma della cervice uterina, attraverso l'utilizzo dell'auto-prelievo abbinato all'HPV test
- Avvio studio di fattibilità sull'introduzione della stratificazione per rischio di cancro della mammella, inclusa la valutazione del rischio ereditario, nella fascia 45-49 anni invitata a screening

1.2.5.13. Centro Regionale Epidemiologia della Prevenzione presso la ATS Città Metropolitana di Milano:

- Implementazione del protocollo di studio e sviluppo di analisi preliminari secondo la metodologia dello studio impatto per lo screening dei tumori della mammella e del colonretto
- Proposta e sperimentazione indicatore composito di performance per gli screening oncologici

In merito agli obiettivi ATS (SC Medicina Preventiva nelle Comunità) e ASST (Dipartimenti Funzionali di Prevenzione e unità erogative):

1.2.5.14. Screening mammografico: invito attivo con appuntamento prefissato e sollecito per la fascia 45-74 (nate tra 1950 e 1979) (estensione >95%, copertura per test 50-69>60%)

1.2.5.15. Screening coloretale: invito attivo e sollecito per la fascia 50-74 (nati tra 1950 e 1974) (estensione >95%, copertura per test 50-69>50%). Presa in carico integrale da parte dei Centri Screening dell’organizzazione delle agende messe a disposizione degli erogatori per la gestione dentro ai programmi dei follow-up colonscopici a 1, 3 e 5 anni in accordo con le linee di indirizzo regionali

1.2.5.16. Screening cervicale:

- Invito attivo con appuntamento prefissato e sollecito della popolazione femminile non vaccinata per HPV di età tra i 25 e 29 anni per pap test (prevista estensione >95% a tutte le non vaccinate nate tra il 1995 e il 1999)
- Invito attivo con appuntamento prefissato e sollecito della popolazione femminile di età tra i 30 e 64 anni per HPV test (prevista estensione >95% almeno per le donne nate tra 1960 e il 1978). Si ricorda l’importanza dell’offerta attiva della vaccinazione anti-HPV alle venticinquenni al momento dell’invito e dell’esecuzione del pap test.

1.2.5.17. Screening polmone: attivazione percorso pilota con target indicativo fumatori 55-75 anni coordinando i progetti già esistenti sul territorio.

1.2.5.18. Screening prostata: attivazione percorso pilota con target indicativo maschi 50-74 anni

1.2.5.19. Screening HCV: prosecuzione attività con invito attivo delle coorti 1969-1989 in quanto con Intesa, ai sensi dell'articolo 25-sexies, comma 2, del decreto-legge 30 dicembre 2019, n. 162, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 febbraio 2020, n. 8, sullo schema di decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, concernente la proroga del termine di cui all'articolo 6 del decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, del 14 maggio 2021, come modificato con decreto interministeriale del 16 dicembre 2022, recante "Esecuzione dello screening nazionale per l'eliminazione del virus dell'HCV" è stato prorogato lo screening HCV nel 2024, che procede come da ultime indicazioni regionali (decreto 10080/2023). Le ASST e gli IRCCS continuano con l'offerta opportunistica ai pazienti a medio rischio, le ASST proseguono con l'offerta a pazienti di SERD e carceri, le ATS (SC MPC) continuano con l'offerta attiva tramite lettera anche con utilizzo dei fondi assegnati all'attività di test (decreto 10080/2023) e al contempo verificano la sistematica offerta opportunistica da parte degli erogatori coinvolti.

1.2.5.20. Implementazione dei progetti equity per la riduzione delle diseguaglianze di accesso agli screening

1.2.5.21. Avvio attività di stesura dei bilanci sociali dei programmi di screening

1.2.5.22. Ai fini del maggiore coinvolgimento di cittadini alle campagne di screening regionale sono promosse specifiche campagne informative e promozionali coordinate dalla DGW, ATS e ASST in modo uniforme su tutto il territorio regionale

Gli indicatori quantitativi attesi sono relativi sia ad ATS sia ad ASST per il proprio rispettivo bacino di residenti e saranno valutati attraverso le dashboard Tableau.

1.2.6. PROMOZIONE DELLA SALUTE

(SC PROMOZIONE DELLA SALUTE – DIPS ATS - UO Val Reg PROMOZIONE DELLA SALUTE - UO Val Reg Epidemiologia e Prevenzione - UO Val Reg Sistemi Informativi della Prevenzione) PSSR 1.1.1

Il 2024 vedrà la prosecuzione dell'implementazione dei Programmi di settore previsti dal PRP 2021/25 (PP 1-2-3-4-5 e ai PL 16-19-20), la cui realizzazione si articolerà coerentemente con

- gli indirizzi metodologici e di processo di cui al paragrafo 7.2 dell'allegato alla DGR n. 2672/2019 "Regole di Gestione del Servizio Sanitario e Sociosanitario 2020", che si confermano integralmente;
- l'implementazione di quanto previsto dalla LR. 23/21 e dai successivi atti di indirizzo regionale (con particolare riferimento all'assetto organizzativo di ATS e ASST di cui alla DGR n. XI/6026 del 01/03/2022).

Il 2024 vedrà:

1.2.6.1. L'attuazione – anche mediante l'attivazione di specifici percorsi di accompagnamento tecnico e supporto metodologico da parte della UO a valenza regionale Promozione della Salute – del modello organizzativo regionale nell'area Stili di vita per la Prevenzione e Promozione della Salute, con

particolare riferimento allo sviluppo della filiera nel rapporto fra ATS e ASST e attenzione mirata al progressivo coinvolgimento strategico e operativo dei Distretti;

1.2.6.2. Il progressivo consolidamento e completamento– in coerenza con gli specifici indirizzi e secondo standard minimi definiti con UO Prevenzione - dei modelli organizzativi previsti a livello di ATS (completamento processi di costituzione delle SC Promozione della salute nei DIPS; consolidamento dotazione organica e multiprofessionale) e di ASST (con particolare riferimento alle Funzioni specifiche in capo ai Dipartimenti funzionali Prevenzione e ai Distretti)

1.2.6.3. Il completamento e messa a regime della piattaforma informatica per le survey stili di vita (con caricamento dei dati attività 2024 a cadenza mensile a partire dal 01.02.24)

1.2.6.4. La collaborazione ai processi attuativi delle Azioni strategiche regionali in tema di: Salute e Sicurezza nei Luoghi di lavoro (partecipazione al Laboratorio Regionale “Storie di Infortunio” e “Scuola Sicura nei programmi preventivi regionali”) e Natalità (monitoraggio e valutazione coerenza attività formative locali)

1.2.6.5. Il proseguimento della programmazione formativa regionale “Stili di vita”, promossa da UO Prevenzione in collaborazione con Polis Lombardia e le ATS, a consolidamento del modello operativo già avviato;

1.2.6.6. La collaborazione delle ATS - in stretta sinergia con le ASST del territorio e con gli altri Attori individuati – nei processi coordinati dalle rispettive Prefetture di declinazione locale del “Protocollo di Intesa” di cui alla DGR n. XI/6761 del 25/07/2022 e nell’attuazione della DGR n. XI/7499 del 15/12/2022 “Piani Disagio”;

1.2.6.7. La partecipazione delle ATS – per il tramite dei Servizi Promozione della Salute e delle UO di Epidemiologia - alle fasi di raccolta dei dati relative alle Sorveglianze Passi d’Argento (popolazione over 65), Fertilità Lombardia 2024 e OKkio alla Salute 2024;

1.2.6.8. La prosecuzione dell’attività 2023 volta ad intensificare e rendere maggiormente evidenti le azioni di prevenzione primaria, secondaria e terziaria per il diabete;

1.2.6.9. La definizione di modelli di presa in carico di prevenzione terziaria in particolare per i pazienti fragili con attenzione agli ospiti delle UDO SS;

1.2.6.10. la progettazione e realizzazione a livello regionale, anche a partire dalle migliori esperienze maturate a livello ATS, di specifiche iniziative e Campagne di comunicazione e Marketing sociale, volte a favorire l’engagement e l’health literacy della popolazione (generale e/o targettizzata in modo specifico) in tema di corretti stili di vita, prevenzione di ogni forma di dipendenza, possibilmente prevedendo supporti/sponsorizzazioni in ottica sistemica, intersettoriale, interistituzionale (ad es. sensibilizzazione della popolazione giovanile in tema di donazione di organi e tessuti, prevenzione delle dipendenze in ottica educativa attraverso l’uso del digitale e dei cartoon ecc.) con messaggi curati a livello interdisciplinare e interculturale;

1.2.6.11. la programmazione e realizzazione – in coordinamento con Struttura Comunicazione e Sviluppo del Modello di Presa in Carico della DGW – di campagne di comunicazione e informazione, Convegni, Seminari e Laboratori divulgativi e/o di approfondimento, dedicati: 1) alla messa in comune dei dati epidemiologici e degli scenari socio-culturali di contesto; 2) alla condivisione dello stato dell’arte in tema di promozione della salute e promozione di corretti stili di vita (Presentazione elementi di conoscenza e spunti per la programmazione regionale/locale emergenti dai Sistemi di Sorveglianza; Laboratori multistakeholder in tema di Equità ecc.)

Le ATS, in particolare per il tramite dei rispettivi DIPS e Strutture di Promozione della Salute, in stabile collaborazione con le ASST, opereranno per:

1.2.6.12. Approvazione (entro il 29.02.24) e implementazione dei Piani Integrati Locali di promozione della salute in maniera integrata con le Direzioni Sociosanitarie delle ASST, il Dipartimento Funzionale Prevenzione e i Distretti;

1.2.6.13. Rete delle Scuole che Promuovono Salute (SPS): incremento del n. di Scuole aderenti (n. Scuole aderenti al 31.12.2024 \geq 105% n. aderenti al 31.12.2023 per le ATS che hanno copertura superiore al 40% delle istituzioni scolastiche del proprio territorio; n. Scuole aderenti al 31.12.2024 \geq 120% n. aderenti al 31.12.2023 per tutte le altre ATS; ; adesione alla Rete Regionale SPS di almeno 3 Centri di Formazione professionale entro il 31.12.24 (in sinergia con Distretti/Case della Comunità; coinvolgimento delle ASST nelle Cabine di Regia provinciali SPS); formalizzazione in ogni ATS di almeno 1 iniziativa formativa rivolta a docenti su Programmi preventivi regionali in collaborazione con UST e Scuola Capofila Formazione locale;

1.2.6.14. Rete dei Luoghi di lavoro che Promuovono Salute (WHP) individuazione delle tipologie di Aziende con presenza di personale con bassa qualificazione presenti sul territorio, e promozione dell'adesione al Programma WHP (n. Aziende aderenti al 31.12.2024 \geq 120% n. aderenti al 31.12.2023; n. aziende con bassa qualificazione destinatarie della proposta \geq 90% del n. aziende aderenti alla rete locale WHP; effettiva implementazione all'interno delle ATS e ASST - entro il 2024: almeno 50% delle sedi operative aderenti e almeno 2 Buone Pratiche realizzate a livello Agenzia/Azienda);

1.2.6.15. Comunità locali – Programmazione e offerta – in sinergia con i Distretti - in almeno il 20% dei Comuni del territorio di programmi di promozione dell'attività fisica (rivolti a Bambini e Adolescenti, Adulti, Anziani);

1.2.6.16. Comunità locali – Palestre e Associazioni per la Salute – attivazione a livello regionale della modalità “Attività Fisica Adatta” garantendo la possibilità al cittadino di conoscere in quali luoghi (palestre, associazioni) siano presenti professionisti (chinesiologi) in grado di facilitare la realizzazione di attività fisica a quei cittadini con fattori di rischio in un percorso NON sanitario;

1.2.6.17. Comunità locali / SSR - realizzazione di programmi di sensibilizzazione in materia di prevenzione del rischio di trasmissione di malattie infettive rivolti a target vulnerabili o ad alto rischio - in sinergia con Centri MTS (screening HIV, HCV, ecc.) e SerD/SMI, eventuale declinazione territoriale del Programma regionale “Progetto Parchi”, integrazione operativa Programmi “Inclusione sociale” e “Fragilità” FSE attuati dal Dip. PIPPS ecc. (entro il 31.12.24 almeno 1 progetto);

1.2.6.18. SSR /Comunità locali – attivazione in tutte le ATS e le ASST dei Laboratori permanenti per la promozione di Attività fisica e Movimento e il censimento georeferenziato dell'offerta di attività fisica adattata (AFA) rivolta alla popolazione di ogni fascia d'età con presenza di uno o più fattori di rischio, patologie specifiche o condizioni di fragilità (anziani); presenza in almeno il 20% dei Comuni del territorio di programmi di promozione dell'attività fisica (rivolti a Bambini e Adolescenti, Adulti, Anziani) o di interventi integrati finalizzati alla creazione e alla valorizzazione di contesti urbani favorevoli alla promozione di uno stile di vita attivo;

1.2.6.19. SSR - avvio/consolidamento di progetti preventivi nel setting carcerario (nutrizione, stili di vita, dipendenze) - entro il 31.12.2024 almeno un progetto a livello di ASST/sede carceraria;

1.2.6.20. SSR – Offerta formativa “Implementazione Protocollo “Foodia-Net” rivolto a MMG e Specialisti SSR, Pazienti diabete tipo B e caregiver (entro il 31.12.24 almeno 1 edizione formativa in ciascuna ATS);

1.2.6.21. SSR – Cure Primarie - “Counseling motivazionale per il cambiamento di stili di vita” – Riedizione FAD (entro il 2024 proposta formale ad almeno il 25% dei MMG); Avvio in ogni ATS di almeno una Edizione di percorso formativo in modalità blended (FAD + presenza) in tema rivolto a MMG;

1.2.6.22. SSR – Rete territoriale - Monitoraggio attività dei consultori per l’area Prevenzione, con particolare riferimento a target adolescenti/interventi nelle scuole, competenze genitoriali (Home visiting, Nati per Leggere, ecc.), salute donna ecc., nonché all’ingaggio/formazione del personale nell’implementazione dei programmi preventivi regionali LST Lombardia, Unplugged Lombardia, Educazione tra Pari, Nati per Leggere ecc.); Promozione e monitoraggio dell’ingaggio degli Infermieri di famiglia e di Comunità in attività per la diagnosi precoce e la prevenzione dei fattori di rischio comportamentali della cronicità, l’invecchiamento attivo, la prevenzione delle cadute nella popolazione over 65, e i processi di patient engagement;

1.2.6.23. Gioco d’azzardo Patologico: implementazione delle attività connesse al raggiungimento degli Obiettivi Generali 0, 1 e 2 dei Piani Locali GAP - fondi 2022; aggiornamento elenchi professionisti abilitati dalle ATS per formazione gestori.

1.2.6.24. E’ inoltre previsto il completamento, con l’obiettivo della messa a sistema, del percorso sperimentale avviato con la DGR n. 2672/2019 rivolto ai Consultori Privati che aderiscono - d’intesa con le ATS – ai Programmi Life Skills Training e Unplugged, a cui è consentita, senza variazioni di budget, la rendicontazione degli interventi previsti (rivolti a Dirigenti Scolastici e Insegnanti) nella tipologia “Incontri di gruppo di prevenzione e promozione della salute anche fuori sede” di cui alla DGR n. 6131 del 23/01/2017 ottenendo il corrispettivo economico e tariffario previsto per il numero di alunni che compongono il gruppo classe sul quale ricade l’intervento.

Tutti gli obiettivi saranno declinati in coerenza con il processo di Riforma del SSR e con i relativi indirizzi attuativi del PRP 2021-2025 forniti da UO Prevenzione:

1.2.6.25. mediante il rafforzamento e l’ampliamento delle collaborazioni intersettoriali con i soggetti delle comunità locali (Enti Locali, UST, Scuole, Università, Ambiti, Terzo Settore, Volontariato, Associazioni di categoria e di impresa, ANCI, ecc.);

1.2.6.26. lo sviluppo e l’implementazione di iniziative - intra e interdipartimentali - di alfabetizzazione (*health literacy*) e marketing sociale rivolte alla popolazione in merito alle attuali priorità (implementazione SNPS, integrazione attività prevenzione a livello territoriale ecc.);

1.2.6.27. l’attenzione in tutti i programmi/setting ai bisogni delle fasce di popolazione più vulnerabili (equity audit delle iniziative).

Dovranno essere, infine, valorizzati nella programmazione locale gli esiti dei Progetti CCM:

1.2.6.28. Urban Health: buone pratiche per la valutazione di impatto sulla salute degli interventi di riqualificazione e rigenerazione urbana e ambientale già oggetto della omonima Comunità di Pratica nel 2019;

1.2.6.29. Supporto all’implementazione in realtà regionali italiane della Rete di Promozione della Salute sui luoghi di Lavoro (Rete WHP – Workplace Health Promotion);

1.2.6.30. Cambiare stili di vita non salutari. La formazione a distanza a supporto delle competenze dei professionisti in ambito della promozione della salute.

Come negli anni precedenti sono assegnate alle ATS, come da tabella sotto riportata, risorse pari ad euro 700.000 da finalizzare ad attività di marketing sociale, sviluppo e supporto a reti/iniziative di carattere intersettoriale che, nell’ambito della programmazione PIL, concorrono all’obiettivo LEA (core) misurato dall’indicatore composito “Stili di vita”.

ATS	IMPORTO EURO
ATS Bergamo	60.000,00
ATS Brescia	60.000,00
ATS Brianza	60.000,00
ATS Insubria	60.000,00
ATS Milano CM	320.000,00*
ATS Montagna	40.000,00
ATS Pavia	40.000,00
ATS Valpadana	60.000,00

(*) l’importo comprende le risorse per il supporto garantito - per il tramite della UO a valenza Regionale - Centro Regionale Promozione della Salute - alle attività regionali relative alla Faculty del “palinsesto formativo regionale” rivolto alle ATS/ASST a supporto della implementazione del PRP, alla partecipazione a progetti/reti europee di WHO e CE (SHE Network, RHN, Chrodis ecc.), gestione e produzione reportistica dei programmi "Life Skills Training Lombardia" e "Unplugged Lombardia", dei Sistemi di Sorveglianza nazionali “Health Behaviour in School aged Children – HBSC”, “Global Youth Tabacco Survey – GYTS ”, "OKkio alla Salute", “Passi d’Argento” , “Fertilità Lombardia”

1.2.7. FUNZIONE HOME VISITING

(SC PROMOZIONE DELLA SALUTE – DIPS ATS - UO Val Reg PROMOZIONE DELLA SALUTE)

1.2.7.1. Attivazione dei corsi in coerenza con quanto definito dalla DGR 1141/ 2023;

1.2.7.2. Le ASST per il tramite dell’attivazione di percorsi di Home Visiting per attivare le visite a domicilio per i nuovi nati nelle situazioni di fragilità per le attività di promozione della salute.

1.2.8. MEDICINA DELLO SPORT

(ATS)

1.2.8.1. Semplificazione della procedura istruttoria volta al vaglio dei ricorsi in merito alle idoneità alla pratica sportiva che pervengono alla commissione CRA, in linea con la dematerializzazione dei procedimenti amministrativo-documentali;

1.2.8.2. In tema di ricorso, l’ATS territorialmente competente ne cura la ricezione, la verifica dell’ammissibilità, la completezza della documentazione a supporto in linea con i principi di dematerializzazione della documentazione amministrativa e digitalizzazione dei processi.

1.2.9. PREVENZIONE SICUREZZA AMBIENTI DI LAVORO

(SC PSAL – DIPS ATS - UO Val Reg NON CONFORMITA' MACCHINE, UO OML, UO valenza regionale Amianto) PSSR 1.1.2

1.2.9.1. DGR 438/2023 legge di revisione normativa ordinamentale 2023 – Legge regionale 14 novembre 2023 n. 4 monitoraggio art. 13 – controlli aggiuntivi sui luoghi di lavoro e acquisizione dotazione organica e progettualità innovative. Le ATS attuano i programmi approvati e aggiornano DG Welfare UO Prevenzione in occasione dell'attività di "data governance" e in sede di Cabina di Regia SSL. Alle ATS si chiede l'eventuale aggiornamento del programma trasmesso alla data 20 settembre 2023, anche alla luce delle indicazioni relative alla remunerazione delle prestazioni aggiuntive svolte dal personale dipendente, fornite con le presenti regole. L'attuazione dell'incremento delle ispezioni trova evidenza nella rendicontazione delle attività all'interno del Sistema Informativo della Prevenzione I.M.Pre.S@-BI. Resta che le prestazioni aggiuntive sono considerate tali quando ulteriori rispetto ai target di copertura definiti dagli indicatori LEA, PNP, PNE, etc.

1.2.9.2. Acquisizione divise/dotazione nei termini previsti dalla gara. Ogni ATS recepisce il regolamento che stabilisce le modalità di impiego e le caratteristiche di dette divise/dotazioni, emanato con atto di Giunta. Il recepimento del regolamento dà evidenza della sua applicazione a tutti i Servizi dei Dipartimenti di Prevenzione e Igiene Sanitaria. ATS Valpadana, quale stazione appaltante individuata con DGR 438/2023, espleta la gara per la fornitura di dotazioni, capi di abbigliamento e segni di riconoscimento e assicura una prima acquisizione dei prototipi. Le ATS comunicano alla DG Welfare UO Prevenzione l'avvenuto approvvigionamento e distribuzione di divise e dotazioni.

1.2.9.3. Monitoraggio DGR 294/2023 agricoltura (aumento dei controlli). Fermo restando l'impegno a promuovere collaborazioni con gli Organismi Paritetici, anche ad implementazioni degli accordi stipulati nel corso del 2023, le ATS a vocazione agricola attuano i programmi presentati alla DG Welfare e rendicontano l'effettuazione delle visite preventive ai lavoratori stagionali e ai lavoratori a tempo determinato del loro territorio in occasione degli incontri di "data governance" e del Comitato di coordinamento art. 7 D.Lgs 81/08. Le ATS in cui la DGR294/2023 non ha trovato applicazione, verificano il grado di copertura della sorveglianza sanitaria erogata ai predetti lavoratori ai fini di un'eventuale conseguente azione di controllo.

1.2.9.4. Progettazione di attività di promozione SSL nell'ambito della 43° settimana, secondo indirizzi DG Welfare. Le ATS presentano ipotesi di calendario di eventi da realizzare a ridosso della 43° settimana dedicata alle iniziative di comunicazione in ambito di SSL, al fine di contribuire alla creazione di un palinsesto che eviti sovrapposizioni tra iniziative territoriali e regionali, entro primo semestre 2024.

1.2.9.5. Le ATS attuano/proseguono l'attività di realizzazione dei PMP a valenza regionale e, in particolare: (a) attivazione Piano mirato di Prevenzione a valenza regionale PP8/PP9 "Prevenzione del rischio cancerogeno professionale"; (b) prosieguo Piano mirato di Prevenzione a valenza regionale PP8 del PRP "Prevenzione patologie da sovraccarico biomeccanico c/o Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)", (c) prosieguo Piano mirato di Prevenzione a valenza regionale PP8 del PRP "Prevenzione del rischio Stress lavoro correlato". Lo stato di attuazione di detti PMP è comunicato dalle ATS nell'ambito dello Comitato territoriale art. 7 D.Lgs 81/08 (almeno due incontri/anno) e rendicontato periodicamente nell'ambito del Comitato regionale art. 7 D.Lgs 81/08: i verbali sono redatti e conservati anche al fine di una corretta rendicontazione al MS dello stato di attuazione del PRP.

1.2.9.6. Utilizzo dell’algoritmo Ca.Ri.Ca.: Le ATS, secondo le indicazioni che saranno fornite dalla DG Welfare, UO prevenzione, partecipano ad un gruppo di lavoro per la predisposizione di report sull’attività di vigilanza svolta nell’anno 2023 che analizza, per il settore cantieri, i valori “controllo” e “provvedimenti” estratti dal Sistema Informativo Regionale della Prevenzione.

1.2.9.7. Non conformità macchine e attrezzature: prosieguo delle attività istruttorie sotto il coordinamento centrale; sviluppo della rete regionale ATS per il presidio delle non conformità accertate in Lombardia

1.2.9.8. I servizi PSAL assicurano l’attuazione della convenzione INAIL-Regioni per l’accesso ai servizi “Flussi informativi, Registri degli esposti e Registro infortuni”. Gli operatori già individuati per le attività di analisi epidemiologica partecipano a percorsi formativi dedicati a garanzia di supporto analitico alla programmazione e rendicontazione delle attività

1.2.9.9. Le ATS e le UOOML proseguono le attività ricerca tumori breve latenza e bassa frazione eziologica PP8 del PRP “Esposizione a cancerogeni professionali”, secondo gli indirizzi DG Welfare, realizzando sia le indagini sull’origine professionale, avvalendosi delle COB quali fonti dati, che i controlli sulla conformità ai Regolamenti REACH/CLP: Le ATS e le UOOML presentano un report semestrale condiviso sulle attività svolte.

1.2.9.10. Tumore del polmone, casi inseriti in SMP: i Servizi PSAL e ISP, in collaborazione con le UOOML, rafforzano le loro capacità di accertamento dell’eziologia professionale o ambientale dei casi inseriti in SMP. La stesura di un report semestrale congiunto dà evidenza del numero di casi istruiti e degli esiti (in forma aggregata)

1.2.9.11. Emersione malattie professionali: le UOOML, in collaborazione con le ATS, promuovono l’utilizzo di SMP all’interno delle ASST.

1.2.9.12. Conclusione al 31 marzo 2024 da parte delle ASST del processo di integrazione del nuovo applicativo telematico Gestione Certificati INAIL (GCINAIL), a fronte dell’esposizione dei web service

1.2.9.13. In tema prevenzione degli atti di violenza verso gli operatori sanitari, a emanazione delle linee guida previste dalla LR.15/2020, le ASST attuano le misure in esse previste, anche attraverso il supporto delle ATS e delle UOOML

1.2.9.14. RETE UOOML: consolidamento partecipazione Rete UOOML agli obiettivi PRP. In particolare, le UOOML che ricoprono ruolo di coordinamento di Tavoli Tecnici per l’attuazione del PRP presentano report consuntivo dell’attività svolta entro il 31 marzo

1.2.9.15. AMIANTO raccordo con il Centro operativo regionale (COR) art. 244 Dlgs 81/08, istituito presso il Policlinico di Milano, per lo sviluppo, in una logica di rete, del registro regionale mesoteliomi, dei tumori nasali e naso-sinusali e di quelli a bassa frazione ecologica

1.2.9.16. AMIANTO redazione di report consuntivo biennale (2022/2023) territoriale che dia evidenza dello stato del censimento dei manufatti (comprese le tubature idriche interrate), delle bonifiche, dei controlli, e della salute dei lavoratori e dei cittadini;

1.2.9.17. Sperimentazione di strumenti (esempio utilizzo di videocamere, droni) e modalità di controllo (ad es. supporto all’operatore da remoto) innovativi per l’attività di ispezione nei luoghi di lavoro identificando alcuni territori fermo restando i limiti disposti dalla norma in tema di controlli e di privacy.

1.2.10. IGIENE PUBBLICA E SALUTE AMBIENTE

(SC IGIENE PUBBLICA E SALUTE AMBIENTE DIPS ATS- UO Val Reg RADON – UO Val Reg Epidemiologia e Prevenzione - UO Val Reg Sistemi Informativi della Prevenzione) PSSR 1.1.3

1.2.10.1. Le ATS, esplicitando le competenze loro attribuite in materia igienico sanitaria, cessano il rilascio di certificazioni e pareri di idoneità attestanti il rispetto dei requisiti strutturali e impiantistici per qualunque tipologia di struttura, in coerenza con il DPR 380/2001 in ambito di procedimenti edilizi e attestazioni di agibilità (esempio a scuole, strutture sociali, ...)

1.2.10.2. Legionella: adozione delle LG regionali, presidio del territorio per l'aggiornamento dell'anagrafica relativa alle torri di raffreddamento e altre sorgenti, secondo le indicazioni DG Welfare. Le ATS prevedono nei PIC il campionamento di una quota percentuale di torri di raffreddamento significativa del proprio territorio (almeno il 20% annuo dell'anagrafica Ge.T.Ra., in previsione di una copertura totale nell'intervallo temporale di 5 anni) e in via prioritaria negli ambienti di comunità e ad alta frequentazione.

1.2.10.3. Monitoraggio aerobiologico pollini: prosiegua in continuità con anni precedenti

1.2.10.4. Attività funebre:

- gli operatori SISP partecipano a specifici corsi di formazione, realizzati da DGW in collaborazione con ATS Milano, per il presidio dell'attività funebre;
- I Servizi IP garantiscono i controlli, anche mediante verifiche in loco, necessari alle istruttorie regionali per l'ampliamento della rete degli impianti di cremazione, secondo i criteri dell'Avviso pubblico di cui alla DGR 1482 del 04/12/2023;
- Sviluppo FASE 3 della piattaforma Ge.A.F. (Gestione Attività Funebri) e contestuale campagna di controlli a cura dei SISP sulle imprese registrate/non registrate nella FASE 1 e 2. La pianificazione di attività di controllo nel settore funebre trova evidenza nel PIC;

1.2.10.5. Attività di disinfestazione/arbovirosi: prosiegua in continuità con anni precedenti. Le ATS supportano i Comuni nell'attuazione del Piano Nazionale e regionale ed entro il 31 dicembre, le ATS inviano a Regione la rendicontazione degli interventi straordinari di disinfestazione e comunicano ai Comuni che la pratica di rimborso delle spese sostenute è stata avviata.

1.2.10.6. Prosegue il presidio ATS nell'ambito dei procedimenti ambientali di valutazione e autorizzazione, nei procedimenti riferiti a piani/programmi a valenza territoriale e di valutazione di programmi/progetti dedicati a rigenerazione urbana, urban health e mobilità sostenibile (PUMS).

1.2.10.7. Prosegue l'azione regionale di consolidamento delle azioni di coordinamento tra DG Welfare, ATS e Arpa Lombardia al fine di garantire ai territori la convergenza su obiettivi operativi comuni di tutela sanitaria ed ambientale – e la collaborazione per l'integrazione di dati (ambientali, geografici, sanitari, demografici, etc..) nel sistema informativo Geo.S.A. (Geografia Salute e Ambiente), a supporto alle attività di valutazione e analisi per lo studio di pericoli e la valutazione del rischio nonché per le valutazioni di tipo epidemiologico.

1.2.10.8. RADIAZIONI IONIZZANTI: le ATS assicurano l'operatività delle Commissioni per il rilascio del nulla osta all'impiego di sorgenti di radiazioni ionizzanti per le pratiche di categoria A e B;

1.2.10.9. RADON:

- le ATS promuovono, avvalendosi del supporto di ARPA, campagne divulgative e di monitoraggio nel territorio di competenza. Tali attività prevedono l'utilizzo dimostrativo degli strumenti di

rilevamento e dei dosimetri in dotazione/acquisiti con finanziamento PNC. (c.2 art. 66 quaterdecies L.R. 33/2009)

- con particolare riferimento al patrimonio di edilizia residenziale pubblica, le ATS supportano ARPA nell'attuazione di specifici programmi di misurazione della concentrazione di radon in ambienti chiusi. (c.2 Art. 66 sexiesdecies L.R. 33/2009)
- Le ATS proseguono le attività di informazione, interlocuzione e monitoraggio con i Comuni al fine di assicurare il rispetto delle disposizioni per la protezione dall'esposizione al gas radon in ambienti chiusi.

1.2.10.10. Amianto: i Servizi IP presentano entro il 1° semestre un report relativo alle tubature idriche interrato che dia evidenza del censimento completo dell'esistente, nonché della qualità del dato inserito in Ge.M.A.

1.2.10.11. BONIFICHE: Sviluppo e implementazione di 2 specifici programmi operativi pilota per la definizione di modelli di intervento integrato salute-ambiente-clima in siti contaminati selezionati di interesse nazionale. Strutturazione di un tavolo permanente di lavoro delle ATS in cui sono presenti Siti di Interesse Nazionale coinvolte nei progetti nazionali PNC – SIN 1 e SIN2, in attuazione con i progetti afferenti al Piano Nazionale Complementare dedicati ai SIN relativi allo sviluppo di PDTA per gli esposti e di banche biologiche per l'analisi delle matrici ambientali e umane

1.2.10.12. Sviluppo e implementazione dei progetti PNC con il coinvolgimento di ATS e UOOML anche attraverso la realizzazione di tavoli permanenti ed in particolare:

- PCN1: Prevenzione e riduzione dei rischi per la salute legati all'inquinamento dell'aria interna
- PNC2. Prevenzione e riduzione dei rischi per la salute legati all'inquinamento dell'aria esterna
- PNC5. Prevenzione e riduzione dei rischi fisici (compresi il rumore, le radiazioni ionizzanti e non ionizzanti) e dei rischi associati a prodotti chimici e processi
- PNC10. Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro. Il benessere del lavoratore in un'ottica di TWH (Total Worker Health)
- PNC13. Promozione della digitalizzazione dei sistemi ambiente-clima e sanitario, a supporto di analisi e comunicazione sui rischi

1.2.10.13. Con LR n.4 del 14/11/2023 è stata istituita l'autorità unica regionale di controllo per la sicurezza chimica. E' in capo ai DIPS , l'organizzazione degli interventi in materia di sicurezza chimica per i quali occorre garantire l'appropriatezza e l'efficacia dei controlli, integrando gli aspetti di tutela del mercato con quelli di tutela sociale, attraverso l'elaborazione e l'attuazione dei relativi piani integrati relativi a REACH/CLP, biocidi, cosmetici, fitosanitari, detergenti anche attraverso la partecipazione a progetti specifici quali ad esempio il progetto dogane e il progetto controllo integrato End Of Waste (EOW) con ARPA e piani mirati trasversali Reach/OSH, coerenti con gli indirizzi presenti nei PP8 e PP9 del vigente PRP.

1.2.10.14. I DIPS, per l'operatività dei Servizi Igiene Pubblica e Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro, e - ove pertinente - dei Servizi di Igiene degli Alimenti, prevedono nel PIC la programmazione di interventi sulla sicurezza di prodotti, biocidi, fitosanitari, cosmetici, detergenti e EoW (End of Waste). I DIPS dovranno elaborare il PIC 2024 entro il 29/02/2024 sulla base delle indicazioni regionali, concludere la rendicontazione di tutti i controlli del 2023 entro il 14/02/2024 e

rendicontare mensilmente in Impres@BI gli esiti di tutti i controlli e delle attività effettuate su biocidi, fitosanitari, cosmetici, detergenti e EoW (End of Waste)

1.2.11. MEDICINA LEGALE

(ASST SC /SS)

1.2.11.1. Messa a sistema di servizio di invio e ricezione flussi:

- entro il primo semestre 2024: validazione di nuovo flusso dati relativo all'attività delle Commissioni Mediche Locali, con le modalità già in essere per le attività relative alle Commissioni di invalidità (a carico di Tavolo Tecnico di Medicina Legale e U.O. prevenzione).

1.2.11.2. Monitoraggio e aggiornamento di percorsi specifici per la valutazione e l'accertamento della disabilità nei minori:

- ASST: avvio degli accertamenti per il riconoscimento della disabilità scolastica nelle commissioni minori dal mese di gennaio 2024;
- U.O. prevenzione, UO rete territoriale e ASST: implementazione di programma di MCQ per attività valutativa della disabilità nel minore entro il primo trimestre 2024

1.2.11.3. Sistemizzazione di controllo di qualità dell'attività svolta dai servizi di medicina legale:

- entro il primo semestre 2024 le ASST devono implementare sistemi di monitoraggio di tutte le prestazioni medico-legali aziendali, fornendo una sintetica relazione alla U.O. prevenzione delle attività svolte dai singoli servizi/dipartimenti entro il secondo semestre 2024

1.2.11.4. Monitoraggio e aggiornamento di nuovi sistemi di ritorno informativo sull'attività complessiva e sugli esiti degli accertamenti;

- U.O. prevenzione: entro il primo semestre 2024 deve essere fornito alle ASST un report complessivo dei dati di attività del settore invalidi elaborato con i flussi trasmessi in regione relativi al periodo 2018-2023.

1.2.11.5. Aggiornamento Tavolo Tecnico di medicina legale

- U.O. prevenzione: Entro il primo trimestre 2024 deve essere aggiornato il Tavolo Tecnico per le attività di medicina legale nel SSR lombardo (istituito con DGR 3646 del 31/03/20017) e riavviato il lavoro dello stesso.

1.2.11.6. Revisione degli indirizzi regionali di cui alla D.G.R. n. VIII/9097 del 13.03.2009 e s.m.i., in materia di accertamenti richiesti dall'autorità giudiziaria a seguito di fermo alla guida o incidente stradale (ex artt. 186, 186 bis e 187 c.d.s.) con adeguamento alle previsioni ex art. 1 L. 41/2016.

1.2.12. CENTRI ANTIVELENI

CAV

1.2.12.1. Gestione depositi e microdepositi SNAF (a carico di ASST/IRCCS) per rischi tossicologici e radiologici, le ATS (DIPS) verificano entro fine anno la realizzazione delle procedure dedicate ai microdepositi;

1.2.12.2. Attivazione di analisi per la mappatura degli antidoti in collaborazione con i CAV lombardi;

1.2.13. DISTRETTI

1.2.13.1. Ai Direttori di distretto, in linea con quanto definito dalle linee regionali e di conseguenza aziendali e in coordinamento con le proprie Direzioni strategiche è affidato il ruolo di facilitatore dei processi di prevenzione con i seguenti compiti:

- Intervengono nell'analisi dei processi e nel coinvolgimento degli attori nelle situazioni in cui il loro distretto è per prestazione nell'ultimo quintile del ranking dei distretti in tema di vaccinazioni, screening oncologici, gruppi di cammino, scuole SPS
- Mappano le richieste del territorio in tema di prevenzione le riorientano ai servizi in cui sono presenti le attività

1.2.14. 1.2.14. PROPOSTE DI COMUNICAZIONE PER ATS E ASST

(COORDINATE CON CAMPAGNE/INIZIATIVE DI COMUNICAZIONE REGIONALE

1.2.14.1. Di seguito sono indicate le giornate nell'anno dedicate a temi di Prevenzione per le quali, ad esclusione di differenti indicazioni regionali, ATS/ASST/IRCCS pubblici provvedono autonomamente all'attivazione locale di iniziative:

DATA	EVENTO	ATTIVAZIONE
04-feb	Giornata per la lotta contro il cancro	Pubblicazione post su sito web aziendale + social. Comunicazione per informare e sensibilizzare i diversi target di popolazione sull'importanza dello screening e sul sistema regionale degli Screening Iniziative mirate di sensibilizzazione in ospedale e nelle case di comunità.
04-mar	Giornata Mondiale per la lotta all'HPV	Pubblicazione post su sito web aziendale + social. Comunicazione che riprenda le indicazioni fornite dal Ministero della salute per sensibilizzare la popolazione. Comunicazione per informare e sensibilizzare le donne sull'importanza dello screening e sul sistema regionale degli Screening. Open day per accesso allo screening Comunicazione iniziative locali in attuazione dell'Accordo Regionale di cui alla DGR XII/1124 16.10.2023
08-mar	Giornata internazionale della donna	vedi 22 aprile (giornata salute della donna) Open day per accesso allo screening della mammella e della cervice uterina e colon retto
12-mar	Giornata sull'educazione e prevenzione contro la violenza su operatori sanitari	Pubblicazione post su sito web aziendale + social. Comunicazione che riprenda le indicazioni fornite dal Ministero della salute per sensibilizzare la popolazione. Realizzazione di videoclip di pochi secondi in cui gli operatori sanitari riprendendo lo slogan del Ministero da proiettare presso le sale d'aspetto o da postare sui social.
15-mar	Giornata nazionale dei disturbi alimentari	Pubblicazione post su sito web aziendale + social. Comunicazione per focalizzare l'attenzione e sensibilizzare sulle problematiche legate ai disturbi dell'alimentazione ed eventualmente informare in merito a Servizi e Associazioni dedicati alla cura dei Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione Iniziative divulgative sui programmi preventivi regionali realizzati nel setting scolastico e di presentazione dei Servizi presenti sul territorio
18-mar	Giornata nazionale in memoria delle vittime del coronavirus	Pubblicazione post su sito web aziendale + social. Comunicazione di eventuali iniziative/eventi dedicati. Richiesta di porre bandiera a mezz'asta.

Allegato 1 – AREA PREVENZIONE

DATA	EVENTO	ATTIVAZIONE
07-apr	Giornata mondiale della Salute	<p>Publicazione post su sito web aziendale + social.</p> <p>Comunicazione per promuovere la sensibilizzazione sulla salute e il benessere a livello mondiale riprendendo le indicazioni fornite dall'OMS.</p> <p>Comunicazione di eventuali iniziative locali di sensibilizzazione e/o finalizzate a favorire l'accesso ai Servizi di Prevenzione</p> <p>Open day per accesso allo screening della mammella e della cervice uterina e del colon retto (es distribuzione kit) e open day vaccinazioni</p>
22-apr	Giornata nazionale della salute della donna	<p>Publicazione post su sito web aziendale + social.</p> <p>Comunicazione di eventuali iniziative rivolte alla salute della donna</p>
24-apr	Settimana mondiale delle vaccinazioni	<p>Publicazione post su sito web aziendale + social.</p> <p>Comunicazione finalizzata ad aumentare la consapevolezza dell'importanza delle vaccinazioni nella prevenzione delle malattie declinata con eventuali indicazioni fornite dall'OMS.</p> <p>Informazione alla popolazione sui centri vaccinali a cui poter rivolgersi.</p> <p>Organizzazione di iniziative di somministrazione vaccinazioni in luoghi non ordinari mirate a categorie specifiche di popolazione.</p>
28-apr	Giornata internazionale e sicurezza lavoro	<p>Publicazione post su sito web aziendale + social.</p> <p>Comunicazione finalizzata alla promozione della cultura della prevenzione e della sicurezza nei luoghi di lavoro.</p> <p>Comunicazione di eventuali iniziative che si intendono organizzare.</p> <p>Trasmissione da parte di ATS di una mail rivolta alle Aziende in cui comunichi numeri utili e promuova la sicurezza sul lavoro.</p>
05-mag	Giornata mondiale dell'igiene delle mani	<p>Publicazione post su sito web aziendale + social.</p> <p>Comunicazione finalizzata alla sensibilizzazione degli operatori sanitari e dei cittadini sull'importanza dell'igiene delle mani da sviluppare in base alle indicazioni fornite dall'OMS.</p> <p>Trasmissione/stampa di eventuale materiale informativo fornito dall'OMS.</p>
31-mag	Giornata mondiale contro il fumo	<p>Publicazione post su sito web aziendale + social.</p> <p>Comunicazione che riprenda le indicazioni fornite dall'OMS per sensibilizzare la popolazione sui rischi legati al consumo di tabacco.</p> <p>Indicazione di servizi e centri per la disassuefazione dal fumo di tabacco da contattare per avere aiuto.</p> <p>Indicazione di eventuali iniziative di sensibilizzazione realizzate in collaborazione con Rete SPS, Rete WHP, altri Stakeholder del territorio</p>
26-giu	Giornata mondiale contro l'abuso e il traffico illecito di droga	<p>Publicazione post su sito web aziendale + social.</p> <p>Comunicazione che riprenda le indicazioni fornite da OMS/UNODC/EMCDDA/Ministero della salute/Dipartimento Nazionale Politiche Antidroga per sensibilizzare la popolazione.</p> <p>Comunicazione iniziative locali in attuazione della l.r. 23/21</p>
29-set	Giornata mondiale per il cuore	<p>Publicazione post su sito web aziendale + social.</p> <p>Comunicazione per informare e sensibilizzare i cittadini sull'importanza di prendersi cura del proprio cuore per prevenire le malattie cardiovascolari attraverso l'adozione di stili di vita salutari.</p> <p>Comunicazione di eventuali iniziative locali di sensibilizzazione e/o finalizzate a favorire l'accesso ai Servizi specialistici</p>
Ottobre	Mese Screening mammella	<p>Publicazione post su sito web aziendale + social.</p> <p>Comunicazione per informare e sensibilizzare le donne sull'importanza dello screening e sul sistema regionale degli Screening</p> <p>Divulgazione campagna regionale di screening.</p> <p>Open day screening mammografico</p>
10-ott	Giornata Mondiale Salute Mentale	<p>Publicazione post su sito web aziendale + social.</p> <p>Iniziativa di presentazione e di facilitazione dell'accesso ai Servizi territoriali dedicati.</p> <p>Iniziativa di lotta allo stigma.</p>

Allegato 1 – AREA PREVENZIONE

DATA	EVENTO	ATTIVAZIONE
		Indicazione di eventuali iniziative di sensibilizzazione realizzate in collaborazione con Rete SPS, Rete WHP, altri Stakeholder del territorio
24-ott	Giornata mondiale di eradicazione della poliomielite	<p>Publicazione post su sito web aziendale + social (calendario vaccinale)</p> <p>Comunicazione per informare e sensibilizzare la popolazione sull'importanza della Prevenzione e delle Vaccinazioni.</p> <p>Iniziative mirate ai neo-Genitori (Percorso Nascita, Consulitori Familiari ecc.) alla sensibilizzazione in coerenza con Programma Salute nei primi 1000 giorni del PRP</p>
Novembre	Mese Screening prostata	<p>Publicazione post su sito web aziendale + social.</p> <p>Comunicazione per informare e sensibilizzare il maschio adulto alle tematiche della prevenzione.</p> <p>Comunicazione di eventuali iniziative locali di sensibilizzazione e/o finalizzate a favorire l'accesso ai Servizi specialistici.</p> <p>Divulgazione campagna regionale di screening.</p> <p>Open day screening prostata</p>
14-nov	Giornata Mondiale del diabete	<p>Publicazione post su sito web aziendale + social.</p> <p>Comunicazione per informare e sensibilizzare la popolazione sul diabete e promuoverne la prevenzione attraverso l'adozione di stili di vita salutari (corretta alimentazione, attività fisica ecc.)</p>
18-nov	Giornata europea sull'uso consapevole degli antibiotici	<p>Publicazione post su sito web aziendale + social.</p> <p>Comunicazione rivolta a professionisti e popolazione con l'obiettivo di:</p> <ul style="list-style-type: none"> Aumentare la consapevolezza sui rischi; Promuovere l'uso appropriato degli antibiotici; Incoraggiare le migliori pratiche per limitare la diffusione di infezioni resistenti. <p>Possibilità di prevedere un momento informativo rivolto ai MMG e PLS per aumentare la consapevolezza sui rischi e analizzare l'andamento negli anni.</p>
01-dic	Giornata Mondiale contro HIV	<p>Publicazione post su sito web aziendale + social.</p> <p>Comunicazione per sensibilizzare sull'importanza della prevenzione e dell'accesso precoce alle cure.</p> <p>Prevedere per tutto il giorno l'apertura degli ambulatori MTS con accesso diretto.</p> <p>Le ASST che hanno convenzioni attive con Associazioni possono prevedere spazi idonei presso le Case di Comunità e presso le ASST per informazione ai cittadini ed eventualmente per la somministrazione di test rapidi a target mirati di popolazione</p>

1.3. IMPEGNI ECONOMICI 2024 PREVENZIONE

AREA	RISORSE
Attività vaccinale: popolazione target + categorie a rischio + nuove attivazioni e incremento coperture (compresa campagna antinfluenzale)	€124.330.000,00 acquisto beni e servizi compresi utilizzi 3,63 mln/Euro per tamponi/vaccini MMG e PLS a titolo di risorse di FSR indistinto finalizzato Macroarea 8 DGR 1511/2023
Profilassi RSV	€30.000.000,00 acquisto beni e servizi
Screening di primo livello mammella (45-74), colon (50-74), cervice (25-29 pap e 46-64 hpv per le aree in roll-out, 25-64 le altre) e attività screening secondo livello	€53.000.000,00 prestazioni ambulatoriali Macroarea 1 DGR 1511/2023
Screening aggiuntivi Polmone e Prostata	€1.700.000,00 prestazioni ambulatoriali da fondi PON
Prevenzione test MTS/IST (esenzione D98)	€2.000.000,00 prestazioni ambulatoriali
Prevenzione MTS/IST	€200.000,00 acquisto beni e servizi Macroarea 8 DGR 1511/2023
Test screening per Malattie Infettive in test di screening	€50.000,00 acquisto beni e servizi Macroarea 8 DGR 1511/2023
Panflu	€52.530.000,00 Macroarea 8 DGR 1511/2023
Area promozione salute e prevenzione fattori di rischio comportamentali (PIL e Gestione attività regionali)	€700.000,00 finanziamento dedicato alla promozione della salute a inizio anno con rendicontazione Macroarea 8 DGR 1511/2023
Laboratori di riferimento malattie infettive	€800.000,00 rimborso per prestazioni di laboratorio e costi di preparedness tramite rendicontazione a fine anno Macroarea 8 DGR 1511/2023
Supporto comuni interventi straordinari per disinfezione arbovirosi	€200.000,00 rimborso a comuni a seguito di rendicontazione ad ATS Macroarea 8 DGR 1511/2023
UOOML	finanziamento a funzione con atto dedicato
Case Alloggio HIV	fondo dedicato 135/90
Sorveglianza HBV	€100.000,00 Macroarea 8 DGR 1511/2023
Sorveglianza West Nile	€100.000,00 Macroarea 8 DGR 1511/2023
Sorveglianza tumore del colon retto giovanile	€1.000.000,00 Macroarea 8 DGR 1511/2023
Prevenzione antimicrobico resistenze – monoclonali	€500.000,00 Macroarea 8 DGR 1511/2023
AREU finanziamento per l'avvio della fase di preparedness gestione scorte	€350.000 Accantonamenti 2022 piano pandemico
Attività di laboratori di simulazione, esercitazione, verifica e certificazione delle competenze legate al piano pandemico;	€2.000.000,00 Accantonamenti 2022 piano pandemico
Attività di audit piano pandemico	€450.000 Accantonamenti 2022 piano pandemico

ACRONIMO	SIGNIFICATO
ACR	Autorità Competente Regionale
ADI	Assistenza Domiciliare Integrata
AFA	Attività Fisica Adattata
AIDS	Acquired Immuno Deficiency Syndrome
AMR	Antibiotico Resistenza
ANCI	Associazione Nazionale Comuni Italiani
AREU	Agenzia Regionale Emergenza Urgenza
ARPA	Agenzia Regionale per la Protezione dell'Ambiente
ASST	Aziende Socio-Sanitarie Territoriali
ATS	Agenzia di Tutela della Salute
CAV	Centro AntiVeleni
CCM	Centro nazionale per prevenzione e Controllo Malattie
CDC	Casa di Comunità
CE	Comunità Europea
CLP	Classification, Labelling and Packaging
COB	Comunicazioni Obbligatorie
COR	Centro Operativo Regionale
CRA	Commissione Regionale d'Appello
DGR	Deliberazioni della Giunta Regionale
DGW	Direzione Generale Welfare
DIPS	Dipartimento di igiene e Prevenzione Sanitaria
DM	Dispositivi Medici
DM	Dispositivi Medici
DPI	Dispositivi di Protezione Individuale
EbV	Febbre Emorragica Virale
EOW	End Of Waste
FAD	Formazione a Distanza
FS	Fondi Sanitari
FSE	Fascicolo Sanitario Elettronico
FSR	Fondo Sociale Regionale
GAP	Gioco d'Azzardo Patologico
Ge. A. F	Gestione Attività Funebri
GSA	Gestione Sanitaria Accentrata
HBV	Epatite B
HCV	Epatite C
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HPV	Papilloma Virus
ICA	Infezioni Correlate all'Assistenza

ACRONIMO	SIGNIFICATO
IFN	Interferone
INAIL	Istituto Nazionale Assicurazioni Infortuni sul Lavoro
IP	Igiene Pubblica
IRCCS	Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
ISP	Igiene e Sanità Pubblica
ISS	Istituto Superiore Sanità
IST	Infezioni Sessualmente Trasmesse
IZS	Istituti Zooprofilattici Sperimentali
IZSLER	Istituti Zooprofilattici Sperimentali Lombardia e Emilia-Romagna
LEA	Livelli Essenziali di Assistenza
LIMS	Laboratory Information Management System
LP	Liberi Professionisti
LR	Legge Regionale
LST	Life Skills Training
MCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
MCQ	Miglioramento Continuo Qualità
MGG	Medici di Medicina Generale
MIB	Malattie Invasive Batteriche
MS o MdS	Ministero della Salute
MST	Malattie Sessualmente Trasmesse
MTA	Malattie a Trasmissione Alimentare
OHS	Sicurezza e Salute sul Lavoro
OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità
PANFLU	Piano Pandemico Influenzale
PDTA	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
PIC	Presa In Carico
PIL	Prodotto Interno Lordo
PIPPS	Programmazione per l'integrazione delle Prestazioni Sociosanitarie con quelle Sociali
PL	Programmi Liberi
PLS	Pediatri di Libera Scelta
PMP	Piani Mirati di Prevenzione
PNC	Piano Nazionale per Investimenti Complementari
PNE	Programma Nazionale Esiti
PNP	Piano Nazionale Prevenzione
PNRR	Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza
PON	Programma Operativo Nazionale
PP	Programmi Predefiniti
PRP	Piano Regionale Prevenzione

ACRONIMO	SIGNIFICATO
PS	Pronto Soccorso
PSAL	Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro
PSSAL	Prevenzione Sicurezza e Salute Ambienti di Lavoro
PSSR	Piano Socio-Sanitario Regionale
PUMS	Piano Urbano di Mobilità Sostenibile
REACH	Registration, Evaluation, Authorisation and Restriction of CHemical substances
RESPIVIRNET	Sorveglianza Integrata dei Virus Respiratori
RHN	European Regions of Health
RSA	Residenza Sanitaria Assistenziale
RSV	Virus Respiratorio Sinciziale
SC MPC	Screening Medicina Preventiva delle Comunità
SDO	Schede Dimissione Ospedaliera
SERD	Servizi per le Dipendenze Patologiche
SEU	Sindrome Emolitico-Uremica
SHE	School of Health in Europe
SIAN	Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione
SIMeVeP	Società Italiana di Medicina Veterinaria Preventiva
SIN	Sistema Informativo Nazionale
SISS	Sistema Informativo Socio-Sanitario
SMI	Sorveglianza Malattie Infettive
SMP	Segnalazione Malattie Professionali
SNAF	Scorta Nazionale Antidoti e Farmaci
SNPS	Sistema Nazionale Prevenzione Salute
SPS	Scuole che Promuovono Salute
SRPS	Sistema Regionale di Prevenzione Sanitaria
SSL	Sistema Sanitario Lombardo
SSR	Servizio Sanitario Regionale
UDO	Unità Di Offerta
UNIMI	Università degli Studi di Milano
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime
UO	Unità Operative
UOOML	Unità Operativa Ospedaliera di Medicina del Lavoro
UST	Ufficio Scolastico Territoriale
WHO	World Health Organization
WHP	Workplace Health Promotion

Allegato 2 – VETERINARIA

Le attività della Veterinaria Pubblica spaziano dalla prevenzione e tutela della salute umana e animale, al supporto al mondo economico delle produzioni agroalimentari, con l'impegno di garantire la salute dei cittadini in ogni suo singolo aspetto. Per tale ragione, i Servizi veterinari pubblici si confrontano da sempre sia con la componente della salute umana sia con gli aspetti ambientali, in piena sintonia con il principio di One Health che è anche il principio cardine su viene definito il Piano Regionale Integrato della Sanità Pubblica Veterinaria di cui è in corso la redazione per il quinquennio 2024-2028. Questa impostazione consente di promuovere un approccio integrato nell'attuazione delle politiche sanitarie veterinarie, con il coinvolgimento di tutti gli *stakeholder* per una gestione efficace, efficiente e coordinata. Di seguito vengono descritte le attività che dovranno essere garantite dai Dipartimenti Veterinari delle ATS con il coordinamento della UO Veterinaria regionale.

Per quanto non specificamente indicato, si confermano le indicazioni contenute nelle precedenti Regole di Sistema.

2.1. GOVERNANCE DELLA SANITÀ PUBBLICA VETERINARIA

2.1.1. ELABORAZIONE DEL NUOVO PIANO REGIONALE INTEGRATO DELLA SANITÀ PUBBLICA VETERINARIA (2024-2028)

Il documento di programmazione quinquennale ex art. 100 della legge regionale 33/2009 verrà predisposto da apposito gruppo di lavoro interdisciplinare costituito con Decreto DG n. 18260 del 17 novembre 2023 e verrà presentato alla Giunta Regionale per il successivo iter in Consiglio Regionale entro il terzo trimestre 2024. Il Piano individuerà:

- le politiche regionali in materia di sanità pubblica veterinaria, tutela degli animali d'affezione e sicurezza alimentare, tenendo conto delle specificità territoriali;
- le linee di indirizzo e le modalità operative alle quali le ATS si devono attenere per la pianificazione delle attività di competenza, comprese le attività da attuare in caso di eventi imprevedibili ed emergenze e quelle necessarie a garantire il livello di conoscenza e di professionalità del personale;
- le aree di interesse regionale su cui indirizzare la ricerca scientifica con il coinvolgimento delle università e degli altri enti e istituti di ricerca presenti sul territorio regionale;
- le misure di supporto alle imprese della filiera agroalimentare, anche per quanto riguarda l'export dei loro prodotti, con la costante e crescente integrazione tra organizzazione sanitaria e territorio, coinvolgendo gli operatori economici, sanitari, associazioni dei consumatori e rappresentanti di categoria.

2.1.2. ELABORAZIONE DEL NUOVO PIANO REGIONALE TRIENNALE DEGLI INTERVENTI IN MATERIA DI EDUCAZIONE SANITARIA E ZOOFILO, CONTROLLO DEMOGRAFICO DELLA POPOLAZIONE ANIMALE, PREVENZIONE DEL RANDAGISMO

Il Piano triennale ex art. 107 della legge regionale 33/2009 verrà elaborato con la collaborazione tecnica della Consulta regionale - costituita con DGR 1033/2023 - entro il terzo trimestre 2024 per la successiva approvazione da parte della Giunta regionale. Il piano triennale includerà le indicazioni per la redazione da parte delle ATS dei piani di intervento locali, inclusi gli orientamenti per gli interventi educativi di responsabilizzazione dei proprietari; individuerà inoltre i criteri per l'analisi del fenomeno dell'abbandono di cani e gatti, della formazione e gestione delle colonie feline, le modalità di impiego della quota assegnata dallo Stato ai sensi dell'articolo 3 della legge 14 agosto 1991, n. 281 (Legge quadro in materia di animali di affezione e prevenzione del randagismo).

Per la definizione degli interventi verrà condotta una preventiva analisi dei risultati ottenuti con il precedente piano triennale chiusosi il 20 novembre 2023 ed in fase di rendicontazione da parte dei competenti uffici delle ATS.

Al fine della lotta al randagismo, nell'area della ATS Insubria è previsto il potenziamento attraverso la realizzazione e ampliamento del canile municipale di Varese a valere sul bilancio regionale per euro 100.000. euro.

2.1.3. DEFINIZIONE DELLE LINEE DI INDIRIZZO PER LA PROGRAMMAZIONE DELLE ATTIVITÀ DI CONTROLLO UFFICIALE DEI DIPARTIMENTI VETERINARI

L'UO Veterinaria regionale, con apposito provvedimento, definirà non oltre il 31 marzo 2024 le linee programmatiche finalizzate alla redazione dei Piani Integrati Aziendali della Prevenzione Veterinaria (PIAPV) delle ATS. Tale documento recepirà le disposizioni ministeriali in tema di pianificazione e rendicontazione dei controlli ufficiali e delle altre attività ufficiali che verranno valutate anche ai fini dell'assolvimento dei debiti informativi e dettaglierà inoltre le attività da condurre e le relative modalità di rendicontazione dei piani regionali.

Le linee di indirizzo includeranno inoltre le modalità di programmazione/esecuzione e numero di controlli ufficiali che dovranno essere condotti nell'ambito delle attività programmate da parte del personale afferente ai Dipartimenti Veterinari di ATS non competenti sulle strutture oggetto di controllo (verifiche interdipartimentali).

I Dipartimenti Veterinari dovranno predisporre, attuare e rendicontare un piano delle verifiche interne "a priori", "in tempo reale" e "a posteriori", secondo le indicazioni regionali, in continuità con le precedenti Regole di sistema e Linee di indirizzo per la redazione dei PIAPV.

I Dipartimenti Veterinari dovranno garantire la gestione di eventuali emergenze sia di tipo epidemico sia non epidemico modulando l'attività di controllo ufficiale al fine di garantire il raggiungimento degli obiettivi, con particolare riferimento ai LEA, secondo le indicazioni regionali e programmando l'attività in modo che la stessa sia distribuita in modo uniforme durante tutto l'anno.

2.1.4. DEFINIZIONE DEL PROGRAMMA REGIONALE DI AUDIT DI SISTEMA/SETTORE SUI DIPARTIMENTI VETERINARI DELLE ATS

L'UO Veterinaria regionale, con apposito provvedimento, definirà, entro il primo trimestre 2024, il Piano di Audit regionale in conformità a quanto previsto dall'art. 6 del Reg. (UE) 2017/625. Tale programma verrà redatto sulla base di una valutazione del rischio come definito con DDUO n. 10539 del 30/07/2021 e riguarderà almeno due ATS e due sistemi di controllo ed una copertura del 20% di cui al "*Country Profile Italia*".

Il programma regionale potrà essere integrato da audit non programmati - condotti anche senza preventivo preavviso - per verificare le attività programmate e condotte dai Dipartimenti Veterinari in ambiti di particolare impatto sulla Sanità Pubblica Veterinaria quali, ad esempio, il benessere degli animali allevati, la biosicurezza, il corretto impiego del farmaco veterinario.

Risultanze non conformi daranno seguito a giudizi di non conformità.

2.1.5. ALLOCAZIONE DEI "FONDI FUNZIONE" PER L'ATTUAZIONE DEL PIANO REGIONALE INTEGRATO DELLA SANITÀ PUBBLICA VETERINARIA

Verranno fornite dall'UO Veterinaria regionale ai Dipartimenti Veterinari delle ATS indicazioni sull'adozione del provvedimento di allocazione e di successiva rendicontazione delle risorse vincolate per il finanziamento delle attività previste dal piano regionale integrato della sanità pubblica veterinaria e per il raggiungimento dei relativi obiettivi.

2.1.6. SISTEMI INFORMATIVI VETERINARI

Il progressivo passaggio delle anagrafiche degli operatori negli applicativi ministeriali associato alle recenti revisioni delle check-list nazionali e allo sviluppo in essi di nuove funzionalità richiederà un'ulteriore intervento regionale per garantire l'incremento l'interoperabilità tra sistemi informativi veterinari regionali e ministeriali - con particolare riguardo a VetInfo e ClassyFarm. Gli interventi saranno mirati ad un aumento dell'efficienza, della trasparenza e fruibilità delle informazioni e per un efficientamento delle attività connesse con l'assolvimento dei debiti informativi comunitari e legati ai LEA.

2.1.7. FORMAZIONE DEL PERSONALE

L'imponente evoluzione normativa in corso, a seguito dell'entrata in applicazione dei regolamenti comunitari di settore che coinvolgono in particolare l'ambito della sanità animale e quello dell'organizzazione dei controlli ufficiali (Reg. UE 2016/429-Reg. UE 2017/625) sta avendo un impatto notevole sull'organizzazione e sull'esecuzione delle attività di competenza della veterinaria pubblica.

È richiesta sia a livello regionale sia a livello di Dipartimenti Veterinari un'intensa attività di aggiornamento e formazione del personale sulle novità normative.

L'UO Veterinaria regionale organizzerà e darà attuazione ad eventi formativi diretti al personale dei Dipartimenti Veterinari e portatori di interesse, in collaborazione con IZSLER e Polis Lombardia, anche sulla base delle criticità registrate nelle attività condotte nel corso del 2023.

2.1.8. ATTUAZIONE DEL D.LGS. 32/2021

Al fine di dare attuazione a quanto previsto dal Decreto Legislativo n. 32/2021 recante “Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2017/625 ai sensi dell'articolo 12, comma 3, lettera g) della legge 4 ottobre 2019, n. 117”, in particolare, quanto previsto all'art. 15, c. 2 punto a) sull'utilizzo della quota del 90% dei ricavi per tariffe riscosse dalle ATS, si richiede che la programmazione aziendale, in coerenza con la natura vincolata di tali risorse, preveda e sostenga idonei interventi per “l'ottimizzazione e il miglioramento dell'efficacia e della programmazione e dell'attuazione dei controlli ufficiali e delle altre attività ufficiali”. A tal fine, i Dipartimenti Veterinari e i Servizi di Igiene, Alimenti e Nutrizione (SIAN) trasmetteranno annualmente alla Direzione Strategica dell'ATS e - per conoscenza - alle UO regionali competenti, l'elenco delle attività e dei relativi fabbisogni connessi al miglioramento dei controlli ufficiali che dovranno essere finanziati dalle ATS con i proventi di cui allo stesso decreto.

2.1.9. RECLUTAMENTO DEL PERSONALE

Viene individuata l'ATS Insubria come Agenzia capofila per l'espletazione dei concorsi aggregati per Medici Veterinari come previsto in materia di personale nello specifico allegato del presente documento.

2.1.10. TIROCINI

In un'ottica di Sistema, si conferma la necessità della massima collaborazione delle ATS per consentire l'esecuzione presso le proprie strutture dei tirocini accademici dei percorsi di formazione pre e post-laurea dell'area Veterinaria.

Per quanto non specificamente indicato, si confermano le indicazioni contenute nelle precedenti Regole di Sistema.

2.2. SANITÀ ANIMALE

2.2.1. PESTE SUINA AFRICANA E INFLUENZE AVIARE

Adozione tempestiva di provvedimenti di polizia veterinaria atti a estinguere rapidamente i focolai anche in coordinamento con le Regioni confinanti.

L'insorgenza nel 2023 di focolai di PSA in Lombardia ha comportato, da parte dei Dipartimenti Veterinari, l'effettuazione di attività straordinaria per garantire, al contempo, sia il contrasto all'emergenza sia l'assolvimento di tutti gli obiettivi previsti dagli obiettivi aziendali. Si ritiene pertanto doveroso riconoscere, con modalità che verranno definite in apposito accordo, l'attività straordinaria garantita dai veterinari ufficiali, nonché il disagio di aver dovuto fronteggiare situazioni impreviste e di difficile gestione.

2.2.2. CONTRASTO ALLE MALATTIE INFETTIVE DEL BESTIAME

Attività finalizzate all'acquisizione di un servizio di pronta disponibilità per regione Lombardia che garantisca un pronto intervento per le attività connesse con il contrasto di focolai di influenza aviaria

e di altre malattie diffuse del bestiame al fine di garantire il mantenimento dello stato sanitario del patrimonio zootecnico regionale;

2.2.3. DISPOSIZIONI REGIONALI E MANUALI OPERATIVI

Raccordo delle disposizioni regionali rispetto ai manuali operativi previsti dai nuovi decreti legislativi di adeguamento della normativa nazionale al regolamento (UE) 2016/429;

2.2.4. NUOVO PIANO REGIONALE TRIENNALE DEL RANDAGISMO E TUTELA DEGLI ANIMALI D'AFFEZIONE

Elaborazione, entro il terzo trimestre 2024; del nuovo piano regionale triennale di randagismo e tutela degli animali d'affezione

2.2.5. PERFEZIONAMENTO DELLE CHECKLIST SPERIMENTALI ELABORATE PER I CONTROLLI SULLE STRUTTURE DI RICOVERO PER GLI ANIMALI D'AFFEZIONE

Prosecuzione della fase di perfezionamento delle checklist sperimentali elaborate per i controlli sulle strutture di ricovero per gli animali d'affezione, come definito nelle Regole di Sistema 2023.

2.3. SICUREZZA ALIMENTARE

2.3.1. RILEVAZIONE DA PARTE DEI DIPARTIMENTI VETERINARI DELL'EFFETTIVA CAPACITÀ E/O VOLONTÀ DEGLI OSA DI PERSEGUIRE E RAGGIUNGERE GLI OBIETTIVI STABILITI DALLA LEGGE ALIMENTARE

Rilevazione da parte dei Dipartimenti Veterinari dell'effettiva capacità e/o volontà degli OSA di perseguire e raggiungere gli obiettivi stabiliti dalla Legge alimentare mediante:

- conduzione di almeno il 40% dei controlli ufficiali con sopralluogo su impianti riconosciuti mediante tecnica dell'audit;
- verifica delle azioni correttive attuate dagli OSA a seguito del rilievo di NC da parte del controllo ufficiale entro 15 giorni lavorativi dal termine stabilito, in almeno il 90% dei casi.

2.3.2. FORMAZIONE/AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE DA PARTE DEI DIPARTIMENTI VETERINARI

Formazione/aggiornamento del personale da parte dei Dipartimenti Veterinari mediante:

- predisposizione e attuazione di un programma di formazione del personale addetto ai controlli ufficiali e alle altre attività ufficiali sulla base dei fabbisogni rilevati a livello aziendale, tenuto conto del piano formativo predisposto dalla UO Veterinaria;

2.3.3. SISTEMA DI ALLERTA DA PARTE DEI DIPARTIMENTI VETERINARI

Gestione delle notifiche di allerta nell'ambito dei sistemi di Allerta alimenti regionale e iRASFF comunitario nel rispetto delle tempistiche di azione previste per i differenti tipi di notifiche e di chiusura delle attivazioni nell'applicativo regionale;

Corretta pubblicazione sul portale NSIS del Ministero della Salute degli avvisi di richiamo predisposti dagli OSA;

Adozione di indirizzi regionali congiunti con l'UO Prevenzione in tema di gestione del Sistema di Allerta ai sensi del Reg (CE) 2002/178 e successivi atti di recepimento nazionali e regionali.

2.4. BENESSERE ANIMALE, GESTIONE DEL FARMACO, ALIMENTAZIONE ANIMALE E CONDIZIONALITÀ

2.4.1. BENESSERE ANIMALE

I Dipartimenti Veterinari dovranno dare attuazione alle disposizioni regionali definite con Decreto regionale n. 14023/2022 e ad ulteriori disposizioni in corso di definizione in tema di benessere animale, assicurando al contempo la corretta gestione delle segnalazioni raccolte;

I Dipartimenti Veterinari devono organizzare e realizzare attività formative per tutto il personale sanitario riguardo le principali criticità riscontrabili negli allevamenti e durante il trasporto e la relativa gestione;

2.4.2. CONTRASTO ALL'ANTIMICROBICORESISTENZA (AMR)

Definizione e attuazione delle procedure necessarie per raccordare le attività di competenza regionale all'emanando decreto ministeriale di applicazione dei Regg. (UE) 4 e 6/2019 in tema di mangimi medicati e farmaco veterinario;

Predisposizione di specifiche attività formativa/informativa ai Medici Veterinari e ai portatori di interesse in tema di impiego corretto del farmaco veterinario incluso l'utilizzo della piattaforma VetInfo/Classyfarm, con la collaborazione dell'UO Veterinaria regionale e degli Ordini professionali.

2.4.3. ALIMENTAZIONE ANIMALE

Dipartimenti Veterinari dovranno assicurare l'aggiornamento e la gestione delle anagrafiche degli operatori del settore dei mangimi medicati e degli stabilimenti riconosciuti ai sensi del Reg. (CE) 183/2005 nel Sistema Informativo Veterinario per la Sicurezza Alimentare (SINVSA).

2.4.4. CONDIZIONALITÀ

La supervisione dei controlli di condizionalità deve riguardare il 100% dei controlli con esito non conforme (campione ed extra campione) e almeno il 10% dei conformi (del solo campione);

I Dipartimenti Veterinari devono assicurare che l'intera documentazione relativa ai controlli da sottoporre a supervisione sia caricata - appena disponibile - come allegato nei sistemi informativi in uso.

2.5. AZIONI INTEGRATE U.O. VETERINARIA E PREVENZIONE

Attuazione di quanto previsto dal PRP 2021-2025:

2.5.1. PP9 AMBIENTE, SALUTE E CLIMA

Programmazione e realizzazione, a partire dal mese di febbraio 2024, di interventi formativi sul Sistema Classyfarm organizzati anche da Regione Lombardia in collaborazione con IZSLER e DVSAOA delle ATS

2.5.2. PP10 CONTRASTO ALL'ANTIMICROBICORESISTENZA (CON OSSERVATORIO EPIDEMIOLOGICO REGIONALE)

Rafforzamento del sistema di sorveglianza e monitoraggio dell'uso appropriato degli antibiotici in ambito veterinario;

Programmazione e realizzazione di attività formative per gli addetti al controllo ufficiale e stakeholder in tema di uso appropriato degli antibiotici in ambito veterinario;

Sviluppo di procedure intersettoriali regionali per la conduzione di indagini epidemiologiche in casi di individuazione di microrganismi patogeni resistenti (ambito veterinario).

2.5.3. PL13 MALATTIE INFETTIVE TRASMESSE DA ALIMENTI: PREVENZIONE, SORVEGLIANZA E CONTROLLO:

Formazione degli operatori sanitari sulle malattie trasmesse da vettori e da alimenti;

Miglioramento del sistema di gestione delle malattie trasmesse da alimenti;

Predisposizione di una procedura di audit congiunto UO Prevenzione (Malattie Infettive, Igiene Alimenti e Nutrizione) e UO Veterinaria, programma di audit per verificare corretta gestione delle MTA nelle ATS, scheda di autovalutazione del processo per le ATS (nella parte comune con Veterinari).

2.5.4. REVISIONE DELLA DGR LABORATORI PER L'AUTOCONTROLLO DELLE INDUSTRIE ALIMENTARI.

Adozione di indirizzi regionali congiunti con l'UO Prevenzione in tema di gestione del Sistema di Allerta ai sensi del Reg (CE) 2002/178 e successivi atti di recepimento nazionali e regionali.

ACRONIMO	SIGNIFICATO
ATS	Azienda Tutela della Salute
DG	Direzione Generale
DGR	Deliberazione della Giunta Regionale
DVSAOA	Dipartimento Veterinario e Sicurezza Alimentare delle Aziende Ospedaliere
IZSLER	Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Lombardia e dell'Emilia-Romagna
LEA	Livelli Essenziali di Assistenza
NC	Non Conformità
OSA	Operatori del Settore Alimentare
PIAPV	Piani Integrati Aziendali della Prevenzione Veterinaria
PRP	Piano Regionale di prevenzione
SIAN	Servizi di Igiene, Alimenti e Nutrizione
SINVSA	Sistema Informativo Veterinario per la Sicurezza Alimentare
UE	Unione Europea
UO	Unità Operativa

Allegato 3 –CURA E RIABILITAZIONE

3.1 CURE PRIMARIE

Le Cure primarie sono la porta di accesso, il primo contatto delle persone, della famiglia e della comunità con il Servizio Sanitario.

Gli ambiti di attività delle cure primarie riguardano le cure domiciliari, l'assistenza di medicina generale, l'assistenza pediatrica e consultoriale, le prestazioni di specialistica ambulatoriale, i servizi rivolti agli anziani e ai disabili adulti e minori.

Un ruolo determinante nelle cure primarie viene svolto dai Medici del ruolo unico di assistenza primaria (medici di famiglia e di continuità assistenziale), dai Pediatri di libera scelta e dal personale infermieristico dei servizi domiciliari, che operano in stretto contatto con professionisti di altri servizi per offrire la più completa assistenza sanitaria al cittadino, anche in integrazione con i servizi sociali.

L'assistenza sanitaria primaria si organizza nelle aggregazioni funzionali territoriali (AFT) di MMG e di PLS, nelle unità complesse di cure primarie (UCCP).

In particolare, le AFT, già istituite su tutto il territorio regionale, costituiscono il tessuto organizzativo nel quale i medici del ruolo unico di assistenza primaria operano. Esse sono coordinate da uno dei componenti medici che ne fanno parte, che deve acquisire attitudini manageriali e relazionali e adeguata conoscenza dei processi sanitari e sociosanitari. Il referente di AFT deve infatti garantire il raccordo tra le AFT con gli altri attori del sistema territoriale per assicurare la continuità di presa in carico della persona nell'ambito del settore ospedaliero e del settore territoriale.

3.1.1. LA RETE DELL'ASSISTENZA PRIMARIA IN LOMBARDIA

Negli 86 Distretti delle 25 ASST territoriali lombarde, operano, attualmente, 5.620 MMG, 1.079 PLS, compresi gli incaricati temporanei. I Medici di famiglia sono raggruppati in 235 AFT; le AFT pediatriche coincidono con gli 87 Distretti.

Sono state costituite inoltre 26 AFT per gli specialisti ambulatoriali Interni (SAI).

Per quanto riguarda il servizio di continuità assistenziale è in corso una analisi circa la domanda rispetto a questo servizio e il suo inserimento nel modello di assistenza territoriale introdotto dal DM 77/2022 e, di conseguenza, si dà mandato alle ASST, in linea con le indicazioni fornite dalla DGW, di procedere alla riorganizzazione del servizio di Continuità assistenziale al fine di garantire i requisiti previsti dal DM 77/2022 in merito agli orari di apertura delle Case di Comunità.

Tale processo sarà coordinato dalle ATS e monitorato dalla DGW al fine di garantire omogeneità nei territori di appartenenza.

Circa il 70% dei MMG sono tra loro associati, pur all'interno delle AFT e quasi il 20% si avvale di collaboratore di studio, secondo la distribuzione riportata in tabella:

ATS	MMG				
	TITOLARI	FORME ASS. AVANZATE	VECCHIE ASSOCIAZIONE	CON COLLABORATORE	CON INFERMIERE
ATS DELLA BRIANZA	627	221	237	135	92
ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO	1.814	920	398	261	169
ATS DELLA MONTAGNA	164	55	76	37	31
ATS DELLA VAL PADANA	402	23	190	96	98
ATS DELL'INSUBRIA	785	436	147	143	34
ATS DI BERGAMO	560	188	216	157	123
ATS DI BRESCIA	636	183	235	112	53
ATS DI PAVIA	316	63	159	85	66
Totale complessivo	5.304	2.089	1.658	1.026	666

Il 61% dei pediatri è organizzato in forme associative e il 42% degli stessi si avvale di collaboratore di studio; di questi il 25% si avvale anche di proprio personale infermieristico.

3.1.2. INTEGRAZIONE TRA DIVERSI SETTING ASSISTENZIALI

L'integrazione del sistema delle cure primarie con gli altri "soggetti" presenti nel distretto passa attraverso le AFT, quali anelli di congiunzione e parte integrante del Sistema Istituzionale e informale.

Le attività, gli obiettivi ed i livelli di performance della AFT, compresi quelli relativi al coordinamento tra i vari setting assistenziali, sono parte integrante del programma delle attività territoriali.

Tutti i medici dell'AFT contribuiscono sulla base di progettualità condivise all'espletamento delle attività nell'ambito di riferimento e laddove già operante nel contesto della Casa della Comunità.

Le forme organizzative dell'assistenza primaria costituite lo scorso anno devono implementare sempre più la loro piena operatività. **Le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) coincidono con la Casa della comunità**, laddove già avviate per dare sviluppo al modello di riorganizzazione della rete territoriale, che prevede all'interno del **polo territoriale delle ASST: distretti, case della comunità, ospedali di comunità, centrale operativa territoriale, in coerenza con l'atto di programmazione, di cui alla DGR XI/6387/2022.**

3.1.3. CURE PRIMARIE E DISTRETTO

Il distretto, nelle sue diverse articolazioni, sotto la direzione generale e sociosanitaria di ASST, è chiamato a garantire una risposta assistenziale integrata nel contesto della rete d'offerta, sotto il profilo delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali per determinare una efficace presa in carico della popolazione di riferimento.

Proseguirà nel 2024 il percorso avviato per il pieno sviluppo dell'operatività delle cure primarie nel distretto. In questa prospettiva si darà continuità e si standardizzeranno gli incontri di approfondimento/formazione tra la DGW e i Direttori Generale e Socio Sanitari delle ASST, finalizzati anche alla condivisione di documenti, procedure, strumenti in modo da garantire, nel rispetto delle specificità di ciascun territorio, laddove possibile, una unitarietà dell'approccio a livello di tutta la Regione.

3.1.4. INDIRIZZI PER GLI AIR 2024 MEDICINA GENERALE E PEDIATRIA

Gli Accordi Integrativi Regionali (AIR) nel 2024 dovranno proseguire il percorso avviato nel 2022 teso a perfezionare accordi che vadano nella direzione di fornire risposte adeguate ai bisogni mutevoli ed emergenti nella popolazione e tenendo conto del contesto organizzativo in evoluzione, in applicazione del DM 77/2022 e della DGR n. 6760/2022.

Le risorse destinate al fondo fattori produttivi, devono avere innanzitutto l'obiettivo di incentivare la presenza di personale di studio (amministrativo e infermieristico). La quota incentivante le forme associative avanzate deve essere in parte collegata al raggiungimento di obiettivi di salute definiti dalla programmazione regionale e declinati negli obiettivi distrettuali delle ASST, oltre a garantire la continuità dell'assistenza e la contattabilità.

Dovranno inoltre prevedere la possibilità, per il medico del ruolo unico di assistenza primaria, di operare, tramite apposite convenzioni autorizzate dalla ASST di appartenenza alla erogazione dell'assistenza medica presso gli Ospedali di comunità secondo i principi economici definiti.

A tal fine le risorse di FSR destinate al finanziamento di tali accordi integrativi sono incrementate di € 15 ML.

3.1.5. PROGETTI DI GOVERNO CLINICO

Nell'AIR 2024 si dovranno prevedere progettualità di governo clinico sulle seguenti tematiche:

3.1.5.1. Partecipazione attiva alle vaccinazioni (in ambulatorio e al domicilio con la presa in carico di tutti i pazienti non deambulanti) per raggiungere gli obiettivi di copertura previsti per la popolazione destinataria.

3.1.5.2. Partecipazione attiva a programmi e attività di prevenzione e promozione della salute, in accordo con gli obiettivi definiti a livello regionale.

3.1.5.3. Appropriately prescrittiva: partecipazione agli audit di AFT, in base a indicatori di processo che misurino l'appropriatezza della presa in carico delle principali patologie croniche, declinati per le AFT dei Distretti, in accordo con le indicazioni della DGW e della ACSS.

3.1.5.4. Partecipazione attiva ai progetti di monitoraggio/sorveglianza domiciliare dei pazienti cronici e con fragilità, proseguendo il percorso avviato con la DGR XII/717/2023 sulle risorse di PNRR legate all'obiettivo di investimento di cui al POR approvato con DGR XII/430 del 12/06/2023 recante "PNRR piano nazionale di ripresa e resilienza – Missione 6 salute componente

l'investimento 1.2: Casa come primo luogo di cura e telemedicina sub-investimento 1.2.1 – Assistenza domiciliare”. **In questo ambito si darà contestualmente impulso ad un incremento della presa in carico in ADI, attraverso una attivazione del servizio da parte dei MMG, mediante l'utilizzo del sistema informatico territoriale (SGDT) nel rispetto dei criteri di appropriatezza.** L'implementazione del numero di prese in carico in ADI sarà perseguito previa analisi congiunta con i MMG del fabbisogno di questa tipologia di risposta a livello di singolo territorio.

I progetti dovranno essere attuati in relazione alle potenzialità presenti a livello territoriale; dovranno essere individuati per ciascun progetto gli obiettivi, misurabili attraverso indicatori ben definiti e chiari definiti con specifica DGR e previo confronto con le OO.SS.:

3.1.6. COMITATO REGIONALE: DELEGAZIONE TRATTANTE DI PARTE PUBBLICA

Con il definitivo trasferimento delle Cure Primarie dalle ATS alle ASST, si rende necessario procedere, relativamente alla composizione del Comitato Regionale della Medicina Generale e di quello della Pediatria di Libera Scelta, alla individuazione e nomina della Delegazione trattante di parte pubblica con riferimento ai rappresentanti delle ASST e delle ATS.

La nomina avverrà con decreto del Direttore Generale Welfare che individuerà, per ciascun Comitato Regionale, al riguardo n. 3 Direttori Generali di ASST e n. 1 Direttore Generale di ATS.

In relazione alla introduzione, in sede di Comitati Regionali, di progettualità e iniziative correlate alla ricerca e alla sperimentazione clinica e di modelli operativi, la Delegazione trattante di parte pubblica sarà integrata da n. 1 Direttore Generale di IRCCS, sempre individuato con decreto del Direttore Generale Welfare.

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

La presa in carico dei pazienti cronici avrà come soggetto centrale il Medico di Medicina Generale (MMG)

L'obiettivo di presa in carico di una percentuale, definita per ciascun livello di cronicità, di pazienti cronici, verrà inserito nell'accordo integrativo regionale (AIR), il quale dovrà prevedere le modalità di assegnazione dell'obiettivo al singolo MMG, alle AFT, attraverso le ASST che lo declineranno sui distretti e successivamente sulle AFT, quale somma degli obiettivi dei MMG che vi appartengono e tenendo conto di quanto sopra descritto negli obiettivi di governo clinico.

Relativamente al modello di presa in carico che sottende il raggiungimento di questo obiettivo, si rimanda allo specifico paragrafo.

3.1.8. INDIRIZZI E INDICATORI PER LA STRUTTURAZIONE DI UN SISTEMA DI MONITORAGGIO DELLE ATTIVITÀ DELLE AFT E DELLE UCCP

L'attivazione del monitoraggio delle attività delle AFT e delle UCCP si baserà sullo sviluppo, da parte di ciascuna ATS in collaborazione con le ASST e coordinata dalla DGW, di un **sistema di indicatori misurato a livello di distretto, AFT e del singolo MMG / PLS al fine di garantire un adeguato benchmark.**

La definizione del core di indicatori da utilizzare sarà oggetto di un tavolo di lavoro – coordinato a livello regionale da ACSS e DGW – a cui parteciperanno rappresentanti dei responsabili delle

AFT, personale delle Cure Primarie delle ASST e dei Servizi di Epidemiologia delle ATS (che avranno in carico il loro calcolo). Obiettivo del tavolo di lavoro è uniformare gli indicatori utilizzati per il governo clinico e standardizzare il loro calcolo. Il sistema di indicatori includerà il monitoraggio dei consumi della specialistica ambulatoriale, farmaceutica e l'appropriatezza della presa in carico delle principali patologie croniche mediante la definizione di assistiti per i quali non sono state effettuate visite previste per il follow-up della cronicità. Il tavolo dovrà concludere i lavori entro il 31 luglio 2024, per la successiva adozione della specifica dgr.

Inoltre, a livello sperimentale, sarà valutata la definizione di nuovi indicatori afferenti a tre differenti ambiti di valutazione:

3.1.8.1. Individuazione di prescrizioni ambulatoriali e farmaceutiche inappropriate;

3.1.8.2. Monitoraggio della spesa mediante definizione di medici con prescrizioni in accesso o in difetto suddivise per categoria di farmaco;

3.1.8.3. Monitoraggio della mancata aderenza al percorso di trattamento farmacologico in presenza di prescrizioni erogate tramite il confronto tra prescritto ed erogato.

Le valutazioni a livello di AFT condotte con il sistema di indicatori strutturato secondo il percorso sopra definito saranno oggetto di incontri di audit, prioritariamente tra responsabili di AFT e Direttori di Distretto, che si avvarranno del personale afferente alla Struttura di Cure Primarie della ASST e di personale afferente alla ATS – Servizi di Epidemiologia e di Farmacia, in relazione alle necessità. Gli incontri di Audit identificheranno le aree di miglioramento di ciascuna AFT e all'interno effettueranno audit mirati con i singoli MMG / PLS finalizzati alla programmazione di interventi di miglioramento e di formazione specifica.

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

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

Fondamentale, nel percorso di presa in carico a domicilio è il collegamento a piattaforme tecnologiche di presa in carico che consentano la circolarità delle informazioni da parte di tutti gli attori coinvolti nella presa in carico. Il medico del ruolo unico dovrà poter richiedere, prescrivere, attivare, o erogare direttamente la prestazione in telemedicina in linea con la strategia di implementazione sviluppato dalla DG Welfare ed in linea con gli obiettivi nazionali previsti.

3.1.10. INDIRIZZI PER AFFRONTARE LA TEMATICA DELLA CARENZA MEDICI

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

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

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

Per pazienti cui non è possibile assegnare un medico, possono essere attivati, in via temporanea, come previsto dall’Accordo integrativo regionale 2023 per la Medicina Generale, nei giorni diurni feriali degli specifici ambulatori: **Ambulatori medici temporanei (AMT)**. Tutti i medici del ruolo unico o delle UCA che opereranno in tali ambulatori saranno retribuiti con la quota oraria di € 40, oneri compresi, da finanziare con i risparmi derivanti dal minor utilizzo del compenso a quota capitaria.

Al fine di fronteggiare la carenza di medici e ottimizzare lo svolgimento delle attività in regione Lombardia, saranno analizzate e proposte dalla DG welfare soluzioni di **semplificazione delle pratiche burocratiche**. Inoltre, in linea con quanto già attuato negli anni precedenti, la DG Welfare definirà in collaborazione con enti locali, altri assessorati e aziende pubbliche locali **soluzioni di agevolazioni per i medici e il personale sanitario e finalizzati ad eventuali agevolazioni, già previste dalle normative esistenti nell’ambito casa, scuola e asili e pacchetti rivolti alla famiglia stretta del personale medico e sanitario**.

3.1.10.1 SPERIMENTAZIONE AMBULATORI A DISTANZA

Nell’ambito delle azioni volte a superare le criticità derivanti dalla carenza di medici di medicina generale, in particolare in aree montane, nel primo semestre del 2024 prenderà avvio la sperimentazione sul territorio **dell’ATS Bergamo una sperimentazione finalizzata a garantire le prestazioni di medicina generale a distanza attraverso sistemi di connessione e strumenti di telemedicina**.

In quest’ottica, fermo restando il rispetto della normativa sulla privacy, si stabilisce fin d’ora che per tutto il periodo di sperimentazione saranno adottate le **azioni necessarie a consentire che la televisita rappresenti il primo accesso alla Medicina Generale, garantendo a quest’ultimo la consultazione del Fascicolo Sanitario Elettronico previo consenso espresso dal cittadino**. **Parimenti, per l’intera durata della sperimentazione, dovrà essere consentito l’accesso alla sperimentazione ai pazienti residenti nei Comuni individuati con MMG assegnato (non “orfani”)**.

L’ASST Bergamo Est è individuata quale soggetto attuatore della sperimentazione e a tal fine la stessa adotterà le soluzioni tecniche dalla stessa ritenute più idonee al perseguimento degli obiettivi e rispondenti alla tutela dei pazienti e dei professionisti in ordine al trattamento dei dati.

3.2. ATTIVITÀ DELL’AGENZIA REGIONALE EMERGENZA URGENZA

Alla luce delle funzioni trasversali, definite dall’art. 16 delle L.R. n. 33/2009 s.m.i., nel presente paragrafo sono definite le linee di programmazione dedicate all’Agenzia regionale.

3.2.1. MISURE IN MATERIA DI EMERGENZA URGENZA EXTRAOSPEDALIERA

A decorrere dall’anno 2024 la quota di acconto riconosciuto alle Organizzazioni di Volontariato (OdV)/Rete Associativa convenzionate per il servizio di soccorso sanitario extraospedaliero in forma continuativa, è pari al 95%.

In particolare, entro il 31 gennaio e il 31 luglio di ciascun anno, per ogni postazione di soccorso, l'Assegnatario fattura ad AREU gli acconti pari al 47,5% del preventivo approvato, comprese le eventuali quote riferite alle spese sostenute direttamente da organismi a valenza regionale, ed eventualmente da rapportarsi al periodo di effettivo servizio.

Richiamando l'attenzione dei soggetti beneficiari (Organizzazione di Volontariato (OdV)/Rete Associativa) ad una puntuale gestione finanziaria delle risorse, si sottolinea il rafforzamento del ruolo della Rete Associativa nella gestione dell'equilibrio finanziario dei soggetti appartenenti alle stesse, in correlazione alle spese sostenute.

Si dà mandato all'Agenzia Regionale Emergenza Urgenza (AREU) di sottoscrivere con le parti interessate i necessari addendum alle convenzioni per l'espletamento del servizio di soccorso sanitario extraospedaliero in forma continuativa in regione Lombardia, già sottoscritte e in corso di validità.

3.2.2. POTENZIAMENTO E SVILUPPO DEI PERCORSI FORMATIVI DEGLI OPERATORI DEL SOCCORSO SANITARIO EXTRA OSPEDALIERO

Al fine di consentire all'Agenzia Regionale Emergenza Urgenza di dare esecuzione, a partire dall'anno 2024, al proprio progetto presentato in adempimento a quanto disposto dalla DGR n. XI/6956 del 19/09/2022, si dispone di:

- approvare il “Progetto per il potenziamento e lo sviluppo dei percorsi formativi degli operatori del soccorso sanitario extra ospedaliero ai sensi DGR XI/6956 del 19.09.2022” presentato da AREU;
- precisare che detto progetto di potenziamento è rivolto esclusivamente ai percorsi formativi degli operatori, volontari e no, del soccorso sanitario extra ospedaliero per i corsi attivati a decorrere dal 2024, definendo che i restanti percorsi formativi rivolti al personale del trasporto sanitario e sanitario semplice non sono oggetto di alcuna forma di contribuzione;
- di prendere atto che nell'ambito della Macroarea 6, di cui alla DGR n. XII/1151/2023, è stato incrementato il finanziamento di un importo pari a euro 1.000.000 per la realizzazione del progetto;
- stabilire che AREU dovrà predisporre una specifica relazione sullo stato di attuazione del progetto, contenente anche la rendicontazione economica dei costi sostenuti in corso di esercizio, derivanti dal presente provvedimento, da presentare alla DG Welfare entro il 28 febbraio dell'anno successivo, e alla Direzione Centrale Bilancio e Finanza - U.O. Risorse Economico-Finanziarie del Sistema Socio-Sanitario, nell'ambito della predisposizione del preconsuntivo dell'anno di riferimento.

3.2.3. INDICAZIONI PER L'UTILIZZO APPROPRIATO DEL SERVIZIO DI EMERGENZA URGENZA EXTRAOSPEDALIERO DA PARTE DELLE STRUTTURE OSPEDALIERE ACCREDITATE CON IL SSR LOMBARDO

Regione Lombardia ha regolamentato il trasporto sanitario secondario definito, come il trasporto di un paziente da una struttura di ricovero e cura ad un'altra, tramite due diversi provvedimenti di Giunta:

- la DGR n. VIII/9014 del 20/02/2009 “Determinazioni in ordine al controllo delle prestazioni sanitarie ed ai requisiti di accreditamento”;

- la DGR n. X/2933 del 19/12/2014 “Determinazioni in merito al miglioramento dell’attività di soccorso e assistenza ai pazienti in condizioni cliniche di urgenza”, ed in particolare l’Allegato 4 “Trasporti sanitari secondari - Indicazioni per la collaborazione tra Sistema Emergenza Territoriale e Rete ospedaliera”.

A seguito della richiesta di chiarimenti in merito all’art. 8 della DGR n. VIII/9014 del 20/02/2009, formalizzata nel corso dell’anno 2009 alla DG Sanità da parte di alcune strutture private e dai propri organismi rappresentativi, AREU (per conto della stessa DG) aveva provveduto a fornire risposta con note prot. n. 2931 del 30/10/2009 e prot. n. 1446 del 27/04/2010 prevedendo che, in tutti i casi nei quali il Sistema Emergenza Territoriale si faccia carico della fornitura di un trasporto sanitario, il costo del servizio stesso debba essere sostenuto dalla struttura sanitaria richiedente.

Sulla base di queste deliberazioni si stabilisce pertanto che ogni trasporto secondario, effettuato dal sistema di emergenza urgenza extraospedaliero su richiesta della struttura di ricovero e cura di un paziente preso in carico, è soggetto al riconoscimento ad AREU delle spese sostenute secondo le tariffe definite, con facoltà di differenziazione secondo le tipologie di strutture richiedenti.

Si ribadisce infatti che l’organizzazione dei trasporti intra e inter-ospedalieri rientra nelle competenze della struttura sanitaria (pubblica o privata) ospitante in relazione a ciascun paziente preso in carico dalla stessa attraverso una pratica di accettazione ovvero un accesso documentato al servizio di cura (ambulatoriale o di degenza). La garanzia del trasporto sanitario costituendo un requisito di accreditamento della struttura di ricovero e cura, si ritiene applicabile anche all’attività ambulatoriale intra-ospedaliera svolta.

AREU, nel rispetto delle indicazioni previste dalle sopra citate DGR, compatibilmente con le attività di soccorso territoriale, garantisce il necessario supporto per tutti i pazienti presi in carico dalle strutture sanitarie nei casi di patologie tempo dipendenti, previa specifica convenzione, anche pluriennale, sottoscritta con le stesse strutture ospedaliere pubbliche e private. Tali convenzioni disciplinano l’esercizio delle attività di trasferimento secondario tempo dipendente, nonché le modalità di rendicontazione e di remunerazione.

Indipendentemente dalla condizione patologica di cui il paziente trasportato è affetto, al fine di perseguire un utilizzo appropriato del servizio di emergenza urgenza extraospedaliero da parte delle strutture ospedaliere accreditate con il SSR Lombardo, tale attività deve essere comunque addebitata alla struttura sanitaria (pubblica o privata) richiedente, secondo le tariffe previste.

Quindi, l’assenza della prevista convenzione con AREU – compresa la casistica non tempo dipendente – non può precludere la richiesta di riconoscimento economico del servizio richiesto, effettuato e rendicontato.

Pertanto, le spese per l’effettuazione dei servizi di trasporto inter-ospedaliero per pazienti presi in carico, sia in regime di degenza che in regime di ambulatoriale intra-ospedaliera, dovranno comunque essere riconosciute ad AREU dalle strutture ospedaliere pubbliche e private richiedenti il servizio.

Si dà mandato ad AREU di proseguire, sulla base dei volumi di attività di trasporto documentate dal flusso informativo, mediante le proprie Articolazioni territoriali (AAT), ad informare le direzioni di presidio ospedaliero sulle modalità operative del trasporto secondario e di promuovere la formalizzazione degli atti di convenzionamento, nei casi nei quali essi non siano ancora stati attivati.

3.2.4. TRASPORTI SANITARI SEMPLICI E TRASPORTI SANITARI

In relazione all'attuale quadro normativo, il comma 1 dell'art. 16 della Legge Regionale n. 33/2009 prevede tra le funzioni dell'Agenzia Regionale Emergenza Urgenza (AREU) di garantire i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) per il Trasporto Sanitario (TS) e il Trasporto Sanitario Semplice (TSS) nella Regione Lombardia. La DGR n. XII/437 del 12.06.2023 "Determinazioni in ordine ai Trasporti Sanitari e Trasporti Sanitari Semplici" ha stabilito che AREU sia l'Ente responsabile del coordinamento dei servizi di TSS dedicati ai soggetti nefropatici in trattamento emodialitico e del TS in forma integrata.

Nell'ambito del processo sopra descritto e della sua graduale e progressiva evoluzione, l'effettiva presa in carico da parte di AREU deve essere concordata con i singoli Enti del SSL, anche sotto il profilo delle necessarie risorse (personale ed economiche). Al fine di garantire l'erogazione dei sopra citati trasporti gli Enti del SSL possono autonomamente espletare procedure d'appalto, purché venga espressamente previsto nella documentazione di gara che il coordinamento dei servizi aggiudicati sarà effettuato in via esclusiva da parte di AREU, secondo le proprie regole gestionali e, pertanto, con previsione del connesso coordinamento di personale e mezzi in forza all'aggiudicatario. Per le procedure di assegnazione del solo servizio di TSS dedicato ai soggetti nefropatici sottoposti a trattamento emodialitico, gli Enti del SSL sono autorizzati da AREU ad avvalersi dello SDA ARIA_2021_122 indetto con determinazione n. 970 del 16.11.2022

Le ASST/IRCCS, al fine di ottimizzare i processi operativi connessi al trasporto dei pazienti, sono tenute a fornire ad AREU tutte le necessarie informazioni logistiche e sanitarie, attraverso specifici dataset forniti da AREU stessa, necessarie per effettuare analisi accurate del servizio, affinché sia possibile effettuare un'adeguata progettazione basata sul modello organizzativo dei Trasporti Integrati (TS e TSS) gestiti dall'Agenzia regionale.

Per quanto riguarda il TSS dei soggetti nefropatici in trattamento emodialitico, in un'ottica migliore gestione delle risorse pubbliche e di massimizzazione e ottimizzazione nell'utilizzo delle risorse logistiche disponibili, le ASST/IRCCS si impegnano a promuovere la domiciliazione del trattamento, favorendo programmi di dialisi peritoneale ed emodialisi domiciliare. Laddove la domiciliazione non sia possibile, si procede all'assegnazione ai centri dialisi più vicini alla residenza/domicilio dei pazienti, in coerenza con le specifiche esigenze clinico-assistenziali degli stessi e in collaborazione con AREU.

Le ASST/IRCCS collaborano attivamente con AREU per definire procedure operative specifiche per consentire una programmazione razionale dei trasporti TS-TSS, che deve essere scrupolosamente rispettata con impegno a garantire il rispetto delle programmazioni effettuate al fine di facilitare una fluida organizzazione del servizio, tenuto doverosamente conto delle eventuali variazioni assistenziali necessarie per la cura del soggetto emodializzato.

3.2.5. REALIZZAZIONE BASE HEMS ELISOCORSO DI BRESCIA PER IL POTENZIAMENTO DELL'ATTIVITÀ DI SOCCORSO URGENTE

Nell'alveo di quanto già comunicato dalla Direzione Generale Welfare con propria nota, di cui al prot. RL_RLAOG1_2023_10818 del 07.11.2023, indirizzata ad AREU in ordine alla titolarità delle procedure di esproprio dell'area destinata a ospitare la nuova base HEMS (*Helicopter Emergency Medical Service*) di Brescia, si rappresenta e conferma che l'Agenzia Regionale Emergenza Urgenza è individuata da Regione Lombardia quale Soggetto Attuatore titolato a effettuare direttamente, per finalità sanitarie di interesse pubblico, sia le procedure di esproprio comprese tutte le connesse conseguenti attività sia le opere e quant'altro connesso e necessario per la realizzazione della Base HEMS dell'Elisoccorso di Brescia di AREU.

3.2.6. SVILUPPO DELLA CENTRALE MEDICA INTEGRATA DI AREU

La Legge Regionale 29/12/2022, n. 34 “Legge di Stabilità 2023-2025” attribuisce all’Agenzia Regionale di Emergenza e Urgenza (AREU) la funzione di contrastare l’incremento di invio di mezzi di soccorso di base e il conseguente fenomeno del sovraffollamento dei Pronto soccorso, attraverso l’attivazione di una centrale di approfondimento clinico, denominata Centrale medica integrata (CMI), con il compito di rivalutare le chiamate pervenute alle sale operative regionali di emergenza urgenza (SOREU), rispondendo all’iniziale bisogno di cura e riorientando successivamente, attraverso il numero unico armonico a valenza sociale per le cure mediche non urgenti (116117), il cittadino sui servizi territoriali, ivi compresa la medicina di continuità assistenziale.

La programmazione regionale di settore, in particolare con la DGR n. XII/787 del 31/7/2023 “Approvazione del Piano di riordino delle strutture, attività e dei ruoli del personale medico nell’ambito della rete emergenza urgenza ospedaliera”, promuove la sperimentazione di nuovi modelli organizzativi per migliorare l’appropriatezza degli accessi a Pronto Soccorso, utilizzando la telemedicina nella valutazione di pazienti che si rivolgono al NUE 112 (centrale CMI) e alla Continuità Assistenziale NEA 116117 (UNICA) e potenziando la valutazione domiciliare. Prevede, inoltre, di potenziare tale attività, così come quella del Team di Risposta Rapida (medico-infermieristico) per le cure domiciliari del paziente anziano e fragile, su tutto il territorio regionale.

Per tali finalità, la Regione Lombardia procede per il 2024-2026 al consolidamento della Centrale Medica Integrata (CMI) e dei Team di Risposta Rapida Domiciliare (TRRD) attraverso la conduzione del Programma riportato in Allegato (**Appendice 3.1**) dal titolo “La Centrale Medica Integrata come risposta appropriata al bisogno di cura non urgente, attraverso l’utilizzo delle telemedicina e la gestione domiciliare, orientando il cittadino dal Sistema dell’Emergenza Urgenza verso i servizi delle rete territoriale”.

Il programma si sviluppa nel triennio in tutto il territorio regionale con l’obiettivo di migliorare la qualità di cura con particolare riguardo a:

- standardizzare i percorsi diagnostico-terapeutici;
- migliorare le capacità diagnostiche utilizzando procedure e strumentazioni di diagnostica a distanza;
- promuovere l’assistenza domiciliare, in particolare per i pazienti fragili;
- favorire, ove possibile, il teleconsulto con il medico di Centrale Medica Integrata o lo specialista nel rispetto delle indicazioni nazionali per l’erogazione delle prestazioni in telemedicina approvate dalla Conferenza Stato-Regioni (Rep. Atti 215 del 17/12/2020) e il Decreto 21 settembre 2022 di Approvazione delle linee guida per i servizi di telemedicina - Requisiti funzionali e livelli di servizio;
- garantire attraverso il raccordo con il Numero Europeo Armonizzato (NEA) 116117 il contatto con il MMG quando necessario, l’attivazione del TRRD del territorio di riferimento, l’attivazione dei servizi territoriali, in particolare: infermiere di famiglia (IFeC), l’attivazione di ADI, Cure Palliative, visite ambulatoriali specialistiche (es diabetologia, cardiologia, malattie infettive, etc.), così come le UCA in accordo con i Direttori di Distretto.

A tal fine si dà mandato:

- a AREU di attivare la Centrale Medica Integrata secondo le modalità operative riportate nel

documento allegato e di stipulare in addendum alle convenzioni in essere tra AREU e le ASST/IRCCS sedi di PS ai sensi della citata DGR n. XI/2703/2019, le modalità operative di collaborazione e, in particolare, nell'ambito del coordinamento tra AREU e le S.C. di Medicina di Emergenza e Urgenza, come parte integrante delle attività dei MEU, accanto a quella sui mezzi avanzati (MSA2);

- alle ATS e alle ASST, ciascuna per quanto di propria competenza, di collaborare con AREU nel reclutamento e nella contrattualizzazione del personale sanitario dei TRRD, in funzione del graduale coinvolgimento del territorio di riferimento nell'ambito del progetto CMI, nonché sulla base dei risultati conseguiti con il progetto sperimentale della Centrale UNIC.A. di continuità assistenziale e telemedicina di cui alla citata DGR n. XII/279 del 15/5/2023.

Per il finanziamento delle attività svolte da AREU si provvede nell'ambito del sistema di rimborso delle funzioni non tariffabili inerenti alla rete di emergenza urgenza ospedaliera (Funzione 1) della quota necessaria per la remunerazione del personale della CMI, ivi incluse le attività rese in extra-orario, del personale medico e infermieristico dei TRRD reclutati per conto di AREU per le attività connesse alla CMI. Per l'anno 2024 alla CMI è attribuito un valore standard di funzione calcolato sulla base del costo del personale minimo per il funzionamento di un ospedale sede di PS. Per gli anni successivi il finanziamento è rimodulato in base al crescere delle attività (volumi delle chiamate, numero del personale in CMI) e dell'estensione nel territorio regionale dei TRRD, fino al massimo del valore standard di funzionamento di un DEA di I livello.

3.2.7. RETE TRASFUSIONALE

Al fine di garantire e mantenere elevati standard di qualità e sicurezza del Sistema Trasfusionale regionale, gli indirizzi prioritari per il 2024 sono definiti e attuati dalle ASST/IRCCS sede di SIMT, sulla base delle indicazioni e con il coordinamento della Struttura Regionale di Coordinamento per le attività trasfusionali (SRC) presso AREU, nell'ottica dell'autosufficienza regionale e nazionale, della sicurezza trasfusionale, 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. In tale ottica appare strategica anche l'attenzione programmatica al potenziamento dell'attrattività della Disciplina di Medicina Trasfusionale, mantenendone e rafforzandone il peculiare carattere, ormai storicamente consolidato, di Disciplina multi-specialistica con competenza in ambiti specifici di attività: clinico-assistenziali, di diagnostica di laboratorio, nonché di raccolta e produzione di emocomponenti e loro assegnazione clinica o distribuzione per produzione di medicinali plasmaderivati, nell'ambito del processo sanitario che va dalla vena del donatore alla vena del paziente ("vena-vena").

Tali ambiti specifici di competenza attingono alle Discipline equipollenti nel campo dell'ematologia, immunologia, immunoematologia, nonché patologia clinica e biochimica clinica; ossia gli ambiti di formazione delle Specializzazioni da cui provengono i Dirigenti Sanitari operanti nelle Strutture di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale degli Ospedali. La formazione e qualificazione specialistica effettiva nella Disciplina di Medicina Trasfusionale, tuttavia, può essere acquisita solo sul campo, nelle more della istituzione di una Scuola di specializzazione dedicata.

In tale peculiare contesto l'attrattività è condizione necessaria e strategica per sostenerne il ricambio generazionale, in particolare dei medici, quale condizione necessaria per la durabilità del sistema trasfusionale stesso.

Infatti, le attività svolte dalla Rete Trasfusionale lombarda, producono vantaggi per il SSR legati alla sicurezza trasfusionale e alla particolare “operatività organizzativa a processi integrati” nel rispetto dei criteri di specifiche competenze professionali e livelli di efficienza organizzativa.

Tale operatività si realizza sia internamente alla Rete Trasfusionale, sia trasversalmente, con l'erogazione diretta o indiretta di una gamma articolata di prestazioni e prodotti nell'ambito di numerosi processi sanitari ospedalieri e territoriali, con impatto oltre che sulla sicurezza trasfusionale, tra l'altro anche sull'accesso dei pazienti alle cure e sulla sorveglianza sull'appropriatezza trasfusionale negli ambiti di competenza.

Altrettanto strategica appare altresì l'organizzazione della Rete Trasfusionale in Dipartimenti di Ematologia e Medicina Trasfusionale (DMTE), coordinati dalla SRC presso AREU, funzionale alla visione unitaria di tutte le attività della Medicina Trasfusionale, pur nella adattabilità dei profili di ciascuna Struttura di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale (SIMT) in relazione alle esigenze della Rete Ospedaliera.

Di seguito sono indicati gli obiettivi di programmazione regionale in cui si concentrerà nel 2024 l'azione delle Direzioni di ASST/IRCCS sede di SIMT, sulla base delle indicazioni e con il coordinamento della SRC presso AREU con l'indicazione dei relativi interventi prioritari, relativamente ai quali, ove necessario, la SRC richiederà opportuna documentazione di riscontro.

3.2.7.1. Contributo all'autosufficienza e sostenibilità del sistema sanitario regionale, attraverso i prodotti del sangue

Le Direzioni aziendali delle ASST/IRCCS supportano e sostengono i Servizi Trasfusionali (SIMT) di competenza che operano lungo tutta la filiera della raccolta e produzione dei prodotti trasfusionali, inclusi i medicinali plasmaderivati ottenuti dal plasma dei donatori volontari di sangue ed emocomponenti; in particolare:

- osservano gli impegni di raccolta, sia per il sangue che per il plasma da aferesi monocomponente, con particolare riguardo in tutti i periodi dell'anno agli adeguamenti almeno mensili dei programmi quali-quantitativi di raccolta in relazione ai fabbisogni trasfusionali;
- incrementano la raccolta del plasma da aferesi monocomponente, tenendo conto tra l'altro che l'orientamento del donatore alla donazione di plasma in aferesi monocomponente, ferma restando la disponibilità volontaria del donatore, si avvale tra gli altri anche di criteri specifici sia clinici, sia di compensazione temporanea della scorta delle unità di globuli rossi con gruppo sanguigno eccedente rispetto alla domanda clinica trasfusionale.
- introducono modifiche organizzative, ove necessario, con ampliamento degli orari di servizio, con la finalità nei Centri di Raccolta di facilitare l'accesso dei donatori per la donazione programmata per appuntamento; nei Centri di Lavorazione e Validazione (CLV) dei DMTE per garantire anche le successive fasi di lavorazione e qualificazione biologica degli emocomponenti;
- nel contingente periodo storico, in considerazione delle difficoltà a reperire con i concorsi a tempo indeterminato medici orientati alla Disciplina di Medicina Trasfusionale, utilizzano l'area a pagamento per incentivazioni economiche del personale dipendente nei SIMT, e/o acquisiscono medici in libera professione per la raccolta, qualificati secondo vigente normativa (Rif. ASR del 25/07/2021 Rep. Atti n. 149/CSR);

- implementano in modo sistematico tecnologie informatiche, quali l'RFID, nelle fasi di raccolta e produzione, anche per supportare efficienza e tracciabilità di operazioni ripetitive massive;
- provvedono, nell'ottica della sicurezza trasfusionale, all'integrazione bidirezionale diretta con il software gestionale trasfusionale regionale (Emonet) degli analizzatori per immunoematologia e per gli esami di competenza dei CLV connessi alla qualificazione biologica degli emocomponenti donati e al controllo sanitario dei donatori;
- collaborano con il SIA di AREU/SRC al potenziamento delle integrazioni informatiche intra-DMTE e inter-DMTE e all'evoluzione del software gestionale trasfusionale, per supportare le esigenze della Rete Trasfusionale ed eventuali imprevisti default locali a carico del CLV, con conseguente necessità di movimentazione di unità e campioni biologici per garantire la continuità produttiva, secondo le indicazioni e il coordinamento della SRC.
- con il supporto di ARIA e con la collaborazione del SIA di AREU/SRC, procedono all'integrazione del software gestionale trasfusionale con il fascicolo sanitario per la consegna del referto direttamente ai donatori;
- le ASST/IRCCS sede di Istituto di Cellule e Tessuti, indipendentemente dalla presenza del SIMT, sulla base delle indicazioni della SRC implementano la codifica internazionale ISBT per i prodotti cellulari a scopo trapiantologico, quali cellule staminali emopoietiche (CSE) e CAR-T e ove previsto dalla vigente normativa.
- La Conferenza Tecnico Scientifica dei DMTE, con il coordinamento della SRC presso AREU, predispose uno studio per la valutazione comparativa della donazione differita versus donazione diretta (non differita) ai fini delle valutazioni costo benefico e delle valutazioni di opportunità strategica per il sistema trasfusionale regionale.

3.2.7.2. Sicurezza trasfusionale al letto del paziente

Le Direzioni aziendali delle ASST/IRCCS supportano e sostengono i Servizi Trasfusionali (SIMT) e i Reparti clinici di competenza, al fine di evitare eventi/incidenti gravi riconducibili ad delle unità consegnate al di fuori del Servizio Trasfusionale, in particolare:

- implementano nell'ambito dei Servizi Trasfusionali e dei Reparti clinici di competenza, tutte le misure formative, organizzative e tecnologiche necessarie per rafforzare l'efficienza e la sicurezza in tutte le fasi del processo trasfusionale;
- vigilano sulla formazione e qualificazione degli Operatori sanitari, che effettuano in Reparto il processo clinico-assistenziale relativo alla trasfusione, dal momento della prescrizione al momento dell'erogazione, nonché sulla corretta applicazione delle procedure per la sicurezza del paziente prescritte dalla vigente normativa trasfusionale;
- implementano in modo sistematico tecnologie informatiche di supporto alla identificazione e tracciabilità nonché al work-flow, previsto dalla vigente normativa sulla sicurezza trasfusionale, in riferimento alla check-list trasfusionale al letto del paziente, quali la richiesta trasfusionale informatizzata (Emoward, modulo di Emonet) e la tecnologia RFID per la tracciabilità al letto del paziente mediante palmari; la registrazione dell'avvenuta trasfusione mediante integrazione informatica con il software gestionale trasfusionale.
- utilizzano frigo-emoteche sotto controllo remoto del SIMT nelle strutture sanitarie ove la consegna delle unità da trasfondere non possa essere gestita direttamente dal Servizio

Trasfusionale di riferimento, in assenza di operatori sanitari del Servizio Trasfusionale qualificati per l'assegnazione e consegna delle unità;

3.2.7.3. Appropriatelyzza trasfusionale in emocomponenti e medicinali plasmaderivati, nonché estensione dell'implementazione dei programmi di *Patient Blood Management* (PBM)

Le Direzioni aziendali delle ASST/IRCCS:

- attivano misure atte a rafforzare l'appropriatelyzza trasfusionale, che riguarda sia gli emocomponenti che gli emoderivati. Infatti, l'appropriatelyzza trasfusionale è funzionale alla sicurezza clinica dei pazienti per la minore esposizione al rischio trasfusionale; inoltre, contribuisce all'autosufficienza e alla sostenibilità economica del sistema sanitario;
- estendono e rendono sistematica l'attivazione dei programmi di PBM nel territorio regionale. Infatti, 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; inoltre, i dati della letteratura scientifica evidenziano anche un miglioramento degli esiti clinico-terapeutici ("outcome" del paziente).

3.2.7.4. Attrattività della Medicina Trasfusionale attraverso il rafforzamento delle competenze maturate storicamente dalla Disciplina di Medicina Trasfusionale

Le Direzioni Aziendali di ASST e IRCCS:

- implementano nell'ambito dei Servizi Trasfusionali di competenza, tutte le misure formative, organizzative e tecnologiche necessarie per potenziare l'attrattività della disciplina di Medicina Trasfusionale, anche attraverso il sostegno al rafforzamento dei profili di competenza multidisciplinare maturati storicamente;
- concordano con AREU/SRC eventuali modifiche organizzative che impattano sui profili di attività o sull'inquadramento della struttura organizzativa trasfusionale;
- assicurano che il Direttore del SIMT sia sempre un Medico che ha le caratteristiche previste dalla vigente normativa trasfusionale per la "Persona Responsabile del Servizio Trasfusionale", nel rispetto del Dlgs 20 dicembre 2007, n. 261, Art. 6; la Persona Responsabile infatti assume in buona sostanza, anche ove sia previsto un Responsabile di SSD, le stesse funzioni, responsabilità gestionali e le autorità previste per un Direttore di Struttura complessa, con la gestione diretta delle risorse ponderate a valenza strategica. Pertanto, in assenza di tale figura l'ASST/IRCCS sede di SIMT stipula una convenzione con l'Azienda sede di DMTE per la Direzione del proprio SIMT da parte del Direttore del SIMT sede del DMTE.

Ai fini di garantire le attività inerenti alla 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.

3.2.7.5. Programmazione rete trasfusionale anno 2024

Interventi prioritari per l'anno 2024, nell'ambito delle attività istituzionali già previste per il sistema trasfusionale regionale, su cui verterà l'azione delle Direzioni di ASST/IRCCS sede di

SIMT, anche per il tramite dei Dipartimenti di Ematologia e Medicina Trasfusionale (DMTE), sulla base delle indicazioni e con il coordinamento e il monitoraggio della SRC presso AREU:

- Contributo all'autosufficienza e sostenibilità del sistema sanitario regionale, attraverso i prodotti del sangue:
 - incrementare della produzione del plasma, in particolare ottenuto da aferesi monocomponente, destinato alla produzione di medicinali plasmaderivati da conto lavoro, nel rispetto dell'autosufficienza e degli impegni di compensazione per gli emocomponenti destinati all'uso diretto trasfusionale;
 - facilitare l'accesso dei donatori per la donazione programmata per appuntamento, anche con modifiche organizzative, ove necessario, per l'ampliamento degli orari di servizio con personale adeguato;
 - implementare in modo sistematico tecnologie informatiche, quali l'RFID, nelle fasi di raccolta e produzione, anche per supportare efficienza e tracciabilità di operazioni ripetitive massive;
 - provvedere, nell'ottica della sicurezza trasfusionale, ove non già presente, all'integrazione bidirezionale diretta con il software gestionale trasfusionale regionale (Emonet) degli analizzatori per immunoematologia e per gli esami di competenza dei CLV connessi alla qualificazione biologica degli emocomponenti donati e al controllo sanitario dei donatori;
 - estendere e rendere sistematica l'attivazione dei programmi di Patient Blood Management nel territorio regionale, quale contributo all'appropriatezza trasfusionale;
 - collaborare al potenziamento delle integrazioni informatiche intra- DMTE e inter-DMTE e all'evoluzione del software gestionale trasfusionale regionale;
 - provvedere all'integrazione del software gestionale trasfusionale regionale con il fascicolo sanitario per la consegna del referto direttamente ai donatori;
 - implementare la codifica internazionale ISBT per i prodotti cellulari a scopo trapiantologico, quali cellule staminali emopoietiche (CSE) e CAR-T e ove previsto dalla vigente normativa.
- Tecnologie per la sicurezza trasfusionale “al letto del paziente”.
 - implementare la richiesta trasfusionale informatizzata (Emoward, modulo di Emonet) e la tecnologia RFID per la tracciabilità al letto del paziente mediante palmari; la registrazione dell'avvenuta trasfusione mediante integrazione informatica con il software gestionale trasfusionale regionale.
 - utilizzare frigo-emoteche sotto controllo remoto del SIMT nelle strutture sanitarie ove la consegna delle unità da trasfondere non possa essere gestita direttamente dal Servizio Trasfusionale di riferimento.
- Attrattività della Medicina Trasfusionale.
 - rafforzare i profili di competenza multidisciplinare maturati storicamente nei Servizi di immunoematologia e Medicina Trasfusionale nei SIMT;
 - concordare con AREU/SRC eventuali modifiche organizzative che impattano sui profili

di attività o sull'inquadramento della struttura organizzativa trasfusioneale.

Ai fini di garantire le attività inerenti alla Banca del sangue raro per l'esercizio 2024, 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. Le risorse annuali effettivamente utilizzate per il funzionamento della Banca sono riconosciute attraverso la modalità di remunerazione delle funzioni sanitarie non coperte da tariffe predefinite, di cui alla DGR n. VII/18653/2004.

3.2.8. SISTEMA REGIONALE TRAPIANTI

In linea con la pianificazione regionale e nazionale, lo sviluppo del Sistema Regionale Trapianti lombardo procederà nel 2024-2026 nelle seguenti linee di indirizzo e azioni di governance.

Avviamento e conduzione di un nuovo modello organizzativo, riportato in Allegato (**Appendice 3.2**), che rende possibile il supporto da parte delle strutture HUB (COP di secondo livello) sia alle strutture più piccole sia del privato accreditato, sotto la guida di un coordinamento regionale di procurement attivo nei processi e nell'organizzazione dei percorsi. Di pari passo viene riorganizzato il sistema del finanziamento del programma di donazione, con una modalità di rimborso dei costi effettivi del procurement ed il riconoscimento delle attività extra-orario che consentono la realizzazione dei processi di donazione.

3.2.8.1. Procurement

- Inserimento della funzione operativa del CRT in AREU mediante la creazione del Coordinamento Regionale del Procurement (CRP), che dovrà essere adeguato in termini di staff.
- Dipendenza funzionale dei Coordinamenti Ospedalieri di Procurement dal CRP, in termini operativi e di rendicontazione dei costi del personale. Il personale dei COP rimarrà dipendente della propria ASST/IRCCS e incardinato nei rispettivi POAS, in staff alla Direzione sanitaria o alla Direzione Medica di Presidio.
- Attivazione dei COP di Secondo Livello su tutta l'area di competenza, con possibilità di intervento nelle strutture sanitarie afferenti (strutture più piccole del sistema pubblico e privato accreditato)
- Realizzazione dei Collegi di Accertamento Morte (CAM) nel sistema privato accreditato mediante collaborazione degli ospedali pubblici dell'area sotto la guida del COP di Secondo Livello.
- Realizzazione di un percorso di ECMO Team mobile per rendere possibile la donazione nel donatore a cuore fermo controllato in centri non dotati di risorsa ECMO.
- Istituzione del Sistema Premiante per il riconoscimento dell'attività svolta dal personale che lavora fuori orario di lavoro per rendere possibili i processi di donazione (attività svolta fuori orario di lavoro dai COP, dal personale del comparto e della dirigenza medica per realizzare i processi di donazione) e per attività di CAM/ECMO/Prelievo di tessuti da parte delle banche

dei tessuti).

- Revisione del sistema di rimborso delle funzioni non tariffabili inerenti all'attività di donazione con affidamento ad AREU della quota necessaria per pagamento del personale del CRP e dei COP, delle attività Extra-orario, della realizzazione delle CAM e dell'ECMO Mobile e del finanziamento agli ospedali per i costi sostenuti per la realizzazione di percorsi di donazione.

3.2.8.2. Banca Regionale dei Tessuti

- Creazione di una unica Banca Regionale dei Tessuti e degli Organi, con sede presso l'ASST GOM Niguarda.
- Mandato ad AREU per presentare e coordinare il progetto di unificazione delle banche dei Tessuti e a predisporre entro sei mesi l'atto costitutivo della Banca Regionale dei Tessuti e degli Organi.
- Collegamento a questa delle strutture delle Banche esistenti e progressiva integrazione di spazi, processi e personale.
- Realizzazione progressiva di una equipe unica di prelievo per la donazione multitessuto, con successiva estensione al prelievo dei reni da donatore cadavere.
- Realizzazione, presso la banca stessa, del centro regionale per la perfusione del rene, in grado di effettuare in modo centralizzato la perfusione di tutti i reni della regione.

Ai Direttori Generali delle ASST/IRCCS sarà assegnato per il 2024 l'obiettivo dell'adeguamento organizzativo necessario per l'attuazione nella propria struttura del Programma Regionale di Procurement di Organi e Tessuti 2024-2026, in termini di staff assegnato ai Coordinamenti Ospedalieri di Procurement (COP). Saranno inoltre assegnati obiettivi di efficienza relativi al procurement di cornee, multi-tessuto e di organi.

3.2.8.3. Trapianti

- Elaborazione e avvio del “Programma Regionale di Trapianto di organi solidi 2024-2026”, articolato sui seguenti aspetti:
 - individuazione delle linee organo-specifiche per la gestione delle insufficienze d'organo con indicazione al trapianto, su bacino di utenza ATS;
 - definizione dei livelli di gestione del candidato al trapianto di rene da donatore vivente, con attribuzione di obiettivi target alle strutture nefrologiche di provenienza degli assistiti con IRC (ASST/IRCCS, Privato accreditato) e alle strutture di trapianto attive;
 - monitoraggio degli esiti dei trapianti eseguiti;
 - progetto di transizione verso un sistema di accreditamento della rete trapianti attraverso un percorso di presa in carico degli assistiti con insufficienza d'organo/neoplasia con indicazioni al trapianto di fegato, con qualificazione dei requisiti di rete (strutture periferiche, strutture di trapianto, su base ATS, UOC Trapianti Lombardia/NITp);
- Elaborazione e avvio del programma regionale perfusione organi, che preveda la gestione centralizzata della perfusione del rene presso la banca regionale dei tessuti e degli organi e del polmone presso il centro trapianti polmone della Fondazione IRCCS Policlinico di Milano;
- Proposta di approvazione con apposito provvedimento regionale del “Programma Regionale

Trapianto di Cellule Staminali Emopoietiche (CSE) 2024 – 2026”, articolato sui seguenti aspetti:

- definizione dei livelli di gestione integrata del candidato al trapianto di CSE (rete ematologica per autologo, allogenico, CAR T);
- definizione dei requisiti quali-quantitativi delle strutture coinvolte;
- monitoraggio degli esiti dei trapianti di CSE eseguiti.

3.3. RIABILITAZIONE

La riabilitazione costituisce il terzo pilastro del sistema sanitario, accanto alla prevenzione e alla cura, per il completamento delle attività volte a tutelare la salute dei cittadini

3.3.1. PIANO LOCALE PER L’ASSISTENZA RIABILITATIVA

- Le 8 ATS predispongono un “Piano locale per l’Assistenza Riabilitativa”, d’intesa con i dipartimenti interaziendali di riabilitazione ove presenti, nel quale sono definiti:
- i fabbisogni riabilitativi della popolazione di riferimento;
- la struttura della rete di offerta riabilitativa, comprendente tutti i livelli organizzativi ed assistenziali disponibili nelle strutture ospedaliere ed extraospedaliere, pubbliche e private accreditate, del territorio di competenza, nonché in eventuali strutture esterne alla rete locale cui si ricorra attraverso accordi formalizzati per far fronte a bisogni che questa non soddisfa, (come può accadere ad es. per le strutture di alta specialità riabilitativa);
- i ruoli assegnati a diversi nodi della rete locale (e delle eventuali strutture esterne ove previste) in relazione alle diverse fasi e tipologie dei percorsi riabilitativi e delle diverse patologie disabilitanti, secondo percorsi diagnostico terapeutico riabilitativi (PDTAR) definiti e rispondenti alle linee guida e buone pratiche correnti;
- le modalità di comunicazione, collegamento, coordinamento ed integrazione fra le unità erogative, i percorsi di cura per le principali condizioni di interesse riabilitativo (PDTAR), con particolare riferimento ai sistemi di garanzia della continuità di cura fra acuzie e postacuzie e fra ospedale e territorio;
- i sistemi di verifica adottati a garanzia della continuità di percorso e di qualità/appropriatezza erogativa.
- Il Piano dell’offerta è messo a disposizione degli ospedali per acuti che, avvalendosi ove possibile di una competenza medico-specialistica riabilitativa, potranno avviare i pazienti alla struttura più idonea ad offrire il trattamento riabilitativo appropriato, per area di intervento e livello di intensità, rispetto alle necessità del paziente.
- Le ATS, pertanto, avranno il compito di vigilare sulla rete di offerta riabilitativa, come descritta nel “Piano locale per l’Assistenza Riabilitativa”.
- La piattaforma regionale informatica sarà di supporto ai trasferimenti.

3.3.2. ACCREDITAMENTO SETTING RIABILITATIVI

- Accreditemento posti-letto codice 75 (neuroriabilitazione) e codice 28 (unità spinale)
- Le ATS procederanno all'accreditamento dei posti letto riabilitativi ospedalieri, dedicati ai cod. 75 (neuroriabilitazione) e cod. 28 (unità spinale). Si ricorda che nell'anno 2023 sono stati approvati i requisiti di accreditamento relativi ai ricoveri ospedalieri riabilitativi per codici 75 (neuroriabilitazione) e 28 (unità spinale) (DGR. n. 7860 del 31.01.2023) e la definizione dei posti letto assegnati per codici 75 (DGR n. XII /1477 del 4.12.2023). Entro il primo trimestre 2024 verranno definiti i criteri di assegnazione dei posti letto codice 75 pediatrici.

3.3.3. MONITORAGGIO SDO-R

Nell'anno 2024 le ATS monitoreranno la sperimentazione della Scheda di Dimissione Ospedaliera Riabilitazione-SDO-R preliminare alla attuazione del Decreto ministeriale del 5 agosto 2021 "Criteri di appropriatezza dell'accesso ai ricoveri di riabilitazione ospedaliera. Tale Decreto definisce i criteri di appropriatezza dell'accesso ai ricoveri di riabilitazione ospedaliera (reparti codice 56, codice 75 e codice 28) dei pazienti adulti di tipo neurologico, pneumologico, cardiologico e ortopedico (MDC 1-4-5-8). La base dati informativa a supporto della metodologia è costituita dal flusso informativo delle Schede di dimissione Ospedaliera (SDO), integrato con le informazioni relative alle scale funzionali di disabilità e complessità assistenziale più adatte a descrivere il fabbisogno riabilitativo-assistenziale del paziente ricoverato nelle singole discipline. Ai sensi dell'art. 6, le disposizioni contenute nel Decreto sono soggette a un periodo di sperimentazione della durata di un anno, a seguito della adozione della SDO riabilitativa da parte del Ministero della salute e dell'adeguamento dei sistemi informatici regionali. Le modalità di compilazione e i materiali formativi per la corretta compilazione del tracciato C della SDO (SDO-R) sono pubblicati sul sito istituzionale del Ministero della Salute al link https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_5.jsp?lingua=italiano&area=ricoveriOspedalieri&menu=rilevazione.

3.3.4 ATTIVITÀ TERRITORIALE DI RIABILITAZIONE

L'attività territoriale di riabilitazione a favore dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali deve trovare collocazione all'interno della rete dei servizi di riabilitazione e svolgersi in stretta integrazione con l'attività erogata dalle strutture di ricovero del sistema ospedaliero, sia nella fase post-acuta per i pazienti provenienti dai reparti per acuti, sia per pazienti provenienti dal territorio.

3.3.4.1. La riabilitazione ambulatoriale

Nel 2024 è prevista l'entrata in vigore del nuovo Nomenclatore delle prestazioni ambulatoriali. Si prevede un superamento della DGR 3111/2006, con un nuovo documento che determinerà i criteri di prescrivibilità ed appropriatezza. Con l'entrata in vigore del nuovo Nomenclatore delle prestazioni ambulatoriali verrà successivamente definita la revisione delle attività ambulatoriali, sia complesse che semplici.

Per la riabilitazione ambulatoriale dei "casi complessi" il setting assistenziale del MAC è stato una valida alternativa al day hospital, offrendo l'opportunità di coordinare l'erogazione delle diverse prestazioni che compongono il trattamento. Con il nomenclatore resta fermo che, in regime di MAC possono essere erogate solo le prestazioni incluse nei nomenclatori regionali di assistenza specialistica ambulatoriale, e che le modalità di prescrizione, registrazione e pagamento della quota di partecipazione alla spesa sanitaria sono quelle dell'assistenza specialistica ambulatoriale. Si accede ai Percorsi riabilitativi ambulatoriali secondo le modalità fissate dalle Regioni fermo restando che l'efficacia della riabilitazione ambulatoriale è condizionata dalla distanza temporale tra la

valutazione/prescrizione ed il trattamento; pertanto, dovranno essere definiti e fissati esplicitamente tempi certi per l'erogazione dei trattamenti previsti dal progetto riabilitativo.

3.3.4.2. La riabilitazione domiciliare

In riferimento al DM 77/2022, la DGR 6867/2022 ha definito il **nuovo modello organizzativo delle cure domiciliari (C-DOM) in Regione Lombardia**, ivi compresa la riabilitazione domiciliare

In tale ambito possono essere condotte sia la valutazione clinica e ambientale per la fornitura degli ausili, sia l'attività di addestramento per il caregiver, sia vere e proprie sedute riabilitative per il recupero o mantenimento funzionale definito nel PRI per i pazienti che non possono accedere all'attività ambulatoriale.

Sono destinatari dell'intervento domiciliare i pazienti che presentano i seguenti requisiti generali:

- **sono intrasportabili** per motivi clinici: si tratta di pazienti che non possono usufruire di un trattamento ambulatoriale perché il trasporto renderebbe inefficace l'intervento stesso o sarebbe rischioso dal punto di vista sanitario;
- **è presente un caregiver** che garantisca la possibilità della permanenza al domicilio;
- **necessitano di un progetto riabilitativo**, con durata ed esiti definiti, che sia chiaramente definito come realizzabile efficacemente in ambiente domiciliare.

In ambito domiciliare, l'attività riabilitativa può avere le caratteristiche della riabilitazione estensiva descritta nella **DGR 6867/2022 o della riabilitazione sociosanitaria, destinata alla presa in carico di disabilità croniche indicate da precedenti normative (ex art 26, legge 833 del 1978 e ex art 8 della legge 104 del 1992)**

3.3.4.3. Riabilitazione intensiva ed estensiva in strutture residenziali e semiresidenziali

Le strutture di riabilitazione che prendono in carico soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali in regime residenziale e semiresidenziale sono presidi della rete di riabilitazione ed operano in stretta integrazione con le strutture di degenza del sistema ospedaliero e con le strutture distrettuali territoriali, sia nella fase post-acuta per i pazienti provenienti dai reparti per acuti, sia nella fase di completamento del programma per i pazienti provenienti dalle unità operative di riabilitazione ospedaliera, sia per pazienti provenienti dal territorio

3.3.5. IL DIPARTIMENTO DI RIABILITAZIONE

Attuazione di dipartimenti interaziendali di Riabilitazione in ogni ATS

Il Piano di indirizzo proponeva l'istituzione dei Dipartimenti di riabilitazione “a garanzia della realizzazione di un adeguato percorso di cura riabilitativo” e della “forte integrazione organizzativa con i presidi privati accreditati eventualmente presenti sul territorio, secondo i principi di efficienza e di appropriatezza”.

Nel ribadire l'attualità e l'importanza degli obiettivi indicati dal Piano di indirizzo in materia di continuità assistenziale, alla luce di quanto accaduto in questi anni sembra necessario un percorso graduale che conduca a tale soluzione organizzativa e che consenta di superare la distanza tra le unità operative ospedaliere, sia pubbliche che private, e i servizi di tipo distrettuale (ambulatoriali, domiciliari, residenziali e semiresidenziali), caratterizzati da responsabilità gestionali diverse, da budget separati, da strumenti di valutazione autonomi e criteri di ammissione/dimissione non assimilabili. Potrebbe essere utile, quindi, iniziare il percorso dalla predisposizione, approvazione e

implementazione dei PDTA riabilitativi per le principali patologie e condizioni e dalla condivisione degli strumenti (scale di valutazione e modalità di redazione del Progetto riabilitativo individuale) volti a favorire l'integrazione dei percorsi.

3.3.5.1 rete regionale di riabilitazione – Organismo di coordinamento

(Decreto n 17185 del 10/12/2021 e relativa modifica del decreto DG Welfare n. 1828 del 17/2/2022)

Continuità del lavoro di raccordo tra il livello programmatico regionale, quello organizzativo gestionale delle aziende e tecnico scientifico degli operatori sociosanitari.

3.4. ASSISTENZA FARMACEUTICA E PROTESICA

3.4.1. ASSISTENZA FARMACEUTICA CONVENZIONATA

La Legge di Bilancio 2024, in fase di approvazione, dispone un cambiamento sostanziale nel campo del governo della spesa farmaceutica disponendo:

- all'articolo 43 la rideterminazione dei tetti della spesa farmaceutica che ha fissato in riduzione per il 2024 il tetto della spesa farmaceutica convenzionata nel valore del 6,8% del FSN, mentre il tetto per gli acquisti diretti è stato aumentato all'8,5% del FSN;
- all'articolo 44 (Modifiche alle modalità di distribuzione dei medicinali) è stata disposta la partenza del nuovo sistema di remunerazione delle farmacie a decorrere dal 1° marzo 2024 e viene messo in capo al MDS la definizione dell'elenco dei farmaci oggi classificati in A/PHT (che concorrono agli acquisti diretti) che passeranno in classe A (quindi nella spesa convenzionata).

Le ATS, nell'ambito delle competenze in materia di assistenza farmaceutica, sono tenute a perseguire gli obiettivi regionali contribuendo a garantire appropriatezza prescrittiva/erogativa e sostenibilità economica.

Le ATS e ASST dovranno garantire l'aderenza alle indicazioni regionali da parte degli attori del sistema attraverso il monitoraggio della spesa e degli andamenti prescrittivi, intervenendo con azioni di governance congiunte. Le ATS predisporranno i profili di costo dei principali farmaci oggetto di induzione ospedaliera, condividendo e definendo il prontuario alla dimissione con tutti gli erogatori. Le ATS e ASST opereranno in stretto raccordo per migliorare l'efficienza delle differenti modalità erogative rendendole organiche e funzionali ad un adeguato accesso alle cure da parte degli assistiti, sempre nel rispetto delle indicazioni nazionali e regionali.

3.4.2. INDIRIZZI 2024 SU NOTE AIFA E MODALITÀ DI AUTORIZZAZIONE DEI PRESCRITTORI PER I PIANI TERAPEUTICI

Si confermano gli indirizzi già in carico alle ATS ed alle ASST sulla gestione dell'appropriatezza prescrittiva dei medicinali e gli obiettivi già posti per le note AIFA 96, 97, 99 e 100 (oltre alla istituenda nota 101), nonché in merito alle prescrizioni dei medicinali biologici e relativi biosimilari ed a brevetto scaduto

Per quanto concerne i farmaci erogabili a seguito di PT o di Scheda di valutazione e prescrizione, dovrà essere assicurata la redazione *web-based*, al fine di garantirne la tracciabilità e la correttezza nella compilazione.

Nel 2024 si procederà con l'aggiornamento del percorso autorizzativo legato al profilo dei prescrittori al fine di conciliare i nuovi setting erogativi territoriali emergenti (es. case di comunità, smart clinic, poliambulatori...) con i requisiti previsti dalla norma per le specifiche prestazioni.

La struttura sanitaria di appartenenza dei medici prescrittori dovrà monitorare la loro attività prescrittiva anche nel caso in cui il medico appartenga a cooperative/fondazioni che gestiscono reparti di strutture sanitarie pubbliche o private accreditate in virtù di convenzioni/contratti

Sarà compito delle direzioni sanitarie censire i prescrittori, richiederne, ove previsto, autorizzazione o cancellazione certificando gli eventuali requisiti richiesti dalla norma vigente. Il medico dovrà essere dotato di carta SISS con profilo abbinato alla struttura accreditata e a contratto con SSR.

In merito alla redazione dei piani terapeutici si aggiunge che la modalità on line - ovvero attraverso l'utilizzo delle piattaforme in uso presso le diverse ATS ed in fase di unificazione - dovrà costituire l'utilizzo prioritario e consentirà alle strutture di evitare l'invio di copia del PT alle ATS di residenza del paziente. I modelli cartacei saranno utilizzabili solo in caso di disservizi documentati delle piattaforme on line e dovranno obbligatoriamente essere raccolti a cura delle direzioni strategiche delle strutture pubbliche o private accreditate ed inviati mensilmente ai servizi farmaceutici ATS.

ARIA assicurerà adeguati strumenti in termini completezza dei flussi consolidati e lettura delle prescrizioni (specifiche tipologia prescrittore ed abbinamento con eventuale struttura sanitaria, consumi in termini di ATC e DDD aggiornate...). Le ATS, con gli Uffici regionali, definiranno con ARIA le modalità e le tempistiche di pubblicazione dei dati necessari al monitoraggio al fine di consentire alle stesse di svolgere le attività individuate come prioritarie.

3.4.3. PROMOZIONE FARMACI EQUIVALENTI E BIOSIMILARI

Le ATS avranno come obiettivo la promozione della prescrizione del farmaco biosimilare come opzione terapeutica economicamente più sostenibile rispetto all'originator. A differenza di quanto avviene per i farmaci equivalenti, non è consentita la sostituibilità automatica tra farmaco biologico di riferimento e un suo biosimilare né tra biosimilari da parte del farmacista, la scelta di trattamento rimane infatti una decisione clinica affidata al medico prescrittore.

Per questo motivo è fondamentale sensibilizzare i prescrittori ospedalieri verso l'opzione terapeutica economicamente più vantaggiosa promuovendo l'utilizzo del biosimilare sia di uso ospedaliero che di induzione territoriale attraverso azioni di comunicazione/formazione condivise con gli erogatori ed analisi di merito sul consumo dei biosimilari in File F nel corso dell'anno, evidenziando, eventualmente, le aree terapeutiche critiche e quelle che presentano ancora margini di miglioramento.

3.4.4. ATTIVITÀ DI VIGILANZA E CONTROLLO

Richiamata la DGR 848 del 08/08/2023 portante "Determinazioni concernenti la Farmacia dei Servizi" e considerato che a livello centrale le Regioni hanno chiesto un modello unico nazionale, il gruppo di lavoro regionale sulla vigilanza nel corso del 2024 continuerà il lavoro sulle procedure

di vigilanza e l'annesso verbale ispettivo ricomprendendo la verifica delle nuove attività sanitarie della farmacia dei servizi.

3.4.5. ATS BERGAMO E DISTRIBUZIONE PER CONTO REGIONALE (FARMACI, AUSILI PER IL DIABETE, VACCINI E DISPOSITIVI)

Considerato che da più di dieci anni l'ATS di Bergamo, per il tramite della UO farmaceutica, sta gestendo per conto delle otto ATS lombarde l'attività della Distribuzione per conto dall'acquisto all'erogazione fino in farmacia non solo per i farmaci ma per i vaccini e gli ausili, e considerati i risultati ottenuti e la solidità del sistema, si può dichiarare superata la fase sperimentale del progetto, entrando cioè nella fase a regime.

La fase a regime, vista la strategicità della funzione di efficientamento del sistema, prevede l'autonomia della struttura di gestione DPC rispetto alla ATS e che la stessa sia, a partire dal 1 trimestre 2024, sotto la diretta competenza della DGW nell'ambito delle UO a valenza regionale.

L'art. 5, comma 5 ter, della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 prevede che "Al fine di potenziare il ruolo di governo e di indirizzo dell'assessorato al Welfare la Regione, per il tramite della direzione generale competente e in relazione a specifiche tematiche, si avvale di unità operative a valenza regionale allocate presso le ATS e coordinate direttamente dalle unità organizzative di riferimento della direzione generale Welfare. Tali unità operative coordinano la specifica tematica su tutto il territorio regionale. Con deliberazione della Giunta regionale sono individuate le unità operative a valenza regionale che operano secondo gli indirizzi delle relative unità organizzative regionali."

Come già evidenziato in precedenti deliberazioni di questa Amministrazione (cfr. dgr. n. 6608 del 30/06/2022), le unità operative a valenza regionale svolgono sia un ruolo di supporto all'azione di governance regionale che quello di coordinamento di alcune delle attività comuni a più ATS, al fine di garantire uniformità e rispetto dei requisiti di maggiore efficienza e qualità su tutto il territorio.

La medesima legge sopra citata assegna, altresì, alla Direzione Generale Welfare il compito di garantire la corretta erogazione dei LEA mediante azioni di governance, analisi performance, audit; ed alle Agenzie di Tutela della Salute un ruolo di erogazione dei LEA direttamente (controlli, sorveglianza, policy locali) o tramite erogatori pubblici o privati (programmazione, acquisto, e controllo delle attività degli erogatori) ed integrazione dei bisogni sanitari con i bisogni sociosanitari e sociali.

Sotto il profilo gestionale, le Unità Operative a valenza regionale: sono coordinate dalla Unità Organizzative di riferimento della DG Welfare; sono Strutture semplici o Strutture complesse in ragione della complessità e del volume di attività; per lo svolgimento delle attività di interesse regionale, gli obiettivi sono assegnati dalla Unità Organizzativa di riferimento della DG Welfare che ne valuta il raggiungimento; tali obiettivi concorrono alla valutazione del Direttore Generale della ATS.

In virtù di tale inquadramento, si provvede ad istituire presso ATS Bergamo, in applicazione del citato art. 5 della l.r. 33/2009, la seguente Unità Operativa complessa a valenza regionale, con funzioni di supporto all'Unità Organizzativa "Farmaceutica e dispositivi medici della DG Welfare" con la seguente denominazione: Centro Regionale per la gestione di Farmaci, Vaccini e Dispositivi Medici per Diabete per l'intero territorio regionale, attraverso la modalità Distribuzione Per Conto (DPC).

Si rimanda a successivi provvedimenti della Direzione Generale Welfare, da adottarsi entro il primo semestre del 2024, la definitiva approvazione degli assetti organizzativi e la formalizzazione degli obiettivi affidati alla UO a valenza regionale di cui al presente provvedimento.

3.4.6. FARMACIA DEI SERVIZI

3.4.6.1. Telemedicina in Farmacia

Considerato che in diverse Regioni i servizi di telemedicina in farmacia sono in fase di attivazione sperimentale, anche la DGW nel corso del 2024 procederà insieme a tutti gli stakeholders coinvolti a sviluppare il servizio nel territorio lombardo.

In questo contesto si potranno inserire anche singole proposte progettuali per l'erogazione di prestazioni di telemedicina (nello specifico **ECG, Holter pressorio, Holter cardiaco**) sotto il coordinamento della DGW.

3.4.6.2. Attività di Riconciliazione della Terapia Farmacologica

Nell'ambito della c.d. "farmacia dei servizi" si provvede a mettere a regime un ulteriore Servizio in sperimentazione, significativamente orientato alla prevenzione e volto alla sostenibilità del sistema sanitario, anche nell'ottica della riduzione dei tempi di intervento nei confronti delle richieste degli assistiti.

L'attività di **Riconciliazione della Terapia Farmacologica** rientra nell'ambito dei Servizi Cognitivi previsti dal progetto ministeriale della Farmacia dei Servizi. In estrema sintesi, e rimandando all'allegato parte integrante del presente provvedimento (**Appendice 3.3**) che contestualmente si approva, si tratta di un processo che, **partendo dal confronto tra la lista dei farmaci assunti dal paziente, eventuali integratori e/o altro (Ricognizione), e quelli che dovrebbero essere somministrati nella particolare circostanza, permette al Medico di giungere alla formulazione di una decisione prescrittiva farmacologica.**

Attraverso l'attuazione di tale Servizio, si concretizza ulteriormente la strategia della Direzione Generale che intende migliorare l'assistenza sanitaria sul territorio, sia delineando un modello di farmacia in grado di erogare ulteriori prestazioni rispetto alla dispensazione del farmaco che mettendo a frutto le competenze degli operatori sanitari ivi presenti.

Il documento che si approva descrive i processi, gli Attori coinvolti, le tempistiche e la documentazione necessaria per regolamentare ed implementare la sperimentazione del Servizio, rimandando ad un successivo accordo con le farmacie territoriali la definizione dei costi del servizio e delle reciproche obbligazioni.

3.4.6.3 Vaccinazione in farmacia

Entro il primo semestre 2024 le ulteriori vaccinazioni che potranno essere somministrate all'interno della farmacia dei servizi.

3.4.6.4 Sperimentazione modelli innovativi

Al fine di sperimentare modelli innovativi di intervento che promuovano lo stato di salute di soggetti che risiedono in zone particolarmente disagiate e lontane dai Presidi Sanitari e buone prassi volte a prevenire l'insorgenza di patologie croniche mediante la valutazione di fattori di rischio latenti, **è stata promossa l'iniziativa sperimentale definita dalla DGR 1432 del 23.11.2023 localizzata nel territorio di ATS della Montagna per l'inserimento di Point of care testing (POCT) nelle farmacie di ATS della Montagna.** Il progetto è considerato innovativo e in linea con gli indirizzi regionali volti a

migliorare l'equità di accesso ai servizi sanitari della popolazione indipendentemente dal luogo di residenza e dalle condizioni socio-economiche e trova il suo fondamento nell'art. 84 della lr 33/2009 che introduce la farmacia dei servizi oltre che nell'art. 7 comma 19 della medesima legge 33/2009, che **prevede per ATS Montagna la possibilità di sperimentare particolari modelli gestionali.**

3.4.7. ASSISTENZA FARMACEUTICA OSPEDALIERA

3.4.7.1. Semplificazione tracciato File F e nuovo tariffario

Richiamato il DM 23 giugno 2023 avente per oggetto “Definizione delle tariffe dell'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica” pubblicato sulla GU n.181 del 4-8-2023, che ha disposto per quanto concerne le tariffe dell'assistenza specialistica ambulatoriale l'entrata in vigore dal 1° gennaio 2024, le nuove tariffe di cui al DM danno indicazioni se nella tariffa è incluso o escluso il farmaco.

La DGW con un gruppo di farmacisti ospedalieri e di ATS, esperti nel tema e nella rendicontazione e controllo del File F, ha valutato l'impatto che potrebbe avere in termini anche di accessibilità alle prestazioni se si applicasse il nuovo tariffario nazionale che prevede che molti farmaci oggi rendicontati in File F siano ricompresi nella tariffa.

Considerato che la rendicontazione puntuale in File F dei farmaci somministrati/consegnati è importante non solo per il controllo della spesa ma anche per la garanzia della sicurezza verso il paziente, si dispone che la le tariffe di cui al nuovo nomenclatore siano tutte “escluso farmaco”, che dovrà essere quindi rendicontato nel File F, secondo il nuovo tracciato già trasmesso nel mese di ottobre 2023 alle strutture.

Diventa OBBLIGATORIO per il riconoscimento delle prestazioni di Fiel F erogate a partire dal 1° gennaio 2024 l'indicazione della prestazione associata.

3.4.7.2. File F e nuove terapie

Al fine di una corretta programmazione, è necessario definire:

- quali saranno i farmaci “importanti” che entreranno come disponibilità in ambito ospedaliero nel corso del 2024 e impatteranno in modo importante sia il modo di gestire i pazienti che la spesa;
- i farmaci che hanno perso il requisito di innovazione piena e quindi impatteranno sulla produzione del File F.

Per quello che riguarda le nuove terapie in arrivo, si precisa che AIFA sta autorizzando le seguenti terapie avanzate e non solo:

- Terapia genica per l'emofilia A;
- Terapia genica per l'emofilia B;
- Allargamento delle indicazioni dei farmaci per la fibrosi cistica
- Terapie Car-T: indicazioni già approvate e nuove indicazioni (es. mieloma multiplo).

Per una corretta gestione in una fase iniziale per quello che riguarda le nuove terapie geniche, considerata anche la necessità di una stretta verifica della loro efficacia e sicurezza per il paziente,

sarà necessario identificare strutture con ampia esperienza sia in ambito di studi accademici che di trattamento e gestione multidisciplinare all'interno della rete delle malattie rare (Hub e spoke).

Tra le terapie che hanno perso o che perderanno nel primo trimestre 2024 il requisito di innovatività piena, si possono evidenziare:

- le terapie Car-t -, che saranno finanziate per un importo di 37 milioni di euro per l'anno 2024, secondo i fabbisogni comunicati dai centri autorizzati sia pubblici che privati accreditati;
- farmaci oncologici (per alcune indicazioni) come pembrolizumab, ribociclib, olaparib, daratumumab;
- la terapia genica per la SMA - onasemnogene abeparvovec.

A questi si deve aggiungere la terapia genica per l'Emofilia B, di cui sarà autorizzato il Policlinico di Milano, e a cui si sono destinati ulteriori 10 milioni di euro.

Tutto ciò premesso, in questo contesto di risorse che sono ben definite e non infinite, si pone come obiettivo prioritario per tutte le strutture ospedaliere promuovere sia in ambito ospedaliero che alla dimissione la prescrizione dei farmaci biosimilari, nel rispetto delle indicazioni terapeutiche e della libertà prescrittiva del clinico.

Inoltre, è fondamentale l'attività di supporto da parte del gruppo regionale, costituito da farmacisti ospedalieri e territoriali, verso i referenti di ARIA (parte acquisti) per una corretta programmazione delle gare dei farmaci, tesa ad un utilizzo appropriato delle risorse economiche.

Ogni ATS dovrà programmare nel corso del 2024 e realizzare:

- Monitoraggio del File F e condivisione con gli erogatori;
- Comunicazione/formazione condivisa con le farmacie ospedaliere sulla promozione dei farmaci biosimilari.

Lo stesso si applica per i farmaci di origine non biologica che hanno perso il brevetto, considerando che le strutture pubbliche dovranno acquistare il medicinale a prezzo più basso risultante dalle gare ARIA.

3.4.7.3. Erogatori privati di File F e attività ATS

Per gli erogatori privati accreditati le ATS dovranno verificare che relativamente ai farmaci (biologici e non) che hanno perso il brevetto in File F venga rendicontato il prezzo reale di acquisto, che comunque non può essere superiore al prezzo più basso come normato dalla legge n. 405/2001 e s.m.i.

Diventa **OBBLIGATORIO** che le strutture private accreditate autorizzate ad oggi alla prescrizione delle terapie innovative compilino in modo corretto il File F, indicando la struttura pubblica che ha acquisto per conto delle stesse il farmaco innovativo.

Si introduce così un nuovo controllo:

- se il codice della struttura pubblica non è inserito, l'intero flusso File F della struttura privata accreditata verrà **RIFIUTATO** a livello di sistema di accoglienza regionale.

ARIA comunicherà quindi sia all'ATS (di competenza territoriale) che alla struttura erogatrice il rifiuto del Flusso File F.

3.4.7.4. Farmaci ai soggetti STP affetti da patologie croniche

Al fine di uniformare i comportamenti sul territorio, si conferma che per i soggetti STP l'erogazione dei medicinali per i soggetti cronici deve avvenire attraverso le strutture ospedaliere come erogazione DIRETTA, rendicontandola in File F (tipologia DD), fatte salve sperimentazioni territoriali attivate d'intesa con la Direzione Generale Welfare.

3.4.7.5. Farmaci anti-VEGF e Trattamento bilaterale

Facendo seguito alle richieste pervenute dai clinici ospedalieri circa la possibilità di somministrazione bilaterale dei farmaci anti VEGF inclusi nella Nota AIFA 98 (che sono Aflibercept (Eylea), Bevacizumab (L. 648/96), Brolucizumab (Beovu), Faricimab (Vabysmo), Ranibizumab (Lucentis e biosimilari)), si riportano di seguito i chiarimenti avuti dall'Agenzia Italiana del Farmaco.

Relativamente al registro multifarmaco semplificato dei trattamenti anti-VEGF intravitreali, AIFA ha confermato che, non essendo un registro finalizzato al monitoraggio stretto dell'appropriatezza prescrittiva, non contiene blocchi in relazione al trattamento bilaterale (i.e. inserimento di due prescrizioni, rispettivamente per il trattamento dell'occhio sx e dx, con la medesima data di prescrizione). Ciò vale per tutti i medicinali attualmente inseriti a monitoraggio nel registro degli intravitreali. Pertanto, i medici, nella prescrizione, sono tenuti a valutare il profilo beneficio-rischio di tutti i trattamenti disponibili, oltre che delle indicazioni riportate nella scheda tecnica dei medicinali, ove disponibile.

Di seguito si riporta quanto per ogni medicinale è attualmente indicato nei loro RCP (scheda tecnica autorizzata da EMA e AIFA) relativamente al trattamento bilaterale.

- Ranibizumab e biosimilari - Trattamento bilaterale

Dati limitati sull'uso bilaterale di Lucentis (che includono la somministrazione nello stesso giorno) non evidenziano un aumento del rischio di eventi avversi sistemici rispetto al trattamento unilaterale

- Brolucizumab - Trattamento bilaterale

La sicurezza e l'efficacia di brolucizumab somministrato in entrambi gli occhi simultaneamente non sono state studiate

- Aflibercept

La sicurezza e l'efficacia della terapia con Eylea somministrata contemporaneamente a entrambi gli occhi non sono state studiate in modo sistematico. Se si eseguisse il trattamento bilaterale nello stesso momento, ciò potrebbe portare ad un aumento dell'esposizione sistemica, che potrebbe aumentare il rischio di eventi avversi sistemici.

(Esistono comunque studi pubblicati su riviste scientifiche (ad esempio: Jama 2022; 328(4):348-359; Ophthalmologica 2019, 242: 1-7; Clinical Ophthalmology 2020, 14: 311-321), e si è in attesa dell'aggiornamento dell'EPAR).

- Faricimab - Trattamento bilaterale

La sicurezza e l'efficacia di faricimab, somministrato in entrambi gli occhi, contemporaneamente, non sono state studiate. Il trattamento bilaterale potrebbe causare reazioni avverse oculari bilaterali e/o potenzialmente portare ad un aumento dell'esposizione sistemica, che potrebbe incrementare il rischio di reazioni avverse sistemiche. Fino a quando non saranno disponibili i dati relativi all'utilizzo bilaterale, quanto detto costituisce un rischio teorico associato a faricimab

3.4.7.6. Prossimità delle terapie di file F

Premesso che la prossimità delle terapie è obiettivo che con il COVID è emerso in modo importante evidenziando la necessità di dare risposte concrete sul territorio, si dispone quanto segue.

Come già fatto ormai da alcuni anni per le terapie per i pazienti affetti da malattie rare dove è stato disposto che la terapia se prescritta da uno specifico presidio delle rete malattie rare può essere erogato dall'ASST più vicina al domicilio del paziente anche se non è presidio di rete per la specifica malattia, nel corso del 2024 questo modello dovrà essere applicato non solo alle terapie di farmaci per i malati rari ma anche agli altri pazienti, considerato che spesso loro o i loro caregivers sono costretti a spostarsi in modo importante (perdendo giornate lavorative) per ritirare le terapie.

È necessario fare una premessa: attualmente non esiste un PTOR regionale, e RL garantisce tutti farmaci come autorizzati da AIFA, questo principio deve essere garantito da tutte le ASST e IRCCS pubblici.

Quindi qualora dovessero pervenire richieste di erogazione di terapie prescritte da altri centri (anche fuori regione) non presenti nel Prontuario della singola struttura ma autorizzati da AIFA, questo non potrà essere un motivo ostativo alla presa in carico di prossimità di pazienti che hanno chiesto in modo lecito l'erogazione vicino al loro domicilio.

La DGW supporterà l'attività di presa in carico della prossimità attraverso la diffusione di un percorso regionale elaborato da un gruppo di lavoro esperto sul tema.

3.4.8. PROTESICA E ASSISTENZA INTEGRATIVA

3.4.8.1. Nuovo nomenclatore tariffario della protesica e assistenza integrativa

Il Decreto del Ministero della Salute, di concerto con il MEF, del 23 giugno 2023 sulle tariffe dei nuovi Livelli essenziali di assistenza (Lea), in attuazione del DPCM 12 gennaio 2017 aggiorna le tariffe delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e dell'assistenza protesica e integrativa fermi, rispettivamente, al 1996 e al 1999 e definisce le tariffe per le nuove prestazioni introdotte con i Lea nel 2017 in modo che siano erogate in modo uniforme su tutto il territorio nazionale.

Per quello che riguarda il nuovo nomenclatore della protesica il decreto ha disposto la sua entrata in vigore da aprile 2024, ma le Regioni hanno evidenziato numerose incongruenze e da agosto 2023 il gruppo di coordinamento interregionale, a cui partecipa anche Regione Lombardia, sta lavorando per definire un corretto percorso e aggiornamento delle tariffe.

Per il 2024 quindi l'obiettivo prioritario e unico, considerato l'impegno che verrà richiesto sarà da parte del GDL, come anche di tutti gli operatori coinvolti e gli stakeholder, di supportare ARIA per l'aggiornamento del sistema ASSISTANT-RL nell'adozione del nuovo nomenclatore.

3.4.8.2. Ruolo ATS, ASST, SUPI

Richiamata la riorganizzazione del territorio che ha definito in modo chiaro le attività della ATS, delle ASST e IRCCS, al fine di evitare situazioni di criticità che poi ricadono sull'assistito, aggiornando le disposizioni fino ad oggi vigenti ma in contrasto con l'assetto attuale delle strutture si dispone quanto segue .

ATS. I servizi farmaceutici delle ATS sono competenti per la parte dell'assistenza integrativa erogata tramite le Farmacie convenzionate, sia in termini erogativi che di controllo dei fornitori.

Per quello che riguarda gli specialisti prescrittori sia dell'assistenza protesica che dell'assistenza integrativa, si ricorda il sistema di autorizzazione/attribuzione delle credenziali è in capo alle ATS (provisioning), quindi le competenze su controlli e aggiornamenti delle anagrafiche sono in capo alle stesse.

Alla luce del fatto che fino ad oggi le anagrafiche degli specialisti prescrittori non sono sempre state oggetto del necessario periodico aggiornamento, per l'anno 2024 si individua come obiettivo prioritario delle ATS il controllo e l'aggiornamento con cadenza semestrale dell'Elenco prescrittori del proprio territorio richiedendo alle strutture la verifica di questi elenchi e dandone comunicazione delle attività svolte alla competente struttura della DGW (entro luglio e entro dicembre).

3.4.8.3. Assistenza integrativa – NUOVO MODULO NEFROPATIA

A seguito dei dati forniti dalle ATS sulle attuali forniture di alimenti aproteici, dalle stesse autorizzate, erogate ai pazienti nefropatici in attesa di dialisi, è emerso un quadro di disomogeneità di prescrizioni/autorizzazioni sia in termini di prodotti che di quantità erogate per la stessa tipologia di paziente, determinata anche dal fatto che ad oggi non sono presenti indicazioni uniformi prescrittive né regionali né nazionali a livello nutrizionale.

Considerato che nel territorio gli accordi locali sono presenti e pertanto l'erogazione degli alimenti ai pazienti continua ad essere garantita, al fine di arrivare ad un modello unico di presa in carico di questi assistiti seguendoli anche nella parte nutrizionale, l'attivazione del progetto regionale Nefropatia è subordinata all'emanazione di linee guida regionali sulla corretta alimentazione aproteica e ipoproteica per i soggetti nefropatici in attesa di dialisi.

Nei primi mesi del 2024 gli uffici competenti della DGW con i clinici nutrizionisti e il personale dietista definiranno le necessarie indicazioni in ambito nutrizionale sulla base delle quali saranno stabiliti i valori di budget mensile, legandolo così ad una corretta alimentazione; sino ad allora resta immutata la modalità di assistenza sui diversi territori

3.4.8.4. Celiachi@RL e libera circolazione degli assistiti

Oggi il sistema Celiachi@RL è in uso presso 8 Regioni:

- Friuli-Venezia Giulia
- -Prov. Autonoma di Bolzano
- -Veneto
- -Lombardia
- -Liguria
- -Toscana
- -Lazio
- -Abruzzo

Si prevede in accordo con queste regioni di attivare:

- l'accesso tramite APP Celiachia al servizio che potrà abilitare anche soluzioni e-commerce;
- l'avvio della circolarità dei cittadini nelle regioni aderenti

La soluzione delle circolarità avrà un impatto favorevole sui cittadini lombardi e delle regioni aderenti, anche in relazione alla “mobilità turistica” in quanto sarà possibile superare le attuali prassi come quella di effettuare una fornitura di più mesi nei periodi poi estivi. Inoltre, fornirà risposta anche alla normale mobilità con possibilità dei cittadini di spendere il budget disponibile in qualsiasi negozio, Farmacia o negozio di supermercato di ogni regione aderente.

Nel corso del 2024 perciò viene dato mandato ad ARIA di procedere con i necessari sviluppi della piattaforma per abilitare i Servizi descritti.

3.4.8.5. Diabetica – conclusione progetto sostituzione glucometri

Tenuto conto delle esigenze emerse nel corso del progetto di “Sostituzione Glucometri” avviato nel 2023 che coinvolge ben 400.000 Assistiti, la cui conclusione è prevista nel primo trimestre del 2024, è emersa l’esigenza di intervenire sul modulo della Diabetica in Automonitoraggio per semplificare e/o riprogettare alcuni processi che riguardano tutti gli attori coinvolti, dai medici prescrittori agli Assistiti, dalle ATS alle Farmacie, con un impatto anche sul contenimento dei costi.

Si prevede di intervenire sulla semplificazione della prescrizione dei glucometri e dei pungidito attivando la distribuzione per conto di tali presidi per tutti gli assistiti, indipendentemente dalla tipologia di diabete.

Gli assistiti avranno la possibilità di ritirare i glucometri nelle Farmacie Territoriali immediatamente dopo la registrazione del prescrittore nella Piattaforma Regionale, a garanzia del tempestivo avvio del piano di cura.

Determinati controlli supporteranno l’operatività delle Farmacie nella fase di consegna del modello di Glucometro e di altri presidi scelti dal medico prescrittore.

Infine, l’Assistito avrà la possibilità di richiedere in anticipo le quantità di presidi necessari per la corretta aderenza terapeutica nei casi in cui si rechi all’estero o in altra regione per motivi di studio o lavoro.

3.4.8.6. Prescrizione ed erogazione a carico del SSR di microinfusori, sensori e FGM

Dal 1° gennaio 2024 il documento, avente per oggetto “Prescrizione ed erogazione a carico del SSR di microinfusori, sensori e FGM” allegato al presente provvedimento (**Appendice 3.4**), costituisce le disposizioni regionali per la prescrizione a carico del SSR di microinfusori, sensori e FGM.

Ogni altra disposizione o linea guida locale deve essere considerata superata e non più vigente dal 1° gennaio 2024; le nuove disposizioni si applicano ai pazienti *naive* (cioè a quelli che per la prima volta avranno la prescrizione di questi dispositivi), per i pazienti già in trattamento il clinico dovrà rivalutare la prescrizione alla luce delle nuove disposizioni alla prima visita utile.

Il documento è stato il frutto del lavoro dei clinici lombardi, condiviso con le Associazioni pazienti.

Sarà poi valutata la proposta di distribuzione per conto con le farmacie anche di questi dispositivi ai pazienti per facilitare l’accesso alla fornitura.

3.4.8.7. Dispositivo-vigilanza

Con Decreto del Ministero della Salute del 31 marzo 2022, pubblicato in GU il 16 Aprile 2022, è stata istituita la “Rete Nazionale per la Dispositivo-Vigilanza e del Sistema Informativo a supporto della stessa”. Dal 13 ottobre 2022 la Rete Lombarda è pienamente operativa in quella nazionale.

È responsabilità in capo alle strutture (ASST, ATS, IRCCS pubblici e privati) in caso di variazioni o sostituzioni del RLV, comunicare alla Regione entro 10 giorni il nuovo nominativo che sarà abilitato in NSIS ad accedere alla “Rete” ed alla piattaforma Dispovigilance. Inoltre, ogni RLV deve effettuare il primo accesso a NSIS e a Dispovigilance entro 7 giorni e deve fare un accesso alla “Rete” almeno ogni 3 mesi, le credenziali di accesso vengono infatti bloccate dopo 90 giorni di inutilizzo.

I due adempimenti da parte delle strutture sarà monitorato attentamente dalla DGW, rientrando anche negli obiettivi nazionali come Adempimenti per i LEA, che comunicherà ogni 6 mesi le strutture inadempienti al Ministero della Salute.

3.4.9. FARMACOVIGILANZA

3.4.9.1. Centro regionale di Farmacovigilanza – nuova collocazione

Nel solco di quanto statuito con la deliberazione n. XII/850/2023 recante “Ulteriori determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l’anno 2023” si provvede a rendere concretamente operativo il coordinamento del Centro Regionale di Farmacovigilanza presso la nuova collocazione nella Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori di Monza.

A tal fine si adotta in questa sede il nuovo testo convenzionale tra Regione Lombardia – Direzione Generale Welfare e Fondazione al fine di regolamentare i rapporti per la gestione ed il funzionamento del Centro Regionale di Farmacovigilanza. Fondazione assicurerà nel triennio 2024-2026 la piena operatività del CRFV garantendo il supporto tecnico-scientifico ed amministrativo per il funzionamento del Centro, ivi compresa la esecuzione dei compiti essenziali e delle attività complementari, documentali e di monitoraggio a questo assegnate dalla normativa vigente (**Appendice 3.5.**).

Il CRFV è funzionalmente dipendente dalla Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia – Unità organizzativa “Farmaceutica e dispositivi medici”. La struttura organizzativa prevede che, nell’espletamento dei compiti ad esso attribuiti, il Responsabile Regionale di Farmacovigilanza si avvalga dell’operato di due referenti in modo tale da assicurare la cura di tutti gli ambiti di competenza del CRFV, compreso il monitoraggio sullo stato di attuazione dei progetti di farmacovigilanza.

3.5. AMBITI PRIORITARI E TRASVERSALI

3.5.1 Evoluzione del modello di presa in carico del paziente cronico

Il modello di presa in carico del paziente cronico è stato introdotto con l’avvio dell’attuazione della legge regionale n. 23/2015 ed è stato pienamente promosso dall’Agenas nella sua valutazione sulla legge 23/2015. Agenas ha, infatti, evidenziato che gli utenti presi in carico:

- hanno avuto una minor necessità di cure ospedaliere;
- un minor numero di accesso al pronto soccorso;

- risultati di saluti migliori rispetto a quando non erano stati presi in carico.

L'avvento della pandemia che ha comportato la rimodulazione continua dell'offerta sanitaria ha, purtroppo, interrotto bruscamente lo sviluppo del percorso di presa in carico nel 2020 e nel 2021.

La recente legge regionale n. 22/2021 ha, tuttavia, ridato slancio al modello di presa in carico prevedendo:

- la centralità della medicina territoriale per dare impulso alla presa in carico;
- la centralità della casa di comunità quale luogo fisico nel quale sviluppare e potenziare la presa in carico e l'integrazione professionale;
- nuovi strumenti a disposizione della medicina territoriale affinché vi sia una maggior platea di persone prese in carico.

Fermo restando che il soggetto centrale della presa in carico dei pazienti cronici debba essere il Medico di Medicina Generale (MMG), per il 2024 si prevede una revisione del modello di presa in Carico così come definito nelle DD.G.R. n. X/6164/17 e X/6551/17 e successivamente richiamato nelle DD.G.R. n. XI/1046/2018, n. XI/1591/2019, n. XI/1906/2019.

Viene confermata l'importanza: dell'arruolamento proattivo da parte del MMG verso i propri assistiti, della valutazione clinica del paziente, della garanzia dell'aderenza terapeutica tramite la pianificazione delle prestazioni e del corretto supporto ai cittadini cronici e fragili che richiedono continuità nell'azione di prevenzione e cura.

3.5.1.1. Possibili scenari per il MMG

Gli MMG hanno tre scenari di adesione al percorso di presa in carico:

La presa in carico dei pazienti cronici avrà come soggetto centrale il Medico di Medicina Generale (MMG).

Ferma restando la titolarità del MMG nella stesura del PAI (Progetto di assistenza individuale integrata, così come definito dal DM 77/2022), agli MMG vengono prospettati due scenari di adesione al percorso di presa in carico:

- aderire alla cooperativa con l'iter in essere;
- non aderire alla cooperativa e utilizzare il centro servizi dell'ASST di riferimento.

3.5.1.2. Numerosità dei pazienti cronici presi in carico

Nell'accordo integrativo regionale (AIR) verrà inserito l'obiettivo di presa in carico di una percentuale, definita per ciascun livello di cronicità, di pazienti cronici, come già richiamato nel paragrafo precedente.

Nell'AIR dovranno essere previste le modalità di assegnazione dell'obiettivo al singolo MMG o alle AFT; nel secondo caso le ASST lo declineranno ai distretti e successivamente alle AFT, quale somma degli obiettivi dei MMG che vi appartengono.

3.5.1.3. Modalità di arruolamento

I **pazienti cronici** saranno individuati in base al possesso di almeno un'esenzione per patologia e raggruppati in tre livelli:

- Livello 1: pazienti con più di 3 esenzioni

- Livello 2: pazienti con 2-3 esenzioni
- Livello 3: pazienti con 1 esenzione

Esulano dal modello di Presa In Carico quei pazienti le cui patologie rientrano in quelle definite “complesse” da un successivo provvedimento. Pertanto, i pazienti con queste caratteristiche verranno definiti “complessi”.

Presa in carico da parte del MMG

L'arruolamento dei pazienti, ad eccezione di quelli identificati come “complessi”, avverrà da parte degli MMG che prenderanno in carico i pazienti indipendentemente dal livello di complessità. Sarà quindi **un arruolamento proattivo**, valorizzando il rapporto di fiducia tra medico e paziente assistito.

Percorsi interni gestiti dall'ASST

I pazienti “complessi” e già presi in carico dagli Enti, quindi riconducibili a percorsi interni, restano in carico agli Enti stessi, i quali dovranno provvedere alla gestione completa del percorso di cura (prescrizione, prenotazione, erogazione e monitoraggio). Tale processo viene definito come **“Presa in carico ospedaliera”**. La presa in carico è comunicata al MMG di riferimento entro 20gg dalla data di definizione del percorso

Le strutture ospedaliere pubbliche e private dovranno prendere inoltre in carico i pazienti all'atto delle dimissioni assicurando su tutti i presidi del territorio le prenotazioni delle prestazioni prescritte per il percorso di cura.

L'ente per la presa in carico ospedaliera dovrà definire percorsi clinici identificati e standardizzati, per i quali non è richiesta la stesura del PAI.

I percorsi clinici, in base alla patologia complessa, dovranno prevedere che almeno la maggior parte delle prestazioni indicate siano svolte internamente nell' Asst o presso le case di comunità afferenti al territorio, o presso un ente erogatore convenzionato. Le modalità organizzative per la gestione dei pazienti da prendere in carico sono nell'autonomia delle aziende.

La verifica dell'aderenza e il monitoraggio dell'attività di presa in carico ospedaliera per gli enti sanitari pubblici sarà inserita negli obiettivi dei Direttori Generali e costantemente monitorata dalla Direzione Generale Welfare.

Qualora la condizione clinica di un assistito, già preso in carico dal suo MMG, peggiori e si renda necessaria una presa in carico a livello ospedaliero, l'assistito esce temporaneamente dalla PIC ed entra nel percorso interno dell'ente. Le modalità specifiche saranno definite con un successivo provvedimento.

3.5.1.5. Prioritizzazione delle prenotazioni

Le prestazioni dovranno essere prenotate prioritariamente, ove possibile, presso una delle Case di Comunità dell'ASST a cui afferisce l'MMG.

Le ASST dovranno garantire la messa a disposizione degli slot dedicati alla cronicità e prenotabili da parte dei gestori. Come previsto dalla DGR n. XI/2672/2019 per una maggiore garanzia dell'attuazione delle prestazioni previste nel PAI, si stabilisce l'obbligo per gli enti erogatori di formalizzare annualmente specifici accordi con i propri gestori riguardo alla messa a disposizione degli slot dedicati alla cronicità. In tali accordi dovrà altresì essere regolamentata con specifica

clausola di salvaguardia la modalità per rendere nuovamente disponibili gli slot in caso di mancato utilizzo da parte del gestore.

3.5.1.6. Remunerazione

La remunerazione del PAI per l'MMG e della tariffa di presa in carico per il centro servizi resta invariata.

3.5.1.7. Indicatori di processo e di esito

La Direzione Generale Welfare provvederà ad aggiornare ed implementare gli indicatori già esistenti per il riconoscimento del saldo agli enti gestori.

Pertanto, è necessario:

1. Individuare altri indicatori di processo che consentano di verificare che il centro servizi della cooperativa abbia svolto le attività di case management previste.
2. Raccogliere dalle cooperative un report nel quale vengano documentate in modo analitico tutte le attività di case management erogate (prenotazioni effettuate, monitoraggi attivati, etc.), con evidenza dei fattori produttivi impiegati per erogarle (numero addetti, sistemi informativi, etc.)
3. Individuare un indicatore di esito che permetta di misurare, anche in via indiretta, se il processo di presa in carico abbia garantito migliori risultati ai pazienti, rispetto alla coorte dei non presi in carico.

3.5.1.8. Provvedimenti attuativi e transizione

Con successivi provvedimenti, entro il primo semestre 2024, saranno definite le regole di attuazione del nuovo modello nonché previste le indicazioni per la gestione del transitorio.

Nel contempo, si garantisce la continuità delle attività secondo le modalità, gli strumenti e i servizi in essere, al fine di garantire il corretto supporto ai cittadini cronici.

3.5.1.9. Finanziamento

L'attività della presa in carico sarà finanziata con una quota di 42 mln/Euro, di cui 10 mln/Euro per il pagamento dei PAI agli MMG e 32 mln/Euro per la tariffa di presa in carico.

3.5.2 LISTE DI ATTESA

Nel 2024 la DG Welfare proseguirà con le azioni mirate alla riduzione delle liste di attesa, sia ambulatoriale che di ricovero, monitorando non solo gli indicatori di rispetto dei tempi previsti dalla classe di priorità al momento della prescrizione della prestazione, ma anche alcuni aspetti trasversali alle liste di attesa che incidono inevitabilmente su queste e che, se controllati ed efficientati, possono contribuire a un loro miglioramento.

3.5.2.1. Appropriately prescrivibile

Nell'ambito della appropriatezza prescrivibile verranno inseriti i criteri RAO (Raggruppamenti di Attesa Omogenei) all'interno delle cartelle dei Medici di Medicina Generale così che siano facilmente utilizzabili come linee guida e forniscano indicazioni finalizzate ad una prescrizione più puntuale relativamente all'utilizzo delle classi di priorità. Saranno, inoltre previsti, per le prescrizioni in ambito gastroenterologico e angiologico, percorsi aggiuntivi volti a facilitare

attraverso l'integrazione di quesiti diagnostici con i criteri RAO, la priorità clinica maggiormente consona al bisogno del cittadino.

Sarà avviato un progetto sperimentale sull'area oculistica volto a ridurre l'ingente domanda di prime visite specialistiche e a reindirizzarla ai Medici di Medicina Generale e agli Ortottisti. Nel dettaglio, si sta valutando la possibilità di mettere a disposizione di MMG l'apparecchiatura, i.e. retinografo, necessaria ad effettuare l'esame del fundus oculi - che sarà effettuato in collaborazione con gli ortottisti - così da "alleggerire" le liste di attesa per la visita oculistica ed intercettare preventivamente eventuali diagnosi che necessitino di una prestazione effettuata da un medico specialista oculista. Gli MMG e gli ortottisti potranno, tramite teleconsulto, rivolgersi ai medici specialisti in caso vi siano dubbi.

3.5.2.2. Grandi apparecchiature

Le prestazioni di radiologia che sfruttano le grandi apparecchiature (TC, RM, MMI), soprattutto negli enti erogatori pubblici, sono oggetto di lunghe liste di attesa e per questo, con DGR n. XII/88 del 3 aprile 2023, l'efficientamento della produzione del reparto di Radiologia è stato identificato come uno dei punti principali su cui lavorare per migliorare le liste di attesa, istituendo un gruppo di lavoro specifico con lo scopo di sviluppare strategie di ottimizzazione

3.5.2.3. Tempario

La Direzione Generale Welfare prevede di istituire nel 2024 un tempario unico regionale, coerente con il nomenclatore tariffario, finalizzato ad omogeneizzare le tempistiche di erogazione delle prestazioni di diagnostica e di prima visita così da efficientare il processo ed omogeneizzare la definizione delle agende su tutto il territorio regionale.

3.5.2.5. Flussi

La Direzione Generale Welfare per poter effettuare una corretta programmazione dell'offerta sanitaria disponibile sul territorio regionale, ritiene necessario apportare integrazioni ai flussi informativi esistenti, nonché implementare nuovi flussi. Nello specifico, è emersa la necessità di avere una fotografia delle prestazioni erogate in regime di solvenza, sia out of pocket sia attraverso fondi/assicurazioni. Sarà richiesto, pertanto, agli Enti Erogatori Pubblici, Privati Accreditati e Privati Autorizzati di compilare in maniera obbligatoria il campo relativo al regime di erogazione della prestazione, integrandolo con ulteriori variabili.

3.5.2.5. ricetta dematerializzata -DEM

Viene adottata, per il 2024, una sistematicità nella gestione delle DEM, al fine di migliorare i valori percentuali di adozione della ricetta dematerializzata che, per gli specialisti ospedalieri, dovranno raggiungere il 100% delle prescrizioni prescrivibili con ricetta dematerializzata. Come leva per la loro adozione, verrà messo il raggiungimento di questa percentuale come indicatore nei prossimi obiettivi dei Direttori Generali.

3.5.2.6. No Show

Per ridurre la perdita di slot causata dal no show, DG Welfare sta valutando la fattibilità dell'applicazione delle sanzioni a tutti i cittadini, esenti o non esenti, che non provvederanno a cancellare gli appuntamenti delle prestazioni entro i termini previsti.

3.5.2.7. Dashboard

Nel corso del 2024 verrà resa disponibile alle ATS e alle ASST la prima versione del Modulo BI/*Advanced Analytics*, previsto dalla DGR n. XII/514 del 26 giugno 2023, alimentato dagli attuali

flussi informativi acquisiti del *DataWarehouse* Regionale (Prescrizioni dematerializzate, Prenotazioni della Rete Regionale Prenotazioni, Erogazioni ambulatoriali, ecc.). Tramite tale modulo sarà possibile:

- analizzare i volumi e gli andamenti temporali delle prescrizioni per varie dimensioni di analisi (e.g. tipologia di prescrizione, ATS e tipologia di prescrittore, classe di priorità);
- analizzare i volumi e gli andamenti temporali delle prenotazioni per varie dimensioni di analisi (e.g. ente erogatore, classe di priorità, appuntamenti entro e fuori soglia);
- analizzare i volumi e gli andamenti temporali delle erogazioni per varie dimensioni di analisi (e.g. ente erogatore, classe di priorità, erogazioni entro e fuori soglia).

Nel corso del 2024 saranno estese le funzionalità del sistema anche in base alle indicazioni che emergeranno dal gruppo di lavoro regionale che verrà appositamente costituito allo scopo.

Il sistema, dunque, evolverà nei prossimi anni per successive versioni, progressivamente e continuativamente, integrando le informazioni e le potenzialità in maniera coordinata con la realizzazione e la diffusione del nuovo CUP unico regionale ed il Modulo prescrittivo regionale previsti dalla DGR.

3.5.2.8. Ulteriori precisazioni in merito alla delibera n. XII/511 del 26 giugno 2023 ad oggetto “Approvazione del Piano operativo regionale per il contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero previste nel PNGLA e ulteriori azioni sull’appropriatezza prescrittiva”.

Con riferimento alla Dgr n.XII/511 del 26 giugno 2023 e ai contenuti in essa indicati, si forniscono le seguenti precisazioni per i contratti sottoscritti con gli erogatori nel 2023, e si dà mandato alle ATS di applicarne le direttive nei territori di propria competenza:

- la valutazione del grado di raggiungimento dell’obiettivo sarà proporzionale alla numerosità delle prestazioni aggiuntive erogate in coerenza con quanto negoziato con le differenti ATS;
- la base di calcolo sarà al netto dei volumi di prestazioni erogate e finanziate con i contratti di scopo, fermo restando il volume delle prestazioni aggiuntive negoziate per l’anno 2023;
- eventuali spostamenti dal budget delle prestazioni di ricoveri al budget delle prestazioni ambulatoriali non saranno considerati nella base di calcolo del budget dell’anno successivo, in caso siano stati trasferiti per coprire la produzione superiore al 106% nell’anno 2022.

Per quanto riguarda infine i chiarimenti riguardanti la sospensione dei meccanismi di decurtazione e premialità previsti dalle DDGR n. XI/5883 del 24/01/2022 e n. XI/6255 del 11/04/2022, tale sospensione opererà nei confronti di tutti gli enti, sia pubblici che privati, che erogano prestazioni sanitarie e che la sospensione riguarda tutte le prestazioni e non solo quelle previste dalla DGR n. XII/780/2023.

3.5.2.9. Linee guida programmazione e monitoraggio dell’offerta sanitaria

Si richiamano di seguito le modalità di accesso alle prestazioni ambulatoriali.

Primo accesso

Accesso in cui il problema attuale del paziente viene affrontato per la prima volta e per il quale viene formulata un preciso quesito diagnostico, accompagnato dall'esplicita evidenza in fase prescrittiva di "primo accesso".

Possono essere anche considerati primi accessi quelli effettuati da pazienti noti, affetti da malattie croniche, che presentino una fase di riacutizzazione o l'insorgenza di un nuovo problema, non necessariamente correlato con la patologia cronica, tale da rendere necessaria una rivalutazione complessiva e/o una revisione sostanziale della terapia.

Per le prestazioni di primo accesso si utilizzano le classi di priorità:

- U (URGENTE) da prenotare entro 48 ore (2 giorni lavorativi incluso il sabato) dalla data di prescrizione. Da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore (3 giorni lavorativi incluso il sabato) dalla presentazione della richiesta da parte del cittadino. Le informazioni per la prenotazione di queste prestazioni devono essere sempre fornite al cittadino qualsiasi sia il canale di prenotazione da lui scelto;
- B (BREVE) da eseguire entro 10 giorni dalla data di presentazione della richiesta da parte del cittadino;
- D (DIFFERIBILE) da eseguire entro 30 giorni per le visite o 60 giorni per gli accertamenti diagnostici dalla data di presentazione della richiesta da parte del cittadino;
- P (PROGRAMMATA) da eseguire entro 120 giorni dalla data di presentazione della richiesta da parte del cittadino.

Le prestazioni di primo accesso vengono rendicontate in 28 SAN con “*Tipo di prestazione*”:

U: prestazioni urgenti differibili, la cui urgenza non comporti l'accesso del paziente alle strutture di urgenza-emergenza e per le quali viene attivata, da parte delle strutture accreditate, una via differenziata in modo da rispondere alle esigenze espresse nell'ambito delle 72 ore lavorative dalla presentazione della richiesta da parte del cittadino. L'utilizzo della U in *tipo prestazione* corrisponde alle prestazioni prescritte in classe di priorità U.

O: prestazione di carattere ordinario che corrisponde in fase di prescrizione alle classi di priorità B-D-P

In coerenza con la Dgr. n. XI/1865/2019 Il cittadino utente si impegna a presentare la richiesta alla struttura scelta in tempi coerenti alla priorità indicata sulla prescrizione: in questo modo ha diritto ad usufruire della prestazione nei tempi indicati dalla classe di priorità a partire dal momento della richiesta di prenotazione. Tali tempistiche, qui di seguito declinate, sono da ritenersi coerenti rispetto ai tempi previsti per ciascuna priorità:

- U Urgente: 72 ore
- B breve: entro 10 giorni solari
- D differita entro 30/60 giorni solari
- P programmabile entro 120 giorni solari.

Se il cittadino presenta la richiesta di prenotazione di una prestazione in un tempo maggiore rispetto alla classe di priorità indicata dal prescrittore (nelle classi B o D), la struttura erogatrice si impegna ad erogare la prestazione nei tempi indicati dalla classe di priorità immediatamente successiva.

- tempo di presentazione ricetta classe B >20 gg = tempistiche previste dalla classe D (30/60)

gg);

- tempo di presentazione ricetta classe D >40/70 gg = tempistiche previste dalla classe P (120 gg).

Si precisa altresì che qualora il cittadino non accetti la prima data prospettata il tipo di prescrizione non deve essere modificato in Z (controllo programmato).

Qualora il cittadino non abbia accettato la prima data prospettata, l'Ente deve obbligatoriamente compilare il campo 'prima data prospettata'.

Il CUP aziendale nel caso in cui non vi sia disponibilità nel proprio Ente entro la tempistica prevista nella ricetta deve, in via preferenziale, ricorrere all'utilizzo del GP ++ per verificare la disponibilità presso altri Enti. **Si stabilisce che qualora non ci fosse la disponibilità neanche su altri enti del proprio territorio l'ente sanitario deve attivare il modello basato su "liste di presa in carico della prenotazione di prestazioni sanitarie e socio sanitarie", presso le ASST, gli IRCCS di diritto pubblico, e le Strutture private accreditate e a contratto secondo quanto disposto dalla DGR n. XI/5747 del 21/12/2021 e successive note attuative.**

Visita o esame di controllo (follow-up)

- visita o accertamenti diagnostici strumentali successivi ad un inquadramento diagnostico già concluso che ha definito il caso ed eventualmente già impostato una terapia. In esse il problema viene rivalutato dal punto di vista clinico e la documentazione sanitaria esistente viene aggiornata: si tratta di prestazioni finalizzate, ad esempio, a seguire nel tempo l'evoluzione di patologie croniche, valutare a distanza l'eventuale insorgenza di complicanze, verificare la stabilizzazione della patologia o il buon esito dell'intervento, indipendentemente dal tempo trascorso dal primo accesso;
- le prestazioni successive al primo accesso e programmate dallo specialista che ha già preso in carico il paziente (comprese le prestazioni di 2° e 3° livello rese a pazienti ai quali è già stato fatto un inquadramento diagnostico che necessitano di approfondimento);
- tutte le prestazioni prescritte con l'indicazione del codice di esenzione per patologia sulla ricetta fatte salve le situazioni che presentano una fase di riacutizzazione o l'insorgenza di un nuovo problema, non necessariamente correlato con la patologia cronica, tale da rendere necessaria una rivalutazione complessiva e/o una revisione sostanziale della terapia.

Le prestazioni di controllo vengono rendicontate in 28 SAN come "*Tipo di prestazione*" Z.

Data di prescrizione

È la data di compilazione da parte del prescrittore della richiesta (prescrizione SSN) di prestazioni ambulatoriali.

La data di prescrizione è rendicontata nel flusso 28 SAN come "*data di compilazione*"

A partire da tale data e fino al momento della prenotazione le prestazioni prescritte sono prenotabili presso qualsiasi struttura pubblica o privata contrattualizzata.

Data di prenotazione/contatto

È la data in cui il soggetto che deve richiedere la prestazione entra in contatto ossia prenota attraverso il sistema di prenotazione. La data di prenotazione/contatto è un concetto riferibile a qualunque modalità di accesso al sistema di prenotazione.

In fase di rendicontazione sulla 28 SAN questa data è identificata dal campo “*data di prenotazione*”, ossia la data in cui viene effettuata la prenotazione delle prestazioni da parte del cittadino.

Data di erogazione

È la data in cui la prestazione viene effettivamente erogata al cittadino. Nel caso in cui la prestazione consista in un pacchetto o ciclo di prestazioni, va considerata come la data di inizio dell'erogazione.

In fase di rendicontazione nel flusso 28 SAN questa data era definita come “*data di contatto*” e viene modificata a far data dalle erogazioni dal 1° gennaio 2024 in “*data erogazione*”, mentre la data di fine trattamento coincide con il campo 28 SAN “*data di fine erogazione*”.

Prima data prospettata

Corrisponde alla data di prima disponibilità di erogazione: è la prima data proposta dal sistema di prenotazione all'utente al momento del contatto tenendo conto della classe di priorità indicata dal prescrittore.

In fase di rendicontazione nel flusso 28 SAN è la prima data prospettata all'utente per l'erogazione della prestazione, da compilarsi obbligatoriamente per i primi accessi nei casi in cui l'utente scelga una data successiva alla prima data prospettata.

Qualora il cittadino non abbia accettato la prima data prospettata e abbia prenotato attraverso il CUP aziendale, l'Ente deve obbligatoriamente compilare il campo ‘prima data prospettata’.

Tempo di attesa

È definito come il tempo che intercorre tra il momento della prenotazione di una prestazione di specialistica ambulatoriale e il momento dell'erogazione. Il tempo di attesa, tuttavia, può essere calcolato sia ex ante, indicando il tempo prospettato all'utente al momento della prenotazione, che ex post, indicando il tempo effettivo che il paziente ha atteso per ricevere la prestazione.

Nel caso in cui sia compilato il campo “prima data prospettata”, il tempo di attesa sarà calcolato come differenza tra data di erogazione e prima data prospettata.

Laddove il tempo intercorso tra la prescrizione e la data di contatto superi le soglie di 20 giorni per la classe B e 40 (visite)/70(diagnostica) per la classe D, il tempo di attesa è calcolato sulla classe di priorità successiva come specificato di seguito:

- tempo di presentazione ricetta classe B >20 gg = trasformazione in classe D (30/60 gg);
- tempo di presentazione ricetta classe D >40/70 gg = trasformazione in classe P (120 gg).

Gli atti normativi regionali e nazionali prevedono la garanzia del tempo di attesa almeno nel 90% dei casi.

L'ambito di garanzia è a livello di ATS non di singolo Ente Erogatore.

Regime di erogazione

Sono oggetto di rendicontazione attraverso il flusso informativo, sia le prestazioni rese a carico del SSR che le prestazioni rese in regime di solvenza e/o libera professione specificando nel flusso 28 SAN, campo “regime di erogazione”:

- onere 4: Prestazione effettuata in solvenza, senza oneri economici a carico del SSN (incluso le prestazioni rese a cittadini comunitari privi di copertura sanitaria – CSCS* per le quali il cittadino ha effettuato il pagamento) escluse le prestazioni con oneri a carico di

assicurazioni o di fondi integrativi/sostitutivi del Servizio Sanitario Nazionale

- onere 5: Prestazione effettuata in regime libero professionale, senza oneri economici a carico del SSN escluse le prestazioni con oneri a carico di assicurazioni o di fondi integrativi/sostitutivi del Servizio Sanitario Nazionale
- onere 6: prestazioni effettuate senza oneri economici a carico del SSN con oneri a carico di assicurazioni o di fondi integrativi/sostitutivi del Servizio Sanitario Nazionale.

Percorso interno di cura

Corrisponde al flag che gli Enti Sanitari devono valorizzare per indicare che la prescrizione fa parte di un percorso di diagnosi e cura a livello aziendale (interno).

Proporzione volume istituzionale e alpi a livello di prestazione ambulatoriale

Si richiamano i principi fondamentali che disciplinano la libera professione intramuraria (DGR X/7766 del 17/01/2018).

Le Aziende e gli Enti del SSN garantiscono il monitoraggio puntuale dei volumi di attività dell'offerta erogata in regime istituzionale ed in libera professione; nel caso in cui le attività erogate in regime libero professionale raggiungano un rapporto pari a quelle istituzionali, le Aziende attivano tutte le azioni necessarie affinché via sia l'incremento delle attività istituzionali, prevedendo anche l'adozione di misure organizzative idonee, attraverso l'utilizzo di tutti gli istituti contrattuali esistenti. Tali azioni dovranno garantire che la libera professione sia frutto di una reale scelta del cittadino e non un obbligo dato dalla inefficienza del sistema.

È importante istituire sistemi differenziati di prenotazione relativamente alle due modalità di erogazione. In tal modo, è possibile eliminare improprie interferenze tra le stesse e ridurre la possibilità che l'utente venga "orientato" verso la libera professione intramuraria nel caso in cui l'istituzionale preveda tempi troppo lunghi per accedere alla prestazione necessaria. Si rammenta la necessità di garantire la migliore separazione dei percorsi di accesso e di erogazione anche dal punto di vista strutturale se non di non contemporaneità delle attività.

Obiettivo: dati spesa out of pocket

Considerata la necessità da parte del programmatore regionale e territoriale di poter disporre di una completa visualizzazione dei dati di consumo e produzione delle attività sanitarie per rendere maggiormente efficace l'attività di programmazione ed indirizzo si dispone di integrare la DGR N.38133/98 e s.m.i per le strutture territoriali autorizzate. Le modalità operative saranno successivamente definite.

3.5.2.10 Regolamento della libero professione intramoenia

Al fine di garantire gli obiettivi di ottimizzazione e riduzione delle liste d'attesa, entro il primo semestre 2024 sarà svolta l'analisi sul contributo della libera professione intramoenia e conseguentemente aggiornato il regolamento regionale.

Allegato 3 – AREA CURA E RIABILITAZIONE

ACRONIMO	SIGNIFICATO
ACSS	Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario
ADI	Assistenza Domiciliare Integrata
ADR	Attività di Riconciliazione della Terapia Farmacologica
ADR	Adverse Drug Reaction
AFT	Aggregazioni Funzionali Territoriali
AGENAS	Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali
AIFA	Agenzia Italiana del Farmaco
AIR	Accordi Integrativi Regionali
APP	Applicazione
AREU	Agenzia Regionale Emergenza Urgenza
ARIA	Agenzia Regionale per l'Innovazione e gli Acquisti
ASSOFARM	Associazione Farmaceutici
ASST	Azienda Socio-Sanitaria Territoriale
ATC	Anatomic Therapeutic Chemical
ATS	Agenzia Tutela della Salute
BI	Business Intelligence
CAM	Collegi di Accertamento di Morte
C-DOM	Cure Domiciliari
CGM	Continuous Glucose Monitoring
CMI	Centrale Medica Integrata
CONFSERVIZI	Confederazione Servizi
COP	Coordinamenti Ospedalieri di Procurement
CoRe	Coordinamento Regionale
COT	Centrale Operativa Territoriale
CRFV	Centro Regionale Farmacovigilanza
CRP	Coordinamento Regionale Procurement
CRT	Coordinamento Regionale Trapianti
CUP	Centro Unico Prenotazione
DCD	Donazione a Cuore fermo controllato
DDD	Defined Daily Dose
DEA	Dipartimento di Emergenza e Accettazione
DEM	Ricetta Elettronica Dematerializzata
DG	Direzione Generale
DGR	Deliberazione della Giunta Regionale
DGW	Direzione Generale Welfare
DGW	Direzione Generale Welfare
DMTE	Dipartimenti di Ematologia e Medicina Trasfusionale
DPC	Distribuzione Per Conto
DPCM	Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri
ECG	Elettrocardiogramma
ECM	Educazione Continua in Medicina
ECMO	Extracorporeal Membrane Oxygenation
FAD	Farmaci ad Azione Diretta
FEDERFARMA	Federazione Italiana Titolari di Farmacia

Allegato 3 – AREA CURA E RIABILITAZIONE

ACRONIMO	SIGNIFICATO
FGM	Flash Glucose Monitoring
File F	Flusso delle prescrizioni Farmaceutiche
FSE	Fascicolo Sanitario Elettronico
FTE	Full-Time Equivalent
GU	Gazzetta Ufficiale
HEMS	Helicopter Emergency Medical Service
IFeC	Infermiere di Famiglia e Cure
IRCCS	Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
ISBT	International Society of Blood Transfusion
ISPAD	International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes
LEA	Livelli Essenziali di Assistenza
LP	Liberi Professionisti
MAC	Medicina ad Alta Complessità
MDS	Ministero Della Salute
MEF	Ministero dell'Economia e delle Finanze
MEU	Medicina di Emergenza Urgenza
MEU	Medicina d'Urgenza
MMG	Medici di Medicina Generale
MMI	Mammografo
MSA2	Mezzi di Soccorso Avanzato di Secondo Livello
NAAR	Nucleo Assistenza Amministrativa e Relazioni
NCH	Non Critical Hour
NEA	Numero Emergenza e Accettazione
NSIS	Nuovo Sistema Informativo Sanitario
OBI	Osservazione Breve Intensiva
OdV	Organizzazione di Volontariato
PAI	Piano di Assistenza Individuale
PBM	Patient Blood Management
PDTAR	Percorsi Diagnostico Terapeutico Riabilitativi
PLS	Pediatri di Libera Scelta
PNRR	Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza
POAS	Piano di Organizzazione Aziendale Strategico
PS	Pronto Soccorso
PTOR	Piano Terapeutico e Organizzativo Regionale
RAO	Raggruppamenti Omogenei di Attesa
RCP	Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto
RLV	Responsabile Locale della Vigilanza
RM	Risonanza Magnetica
SAI	Specialisti Ambulatoriali Interni
SDO-R	Scheda di Dimissione Ospedaliera - Riabilitazione
SGDT	Sistema di Gestione del Dossier di Territorio
SIEDP	Società Italiana di Endocrinologiae Diabetologia Pediatrica
SIMT	Servizio Immunoematologia e Medicina Trasfusionale
SISS	Sistema Informativo Sanitario Regionale

Allegato 3 – AREA CURA E RIABILITAZIONE

ACRONIMO	SIGNIFICATO
SOREU	Sale Operative Regionali di Emergenza Urgenza
SRC	Struttura Regionale di Coordinamento
SSL	Sistema Sociosanitario Lombardo
SSR	Servizio Sanitario Regionale
SUPI	Struttura Unica di Progetto Integrato
SW	Software
TC	Tomografia Computerizzata
TRRD	Team di Risposta Rapida Domiciliare
TS	Trasporto Sanitario
TSS	Trasporto Sanitario Semplice
UCA	Unità di Cure Ambulatoriali
UCA	Unità di Continuità Assistenziale
UCCP	Unità Complesse di Cure Primarie
UO	Unità Operativa

APPENDICE 3.1.**LA CENTRALE MEDICA INTEGRATA**

come risposta appropriata al bisogno di cura non urgente, attraverso l'utilizzo della telemedicina e la gestione domiciliare, orientando il cittadino dal sistema dell'emergenza urgenza verso i servizi della rete territoriale

1. PREMESSA: Perché la Centrale Medica Integrata

A fronte del costante incremento nell'ultimo decennio del numero di richieste di soccorso che giungono al sistema di emergenza urgenza extra-ospedaliera, pari al 30% (incremento medio del 3% anno) e considerato il sovraffollamento dei PS di Regione Lombardia, è necessario mettere in atto strategie di contenimento e orientamento degli accessi non urgenti alle cure territoriali.

Le Linee di sviluppo della Legge Regionale n. 23/2015 della Lombardia e i successivi aggiornamenti normativi, incluso lo strumento d'implementazione dei sistemi sanitari regionali, rappresentato dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), intendono fin da subito potenziare l'area delle cure territoriale. In particolare, la missione 6 del PNRR si articola in 2 aree di intervento cui sono connessi rilevanti investimenti:

- - Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale: gli interventi di questa componente intendono rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità, le Centrali Operative Territoriali e gli Ospedali di Comunità), il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari;
- - Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale: le misure incluse in questa componente consentiranno il rinnovamento e l'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, il completamento e la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) attraverso più efficaci sistemi informativi. Rilevanti risorse sono destinate anche alla ricerca scientifica e a favorire il trasferimento tecnologico, oltre che a rafforzare le competenze e il capitale umano del SSN anche mediante il potenziamento della formazione del personale.

Sulla base di questi principi è stata attivato, ad inizio gennaio 2022, il progetto sperimentale della CMI (Centrale Medica Integrata) con l'obiettivo di ridurre gli accessi inappropriati con ambulanza in PS anche attraverso il supporto della telemedicina. Da gennaio 2022 a giugno 2023 sono stati gestiti 14.000 pazienti, il 30% della popolazione con età media maggiore di 80 anni. L'80% dei pazienti è stato gestito senza invio di ambulanza, il 70% senza invio in PS, integrando la telemedicina con una visita a domicilio nel 15% dei casi.

2. FUNZIONI della CMI

Alla luce dei risultati ottenuti nei primi diciotto mesi di sperimentazione, il valore delle attività svolte dalla CMI e dai Team di Risposta Rapida al Domicilio (TRRD) è stato riconosciuto dalla Regione Lombardia che, con la Legge Regionale 29 Dicembre 2022, n. 34 (Legge di Stabilità), ha affidato ad AREU la funzione specifica di attivare sul territorio regionale la CMI con "il compito di rivalutare le chiamate pervenute alle sale operative regionali di emergenza urgenza (SOREU)

identificate come non emergenti-urgenti, rispondendo all'iniziale bisogno di cura e riorientando successivamente, attraverso il numero unico armonico a valenza sociale per le cure mediche non urgenti (116117), il cittadino sui servizi territoriali, ivi compresa la medicina di continuità assistenziale.”

In particolare, la CMI si pone come obiettivo di:

- ridurre l'utilizzo inappropriato delle risorse destinate all'Emergenza Urgenza (trasporto in ambulanza e accesso in PS), intercettando e orientando il bisogno di cura non urgente del paziente che si rivolge al 112 verso i servizi della rete territoriale, garantendo al contempo le stesse opportunità di cura;
- ridurre l'ospedalizzazione (accesso a PS e successivo ricovero) in particolare dei soggetti fragili, favorendo l'home-treatment anche con il supporto, ove necessario, di un team dedicato alle visite domiciliari (Team di risposta rapida domiciliare TRRD);
- supportare le dimissioni precoci da Pronto Soccorso/OBI di pazienti che necessitano di osservazione, rivalutazione, eventuale prosecuzione di terapia parenterale, creando una sorta di “Osservazione Breve Intensiva virtuale” che prevede la presa in carico in CMI con televisita, eventuale visita domiciliare (TRRD) e teleassistenza.

3. MODALITA' OPERATIVE

In una prima fase, la CMI è attiva dalle 8-18, composta da personale medico esperto di PS e personale tecnico di SOREU, con il compito di rivalutare le chiamate trasferite dalla SOREU ritenute non urgenti tramite Clinical Pathways standardizzate e condivise e stabilire priorità e risposta di cura appropriata, realizzando quindi un “PRONTO SOCCORSO VIRTUALE”.

Nelle fasi successive di sviluppo, la CMI incrementa l'orario di operatività (h24) e il numero di operatori (medici, infermieri e tecnici), in rapporto ai volumi di attività. A regime si prevede, sulla base dei risultati conseguiti, l'attivazione di una seconda Centrale nell'area orientale del territorio regionale.

Rientrano tra i problemi clinici presi in carico dalla CMI, a titolo esemplificativo: febbre, dolore del rachide o agli arti, alterazione glicemica o dei valori pressori, traumi minori, vertigine, cefalea.

I medici della CMI, al termine della televisita, inviano il referto della visita tramite link con SMS al cittadino, e possono attivare inoltre una o più delle seguenti risposte:

- prescrizione dematerializzata (terapie, accertamenti diagnostici);
- attivazione di servizi di cura territoriali/domiciliari, attraverso l'attività del 116117:
 - Team di risposta rapida a domicilio (TRRD): per pazienti COVID e NON COVID composto da medici e infermieri;
 - attivazione dell'IFeC come previsto dalla DGR n. 6867 del 2/8/2022 in ordine all'organizzazione dell'ADI (soggetti anziani, fragili pluripatologici, non trasportabili anche per la problematica acuta in atto, che necessitano erogazione in acuto di terapia, presidi quali SNG o catetere vescicale, medicazione ferite, eventuali approfondimenti diagnostici);
 - prenotazione di visita ambulatoriale o accertamenti strumentali (integrazione 116117 e COT);

- visita ambulatoriale da parte di medici di Continuità Assistenziale in orario di attività;
- attivazione di servizi di Cure Domiciliari (ADI disponibile in giornata e comunque entro 12 ore), per erogazione di servizi essenziali in acuto;
- linea di comunicazione dedicata (anche condivisa per AFT/cooperative), attiva dalle 8-18, 7/7 giorni, per riaffidare il paziente al proprio MMG e/o prenotare una visita di controllo anche con slot dedicati in agende su piattaforma condivisa; in particolare, verranno promosse sperimentazioni finalizzate a rafforzare la comunicazione tra sistema dell’Emergenza-Urgenza (AREU-CMI e PS) con i MMG, supportando il MMG nella gestione domiciliare anche con il supporto del TRRD e facilitando la dimissione precoce da Pronto Soccorso e la presa in carico tempestiva dei pazienti fragili da parte delle Cure Primarie;
- attività integrata di teleassistenza;
- invio spontaneo in Pronto Soccorso ed in casi selezionati accesso diretto ai FastTrack Specialistici, previa allerta del triage di PS.

L’attività prevista per la gestione dei problemi acuti NON urgenti non vuole e non deve in alcun modo sostituirsi a quella del Medico di Medicina Generale (MMG), che rimane figura medica di riferimento per tutte le problematiche cliniche e assiste i pazienti, in particolar modo in ordine alla presa in carico delle patologie croniche. I pazienti, dopo l’intervento sulla problematica sanitaria acuta, verranno sempre riaffidati al MMG. Attraverso la piattaforma di telemedicina deve essere inoltre condivisa la documentazione clinica relativa all’attività effettuata dalla CMI, inserendo il referto della televisita e di tutte le attività effettuate dalla CMI, all’interno del FSE del cittadino.

4. RISORSE DI PERSONALE

Il personale di CMI prevede la presenza di:

○ MEDICO CMI

- Medici esperti di Pronto Soccorso reclutati nell’ambito delle attività del Sistema Emergenza-Urgenza preospedaliero, in addendum alle convenzioni in essere tra AREU e le ASST/IRCCS e Ospedali Privati Accreditati sedi di PS. In particolare, nell’ambito della collaborazione tra AREU e S.C. di Medicina d’Urgenza, deve essere previsto che l’attività in CMI diventi parte integrante della convenzione con AREU, accanto a quella sui mezzi avanzati (MSA2);
- Il dimensionamento del numero di medici in turno in CMI è funzionale al numero di chiamate gestite, considerando un tempo di gestione di 15-20’ per paziente (1 medico ogni 35-40 chiamate in 12 ore di turno);
- Medici specializzandi MEU, sotto supervisione e tutoraggio del medico senior, con contratti LP.

○ INFERMIERE CMI:

- Nell’ambito dell’attività di CMI viene istituita la figura di infermiere “flussista” che rivaluta le chiamate dei pazienti in attesa di ambulanza, identificati a primo filtro di SOREU come non emergenti-urgenti e pone eventuale indicazione a

trasferimento in CMI. Tale attività è finalizzata a migliorare ulteriormente l'appropriatezza degli accessi a PS.

○ MEDICO e INFERMIERE TRRD:

- Per tutto il territorio coinvolto nel progetto CMI, a partire da ATS Milano e coinvolgendo progressivamente tutte le ATS, dovrà essere garantita l'attivazione di un team di risposta rapida domiciliare (ad integrazione dell'attività delle UCA), garantendo quindi la medesima qualità di cura a livello Regionale, al cittadino che viene preso in carico dalla Centrale Medica Integrata (inclusa l'attività in dimissione da PS, di OBI Virtuale).
- L'attività domiciliare di diagnosi e cura potrà essere svolta da personale medico e infermieristico a seconda delle indicazioni dei medici di CMI.

○ TECNICO/AMMINISTRATIVO

- Tecnico NEA 116117: 3 FTE
- Tecnico SOREU: 3 FTE
- Amministrativo: 1 FTE

5. ARTICOLAZIONE TERRITORIALE

La Centrale Medica Integrata è collocata inizialmente sul territorio di Milano, nell'ambito della SOREU Metropolitana, pur rispondendo a chiamate provenienti da tutte le SOREU di Regione Lombardia. Il 116117 dovrà attivare le risorse sanitarie presenti sul territorio di riferimento del paziente che si rivolge al servizio. Per facilitare il reclutamento di organico la CMI potrà a regime trovare un'ulteriore collocazione in altra SOREU o altra sede di AREU.

6. TEAM DI RISPOSTA RAPIDA DOMICILIARE

FUNZIONE E CRITERI DI ATTIVAZIONE. Considerata l'elevata prevalenza di soggetti fragili nella nostra popolazione, si rende necessario in casi selezionati, associare alla prima risposta in telemedicina una valutazione domiciliare, attivando un team di risposta rapida a domicilio (TRRD), con l'obiettivo di privilegiare l'home-treatment in questa categoria di pazienti più esposta a complicanze secondarie ad un accesso in Pronto Soccorso o successivo ricovero ospedaliero.

I TRRD sono dotati di diagnostica point-of-care (Eco, ECG, esami ematici) e di farmaci per il primo trattamento della problematica identificata.

L'attivazione di una visita domiciliare a seguito della valutazione in CMI risulta pienamente in linea con la normativa che prevede l'attivazione delle Unità di Continuità Assistenziale (UCA) da parte della COT, del "MMG/PLS, del medico dimettente, del medico palliativista, dell'infermiere di famiglia (IFeC) di riferimento dell'assistito, della centrale 116117" (DGR N° 6760/2022, paragrafo: La continuità assistenziale. All 1). In tale contesto il Team di Risposta Rapida Domiciliare (TRRD) attivato dall'116117 su indicazione delle CMI, rappresenta un'anticipazione delle UCA. I medici del TRRD possono avvalersi inoltre di teleconsulto con i medici della CMI.

Il personale sanitario del TRRD dovrà essere contrattualizzato dalle ATS/ASST di Regione Lombardia, in funzione del graduale coinvolgimento del territorio di riferimento nell'ambito del progetto CMI. Le ATS e ASST dovranno contribuire al reclutamento e contrattualizzazione del personale sanitario per la valutazione domiciliare.

7. FORMAZIONE

Il personale medico coinvolto in CMI e nel TRRD viene adeguatamente formato da AREU nell'ambito del progetto, in particolare ai protocolli diagnostico-terapeutici previsti, all'utilizzo della piattaforma informatica, e nel caso del TRRD all'utilizzo della diagnostica point-of-care (Eco, ECG, esami ematici).

8. **INFRASTRUTTURA TECNOLOGICA**

LA PIATTAFORMA DI TELEMEDICINA. Per la realizzazione del progetto CMI è stata predisposta da AREU una piattaforma in grado di gestire attività di telemedicina, con la quale tutti gli operatori coinvolti possono svolgere le funzioni attribuite. In particolare, tale piattaforma prevede la possibilità di effettuare:

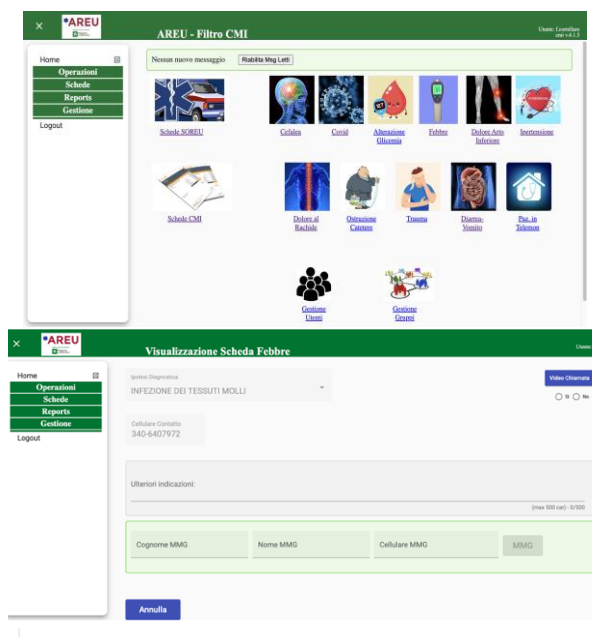
- televisita integrata nella piattaforma, senza installazione di specifiche app, ma con massima facilità di utilizzo;
- teleconsulto (MMG-PLS/specialisti ASST/team di risposta rapida);
- prescrizione dematerializzata di terapie o accertamenti diagnostici;
- invio della documentazione relativa alla valutazione in CMI al paziente e MMG di riferimento, tramite link con accesso a referto della televisita e prescrizioni;
- chat box con paziente;
- integrazione con l'applicativo in uso presso NEA 116117/SOREU.

L'applicazione è realizzata secondo le moderne tecnologie di Web-Application.

Lato sicurezza, gli operatori accedono alla piattaforma con credenziali personali e con autenticazione a doppio Fattore. Ogni utente ha un proprio profilo di utilizzo che definisce le opportune abilitazioni alle varie componenti applicative.

L'infrastruttura tecnologica deve inoltre realizzare la possibilità di integrare nel FSE i documenti prodotti nel processo sanitario della sperimentazione, oltre ad integrare l'anagrafica NAAR dei cittadini di Regione Lombardia, per snellire il processo di presa in carico e garantire la correttezza dei dati. Tutti i medici che prestano attività in CMI (dipendenti delle ASTT/IRCCS e di AREU) devono prescrivere in modo dematerializzato, attraverso l'utilizzo del sistema SISS.

Figura 1: La piattaforma informatica della CMI



9. Sviluppo di una APP 116117

La tecnologia relativa al progetto CMI prevede inoltre lo sviluppo di una APP 116117 per migliorare l'accesso alle cure dei cittadini attraverso l'utilizzo di contenuti multimediali, garantendo informazioni non sanitarie e semplificando l'accessibilità ai servizi territoriali (Continuità Assistenziale, ambulatori specialistici). Tale servizio dovrà essere disponibile anche agli utenti stranieri, tramite un servizio multilingua e agli utenti disabili come previsto dalla normativa comunitaria (art 27 bis direttiva 2009/136CE).

10. Rapporto tra CMI e Numero Europeo Armonizzato (NEA) 116117 e attivazione dei servizi territoriali

Il NEA (Numero Europeo Armonizzato) 116117 è il numero unico europeo per l'accesso ai Servizi di Cure Mediche non urgenti e altri servizi sanitari; concorre alla gestione della domanda assistenziale a bassa intensità/priorità e la sua attivazione non è legata solo alla sostituzione dei numeri di Continuità Assistenziale, ma opera in raccordo con il servizio di emergenza urgenza con funzioni in grado di assicurare la continuità delle cure e di intercettare prioritariamente la domanda a bassa intensità.

L'articolo 16 della Legge Regionale 30/12/2009, n. 33, attribuisce ad AREU la gestione del NEA 116117.

Con la DGR n. 3525 del 05/08/2020 la Regione Lombardia ha identificato il NEA 116117 per svolgere la funzione di Centrale Operativa Regionale. Questo ruolo è stato successivamente confermato a livello nazionale dal Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77.

Il NEA deve quindi poter fornire al cittadino e in questo caso ai pazienti che sono gestiti in CMI, informazioni e costanti aggiornamenti sui servizi territoriali di interesse nella gestione dell'assistito preso in carico dalla CMI.

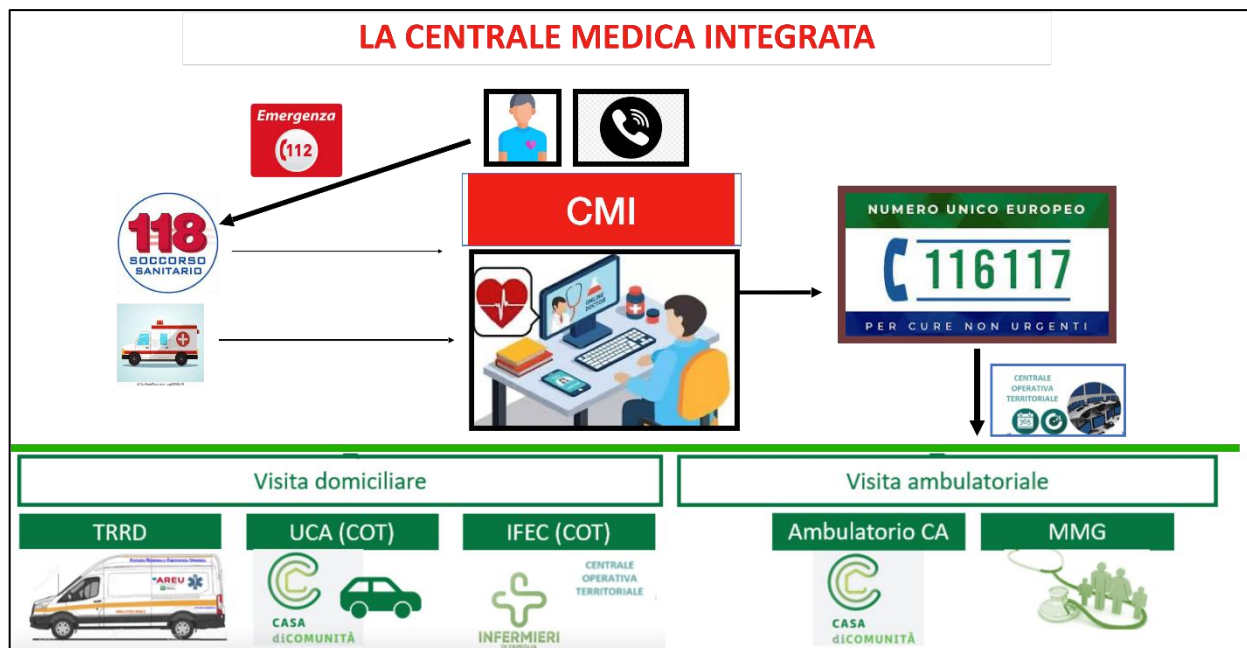
Il Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77 nel “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel SSN” dispone che le COT debbano essere dotate di un Sistema informativo condiviso e interconnesso con la Centrale Operativa Regionale 116117.

In particolare, in merito agli assistiti gestiti in CMI, il NEA dovrà essere in grado di:

- contattare il MMG quando necessario
- attivare il TRRD dedicato ad AREU, del territorio di riferimento (con riferimento a personale medico e/o infermieristica)
- attivare servizi territoriali, in particolare: infermiere di famiglia (IFeC), attivazione di ADI, Cure Palliative, visite ambulatoriali specialistiche (es diabetologia, cardiologia, malattie infettive, etc..), così come le UCA in accordo con i Direttori di Distretto.

Le ATS che partecipano al progetto garantiscono costante aggiornamento in linea dell’anagrafica (completa di tutti i necessari contatti) dei MMG-PLS, informano i MMG e PLS della sperimentazione in atto, in particolare delle modalità identificate per riaffidare il paziente al proprio MMG (link via SMS con lettura prevista dalle 8-18, 7/7 e/o prenotazione di eventuale controllo ambulatoriale).

Figura 2: Processo di attività nella CMI e attivazione della rete territoriale



11. MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DEL NUOVO MODELLO ORGANIZZATIVO

L’attività della CMI prevede un monitoraggio in follow-up telefonico a 10 giorni dal primo contatto, per monitorare in particolare la sicurezza della gestione in telemedicina.

Attraverso l’analisi degli accessi in Pronto Soccorso e le SDO di ricovero, si valuterà inoltre l’efficacia del programma misurando la riduzione nell’utilizzo, per pazienti con problematiche non urgenti, di risorse destinate all’emergenza-urgenza (trasporto in ambulanza, accesso in PS, ricovero ospedaliero).

Verrà inoltre valutata ulteriormente la sicurezza intesa come capacità del programma di garantire agli assistiti le stesse opportunità di cura che avrebbero avuto con il modello organizzativo attuale, in termini di errore diagnostico, ricovero in area intensiva e mortalità a 30 giorni.

12. FINANZIAMENTO DELLE ATTIVITA’

Al finanziamento delle attività svolte da AREU si provvede nell’ambito del sistema di rimborso delle funzioni non tariffabili inerenti alla rete di emergenza urgenza ospedaliera (Funzione 1) della quota necessaria per la remunerazione del personale della CMI, ivi incluse le attività rese in extra-orario, del personale medico e infermieristico dei TRRD reclutati per conto di AREU per le attività connesse alla CMI. Per l’anno 2024 alla CMI è attribuito un valore standard di funzione calcolato sulla base del costo del personale minimo per il funzionamento di un ospedale sede di PS. Per gli anni successivi il finanziamento è rimodulato in base al crescere delle attività (volumi delle chiamate, numero del personale in CMI) e dell’estensione nel territorio regionale dei TRRD, fino al massimo del valore standard di funzionamento di un DEA di I livello.

APPENDICE 3.2.**SVILUPPO DEL NUOVO MODELLO DI PROCUREMENT PER
L'EFFICIENTAMENTO SISTEMA REGIONALE TRAPIANTI E
RIORGANIZZAZIONE DELLE BANCHE DEI TESSUTI****13. RIFERIMENTI NORMATIVI**

Il decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992 n. 421” e successive modifiche ed integrazioni, ed in particolare il comma 2, dell'articolo 8-sexies, il quale prevede che le regioni possano definire funzioni assistenziali nell'ambito delle attività che rispondono alle seguenti caratteristiche generali:

- programmi di trapianto di organo, di midollo osseo e di tessuto, ivi compresi il mantenimento e monitoraggio del donatore, il prelievo degli organi da cadavere, le attività di trasporto, il coordinamento e l'organizzazione della rete di prelievi e di trapianti, gli accertamenti preventivi sui donatori.
- La legge regionale n. 33 del 30/12/2009 e s.m.i. “Testo Unico delle leggi regionali in materia di Sanità” e in particolare l'art. 42 che riguarda, fra gli altri, la promozione della donazione di organi e tessuti a scopo di trapianto;
- La D.G.R. n. XI/2014 del 31 luglio 2019 “Criteri per la definizione delle attività e servizi da finanziare con l'istituto delle funzioni di cui all'articolo 8-sexies del D.lgs. n. 502/1992, a decorrere dall'esercizio 2019” e successive modifiche e aggiornamenti, con la quale è stata definita, tra le altre, la Funzione n. 14 denominata “Prelievo di organi e tessuti - Altre attività connesse al trapianto d'organi”.
- La DGR n. XI/6150 del 21/03/2022 “Determinazioni in merito alla revisione e aggiornamento del modello organizzativo del Sistema Regionale Trapianti” con cui è stata rimodulata l'architettura del modello organizzativo del Sistema Regionale Trapianti, la quale prevede che il “Centro regionale per i trapianti”, previsto dalla Legge 91/1999, è costituito da due entità funzionali:
 - il Coordinamento Regionale Trapianti - che, ai sensi dell'art. 43, comma 3, della l.r. 30/12/2009 n. 33 e s.m.i., realizza il supporto alla programmazione regionale in tema di donazione e trapianto. È collocato presso la DG Welfare ed è inserito operativamente nell'Unità Organizzativa Polo Ospedaliero;
 - la S.C. Trapianti Lombardia-NITp (“*Nord Italian Transplant Program*”) – che è sede del “Centro interregionale per i trapianti” denominato “*Nord Italian Transplant Program (NITp)*” ed è collocata e opera presso la Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano con le seguenti principali funzioni: supporto clinico-operativo al processo di donazione e trapianto; tenuta del Registro Regionale dei donatori di cellule staminali emopoietiche; valutazione di parte terza per l'attività di trapianto di organi da donatore vivente.
- La DGR n. XI/6329 del 02/05/2022 “Sistema regionale trapianti: sviluppo del modello organizzativo per la donazione di organi e tessuti a scopo di trapianto - programma regionale per il biennio 2022-2023”, con la quale:
 - è stato approvato il documento tecnico allegato “Donazione organi e tessuti - programma

regionale per il biennio 2022-2023”;

- è stato stabilito che il Programma Regionale di donazione organi e tessuti, si articola su due livelli di Coordinamento Ospedaliero di Procurement (COP): COP di I livello e COP di II livello;
- si è definito di favorire la partecipazione delle Strutture sanitarie private accreditate e a contratto all’attività di prelievo di organi e tessuti considerata la caratteristica dell’organizzazione del Sistema sociosanitario lombardo e in funzione dell’obiettivo di implementare il volume di donazioni di organi e tessuti;
- è stato disposto che il riconoscimento dell’attività di donazione di organi e tessuti è ricompreso nell’ambito della remunerazione delle funzioni sanitarie non coperte da tariffe predefinite, di cui alla DGR n. XI/2014 del 31 luglio 2019 e che la copertura finanziaria per l’anno 2022 è assicurata dalle disponibilità esistenti al capitolo 8376 e 11568 del bilancio 2022;
- è stato disposto che i casi di donazione a cuore fermo realizzati con il supporto di équipe mobile per la perfusione normo-termica regionale (Team nECMOr) verranno rimborsati in seno alle funzioni non tariffate di cui al punto precedente;
- o La D.G.R. n. XI/6708 del 18/07/2022, ad oggetto: “Determinazioni in merito alla remunerazione di alcune funzioni non coperte da tariffe predefinite svolte dalle aziende ed enti sanitari pubblici e privati accreditati per l’anno 2021”, la quale ha previsto a decorrere dall’anno 2022 un finanziamento massimo per la Funzione n. 14 pari a euro 25.000.000,00

14. ATTUALE SITUAZIONE DEL PROCUREMENT DI ORGANI E TESSUTI IN REGIONE LOMBARDIA

La DGR XI/6329 ha fornito un importante input di sviluppo al sistema di procurement, mediante definizione degli staff dei COP di Primo e Secondo Livello.

In Lombardia, due DGR hanno posto le basi per importanti cambiamenti nel Sistema Regionale Trapianti:

- o la DGR XI/6150 del 21 marzo 2022 - “Determinazioni in merito alla revisione e aggiornamento del modello organizzativo del Sistema Regionale Trapianti”;
- o la DGR XI/6329 - “Sistema Regionale Trapianti: programma regionale per lo sviluppo della donazione di organi e tessuti allo scopo di trapianto 2022-2023”

Il Coordinamento Regionale Trapianti è stato collocato presso DG Welfare per potere svolgere in seno alla stessa le azioni di programmazione e pianificazione. È stata inoltre effettuata una importante azione sulle ASST/IRCCS definendo gli assetti minimi dei Coordinamenti Ospedalieri di Procurement (COP).

Molte strutture hanno definito e potenziato i COP; tuttavia, ci sono notevoli margini di miglioramento.

La situazione attuale lombarda ha visto una crescita negli ultimi 12 mesi da n. 24 a n. 28 donatori utilizzati PMP, che porta i tassi di donazione pari alla media nazionale, ma ben al di sotto delle regioni confinanti con la Lombardia.

Ciò nonostante, si ritiene indispensabile introdurre alcune azioni di miglioramento del modello organizzativo regionale, al fine di perseguire i seguenti obiettivi:

- rafforzare la funzione operativa del CRT che sia in grado di supportare i percorsi di donazione H24, attraverso la dotazione di uno staff adeguato del CRT;
- migliorare il livello organizzativo degli staff dei COP: la maggior parte delle strutture sanitarie sede di COP di secondo livello non dispone di uno staff adeguato alle caratteristiche previste dal programma. L'adeguamento dei COP permetterà di incidere all'interno della propria area di competenza e nelle strutture del sistema privato accreditato;
- accrescere la partecipazione al programma da parte del privato accreditato: il contributo delle strutture del sistema privato accreditato sarà esteso in modo uniforme a tutte le fasi del percorso donazione;
- assicurare la continuità dell'attività dei Collegi di Accertamento di Morte (CAM) itineranti. Più di un quarto della patologia neurologica acuta in Regione Lombardia viene presa in carico nelle strutture del privato accreditato, che spesso non possono effettuare il CAM in autonomia. La DGR 6329 prevede che gli ospedali sede di COP di Secondo Livello effettuino le CAM negli ospedali del sistema privato;
- assicurare gli ECMO Team mobili per la perfusione addominale del donatore a cuore fermo controllato in modo uniforme in tutto il territorio regionale. È necessario regolamentare il percorso e definire rimborsi e compensi che rendano attuabile su tutte le strutture regionali dotate di terapia intensiva la donazione a cuore fermo non controllata;
- strutturare i percorsi aziendali di gestione del neuroleso grave. È stato recentemente pubblicato (Decreto n. 8296 del 5.6.2023) il documento regionale di indirizzo per lo sviluppo di percorsi aziendali rivolti al grave neuroleso nelle cure di fine vita, ai fini dell'implementazione della donazione di organi e tessuti a scopo di trapianto. È necessario un importante lavoro di condivisione dello stesso dando alle DG delle strutture l'obiettivo di inserirlo nei PDTA della neurolesione;
- rendere uniformi le modalità di utilizzo dei fondi regionali. La ricognizione effettuata dal CoRe nel 2022 nelle strutture sanitarie pubbliche per conto di DGW ha mostrato una disomogeneità relativa all'utilizzo dei fondi per la donazione derivanti dalle Funzioni Non Tariffabili. Le Direzioni hanno evidenziato la difficoltà nel riconoscere il pagamento del personale che lavora al di fuori del proprio orario di lavoro nell'ambito dell'attività di procurement. Le Direzioni stesse hanno auspicato indicazioni univoche da parte di DGW. Sono necessarie regole che consentano la possibilità di retribuire i professionisti che lavorano per la donazione al di fuori dell'orario di lavoro, nei COP, nelle sale operatorie e in tutte le attività correlate alla donazione (ivi compreso l'ECMO Team per la donazione cDCD).

Per il perseguimento dei suddetti obiettivi di miglioramento, con il presente provvedimento, si rende necessario procedere all'aggiornamento della DGR n. XI/6329/2022 e alla contestuale revisione dell'attuale modello organizzativo del procurement di organi e tessuti all'interno del sistema regionale dei trapianti.

15. NUOVO MODELLO ORGANIZZATIVO DEL PROCUREMENT DI ORGANI E TESSUTI ALL'INTERNO DEL SISTEMA REGIONALE TRAPIANTI

A decorrere dall'anno 2024, viene delegata all'Agenzia Regionale Emergenza Urgenza (AREU) la conduzione e il coordinamento del Programma Regionale Donazione Organi e Tessuti.

Della suddetta Agenzia, pertanto, faranno parte il Coordinamento Regionale Procurement (CRP) e, funzionalmente, i Coordinamenti Ospedalieri di Procurement (COP), nonché il coordinamento funzionale delle Banche dei tessuti e degli organi.

Per le funzioni delegate, AREU risponde al Coordinamento Regionale Trapianti (CoRe), situato presso la Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia, da cui recepisce gli indirizzi di programmazione definiti nei provvedimenti di Giunta e contenuti nelle direttive regionali.

Si forniscono di seguito i principali aspetti salienti del Programma Regionale di Procurement organi e tessuti 2024-2026:

- Costituzione presso AREU del Coordinamento Regionale di Procurement e riorganizzazione dei Coordinamenti Ospedalieri di Procurement in modo funzionale a supportare tutti i centri di donazione, anche del sistema privato accreditato.
- Revisione delle modalità di finanziamento del sistema di procurement, con rendicontazione e pagamento del personale coinvolto nei processi di donazione.
- Riorganizzazione delle Banche dei Tessuti con la creazione di una unica Banca Regionale dei Tessuti per Cute, Cardiovascolare, TMS ed insule pancreatiche; unificazione delle due banche regionali delle cornee. Organizzazione delle equipe di prelievo dei tessuti, da approvarsi con successivo provvedimento della Giunta Regionale.
- Creazione di una banca degli organi per la perfusione del rene e di un programma regionale di perfusione degli organi per trapianto, da approvarsi con successivo provvedimento della Giunta Regionale.

15.1. Nuovo modello organizzativo del Coordinamento Regionale Trapianti, in aggiornamento della DGR n. XI/6329/22

La situazione attuale del Sistema Sanitario Regionale richiede una organizzazione dei Coordinamenti Ospedalieri di Procurement (COP) tale per cui vi sia una rete tra strutture pubbliche HUB e SPOKE, oltre che con gli ospedali del sistema privato accreditato che gestiscono i pazienti affetti da neurolesione.

Il nuovo modello organizzativo prevede che i Coordinamenti Ospedalieri di Procurement (COP) dipendano funzionalmente dal Coordinamento Regionale Procurement (CRP), inserito in AREU. Lo stesso si occupa di tutti gli aspetti organizzativi ed operativi del procurement di organi e tessuti. I Coordinamenti Ospedalieri di Secondo Livello sono di supporto alla propria area di riferimento, con possibilità di spostarsi e intervenire tra le strutture, anche nel sistema privato accreditato. I Coordinamenti Ospedalieri di Procurement di Primo Livello dipendono funzionalmente dai COP di Secondo Livello territorialmente competenti.

Il Coordinamento Regionale Trapianti (CRT), secondo quanto stabilito dalla DGR n. XI/6150/2022 è collocato presso la Direzione Generale Welfare, UO Polo Ospedaliero.

La funzione operativa del CRT, con eccezione delle attività svolte dalla S.C. Trapianti Lombardia – NITp, viene inserita all'interno dell'Agenzia Regionale Emergenza Urgenza, e, tramite il Coordinamento Regionale del Procurement (CRP) opera coordinando l'attività dei Coordinamenti Ospedalieri di Procurement (COP), in particolare di Secondo Livello. Il CRP garantisce una reperibilità H24 a supporto dei processi di donazione.

I COP sono unità funzionali del Coordinamento Regionale del Procurement, situato in AREU. I COP di Secondo Livello coordinano l'attività di donazione del bacino territoriale di competenza.

Essi operano sull'area di competenza a supporto diretto dei COP di Primo Livello e delle strutture del privato accreditato, movimentando direttamente, ove necessario, risorse e persone.

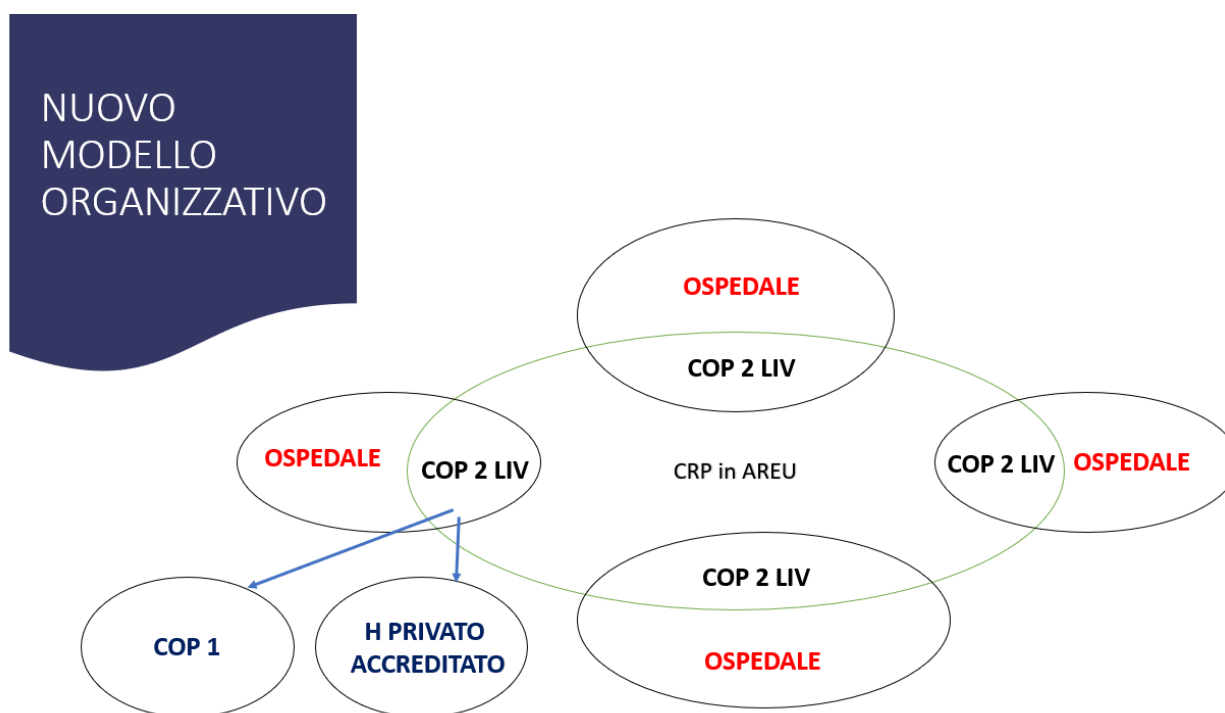
I COP sono inquadrati in staff alla Direzione Sanitaria dell'ASST/IRCCS presso cui operano e rappresentano il trait d'union tra l'Agenzia regionale e l'ASST/IRCCS. Condividono con la direzione sanitaria gli obiettivi dati dalla DGW in materia di donazione d'organi e tessuti e curano l'attuazione del programma di procurement.

A tal fine, i Piani di organizzazione aziendale strategici (POAS), ove necessario, dovranno essere adeguati.

Il personale dei COP è dipendente dalle singole ASST/IRCCS. I costi relativi a tale personale vengono riconosciuti secondo quanto indicato al successivo paragrafo 8.

AREU si impegna a predisporre entro sei mesi dall'adozione del presente provvedimento un testo di convenzione tipo con ASST/IRCCS contenente gli aspetti organizzativi e di coordinamento del procurement e delle altre attività previste dal presente allegato, da sottoporre all'approvazione della DG Welfare.

L'organizzazione sopra delineata può essere schematizzata come segue:



15.2. Funzioni del COP di Secondo Livello:

- Gestisce dei processi di donazione interni alla propria ASST/IRCCS
- Monitora i decessi interni alla propria ASST e dell'area di competenza
- Assicura l'implementazione e l'attivazione delle diverse filiere di donazione nelle strutture del bacino di competenza
- Supporta le strutture di I Livello e del sistema privato accreditato, tramite una reperibilità medico infermieristica dedicata ai processi interni e della propria area di competenza

- Interviene sussidiariamente su richiesta delle strutture di afferenza del COP di I livello (su base ATS) con il personale necessario
- Coordina le CAM (con personale da tutte le strutture di afferenza) nelle strutture del sistema privato accreditato e su ospedali/presidi ospedalieri pubblici con difficoltà di personale per la realizzazione delle CAM stesse.
- Assicura lo sviluppo ed il coordinamento dei percorsi di donazione a cuore fermo controllato
- Rendiconta i processi di donazione realizzati al CRP presso AREU per il riconoscimento dell'attività svolta

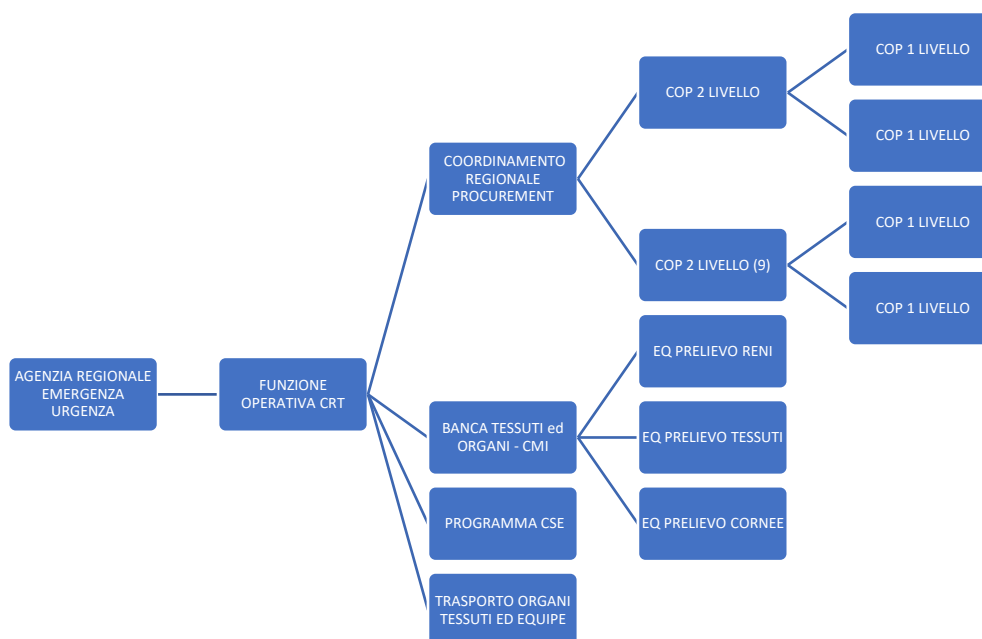
15.3. Funzione dei COP di Primo Livello

- Gestisce dei processi di donazione interni alla propria ASST/IRCCS, incluso il monitoraggio dei decessi interni alla propria ASST
- Collabora con il COP di Secondo Livello per la realizzazione dei processi nell'area di competenza, anche per quanto concerne la realizzazione delle CAM nel sistema privato accreditato
- Rendiconta i processi di donazione realizzati al CRP presso AREU, anche con il supporto dei COP di secondo livello, per il riconoscimento dell'attività svolta
- Si prevede una distinzione tra i COP di Primo Livello con Neurochirurgia e senza Neurochirurgia, in ragione del volume di attività di identificazione di potenziali donatori.

15.4. Strutture del Sistema Privato accreditato

Sono attivati percorsi di donazione di cornee, multi-tessuto e organi nel sistema privato accreditato con il supporto del COP di Secondo Livello di riferimento.

Le strutture del sistema privato accreditato sede di DEA di Secondo Livello devono dotarsi di un Coordinamento Aziendale di Procurement con personale dedicato. I costi relativi al personale sono riconosciuti tramite rimborso alla struttura da parte dell'Agenzia regionale. I costi di gestione del personale delle strutture sede di DEA di Secondo Livello relativi all'attività di donazione vengono riconosciuti in analogia alle strutture pubbliche.



16. RICONOSCIMENTO DELL'ATTIVITÀ SVOLTA, AL DI FUORI DELL'ORARIO DI LAVORO, PER LA REALIZZAZIONE DEI PERCORSI DI PROCUREMENT

Al fine di migliorare i processi di procurement, nel rispetto degli obiettivi esplicitati nel precedente paragrafo 2, si istituisce il riconoscimento dell'attività in "sistema premiante" fuori orario di lavoro, secondo le seguenti tariffe orarie:

- 60 Euro/ora per la dirigenza medica;
- 35 Euro/ora per infermiere, TFCPC, TNFP;
- 15 Euro/ora per il personale di supporto.

Potranno essere svolte in sistema premiante solo le seguenti tipologie di attività:

- l'attività aggiuntiva svolta dai COP al di fuori dall'orario di lavoro e dagli istituti delle reperibilità previste per la realizzazione dei processi di procurement;
- l'attività aggiuntiva del personale del comparto e della dirigenza medica dell'ospedale di procurement per l'apertura della sala operatoria del prelievo;
- l'attività di CAM aggiuntive nel sistema privato accreditato o presso presidi ospedalieri dove è necessaria una figura esterna della CAM (ad esempio il neurologo);
- l'attività dell'ECMO Team per la donazione di organi a cuore fermo controllato;
- l'attività delle equipe di prelievo delle banche dei tessuti.

Nelle singole ASST/IRCCS, il ricorso all'impiego di personale dipendente in "Sistema Premiante" è da ritenersi complementare e non sostitutivo rispetto al prevalente apporto assicurato da un'équipe strutturata ed integrata con l'attività di trapianto e procurement.

L'attività in "Sistema Premiante" rientra nella programmazione e organizzazione istituzionale ed è assimilabile, al solo fine di garantire continuità al servizio, all'attività ordinaria.

Per i dirigenti medici il compenso forfettario orario, correlato al “Sistema Premiante”, è assimilato esclusivamente ai fini economico-previdenziali alla libera professione, con le caratteristiche previste dall’art. 55 comma 2 del CCNL 8/6/2000.

Le attività svolte al di fuori dell’orario di lavoro vengono rendicontate dai COP al CRP ed è prevista una compensazione dell’attività svolta al di fuori dell’orario di lavoro con tale modalità. In caso di trasferta viene riconosciuto anche il tempo di viaggio.

17. ORGANIZZAZIONE DELL’ATTIVITÀ DI PROCUREMENT, AGGIORNAMENTO DELLA DGR N. XI/6329/2022

STAFF del Sistema di Procurement di Organi e Tessuti

Funzione Operativa CRT

- Direttore Medico CoRe (presso Direzione Generale Welfare)
- Direttore Coordinamento Regionale Procurement (CRP)
- 1 dirigente medico in staff al CRP (o due medici al 50% FTE)
- 1 dirigente medico di area immunoematologica per programma Cellule Staminali Emopoietiche (CSE 50% FTE)
- 2 infermieri, con incarico di funzione organizzativa
- 2 amministrativi
- Responsabile Tecnico SS Trasporto Organi Tessuti ed Equipe
- Si prevede l’aggiornamento del POAS di AREU per rendere attuabile questa funzione ed in particolare il Coordinamento Regionale del Procurement di Organi e Tessuti.
- Si prevede una organizzazione dei coordinamenti ospedalieri di procurement con il personale di seguito indicato (aggiornamento rispetto alla DGR n. XI/6329/2022):

COP SECONDO LIVELLO:

- 1 Medico Responsabile (100% FTE, suddivisibile con 50% di due medici, di cui uno responsabile), inquadrato come Responsabile della Struttura Semplice Dipartimentale Coordinamento Ospedaliero di Procurement
- 2 Infermieri, di cui uno con funzione organizzativa
- 1 Amministrativo
- Reperibilità medico-infermieristica H24, 7 giorni su 7 sul bacino di utenza del COP. Alla realizzazione della suddetta reperibilità collaborano medici ed infermieri esperti di procurement della ASST/IRCCS.

COP PRIMO LIVELLO CON NEUROCHIRURGIA (NCH)

- 1 Medico Responsabile (50% FTE), inquadrato come responsabile SS Coordinamento Ospedaliero di Procurement
- 1 Infermiere 100% dedicato, con funzione organizzativa (FTE suddivisibile tra più figure)
- 1 Amministrativo per parte del tempo necessario (50%)

COP PRIMO LIVELLO SENZA NEUROCHIRURGIA (NCH)

- 1 Infermiere 100% dedicato (FTE suddivisibile tra più figure)
- 1 Medico con almeno 20% FTE, con incarico almeno di alta specializzazione
- 1 amministrativo per 1/3 del tempo FTE

Eventuali altre figure (psicologo, secondo infermiere) sono approvabili in base alle specificità della realtà locale e ad un progetto organizzativo condiviso con l'Agenda regionale.

STRUTTURE DEL SISTEMA PRIVATO ACCREDITATO, SEDE DI DEA DI SECONDO LIVELLO

- 1 infermiere 100% dedicato
- 1 medico dedicato per il 50%
- 1 amministrativo per parte del tempo necessario, pari al 50%.

Collegi di Accertamento di Morte (CAM) itineranti nel Sistema Privato Accreditato

Si prevede l'organizzazione di una reperibilità per CAM Itineranti, con personale proveniente da tutte le strutture pubbliche del bacino di ATS che collaborano sotto la guida del COP di secondo livello territorialmente competente.

Si prevede una reperibilità interaziendale a tal fine sul territorio di ATS Milano. Al di fuori del territorio di ATS Milano questa funzione viene garantita dall'ASST/IRCCS sede di COP di Secondo Livello territorialmente competente.

Il riconoscimento dell'attività di CAM svolta fuori orario avviene con prestazioni in "sistema premiante", per le sole attività di CAM svolta al di fuori della struttura di appartenenza.

Le CAM mobili per accertamenti di morte nel sistema privato accreditato devono essere attivabili dalle ore 8 alle ore 20 dal lunedì alla domenica.

PROGETTO ECMO MOBILE PER cDCD

Si prevede l'attivazione di un percorso di ECMO Mobile all'interno del programma regionale DCD (Donazione a Cuore Fermo).

L'ECMO Mobile è attivabile dal lunedì al sabato dalle ore 8 alle ore 20. L'attivazione avviene di regola con un giorno di preavviso.

L'ECMO Team mobile supporta le Terapie intensive di centri che non hanno a disposizione la facility dell'ECMO per realizzare presso le stesse realizzare casi di donazione a cuore fermo controllato, tramite il proprio.

Il progetto si articolerà nelle seguenti fasi:

- Definizione centri ECMO Pilota per cDCD
- Sondaggio delle terapie intensive lombarde in relazione alle prassi di fine vita e all'adesione al programma regionale DCD
- Coinvolgimento di altri centri ECMO
- Formazione/Informazione del personale che partecipa al processo
- Verifica requisiti delle strutture
- Estensione arruolamento casi per cDCD

È prevista la creazione di una reperibilità codificata a livello regionale per DCD ed il pagamento in sistema premiante/prestazione aggiuntiva per le équipes coinvolte (composte da: intensivista/cardiochirurgo o chirurgo vascolare/perfusionista). Il riconoscimento dell'attività in sistema premiante avviene anche per i casi realizzati all'interno della struttura di appartenenza dell'ECMO Team, qualora l'attività sia svolta al di fuori dell'orario di lavoro.

FORMAZIONE

Si prevede infine un riconoscimento specifico per le attività di formazione legate allo sviluppo del procurement. Tale attività è coordinata dal CRP e può essere realizzata sia a livello centrale che all'interno delle strutture di procurement regionali. Le stesse rendicontano eventuali attività locali che necessitino di finanziamento al CRP, presso AREU, per il relativo riconoscimento.

18. OBIETTIVI DEI DIRETTORI GENERALI

Ai Direttori Generali delle ASST/IRCCS sarà assegnato per il 2024 l'obiettivo dell'adeguamento organizzativo necessario per l'attuazione nella propria struttura del Programma Regionale di Procurement di Organi e Tessuti 2024-2026, in termini di staff assegnato ai Coordinamenti Ospedalieri di Procurement (COP).

Saranno inoltre assegnati obiettivi di efficienza relativi al procurement di cornee, multitecso e di organi.

19. ELENCO DEI COORDINAMENTI OSPEDALIERI DI PROCUREMENT (COP)

- o Elenco dei COP di secondo livello e relative aree di competenza
- FONDAZIONE IRCCS CA' GRANDA – OSPEDALE MAGGIORE POLICLINICO DI MILANO (Competente per i seguenti COP Primo Livello e Strutture del Sistema Privato Accreditato: ASST Santi Paolo Carlo, ASST Melegnano e della Martesana, ASST Lodi – Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori (struttura senza COP) – Milano - Istituto Clinico Humanitas, Rozzano – Centro Cardiologico Monzino – Istituto Europeo di Oncologia - Istituto Clinico Città Studi – Auxologico San Luca)
- ASST GOM NIGUARDA (Competente per i seguenti COP Primo Livello e Strutture del Sistema Privato Accreditato: ASST Fatebenefratelli-Sacco, ASST Rhodense, ASST Ovest Milanese, Istituto Clinico Besta -- struttura senza COP, IRCCS Ospedale San Raffaele, IRCCS Policlinico San Donato, IRCCS Ospedale Galeazzi Sant'Ambrogio, Clinica San Carlo di Paderno Dugnano, Gruppo Multimedica Ospedale San Giuseppe e Sesto San Giovanni)
- FONDAZIONE IRCCS SAN GERARDO DEI TINTORI (Competente per i seguenti COP Primo Livello e Strutture del Sistema Privato Accreditato: ASST Brianza, ASST Nord Milano, Policlinico di Monza, Istituti Clinici Zucchi)
- FONDAZIONE IRCCS POLICLINICO SAN MATTEO (Competente per tutte le strutture pubbliche e private accreditate nel territorio di ATS Pavia)
- ASST SETTE LAGHI (Competente per i seguenti COP Primo Livello e Strutture del Sistema Privato Accreditato: ASST Valle Olona ASST Lariana, Ospedale Valduce – Como, Humanitas Mater Domini – Castellanza)
- ASST LECCO (Competente per i COP Primo Livello e Strutture del Sistema Privato Accreditato nel territorio della provincia di Lecco e Sondrio ed Ospedale Moriggia - Pelascini)

di Gravedona)

- ASST PAPA GIOVANNI XXIII (Competente per i COP Primo Livello e Strutture del Sistema Privato Accreditato nel territorio di ATS Bergamo)
- ASST BRESCIA (Competente per i seguenti COP Primo Livello e Strutture del Sistema Privato Accreditato nel territorio di ATS Brescia)
- ASST CREMONA (Competente per i seguenti COP Primo Livello e Strutture del Sistema Privato Accreditato nel territorio di ATS Valpadana)
- ELENCO DEI COP DI PRIMO LIVELLO CON NEUROCHIRURGIA
 - ASST FBF SACCO
 - ASST SANTI PAOLO CARLO
 - ASST OVEST MILANESE
 - ASST LARIANA
 - ASST MANTOVA
 - ASST VALTELLINA
- ELENCO DEI COP DI PRIMO LIVELLO SENZA NEUROCHIRURGIA
 - ASST RHODENSE
 - ASST NORD MILANO
 - ASST MELEGNANO – MARTESANA
 - ASST VALLE OLONA
 - ASST LODI
 - ASST DELLA BRIANZA
 - ASST PAVIA
 - ASST CREMA
 - ASST BERGAMO EST
 - ASST BERGAMO OVEST
 - ASST DEL GARDA
 - ASST DELLA VALCAMONICA
 - ASST DELLA FRANCIACORTA
- ELENCO DEGLI OSPEDALI DEL SISTEMA PRIVATO ACCREDITATO DOTATI DI DEA DI SECONDO LIVELLO:
 - Istituto Clinico Humanitas
 - IRCCS Ospedale San Raffaele
 - Fondazione Poliambulanza, Brescia

Sull'area metropolitana i COP di Secondo Livello di Area Milano e Monza (ASST GOM Niguarda-Fondazione IRCCS Cà Granda-Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori) collaborano insieme alle strutture pubbliche sede di COP di primo livello alla realizzazione delle CAM per le strutture private di area metropolitana.

20. AGGIORNAMENTO DELLA FUNZIONE ASSISTENZIALE N. 14 “PRELIEVO DI ORGANI E TESSUTI - ALTRE ATTIVITÀ CONNESSE AL TRAPIANTO D'ORGANI”.

Coerentemente con quanto sopra previsto, a decorrere dall'anno 2024 la Funzione 14 - Prelievo di organi e tessuti - Altre attività connesse al trapianto d'organi, sarà definita come segue:

Funzione 14 - Prelievo di organi e tessuti - Altre attività connesse al trapianto d'organi

La funzione copre i costi “di produzione” legati all'individuazione dei potenziali donatori, di prelievo, di trasporto équipe e di funzionamento delle équipe, non remunerate dalle vigenti tariffe, nonché le attività svolte dai Centri di Riferimento Regionali (CRR).

I valori relativi a questa funzione sono attribuiti, secondo i costi rendicontati, ai seguenti enti:

- all'Agenzia Regionale Emergenza Urgenza (AREU), sulla base delle risultanze dell'analisi della rendicontazione annuale predisposta dal Coordinamento Regionale Procurement (per la parte riferita all'attività di propria competenza, ovvero: funzioni di coordinamento proprie e dei Coordinamenti Ospedalieri di Procurement - COP, sistema di procurement, CAM mobili, ECMO Team, formazione, altre attività connesse), e dei costi sostenuti per la funzione trasporti équipe, comprese le attività svolte fuori orario di servizio;
- alle Aziende/IRCCS (pubblici e privati), per le attività riferite ai Centri di Riferimento Regionali – Banche dei tessuti, equipe di prelievo di tessuti e alle altre attività connesse al trapianto d'organi.

In relazione alle specifiche attività rendicontate annualmente dal CRP, AREU riconoscerà agli Enti del SSR e alle strutture private coinvolti i seguenti valori standard, a copertura dei costi sostenuti:

Attività	Rilevazione	Riconoscimento standard
CoRe e CRP	Presenza effettiva dello Staff previsto	Fino ad un massimo di 650.000 euro annui
COP SECONDO LIVELLO (strutture pubbliche)	Presenza effettiva dello Staff previsto	Fino ad un massimo di 160.000 euro annui (per singola struttura)
COP PRIMO LIVELLO CON NCH (strutture pubbliche)	Presenza effettiva dello Staff previsto	Fino ad un massimo di 130.000 euro annui (per singola struttura)
COP PRIMO LIVELLO SENZA NCH (strutture pubbliche)	Presenza effettiva dello Staff previsto	Fino ad un massimo di 80.000 euro annui (per singola struttura)

Attività	Rilevazione	Riconoscimento standard
COP STRUTTURE DEL SISTEMA PRIVATO ACCREDITATO SEDE DI DEA DI SECONDO LIVELLO	Presenza effettiva dello Staff previsto	Fino ad un massimo di 130.000 euro annui (per singola struttura)
ATTIVITA' CONNESSE AL PRELIEVO ORGANI E TESSUTI SVOLTE EXTRA-ORARIO DI LAVORO (LATO PROCUREMENT) (strutture pubbliche)	Ore rendicontate a/da CRP	personale medico: 65,10 Euro /ora personale infermieristico/tecnico: 46,66 Euro/ora personale di supporto: 20,00 Euro/ora
COLLEGIO ACCERTAMENTO MORTE (CAM) FUORI SEDE	Numero attivazioni rendicontate a/da CRP	personale medico: 65,10 Euro /ora personale infermieristico/tecnico: 46,66 Euro/ora personale di supporto: 20,00 Euro/ora
ECMO TEAM PER DONAZIONE A CUORE FERMO CONTROLLATA	Numero procedure realizzate rendicontate a/da CRP	personale medico: 65,10 Euro /ora personale infermieristico/tecnico: 46,66 Euro/ora personale di supporto: 20,00 Euro/ora
MATERIALI PER DONAZIONE A CUORE FERMO CONTROLLATA	Numero procedure realizzate rendicontate a/da CRP	Costo standard materiali di consumo: fino a un massimo di euro 4.000 a procedura realizzata
EQUIPE PRELIEVO BANCA REGIONALE DEI TESSUTI e CORNEE	Numero Prelievi effettuati rendicontate dalla Banca dei Tessuti	personale medico: 65,10 Euro /ora personale infermieristico/tecnico: 46,66 Euro/ora

Attività	Rilevazione	Riconoscimento standard
		personale di supporto: 20,00 Euro/ora
PROCUREMENT: Donazione di organi	Numero di donatori procurati rendicontate a/da CRP	5.000 euro per ogni donatore procurato più 2.000 euro, se effettuata anche autopsia
PROCUREMENT: Donazione multi-tessuto	Numero di donatori effettivi rendicontati a/da CRP	2.000 Euro/caso se solo cute, 3.000 euro se cute più altro tessuto
PROCUREMENT Donazione di cornee	Numero di cornee prelevate rendicontate a/da CRP	180 Euro/Cornea, se equipe interna 75 Euro/Cornea, se equipe esterna
PROCUREMENT Donazione di tessuti da vivente	Numero di tessuti prelevati rendicontati a/da CRP	200 euro per ogni donazione

Di seguito si riepiloga, infine, l'attività svolta dai CRR, nonché le strutture sanitarie destinatarie di remunerazione:

- Banca delle cornee (ASST Monza e IRCCS San Matteo di Pavia);
- “Centro interregionale per i trapianti” denominato “*Nord Italian Transplant Program (NITp)*”, presso la Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano
- raccolta e crioconservazione cellule staminali periferiche (ASST Niguarda Milano);
- conservazione di sangue da cordone ombelicale (IRCCS Policlinico di Milano e IRCCS San Matteo di Pavia);
- raccolta e conservazione omoinnesti valvolari-vascolari (IRCCS Monzino di Milano);
- cuore artificiale (ASST Niguarda Milano e ASST Papa Giovanni XXIII di Bergamo);
- coltura epidermide umana e crioconservazione tessuti (ASST Niguarda Milano);
- banca emocomponenti di gruppi rari (IRCCS Policlinico di Milano);
- laboratorio terapie cellulari (ASST Papa Giovanni XXIII di Bergamo).

Secondo quanto indicato dalla DGR n. XI/6708/2022 l'importo massimo previsto è pari ad € 25.000.000

21. LE BANCHE DEI TESSUTI E LA PERFUSIONE EX VIVO DEGLI ORGANI – PROGETTO DI SVILUPPO

Con successivo provvedimento della Giunta Regionale, su proposta di AREU, è istituita la Banca Regionale dei Tessuti e degli Organi con l'obiettivo di unificare le differenti realtà esistenti.

La realizzazione di tale struttura si ritiene possa determinare un miglioramento immediato e prospettico dei livelli organizzativi per le seguenti ragioni:

- economie di scala;
- gestione diretta e totale dei fondi per consentire l'utilizzo specifico delle risorse previste dal budget di spesa, nel rispetto delle esigenze delle singole Banche;
- unificazione del coordinamento scientifico, tecnico e operativo;
- standardizzazione dei protocolli regolamentari, delle procedure e della gestione qualità;
- condivisione e sviluppo di nuovi approcci e protocolli nel settore ricerca e sviluppo;
- attività condivisa sulla formazione inerente alla donazione e all'utilizzo dei tessuti;
- opportunità di sviluppo e di innovazione dei processi e dei prodotti, oltre che degli assetti organizzativi e delle relazioni istituzionali;
- revisione del sistema di finanziamento.

Si delega AREU a coordinare, in collaborazione con l'ASST GOM Niguarda, l'unificazione delle Banche dei tessuti esistenti ed a predisporre, entro sei mesi dall'approvazione del presente provvedimento, l'atto istitutivo della stessa secondo i seguenti principi:

- La Banca avrà sede ed opererà presso l'ASST GOM Niguarda. La stessa risponderà funzionalmente ad AREU che, in coordinamento con la direzione strategica di Niguarda, è chiamata a realizzare gli obiettivi regionali, prendere decisioni di indirizzo e allocare risorse economiche e di personale alle singole filiere di tessuti.
- Le singole Banche (Cornee, Cute e Insule Pancreatiche, Tessuto Muscoloscheletrico, Cuore per valvole e grossi vasi) diventeranno unità funzionali della Banca Regionale, anche se si trovano attualmente all'interno delle rispettive aziende ospedaliere e rispondono alla stessa per il raggiungimento degli obiettivi e per l'adozione delle modalità operative di conduzione delle attività.
- Si prevede una graduale unificazione delle varie realtà (per quanto concerne tessuto cardiovascolare e muscoloscheletrico), che consenta di omogeneizzare e razionalizzare sia la fase di prelievo dei tessuti che la fase di lavorazione, stoccaggio e rilascio degli stessi ad uso trapianto, con progressivo spostamento delle proprie sedi presso la Banca Regionale Tessuti e Organi di Niguarda.
- Progressiva realizzazione di una equipe unica per il prelievo multitessuto, in un percorso a step (prima equipe prelievo cute e tessuto cardiovascolare), con creazione di una equipe in grado di effettuare ulteriori attività chirurgiche su tessuti e/o organi (es. pancreas per insule) o per approfondimenti diagnostici (es. esplorazione toraco-addominale), quindi unificazione equipe cute + cardiovascolare + tessuto muscolo scheletrico ed infine prelievo di reni.

Il luogo identificato per la Banca Regionale Tessuti ed Organi è il padiglione Rossini dell'ASST GOM Niguarda, essendo già consistente l'attività della Banca della Cute e delle Isole Pancreatiche ed essendo stata finanziata la creazione di una ampia CRIOBANCA che diventerà funzionale alla conservazione dei tessuti, delle Cellule Staminali Emopoietiche e del materiale biologico pertinente alla PMA.

Relativamente alla PMA la Banca Regionale dei tessuti, che comprenderà la CRIOBANCA, fornirà per il funzionamento della stessa oltre agli spazi supporto tecnico ed organizzativo e la condivisione dei percorsi necessari alla sicurezza ed alla distribuzione dei tessuti.

Il personale impegnato nelle attività di prelievo a favore della Banca Regionale dei Tessuti e degli Organi risponde funzionalmente ad AREU. La propria attività potrà essere riconosciuta, se svolta fuori dall'orario di lavoro, con "sistema premiante" per l'intervento di prelievo (si comprende in questa organizzazione anche il personale impegnato in attività di prelievo di cornee nelle strutture non in grado di organizzarsi in modo autonomo).

Lo sviluppo del *team* di prelievo prevede la collaborazione di AREU e dell'ASST GOM Niguarda con le scuole di specializzazione delle branche chirurgiche delle università della regione. La collaborazione ha sia la valenza di integrare le equipe medico-infermieristiche di personale di ruolo che quella di offrire un'importante possibilità di acquisizione di competenze chirurgiche ai medici in formazione relativamente all'area donazione.

Appare razionale utilizzare l'assetto della Banca Regionale dei Tessuti per arrivare ad una Banca 2.0 che si occupi anche della perfusione d'organo. Negli ultimi anni è cresciuto esponenzialmente l'uso delle *Machine Perfusion* per la perfusione renale, in relazione al programma DCD. Risulta pertanto importante determinare un percorso logistico/organizzativo e di sede per massimizzare ciò che le stesse possono offrire in termini di implementazione di disponibilità di organi per il trapianto (possibilità di proseguire la perfusione in relazione alla disponibilità delle Camere Operatorie e quindi gestire i tempi di ischemia).

L'ottimizzazione della fase organizzativa con una centralizzazione della parte relativa alla fase di perfusione mediante le apparecchiature permetterebbe ai Centri di trapianto di rene un risparmio sia di risorse tecnologiche (numero di macchine MP) che di personale che oggi invece deve essere utilizzato per iniziare, seguire e concludere la MP.

Si ipotizza quindi di centralizzare la MP renale su un unico centro, in grado a regime con il proprio personale di prelevare i reni o prendere in carico dei reni prelevati da terzi e porli in MP, di seguire l'andamento della MP e consegnare a destinazione i reni all'ora prestabilita, grazie alla logistica del Trasporto Organi di AREU.

Il centro sede della Banca verrà adeguato in termini di responsabilità e di personale per essere in grado di gestire la funzione sulle 24 ore/365 giorni.

Fino alla piena attivazione della Banca Regionale le spese sostenute dalle singole ASST/IRCCS (pubblici e privati) sede di Banche dei tessuti sono riconosciute nell'ambito delle Funzioni non tariffabili (vedi paragrafo 6).

Analogamente a quanto espresso relativamente alla Banca dei Tessuti, si delega AREU a proporre nuovi modelli organizzativi che, partendo dalla necessaria integrazione interaziendale fondamentale per il funzionamento delle reti di patologia esistenti o di prossima costruzione, si inseriscano in collaborazione con ASST/IRCCS nella gestione di spazi, posti letto e sale operatorie, per arrivare ad un coordinamento dinamico delle risorse necessarie per realizzare quegli snodi che consentano il funzionamento delle reti.

A tale scopo, all'interno del Padiglione Rossini della ASST GOM Niguarda, AREU è chiamata a predisporre, in collaborazione con la stessa ASST, un progetto di riorganizzazione che abbia l'obiettivo di potenziare il sistema di gestione regionale dei trapianti e delle reti tempo-dipendenti che consenta ad AREU di coordinare:

- il funzionamento della Banca Regionale dei Tessuti e degli Organi;
- la razionalizzazione del funzionamento delle attività connesse:
- alle sale operatorie necessarie al prelievo di organi e tessuti (anche in una ottica di possibile centralizzazione per alcune filiere di donazione) e per la banca degli organi (reni);
- alla rete delle urgenze iperbariche;
- alla rete dei centri antiveneni;
- alle modalità di presa in carico degli assistiti con ferite difficili, con particolare attenzione ai pazienti mielolesi;
- alla disponibilità di letti intensivi per la gestione di questi pazienti e per gestione del potenziale donatore di organi e tessuti tramite l'integrazione di spazi e risorse;
- al potenziamento del sistema di gestione dei trasporti organi ed equipe e dei trasporti dal P.S. e dai reparti di degenza della stessa e di altre ASST.

APPENDICE 3.3.**RICONCILIAZIONE TERAPIA FARMACOLOGICA****Piano Attuativo****Vers. 0.4 (15 Settembre 2023)****1. SCOPO DEL DOCUMENTO**

Il presente documento descrive i processi, gli Attori coinvolti e la documentazione necessaria per regolamentare ed implementare la sperimentazione del Servizio di “Riconciliazione Terapia Farmacologica” nell’ambito del progetto promosso dal Ministero della Salute, denominato “Sperimentazione dei Nuovi Servizi nella Farmacia di Comunità”.

Le azioni descritte vengono associate ai diversi attori coinvolti nel workflow operativo, con evidenza di eventuali beni materiali e infrastrutturali necessari al singolo processo.

Il workflow operativo è stato definito in ottemperanza alle “Linee di indirizzo” redatte dal Gruppo di Lavoro istituito presso la Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero.

Con riferimento ai servizi erogabili citati nelle predette Linee di Indirizzo e riportati pedissequamente nella successiva tabella, si precisa che il presente piano attuativo è da ritenersi a copertura della seguente attività

- Ricognizione Terapia Farmacologica (di competenza delle Farmacie di Comunità) associata al Servizio in commento e relativa all’ambito di riferimento “Servizi Cognitivi”.

Ambito di Riferimento	Servizi in Sperimentazione	Patologie/Attività in Sperimentazione per lo specifico Servizio
Servizi cognitivi	Riconciliazione terapia farmacologica	<i>Ricognizione terapia farmacologica</i>
	Monitoraggio all’aderenza	<i>Iperensione</i>
		<i>BPCO</i>
Servizi di Front-Office	Servizio FSE	<i>Diabete</i>
		<i>Attivazione FSE</i>
		<i>Arricchimento FSE</i>
Analisi di I istanza	Servizi di Telemedicina	<i>Consultazione FSE</i>
		<i>Holter Pressorio</i>
		<i>Holter Cardiaco</i>
		<i>Auto-Spirometria</i>
	Supporto allo Screening per la prevenzione del tumore del Colon retto	<i>ECG</i>
		<i>Coinvolgimento Paziente</i>
		<i>Consegna Kit e materiale informativo</i>
		<i>Ritiro Kit</i>

2. HISTORY

DATA	EVENTO	NOTE
Giugno 2023	Bozza documento	

3. ATTI DI RIFERIMENTO (Emanati o di prossima emanazione)

- LINEE DI INDIRIZZO PER LA SPERIMENTAZIONE DEI NUOVI SERVIZI NELLA FARMACIA DI COMUNITA, emanate nel mese di Luglio 2019 dal MINISTERO DELLA SALUTE – Direzione Programmazione Sanitaria
- CRONOPROGRAMMA v.3.0 della REGIONE LOMBARDIA - che ha annullato e sostituito le precedenti versioni - inviato in data 11/06/2022 al Ministero della Sanità e approvato dallo stesso in data 28/12/2022.

4. ATTORI COINVOLTI NELL'ATTIVITA' SPERIMENTALE

Si riporta di seguito l'elenco degli Attori coinvolti nell'attività sperimentale:

- REGIONE LOMBARDIA – DIREZIONE GENERALE WELFARE → Soggetto proponente il progetto sperimentale. Ha la responsabilità progettuale, ne definisce la dimensione, gli obiettivi e ne monitora l'andamento presentando relazioni periodiche al Comitato Paritetico e Tavolo tecnico, istituito in sede di Conferenza Permanente dei rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano.
- ATS → È responsabile degli aspetti metodologici ed organizzativi del Servizio in sperimentazione, nonché della collaborazione e sinergia tra tutti i professionisti sanitari coinvolti.
- Promuove ai Medici la sperimentazione del Servizio ai fini della loro partecipazione al progetto. Sviluppa sul Territorio di competenza il Piano di Comunicazione agli Assistenti.
- Assolve la funzione di Titolare del Trattamento Dati definendo le policy di sicurezza e privacy a garanzia dell'intero processo.
- FEDERFARMA LOMBARDIA e ASSO FARM/CONF SERVIZI LOMBARDIA. Attori fondamentali nello sviluppo del Piano di Comunicazione e Arruolamento delle Farmacie. La partecipazione proattiva delle Associazioni di Categoria rappresenta un valido supporto nell'azione di monitoraggio del progetto e garantisce la rilevazione di segnali prodromici di eventuali criticità in Farmacia, consentendo di intervenire, in anticipo, per le opportune azioni correttive.
- ORDINE DEI FARMACISTI. Attore di rilievo nella sperimentazione in quanto ha in carico il delicatissimo compito della formazione e aggiornamento costante dei professionisti sanitari. La Piattaforma FAD messa a disposizione dall'Ordine garantisce la facilità di accesso alla formazione per i Farmacisti che partecipano nella sperimentazione del Servizio.
- FARMACIA/FARMACISTA. Assolve il ruolo di presidio del Servizio Sanitario Nazionale attraverso un'azione proattiva per il raggiungimento degli obiettivi prefissati. Attore fondamentale nella catena dei processi: propone il Servizio in sperimentazione al cittadino (arruolamento) appartenente al setting di riferimento. Partecipa alle Campagne di sensibilizzazione dei Cittadini promosse dalle ATS. È l'interfaccia verso l'assistito beneficiario dell'azione di sanità pubblica e rappresenta il soggetto che ha maggiori possibilità di esercitare un counseling sanitario indirizzato alla prevenzione (coinvolgimento del Cittadino).
- MEDICO SPECIALISTA / MEDICO DI MEDICINA GENERALE. Partecipa alla definizione del questionario (Scheda Ricognizione Terapia Farmacologica – successivamente descritta) da sottoporre all'Assistito durante l'attività di ricognizione effettuata in Farmacia. Riceve le Schede di Ricognizione dei propri Assistenti che partecipano al progetto, strumento

necessario per la successiva fase di Riconciliazione della Terapia Farmacologica.

- CITTADINO. Beneficiario del Servizio in sperimentazione.

5. DESCRIZIONE DELL'ATTIVITA' SPERIMENTALE

Premessa

La messa a regime di un ulteriore Servizio in sperimentazione nell'ambito della Farmacia dei Servizi, significativamente orientato alla prevenzione, rappresenta una opportunità per il Territorio e per le Farmacie, chiamate a fornire un importante contributo nell'azione di sostenibilità del sistema sanitario, attualmente in "difficoltà" causa la lungaggine di intervento verso le richieste di assistenza degli Assistiti.

Aumentare i servizi di prevenzione in Farmacia consente di diminuire le diseguaglianze portando la sanità più vicina al cittadino e nel contempo, consente di delineare un modello di farmacia in grado di erogare ulteriori prestazioni rispetto alla dispensazione del farmaco.

L'attività di Riconciliazione della Terapia Farmacologica rientra nell'ambito dei Servizi Cognitivi previsti dal progetto ministeriale della Farmacia dei Servizi.

Attraverso l'attuazione di tale Servizio, che prevede il coinvolgimento del Farmacista nella delicata attività di Ricognizione della Terapia Farmacologica, si concretizza ulteriormente la strategia della DGW Regionale che intende migliorare l'assistenza sanitaria sul territorio, sia sviluppando il ruolo della Farmacia come presidio sanitario, sia mettendo a frutto le competenze degli operatori sanitari ivi presenti.

La Riconciliazione della Terapia Farmacologica è il processo che partendo dal confronto tra la lista dei farmaci assunti dal paziente, eventuali integratori e/o altro (Ricognizione), e quelli che dovrebbero essere somministrati nella particolare circostanza, permette al Medico di giungere alla formulazione di una decisione prescrittiva farmacologica.

Ciò premesso, appare ovvio che la riconciliazione richieda come condizione necessaria l'esecuzione propedeutica della ricognizione da attuare mediante un sistema di domande strutturate e raccolta dati, finalizzati a profilare la condizione di salute dell'Assistito al fine di fornire al Medico di medicina generale o Medico specialista eventuali situazioni degne di nota o, comunque, un quadro quanto più esaustivo possibile dei farmaci e/o integratori e/o alimenti assunti dall'Assistito al fine di favorire il Medico nella sua attività prescrittiva, prevenendo eventi rischiosi soprattutto in situazioni di politerapia.

Il Farmacista sarà coinvolto nella delicata fase di somministrazione del questionario all'Assistito, previa adeguata informativa sulle finalità del servizio e sulle modalità di trattamento dei dati.

Il questionario sarà definito da un team multiprofessionale che vedrà coinvolti Medici e farmacisti che, nella scelta delle domande, dovranno tener conto del target di riferimento degli Assistiti a cui il Servizio sarà offerto, nonché delle indicazioni presenti nelle Linee di Indirizzo per la sperimentazione dei nuovi servizi nella farmacia di comunità.

6. WORKFLOW OPERATIVO

L'efficacia del Servizio dipende dalla qualità espressa da tutti gli Attori coinvolti. Si precisa che la "Scheda di Ricognizione" prevista nel workflow descritto è allegata al presente documento (Allegato 1) e ne costituisce parte integrante e sostanziale.

FASE OPERATIVA – Singola Prestazione

FARMACIA

(Arruolamento Assistito)

1. Condivide e sostiene le campagne di promozione all'adesione al Servizio di Riconciliazione della Terapia Farmacologica promosse dalle ATS e/o dagli altri Stakeholder.
2. Espone nelle proprie sedi materiale divulgativo dedicato fornito dalle ATS.
3. Individua i potenziali Assistiti in occasione della presentazione di ricette contenenti prescrizioni di farmaci per il trattamento di patologie afferenti al Target Assistiti stabilito dalla Cabina di Regia.
4. Illustra ai potenziali Assistiti le finalità e i vantaggi del Servizio offerto, nonché l'impegno richiesto.
5. Sottopone agli Assistiti interessati alla sperimentazione l'Informativa Privacy per illustrare le modalità di trattamento dei dati forniti.

(vs Svolgimento Ricognizione)

6. Si collega alla Piattaforma SW e registra l'Assistito.
7. Svolge l'intervista nel rispetto di quanto previsto nel Questionario.
8. Stampa la Scheda Ricognizione dalla Piattaforma SW contenente le risultanze dell'intervista e la sottopone all'Assistito richiedendone la lettura e opportuna sottoscrizione sia per conferma del contenuto registrato che per autorizzazione a rendere disponibili le informazioni dell'intervista al Medico curante (MMG o Specialista), operazione effettuata per mezzo delle ATS (successivo punto 12)
9. Consegna copia della Scheda Ricognizione all'Assistito invitandolo ad esibirla al Medico curante durante la prossima visita.
10. Al termine della Ricognizione, invita l'Assistito a ritornare in Farmacia dopo 2-3 mesi, oppure nel caso in cui ci sia un cambiamento della terapia per effettuare l'aggiornamento della Scheda.
11. In caso di situazioni degne di nota, invita l'Assistito a recarsi presso il Medico curante e informa l'ATS competente (ATS RESIDENZA), tramite mail, della criticità rilevata.
12. La Piattaforma SW – a supporto dei processi - invia in automatico, via mail, la Scheda Ricognizione all'ATS competente (ATS RESIDENZA).
13. In caso di reazione avversa rilevata, il Farmacista compila la scheda ADR e ne effettua l'invio attenendosi alle procedure vigenti (Portale AIFA).
14. Archivia per 5 anni, nel rispetto della Privacy, la Scheda di Ricognizione e Scheda ADR, rendendole disponibili su richiesta degli organi di controllo.

Al termine dei 5 anni, si occupa della distruzione della documentazione archiviata, previa autorizzazione dell'ATS competente.

ATS - PREVENZIONE

16. Invia ai Medici Curanti che partecipano al progetto, le Schede di Ricognizione ricevute dalle Farmacie.
17. In caso di segnalazione di criticità ricevuta dalla Farmacia, invia Scheda di Ricognizione al Medico anche se Questi non partecipa al progetto.
18. Raccoglie e fornisce i dati alla Direzione Farmaceutica di competenza e ad ARIA per il riconoscimento dei corrispettivi dovuti alle Farmacie.
19. Comunica mensilmente alla DGW le informazioni necessarie per il monitoraggio del progetto, ai fini della rendicontazione al Ministero.

ATS- FARMACEUTICA

20. Gestisce e liquida le spettanze amministrative sulla base dei dati forniti dalla Direzione Prevenzione dell'ATS.

FASE ORGANIZZATIVA**CABINA DI REGIA (DGW / ATS / MEDICI / ASSOCIAZIONI DI CATEGORIA)**

- Stabilisce la Popolazione Target degli Assistiti.
- Promuove la Campagna di informazione per la sensibilizzazione dei Cittadini.
- Promuove percorsi/strategie di miglioramento dei processi e favorisce le interazioni tra i
- diversi Attori.

ATS**DIREZIONE PREVENZIONE**

- Partecipa in modo proattivo alla Campagna di Comunicazione indirizzata ai Medici ai fini del loro coinvolgimento nel progetto (Arruolamento Medici).
- Svolge funzioni di monitoraggio e di verifica sulla corretta implementazione dei processi.
- Collabora con l'Ordine dei Farmacisti per i Contenuti Formativi su FAD.

DIREZIONE FARMACEUTICA

- Partecipa in modo proattivo alla Campagna di Comunicazione indirizzata alle Farmacie ai fini del loro coinvolgimento nel progetto (Arruolamento Farmacie).
- Svolge funzioni di monitoraggio e di verifica sulla corretta implementazione dei processi ad opera delle Farmacie.

MEDICI / FARMACISTI

- Stabiliscono il Questionario da utilizzare in Farmacia durante l'intervista all'Assistito (Ricognizione)

ASSOCIAZIONE DI CATEGORIA**FEDERFARMA LOMBARDIA**

- Fornisce alle Farmacie la Piattaforma Informatica per la manifestazione di interesse (Arruolamento Farmacie).

- Fornisce alle farmacie la Piattaforma Informatica per la gestione del workflow in Farmacia. (Ricognizione).

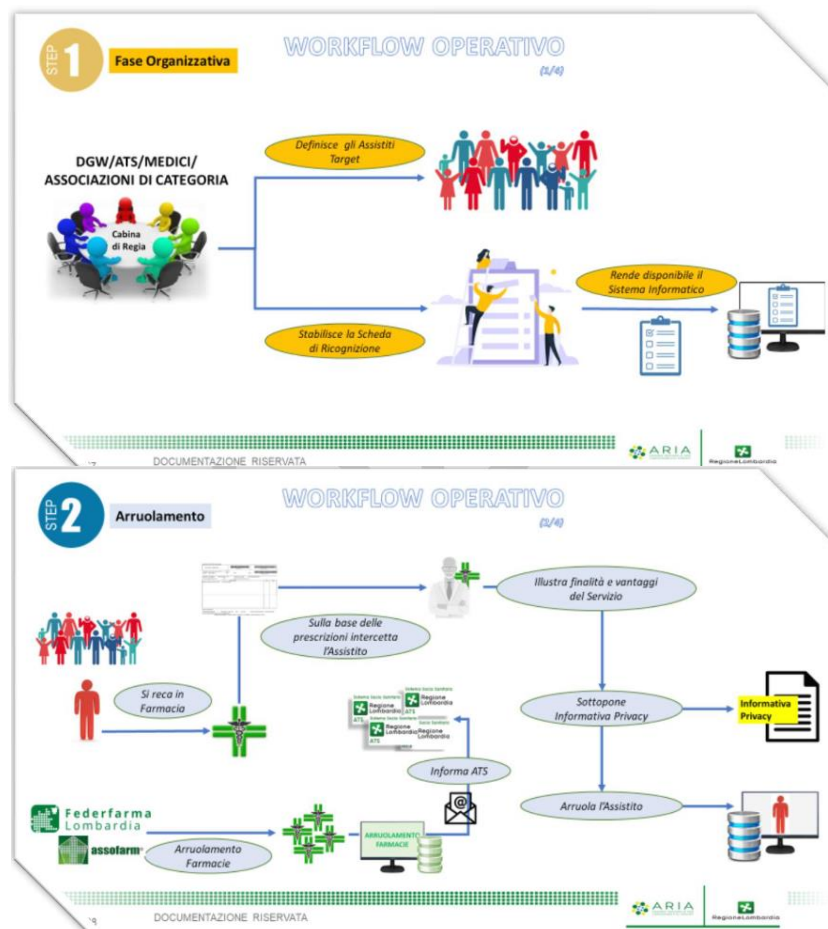
FEDERFARMA LOMBARDIA E ASSOFARM/CONFSERVIZI LOMBARDIA

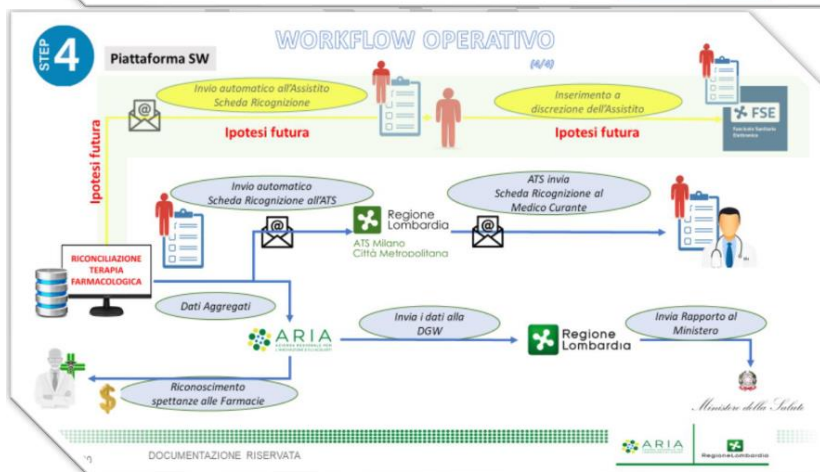
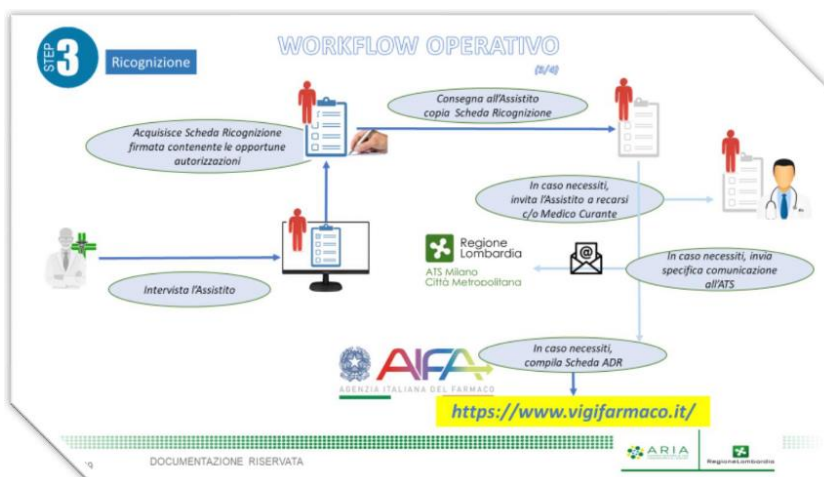
- Partecipano in modo proattivo alla Campagna di Comunicazione indirizzata alle Farmacia ai fini dell’Arruolamento.
- Coadiuvano le Farmacie e le ATS nell’obiettivo di evitare qualsiasi criticità nell’implementazione del workflow operativo collegato al Servizio in Sperimentazione.
- Intervengono in modo puntuale sul territorio provinciale e interprovinciale nei casi di carente partecipazione delle Farmacie all’attività sperimentale (Arruolamento delle Farmacie), con riferimento agli obiettivi progettuali fissati.

ORDINE DEI FARMACISTI

- Rende disponibile alle Farmacie la Piattaforma FAD corredata di materiale didattico sviluppato per la specifica attività sperimentale.

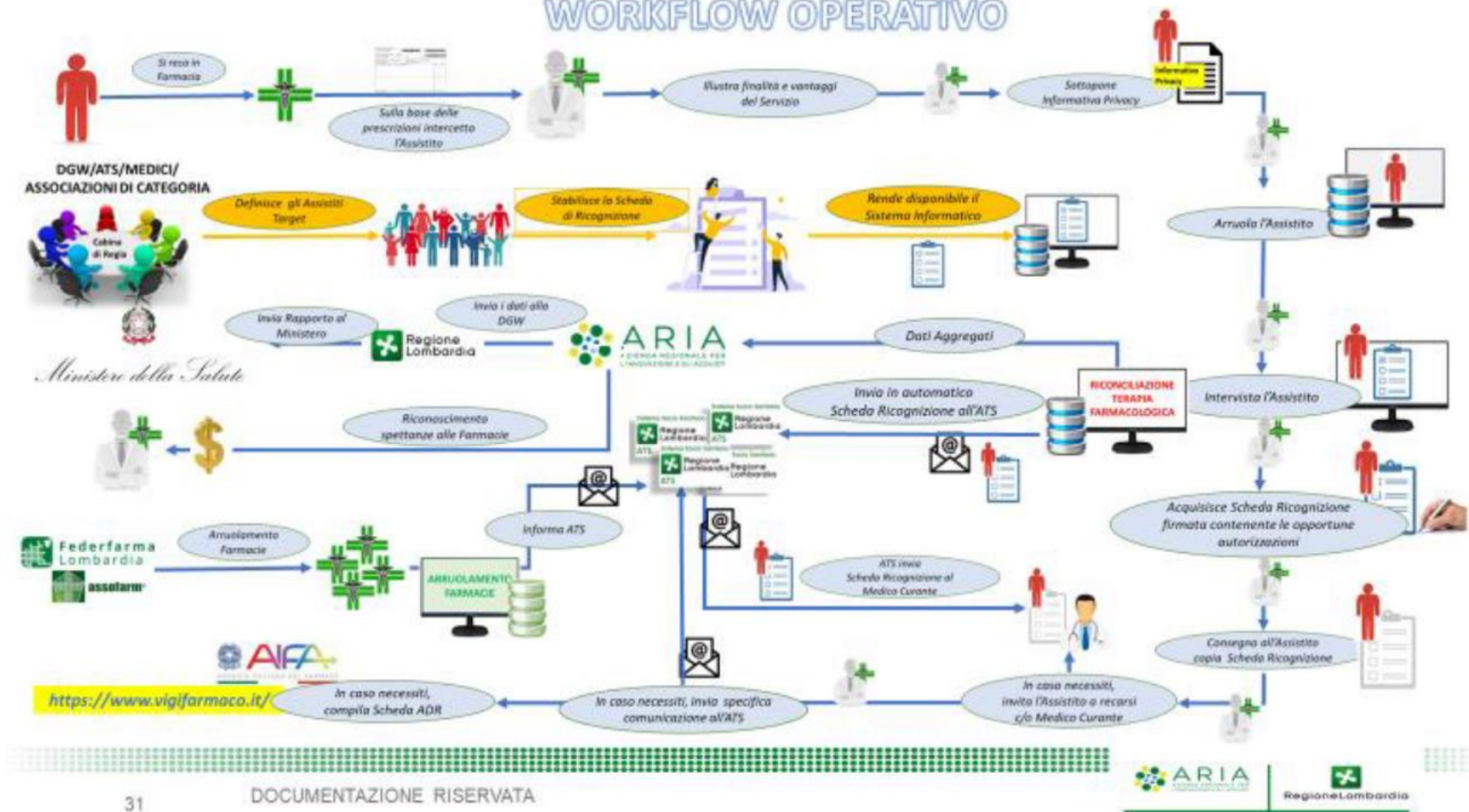
Qui di seguito viene schematizzato, in forma semplificata – sia per fasi che nella sua interezza - il processo operativo e organizzativo deciso tra tutti gli Attori coinvolti.







WORKFLOW OPERATIVO



7. COINVOLGIMENTO E ARRUOLAMENTO FARMACIE (Modalità)

Federfarma Lombardia e Assofarm/Confservizi Lombardia favoriscono, attraverso specifiche azioni di promozione del progetto, l'adesione delle farmacie per ottenere la maggiore copertura del territorio lombardo.

La sponsorizzazione effettuata dalle citate Associazioni di Categoria è una azione consapevole della validità del Servizio sperimentale suggellata dalla perfetta conoscenza delle attività che sono richieste al Farmacista.

L'azione di coinvolgimento effettuata Federfarma Lombardia e Assofarm/Confservizi Lombardia sarà continua nel corso del progetto e si trasformerà in una sorta di affiancamento alle Farmacie per raccogliere feedback finalizzati ad ottenere spunti di miglioramento dei processi, o anticipare eventuali criticità nello svolgimento dell'attività sperimentale.

Tenuto conto dei tempi di chiusura del progetto ministeriale, si ipotizza di superare leggermente l'estremo inferiore dell'indicatore dichiarato nel Cronoprogramma, relativamente alla percentuale di Arruolamento delle Farmacie Lombarde.

# Farmacie in Regione Lombardia			
~ 3.000			
Ambito di Riferimento	Servizi in Sperimentazione	Attività in Sperimentazione	% Farmacie da Arruolare
<i>Servizi Cognitivi</i>	Riconciliazione della terapia farmacologica	<i>Ricognizione terapia farmacologica</i>	10% - 30%
		<i>Iperensione</i>	10% - 30%
	Monitoraggio dell'aderenza	<i>BPCO</i>	10% - 30%
		<i>Diabete</i>	10% - 30%
<i>Servizi di Front-Office</i>	Servizio FSE	<i>Attivazione FSE</i>	10% - 15%
		<i>Arricchimento FSE</i>	30% - 40%
		<i>Consultazione FSE</i>	10% - 15%
	Scelta e Revoca MMG/PLS	<i>Assegnazione/Variatione MMG/PLS</i>	90% - 100%
<i>Analisi di I° istanza</i>	Servizi di Telemedicina	<i>Holter pressorio</i>	10% - 20%
		<i>Holter cardiaco</i>	10% - 20%
		<i>Auto-Spirometria</i>	10% - 20%
		<i>ECG</i>	10% - 20%
	Supporto allo Screening per la prevenzione del tumore del Colon retto	<i>Coinvolgimento paziente</i> <i>Consegna kit e mat. informativo</i> <i>Ritiro kit</i>	90% - 100%
<i>SARS-CoV-2</i>	Campagna Vaccinale	<i>Somministrazione Vaccini</i>	15% - 20%

<i>Servizi Cognitivi</i>	Servizi in Sperimentazione	Attività in Sperimentazione	% Farmacie da Arruolare
	Riconciliazione della terapia farmacologica	<i>Ricognizione terapia farmacologica</i>	10% - 30%

Previste circa 300 Farmacie partecipanti al progetto

8. FORMAZIONE FARMACIE

Il nuovo ruolo affidato alle Farmacie di Comunità nell'ambito del progetto sperimentale promosso dal Ministero della Salute richiede al Farmacista lo sviluppo di competenze trasversali acquisite con una formazione professionale, all'interno della programmazione strategica del sistema salute, mirata a dare impulso alla qualificazione dell'offerta di nuovi servizi sociosanitari.

L'Accordo siglato in sede di Conferenza Stato-Regioni - che ha recepito le "Linee di indirizzo per la sperimentazione dei nuovi servizi nella Farmacia di Comunità" - ha affidato alle Regioni e agli

Ordini professionali il compito della formazione dei professionisti coinvolti nelle relative attività sperimentali, quale requisito fondamentale per l'aggiornamento delle loro competenze professionali, necessarie alla realizzazione della sperimentazione stessa.

In considerazione dell'importanza del momento formativo per la buona riuscita della suddetta sperimentazione, la Federazione degli Ordini dei Farmacisti Italiani - in qualità di organo sussidiario dello Stato ed ente pubblico rappresentativo a livello nazionale della professione di farmacista - insieme alla Fondazione Francesco Cannavò - costituita con la finalità di perseguire la formazione e l'aggiornamento costante del professionista - hanno definito un progetto formativo nazionale, specifico per le attività in sperimentazione, già efficacemente utilizzato per altri servizi in sperimentazione (es. Analisi di I Istanza - Screening per la prevenzione del tumore del Colon Retto).

I contenuti tecnico-scientifici di ciascuna attività formativa, definiti dall'Ordine dei Farmacisti e dalla Fondazione Francesco Cannavò avvalendosi della collaborazione delle principali società scientifiche e delle organizzazioni professionali del settore, sono erogabili in modalità FAD su piattaforma tecnologica messa a disposizione dall'Ordine e dalla Fondazione innanzi citate.

L'innovativa modalità di formazione a distanza facilita agli Operatori Sanitari l'accesso alla formazione superando le barriere organizzative, logistiche e temporali (Piattaforma disponibile 24x7x365, fatto salvi i tempi di manutenzione ordinaria e straordinaria), fornendo un maggior impulso alla partecipazione al progetto.

Le farmacie che su base volontaria aderiranno alla sperimentazione indicheranno le generalità di almeno un Farmacista iscritto all'Ordine, responsabile delle attività inerenti all'erogazione dei servizi, che documenterà, la preventiva partecipazione alla formazione.

FEDERFARMA LOMBARDIA mutuando i processi già in essere per altri Servizi in sperimentazione (Es. Screening Colon Retto), comunicherà alle ATS l'elenco delle Farmacie che hanno assolto il percorso formativo, condizione necessaria per il riconoscimento delle spettanze associate all'attività di ricognizione in commento.

9. COINVOLGIMENTO E ARRUOLAMENTO DEI CITTADINI (Modalità)

Come indicato nella specifica scheda riportata nella "Linee di indirizzo" redatte dal Gruppo di Lavoro ministeriale, l'azione di coinvolgimento e arruolamento dei cittadini viene effettuata direttamente in Farmacia in occasione della presentazione di ricette contenenti prescrizioni di farmaci per il trattamento della/e patologia/e caratterizzanti la popolazione target di Assistiti.

Il Farmacista illustra all'Assistito, potenzialmente arruolabile, le finalità della sperimentazione del Servizio, le modalità del suo svolgimento, i vantaggi e l'impegno a Lui richiesto ai fini dell'efficacia della sperimentazione. Allo scopo, consegna all'Assistito una lettera informativa che spiega nel dettaglio quanto illustrato.

L'eventuale arruolamento si conclude con la sottomissione dell'Informativa Privacy, utile per illustrare all'Assistito le modalità di trattamento dei dati acquisiti.

Fondamentale è la campagna di sensibilizzazione effettuata dalle ATS, dai Medici e dalle Associazioni di Categoria, per garantire una valida risposta del Territorio.

Tenuto conto delle condizioni espresse non si ravvisano criticità sul rispetto degli indicatori dichiarati nel Cronoprogramma, relativamente alla percentuale di Arruolamento e Coinvolgimento dei Pazienti Lombardi.

Ambito di Riferimento	Servizi in Sperimentazione	Attività in Sperimentazione	% Farmacie da Arruolare	# Farmacie	Pazienti per Farmacia	TOT maggiore di
Servizi Cognitivi	Riconciliazione della terapia farmacologica	Riconciliazione terapia farmacologica	10%-30%	~300-900	~10	3.000
		Iperensione	10%-30%	~300-900	~20	6.000
	Monitoraggio dell'aderenza	BPCO	10%-30%	~300-900	~20	6.000
		Diabete	10%-30%	~300-900	~20	6.000
Servizi di Front-Office	Servizio FSE	Attivazione FSE	10%-15%	~300-450	~20	6.000
		Arricchimento FSE	30%-40%	~900-1.200	~50	45.000
		Consultazione FSE	10%-15%	~300-450	~20	6.000
	Scelta e Revoca MMG/PLS	Assegnazione/Variazione MMG/PLS	90%-100%	~2.700 - 3.000	~20	54.000
Analisi di Finanza	Servizi di Telemedicina	Holter pressorio	10%-20%	~300-600	~10	3.000
		Holter cardiaco	10%-20%	~300-600	~10	3.000
		Auto-Spirometria	10%-20%	~300-600	~10	3.000
		ECG	10% 20%	~300-600	~10	3.000
	Supporto allo Screening per la prevenzione del tumore del Colon retto	Coinvolgimento paziente: Consegna kit e mat. informativo Ritiro kit	90%-100%	~2.700 - 3.000	~180	540.000
SARS-CoV-2	Campagna Vaccinale	Somministrazione Vaccini	15%-20%	~450-600	~240	108.000

Servizi Cognitivi	Servizi in Sperimentazione	Attività in Sperimentazione	% Farmacie da Arruolare	# Farmacie	Pazienti per Farmacia	TOT maggiore di
	Riconciliazione della terapia farmacologica	Riconciliazione terapia farmacologica	10%-30%	~300-900	~10	3.000

Previsti oltre 3.000 Assistiti

10. MODALITÀ DI IMPIEGO ED UTILIZZO DELLE RISORSE

Si riportano di seguito alcune informazioni inerenti alle Risorse Professionali, alle Risorse Strumentali e al Materiale di Consumo, necessari o potenziali, previsti per l'attività in sperimentazione nell'ambito dei Servizi Cognitivi.

RISORSE PROFESSIONALI

SOGGETTI	PERSONALE coinvolto	ACTION ITEM	NOTE
REGIONE LOMBARDIA	DWG	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Direzione progetto ➤ Finalità Progettuali ➤ Protocolli d'Intesa ➤ Strategie di miglioramento del Servizio 	<i>Soggetto Proponente Sperimentazione</i>
REGIONE LOMBARDIA	Project Office (ARIA)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Gestione progetto 	
ATS	DG	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Finalità Progettuali 	
ATS	Prevenzione	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Modalità Organizzative ➤ Arruolamento Medici ➤ Monitoraggio Workflow ➤ Strategie di miglioramento del Servizio 	
ATS	Farmaceutica	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Gestione spettanze Farmacie ➤ Monitoraggio Workflow ➤ Strategie di miglioramento del Servizio 	
FEDERFARMA LOMBARDIA	Direzione	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Protocolli D'Intesa ➤ Arruolamento Farmacie ➤ Strategie di miglioramento del Servizio 	
ASSOFARM/CONF SERVIZI LOMBARDIA	Direzione	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Protocolli D'Intesa ➤ Arruolamento Farmacie ➤ Strategie di miglioramento del Servizio 	
ORDINE FARMACISTI	Direzione, Esperti FAD	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Protocolli D'Intesa ➤ Formazione Continua ➤ Strategie di miglioramento del Servizio 	
FARMACIE	Professionista	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Erogazione Servizio 	

RISORSE STRUMENTALI

TIPOLOGIA	A CARICO DI	UTILIZZATORI	NOTE
PIATTAFORMA "ARRUOLAMENTO FARMACIE"	FEDERFARMA	➤ FARMACIE	<i>L'Applicazione SW consentirà alla Farmacia di manifestare la propria volontà di partecipazione al Servizio in sperimentazione</i>
PIATTAFORMA "RICOGNIZIONE"	FEDERFARMA	➤ FARMACIE	<i>L'Applicazione SW consentirà alla Farmacia di registrare la Scheda di Ricognizione associata all'Assistito coinvolto nel programma di prevenzione</i>
FAD	FOFI	➤ Farmacisti	<i>La Piattaforma consentirà la Formazione a Distanza e l'Aggiornamento Continuo dei Farmacisti che aderiscono alla sperimentazione</i>

MATERIALI DI CONSUMO

TIPOLOGIA	A CARICO DI	BENEFICIARI
Carta (Fogli A4) per stampa <ul style="list-style-type: none"> • Lettera informativa per illustrare al Cittadino le finalità del Servizio, le modalità di svolgimento, i vantaggi. • Informativa Privacy • Scheda Ricognizione 	FARMACIE	ASSISTITI
Materiale per campagne pubblicitarie	ATS	ASSISTITI

11. CRITERIO REMUNERAZIONE

Il Servizio in sperimentazione rientra nelle azioni strategiche di prevenzione sul Territorio di interesse della DGW. L'opportunità offerta dal progetto ministeriale rappresenta un impulso per tutti gli attori coinvolti nell'attuazione del Servizio, motivo per cui è in fase di definizione uno specifico accordo con le Associazioni di Categoria Professionale, al fine di riconoscere alle Farmacie l'impegno previsto dal Workflow Operativo precedentemente descritto.

Fatto salvo eventuali successivi accordi tra le Parti,

- il quantum economico per singola prestazione che sarà concordato e sancito negli atti istituzionali regionali sarà in forma forfetaria (cfr. Cronoprogramma v.3.0 <...le parti interessate determineranno congiuntamente un corrispettivo per la singola transazione associata a ciascun Servizio sulla base di una valutazione ad ampio spettro che tenga conto, delle risorse umane, strumentali, dei beni di consumo e dell'ipotesi di arruolamento dei cittadini ...>);
- il quantum economico per singola prestazione che sarà concordato e sancito negli atti istituzionali regionali, non sarà oggetto di rivisitazione a valle dei dati raccolti nel corso del progetto sperimentale, né in diminuzione né in aumento, fatto salvo eventuali successivi accordi tra le Parti;
- il quantum economico per singola prestazione che sarà riconosciuto dal Ministero della Salute alla Regione Lombardia per la remunerazione delle attività di cui al Servizio di Riconciliazione della Terapia Farmacologica non modificherà gli accordi economici assunti con le Associazioni di Categoria, anche nei casi in cui le somme finanziate siano quota parte della spesa sostenuta dalla Regione.

A ciò si aggiunge la partecipazione volontaria e gratuita dell'Ordine dei Farmacisti e della Fondazione Francesco Cannavò con il progetto Formativo, fruibile ai Farmacisti mediante la messa a disposizione di una Infrastruttura FAD e relativo Servizio di assistenza, interamente gratuiti.

Fermo restando quanto su esposto, nulla sarà dovuto a nessuno degli Attori coinvolti a diverso titolo nelle attività in parola e citati nel presente Patto Attuativo.

Tutti gli Attori si impegneranno a garantire e fornire al Project Office la necessaria collaborazione per consuntivare, nel rispetto delle regole quivi indicate nonché previste nel Cronoprogramma e nelle "Linee di indirizzo per la sperimentazione dei nuovi servizi... ", i fattori produttivi associati alla singola prestazione. I dati richiesti consentiranno al Ministero della Salute di costituire una base informativa per lo sviluppo di modelli economici necessari per eventuali future

determinazioni ministeriali, indirizzate alla messa a sistema dei servizi sperimentati nelle Farmacie di Comunità.

$$\text{Costo Evento} = [\text{CmPres} * (\text{Tevento} + \delta)] + (\text{CmMat} + \varepsilon)$$

Costo Evento	Costo a regime associato alla Attività Professionale collegata al <u>singolo evento con il Cittadino/Paziente</u>
CmPres	Costo orario medio aziendale associato alla Categoria Professionale coinvolto in Farmacia
Tevento	Tempo medio associato alla Attività Professionale collegata al <u>singolo evento con il Cittadino/Paziente</u>
δ	Tempo minimo aggiuntivo riconosciuto su tutti i singoli eventi con il Cittadino/Paziente per la gestione di casi critici e/o imprevisti/impedimenti di qualsiasi tipo che possa ritardare il tempo di conclusione dell'evento
CmMat	Costo medio del materiale di consumo necessario per la Prestazione professionale collegata al <u>singolo evento con il Cittadino/Paziente.</u>
ε	Quota minima aggiuntiva riconosciuta su tutti i singoli eventi con il Cittadino/Paziente a copertura dei maggiori costi sostenuti causa sostituzione o maggior utilizzo del materiale di consumo (casi critici e/o imprevisti/impedimenti)

12. DESING

PRIVACY BY

Nella progettazione del Workflow Operativo adottato è stata posta particolare attenzione al rispetto della normativa vigente inerente alla Privacy.

Illustriamo schematicamente le diverse tipologie di dati con i quali entra in contatto ciascun Attore nell'ambito delle attività in sperimentazione di cui al presente Piano Attuativo.

- REGIONE LOMBARDIA – DIREZIONE GENERALE WELFARE → Gestisce dati in forma aggregata ed esclusivamente ai fini del monitoraggio e rendicontazione degli stessi per le finalità progettuali. Non gestisce DATI PERSONALI
- ATS → È il Titolare dei dati. Relativamente al trattamento di DATI PERSONALI e PARTICOLARI previsti nella gestione del Servizio in esame, si attua il Regolamento Regionale del 24 dicembre 2012 – n. 3 “Regolamento per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari di competenza della giunta regionale, delle aziende sanitarie, degli enti e agenzie regionali, degli enti vigilati dalla Regione Lombardia (artt. 20 -21 del d.lgs. n. 196/2003)” ed in particolare alla Scheda 4 dell'allegato 1B.
- FEDERFARMA LOMBARDIA E ASSO FARM/CONF SERVIZI LOMBARDIA → La partecipazione alle attività per la Sperimentazione dei Servizi Cognitivi, in particolare per la “Riconciliazione della Terapia Farmacologica” non comporta, in alcun modo, il trattamento di DATI PERSONALI e/o PARTICOLARI degli Assistenti.
- ORDINE DEI FARMACISTI → Gestisce esclusivamente i contenuti della Piattaforma FAD destinata alle Formazioni dei Farmacisti. Non gestisce DATI PERSONALI degli Assistenti.
- FARMACIA/FARMACISTA → Con riferimento al Servizio in commento, il Farmacista sarà messo al corrente direttamente dall'interessato su alcuni DATI PARTICOLARI che durante l'intervista, sua sponte, saranno comunicati per le finalità associate al Servizio e i relativi benefici conseguenziali. È autorizzata al Trattamento di DATI PERSONALI su nomina

dell'ATS di competenza, ai sensi e per gli effetti dell'Art. 28 del Reg. UE 679/2016 nelle modalità previste dalla legge.

- **MEDICO (MMG o SPECIALISTA)** → **Soggetto informato a seconda degli eventi e a seguito di specifica autorizzazione concessa dall'Interessato (Cittadino) È autorizzato al Trattamento di DATI PARTICOLARI.**

13. IL SISTEMA INFORMATICO

Le Tecnologie Informatiche che la Regione intende utilizzare per la Sperimentazione dei Servizi Cognitivi, in particolare per il Servizio di Riconciliazione della Terapia Farmacologica, consisteranno in un framework tecnologico caratterizzato da diverse piattaforme eterogenee, rese disponibili da alcuni

ATTORI COINVOLTI NEL SERVIZIO

La strategia di “system integration”, collegata alla specifica attività, rappresenta una way out per avviare il Servizio, non essendo disponibile in tempi brevi una piattaforma architeturale regionale adeguata alla gestione delle diverse fasi dei processi operativi descritti.

L'architettura distribuita sarà costituita da:

- Una Piattaforma “ARRUOLAMENTO FARMACIE” resa disponibile da FEDERFARMA LOMBARDIA, per l'arruolamento delle Farmacie. La Piattaforma, già utilizzata in altri Servizi Regionali, consente alla Farmacie del territorio di formalizzare la propria adesione alla partecipazione della sperimentazione mediante la registrazione di un set di informazioni concordate con le ATS, tra cui la partecipazione al percorso formativo afferente al Servizio. Ciascuna manifestazione di interesse viene notificata all'ATS di competenza per consentire il corretto svolgimento delle operazioni istituzionali in capo all'Azienda Sanitaria e la conseguenziale liquidazione delle prestazioni erogate. Alla Piattaforma avranno accesso:
 - • le Farmacie del Territorio
 - • FEDERFARMA LOMBARDIA
 - • Manutentore della Piattaforma SW.
- Una Piattaforma “RICOGNIZIONE” resa disponibile da FEDERFARMA LOMBARDIA, per consentire alle Farmacie la registrazione delle Schede di Ricognizione, opportunamente codificate sulla base delle indicazioni della Cabina di Regia. La Piattaforma consentirà:
 - la registrazione dell'Anagrafica degli Assistiti che liberamente e consapevolmente decideranno di partecipare al progetto;
 - la stampa della Scheda di Ricognizione nella quale i dati anagrafici dell'Assistito saranno trattati con tecniche di pseudonimizzazione al fine di non poter risalire dalla stampa al diretto interessato;
 - la possibilità di integrazione con diverse Banche Dati indicate dalla DGW per migliorare la fase di Ricognizione;
 - l'invio automatico alle ATS, competenti per territorio, dell'Anagrafica degli Assistiti partecipanti al Servizio contenente i dati personali e i codici identificativi anonimizzati utilizzati nelle Schede di Ricognizione. La frequenza dell'invio sarà stabilita dalla Cabina di

Regia. (l'invio potrà essere sostituito con accesso diretto degli Operatori dell'ATS alla piattaforma)

- l'invio automatico alle ATS, competenti per territorio delle Schede di Ricognizione, per consentire alle Aziende di notificarle ai Medici curanti. La frequenza dell'invio sarà stabilita dalla Cabina di Regia. (l'invio potrà essere sostituito con accesso diretto degli Operatori dell'ATS alla piattaforma)
- l'invio automatico alle ATS di un resoconto mensile, organizzato per Farmacia e identificativo Scheda Ricognizione, necessario per il riconoscimento delle spettanze. (l'invio potrà essere sostituito con accesso diretto degli Operatori dell'ATS alla piattaforma).

Alla Piattaforma avranno accesso:

- le Farmacie del Territorio
- FEDERFARMA LOMBARDIA
- Manutentore della Piattaforma SW.
- Operatori ATS (se previsto)

Adeguati livelli di sicurezza garantiranno l'anonimato dei pazienti che hanno sottoscritto le Schede di Ricognizione e pertanto ciascun Attore avrà una visibilità sui dati congruente con la tipologia di dato e le *permission associate*.

GESTIONE FLUSSI

In aggiunta ai Flussi automatici inviati dalle Piattaforme alle ATS/ARIA, è previsto l'ulteriore Flusso:

- ATS → Medici: Ciascuna Scheda di Ricognizione sarà inviata dall'ATS al Medico curante che ha manifestato il proprio interesse alla partecipazione del progetto sperimentale. Nel caso il Medico curante dell'Assistito non avesse espresso tale volontà, la Scheda resterà in possesso dell'ATS e resa disponibile al Medico su sua esplicita richiesta, fatti salvi gli invii "a tutela della salute" (invii a tutela della salute: nei casi in cui si ravvisassero delle situazioni degne di nota per la salute dell'Assistito, l'ATS invierà la Scheda di Ricognizione al Medico indipendentemente dalla Sua partecipazione al progetto).

In senso più esteso di Framework a supporto del Servizio, occorre ricordare anche la Piattaforma FAD resa disponibile dall'Ordine dei Farmacisti e dalla Fondazione Francesco Calabrò, quale modulo tecnologico fondamentale dedicato alla preparazione professionale dei Farmacisti nell'ambito del progetto.

Tutti gli Attori citati garantiranno la disponibilità e l'esercizio in Assistenza delle Piattaforme Hardware e Software rese disponibili. Inoltre, garantiranno che i dati gestiti saranno trattati nel rispetto della vigente normativa privacy.

La DGW Regionale si riserva di sostituire, parzialmente o integralmente alcuni elementi della piattaforma descritta con architetture di proprio dominio o affidate a Terzi; in tal caso, FEDERFARMA LOMBARDIA si renderà disponibile sin d'ora, direttamente o tramite soggetti da essa incaricati, a fornire i dati gestiti sino al momento della dismissione dell'elemento architettuale sostituito

14. SCHEDA RILEVAZIONE GENERALE

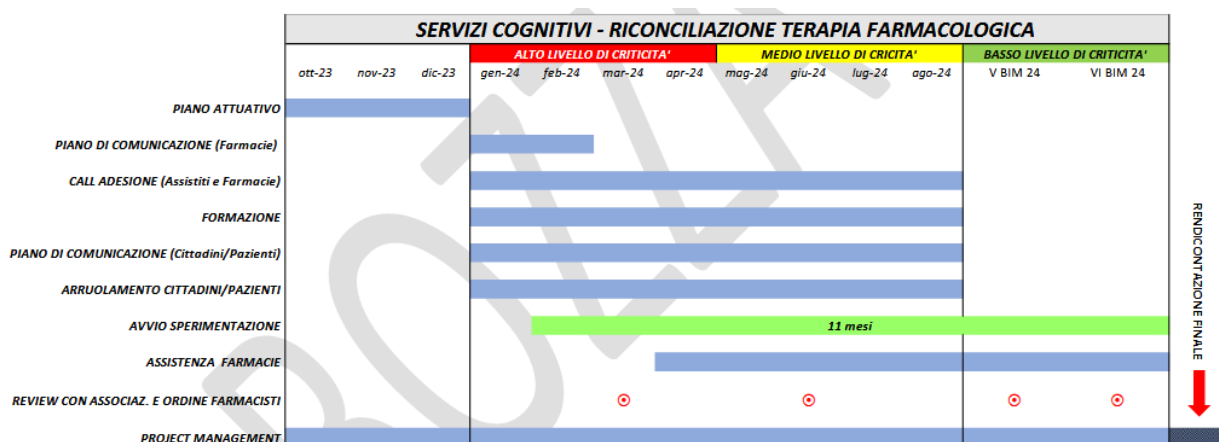
In ottemperanza alle indicazioni previste dalle Linee di Indirizzo ministeriali, è onere della DGW fornire i dati raccolti a livello territoriale in modo aggregato per consentire al Ministero di esprimere le opportune determinazioni a valle della conclusione del progetto sperimentale. A tal fine, tutti gli Attori coinvolti parteciperanno alla raccolta dei dati necessari per la compilazione della Scheda di Sintesi associata al Servizio in esame.

DATI PREVISTI NELLA SCHEDA DI SINTESI:

- Numero Farmacie arruolate
- Numero Pazienti coinvolti
- Numero Personale coinvolto in Farmacia
- Numero Personale coinvolto (altri operatori sanitari/collaboratori)
- Tempo Farmacista
- Tempo Collaboratore
- Consumabili

15. TIMING ATTIVITÀ

In leggero ritardo rispetto a quanto previsto nella revisione 3.0 del Cronoprogramma, si riportano di seguito le tempistiche associate all’attività sperimentale.



16. (Allegato 1) - LA “SCHEDA RICOGNIZIONE TERAPIA FARMACOLOGICA”

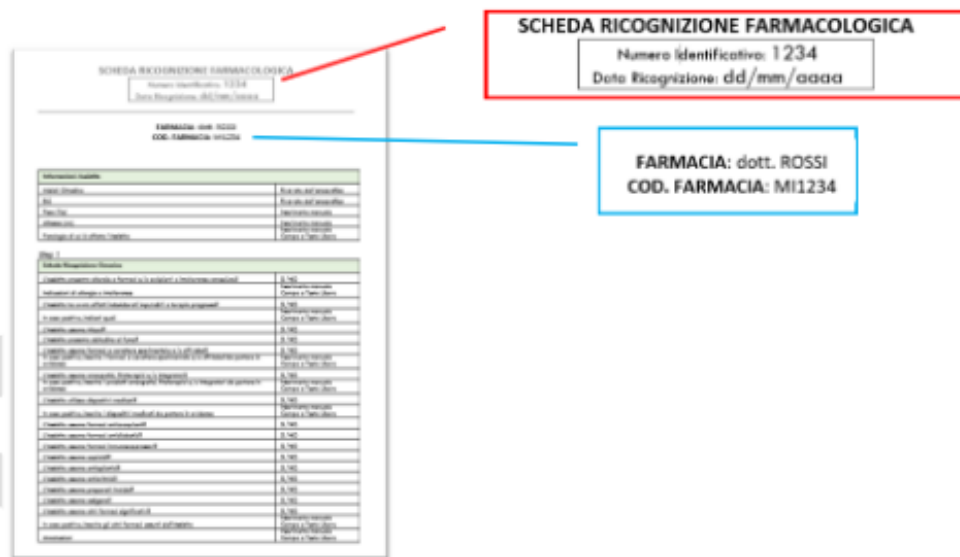
La Scheda riporta in modo pedissequo il questionario che il Farmacista sottopone all’Assistito con le relative risposte fornite. In essa non sono registrate le informazioni anagrafiche dell’Assistito per motivi di privacy ma la stessa è riconducibile al Cittadino mediante un Codice Univoco riportato in testata sulla Scheda e memorizzato nella Banca Dati Anagrafica gestita, nel rispetto della normativa vigente, dalla Piattaforma Informatica utilizzata in Farmacia.

Informazioni gestite dalla Banca Dati Anagrafica per ciascun Assistito:

- Nome – Cognome – Indirizzo – Data di Nascita – Luogo di Nascita – CF – Tessera Sanitaria

-
- Telefono – Mail
- CODICE UNIVOCO

La Data Ricognizione, il Codice Univoco e la Farmacia che ha effettuato la Ricognizione sono riportati sulla Scheda direttamente dall'applicazione senza l'intervento del Farmacista.



Acquisite le informazioni anagrafiche dell'Assistito, il questionario è organizzato in 5 step diversi,

- Step 1: Informazioni Assistito
- Step 2: Scheda Ricognizione Generica
- Step 3: Aggiornamento terapie e Ricognizione Farmaci
- Step 4: Ricognizione Terapie Non Convenzionali
- Step 5: Gradimento Assistito

La Scheda di seguito indicata potrebbe essere diversa da quella in uso in quanto trattasi di documento in continua evoluzione

Step 1	
Informazioni Assiistito	
Iniziali Cittadino	Ricavato dall'anagrafica
Età	Ricavato dall'anagrafica
Peso (Kg)	Inserimento manuale
Altezza (cm)	Inserimento manuale
Patologie di cui è affetto l'Assistito	Inserimento manuale [Campo a Testo Libero]

Step 2

Ricognizione Generica	
L'Assistito presenta allergie a farmaci e/o eccipienti o intolleranze conosciute?	SI/NO
Indicazioni di allergie o intolleranze	Inserimento manuale [Campo a Testo Libero]
L'Assistito ha avuto effetti indesiderati imputabili a terapie pregresse?	SI/NO
In caso positivo, indicati quali	Inserimento manuale [Campo a Testo Libero]
L'Assistito assume Alcool?	SI/NO
L'Assistito presenta abitudine al fumo?	SI/NO
L'Assistito assume farmaci a carattere sperimentale e/o off-label?	SI/NO
In caso positivo, inserire i farmaci a carattere sperimentale e/o off-label da portare in evidenza	Inserimento manuale [Campo a Testo Libero]
L'Assistito assume omeopatici, fitoterapici e/o integratori?	SI/NO
In caso positivo, inserire i prodotti omeopatici, fitoterapici e/o integratori da portare in evidenza	Inserimento manuale [Campo a Testo Libero]
L'Assistito utilizza dispositivi medicati?	SI/NO
In caso positivo, inserire i dispositivi medicati da portare in evidenza	Inserimento manuale [Campo a Testo Libero]
L'Assistito assume farmaci anticoagulanti?	SI/NO
L'Assistito assume farmaci antidiabetici?	SI/NO
L'Assistito assume farmaci immunosoppressori?	SI/NO
L'Assistito assume oppioidi?	SI/NO
L'Assistito assume antiepilettici?	SI/NO
L'Assistito assume antiaritmici?	SI/NO
L'Assistito assume preparati tiroidei?	SI/NO
L'Assistito assume ossigeno?	SI/NO
L'Assistito assume altri farmaci significativi?	SI/NO
	Inserimento manuale

Step 3

Aggiornamento Terapie e Ricognizione Farmaci	
<i>Per ciascuna Terapia</i>	
Inserimento terapia	Inserimento manuale [Campo a Testo Libero]
Data/Periodo in cui è stata iniziata la terapia	Inserimento data [Campo Data]
Data presunta di fine terapia	Inserimento data [Campo Data]
Sono state riscontrate difficoltà nell'assunzione della terapia?	SI/NO
<i>Per ciascun Farmaco assunto previsto dalla Terapia</i>	
Nome Farmaco	[Scelta su Elenco]
Forma Farmaceutica	[Scelta su Elenco]
Via di somministrazione	[Scelta su Elenco]
Dosaggio (della forma farmaceutica)	[Scelta su Elenco]
Posologia (Dose e frequenza di assunzione)	Inserimento manuale [Campo a Testo Libero]
Data e ora dell'ultima dose assunta	Inserimento manuale [Campo a Testo Libero]
Motivo assunzione	Inserimento manuale [Campo a Testo Libero]
Uso sperimentale / Uso off-label	[Scelta su Elenco]
Possibili interazioni individuate/osservazioni	Inserimento manuale [Campo a Testo Libero]
Prescrittore o chi ha consigliato il farmaco	Estratto da terapie scheda
Annotazioni	Inserimento manuale [Campo a Testo Libero]

Step 4

Terapie Non Convenzionali	
Assunzione Fitoterapici	SI/NO
Fitoterapico	Lista a tendina
Motivo assunzione	Inserimento manuale <i>[Campo a Testo Libero]</i>
Assunzione alimenti/spezie L'Assistito assume dosi elevate di Alimenti/Spezie che possono interferire con la terapia?	SI/NO
In caso positivo, inserire gli Alimenti/Spezie da portare in evidenza	Inserimento manuale <i>[Campo a Testo Libero]</i>
Motivo assunzione	Inserimento manuale <i>[Campo a Testo Libero]</i>
Assunzione integratori	SI/NO
Integratore	Lista a tendina
Motivo assunzione	Inserimento manuale <i>[Campo a Testo Libero]</i>
Assunzione omeopatici	SI/NO
Prodotto omeopatico	Lista a tendina
Motivo assunzione	Inserimento manuale <i>[Campo a Testo Libero]</i>
	Inserimento manuale

Step 5

Gradimento Assistito	
Trova utile la ricognizione farmacologica che il Farmacista le ha sottoposto?	<input type="checkbox"/> MOLTO <input type="checkbox"/> ABBASTANZA <input type="checkbox"/> NO
Trova utile la collaborazione del Farmacista?	<input type="checkbox"/> MOLTO <input type="checkbox"/> ABBASTANZA <input type="checkbox"/> NO
Ha avuto difficoltà a recarsi presso la farmacia per la partecipazione al programma?	<input type="checkbox"/> MOLTO <input type="checkbox"/> ABBASTANZA <input type="checkbox"/> NO
Ha avuto difficoltà a mantenere la rilevazione dei farmaci per tutta la terapia?	<input type="checkbox"/> MOLTO <input type="checkbox"/> ABBASTANZA <input type="checkbox"/> NO
Quali suggerimenti si sente di dare?	Inserimento manuale <i>[Campo a Testo Libero]</i>

APPENDICE 3.4.**PRESCRIZIONE ED EROGAZIONE A CARICO DEL SSR DI MICROINFUSORI E DI SISTEMI DI MONITORAGGIO DEL GLUCOSIO**

Il presente documento rappresenta le indicazioni regionali alla prescrizione a carico del SSR di microinfusori e sistemi di monitoraggio del glucosio, FGM (*Flash Glucose Monitoring*/Sistemi di monitoraggio intermittente) e CGM (*Continuous Glucose Monitoring*/Sistemi di monitoraggio in continuo real-time).

Ogni altra disposizione o linea guida locale deve essere considerata superata e non più vigente dal 01 gennaio 2024, data di entrata in vigore delle presenti disposizioni.

Il documento è frutto del lavoro dei clinici lombardi ed è stato condiviso con le Associazioni dei pazienti.

PAZIENTI DIABETICI: DIABETE DI TIPO 1

In questa categoria di pazienti devono essere inclusi anche i pazienti con pancreasectomia totale e pazienti con fibrosi cistica (pazienti insulino privi, perciò assimilabili al diabete di tipo 1). Si evidenzia che il numero esiguo di pazienti afferenti alla categoria indicata non comporterà aggravio di spesa

Microinfusori

- In soggetti con diabete mellito di tipo 1 scompensato si raccomanda di offrire al paziente l'opzione di una terapia insulinica mediante microinfusore di insulina rispetto alla terapia insulinica multi-iniettiva per i vantaggi sui livelli di emoglobina glicata, le ipoglicemie severe, la qualità di vita e la soddisfazione per il trattamento (Linee Guida AIFA).
- In soggetti con diabete mellito di tipo 1 non scompensato si può offrire al paziente l'opzione di una terapia insulinica mediante microinfusore di insulina rispetto alla terapia insulinica multi-iniettiva per i vantaggi su variabilità glicemica, qualità di vita e soddisfazione per il trattamento (Linee Guida AIFA).
- In soggetti con diabete mellito di tipo 1 scompensato nonostante l'utilizzo di microinfusore e sensore si raccomanda l'utilizzo di sistemi costituiti da microinfusore e sensore con automatismo rispetto all'uso di sistemi senza automatismo (Linee Guida AIFA).

Sistemi di monitoraggio del glucosio

- In soggetti con diabete mellito di tipo 1 scompensato e/o con ipoglicemie severe si raccomanda di utilizzare sistemi di monitoraggio in continuo real-time (CGM) rispetto all'automonitoraggio glicemico capillare (Linee Guida AIFA).
- In soggetti con diabete mellito di tipo 1 in buon controllo si suggerisce l'opzione di utilizzare sistemi di monitoraggio intermittente del glucosio (FGM) rispetto ai sistemi di autocontrollo capillare della glicemia (Linee Guida AIFA).

PAZIENTI DIABETICI: DIABETE DI TIPO 2**Microinfusori**

Non c'è indicazione all'utilizzo di microinfusori nel diabete di tipo 2 (Linee Guida AIFA).

Sistemi di monitoraggio del glucosio

Non c'è indicazione all'utilizzo di CGM nel diabete mellito di tipo 2 (Linee Guida AIFA)

In relazione alla consolidata esperienza in regione Lombardia sull'utilizzo del sistema FGM, anche se in assenza di indicazioni dalle Linee guida AIFA, ma rifacendoci alle Raccomandazione ADA si consiglia l'utilizzo dei sistemi FGM nei pazienti affetti da diabete mellito di tipo 2:

- in terapia insulinica multi-iniettiva incluso diabete gestazionale insulino-trattato
- in terapia insulinica basale. In questo caso però la prescrizione va limitata ad un anno. Dopo il primo anno va verificato il corretto utilizzo del dispositivo (numero di rilevazioni almeno >4 die) e la necessità di tale dispositivo per poter confermare la terapia
- in terapia ipoglicemizzante solo per un periodo limitato di 3 mesi in condizioni particolari quali rischio di ipoglicemia, modifica terapia, scompenso glicemico, necessità di educazione alla gestione della malattia.

PAZIENTE DIABETICI PEDIATRICI DA 0 A 18 ANNI

In questa categoria di pazienti devono essere inclusi i pazienti affetti da diabete raro (monogenico, sindromico) con esordio in epoca neonatale o pediatrica.

Microinfusori

Le attuali indicazioni internazionali (ISPAD 2022) e le raccomandazioni all'uso della tecnologia nel diabete di tipo 1 in età pediatrica italiane (SIEDP 2019, ora in fase di registrazione) indicano l'utilizzo di sistemi integrati con algoritmo come prioritari e da offrire sia ai bambini che agli adolescenti. Questo per il miglioramento di tutti i parametri glucometrici e di qualità della vita sia nei pazienti che nei caregivers.

Come per l'adulto, anche in età pediatrica rimangono valide le indicazioni di proporre terapia insulinica con microinfusore, con o senza algoritmo, nei soggetti in terapia multi-iniettiva che non raggiungono gli obiettivi terapeutici.

Sistemi di monitoraggio del glucosio

Per tutti i soggetti con T1DM in età pediatrica è indicato il monitoraggio del glucosio (FGM o CGM) mediante l'uso dei sensori.

Nei soggetti in età pediatrica con eccessiva esposizione all'ipoglicemia è indicato l'utilizzo di CGM con allarmi predittivi (ISPAD 2022, SIEDP 2019).

In caso di utilizzo di *smartpen* è garantita la prescrivibilità, a carico del SSR e senza costi aggiuntivi, del CGM associato a tale sistema.

CRITERI DEI CENTRI AUTORIZZATI ALLA PRESCRIZIONE DI MICROINFUSORI E/O CGM

La Direzione Sanitaria di ASST, IRCCS e Struttura privata accreditata potrà individuare una propria U.O./Servizio quale Centro hub prescrittore di tecnologie innovative (prima prescrizione, rinnovo o modifica della prescrizione di microinfusori e CGM) sulla base dei seguenti requisiti del Centro medesimo:

- almeno 50 pazienti in carico con microinfusori sulla base delle prescrizioni medie degli ultimi 3 anni;

- un team di clinici prescrittori (diabetologo e/o endocrinologo e/o internista);
- la presenza di un PDTA dedicato con reperibilità diabetologica 24/24h, 7/7gg;
- la presenza di una dietista e almeno un infermiere (e di uno psicologo nelle attività).
 - Una volta individuato il Centro HUB la Direzione Sanitaria dovrà procedere con l'invio alla ATS di competenza territoriale della richiesta per l'autorizzazione alla prescrizione di microinfusori e di CGM, autocertificando i suddetti requisiti.

I Centri che non dispongono dei suddetti requisiti (spoke) possono fare richiesta di autorizzazione alla prescrizione (prima prescrizione, rinnovo o modifica della prescrizione di microinfusori e CGM) solo dopo aver concordato con un Centro hub di riferimento, specifici PDTA, modello organizzativo per la formazione e monitoraggio dei pazienti, iter di aggiornamento professionale concordati con le competenti ATS e ASST contabile.

Nel periodo 01.01.2024 – 31.05.2024 ciascuna ATS deve autorizzare quali hub o spoke, previa verifica dei citati requisiti, tutti i Centri del territorio di propria competenza, trasmettendone il relativo prospetto alla DGW.

Al fine di garantire la continuità prescrittiva ai pazienti, fino a tutto il 31.05.2024 i Centri prescrittori già autorizzati alla data odierna mantengono l'attuale attività.

APPENDICE 3.5.**CONVENZIONE TRA REGIONE LOMBARDIA – DIREZIONE
GENERALE WELFARE E FONDAZIONE IRCCS SAN GERARDO DEI
TINTORI DI MONZA PER L’ESERCIZIO DEL CENTRO REGIONALE DI
FARMACOVIGILANZA****TRA**

Regione Lombardia, Direzione Generale Welfare - Codice Fiscale 80050050154 - rappresentata dal Direttore Generale Dott. Giovanni Pavesi, domiciliato, ai fini della presente convenzione, presso la sede della Direzione Generale Welfare della Regione Lombardia in Milano – Piazza Città di Lombardia n.1

E

Fondazione Irccs San Gerardo dei Tintori di Monza - Codice Fiscale/Partita I.V.A. n. 12698710964 rappresentata dal Direttore Generale pro tempore, domiciliato, ai fini della presente convenzione, presso la sede della Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori, in Monza - Via Pergolesi 33

di seguito denominati anche “Le Parti”

Richiamate le delibere di Giunta Regionale n. IX/3060 del 28 febbraio 2012, n. X/2112 dell’11 luglio 2014, n. X/5630 del 26.9.2016, n. X/6967 del 31 luglio 2017, n. XI/1178 del 28 gennaio 2019, n. XI/2312 del 28 ottobre 2019 e n. XI/5614 del 30 novembre 2021;

Richiamata altresì la convenzione tra AIFA e la Regione Lombardia in materia di farmacovigilanza ai sensi dell’articolo 1, comma 819, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, per l’utilizzazione delle risorse di cui all’articolo 36, comma 14, della legge 27 dicembre 1997, n. 449, per gli anni 2015, 2016 e 2017, in attuazione dell’accordo sancito dalla conferenza stato - regioni del 6 giugno 2019 (quota del 50% destinata ai CRFV, punto 7.2) registrata con protocollo G1.2021.0005822;

PREMESSO CHE

- con D.G.R. n. VII/8501 del 22.03.2002 è stato istituito il Centro Regionale di Farmacovigilanza della Regione Lombardia;
- con Decreto Direzione Generale Sanità n. 10927 del 07.07.2005 è stata attribuita all’allora ASL della Provincia di Milano 3 (successivamente ASL di Monza e Brianza), la gestione delle attività di Farmacovigilanza e di informazione indipendente sull’uso dei farmaci relative al funzionamento del Centro regionale di Farmacovigilanza (CRFV), da svolgersi sino al 31.12.2007, con continuità rispetto alle attività già in essere presso il Centro medesimo;
- con Decreto Direzione Generale Sanità n. 13861 del 19.11.2007 e con il DDG Sanità n. 767 del 02.02. 2010 è stato prorogato il funzionamento del CRFV rispettivamente sino al 30.06.2010 ed al 31.12.2013;
- l’Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 28 ottobre 2010, pubblicato sul supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 274 del 23 novembre 2010, ha inizialmente stabilito i requisiti minimi che devono possedere i Centri Regionali di Farmacovigilanza;

- con D.G.R. n. IX/3060 del 28.02.2012 “Adeguamento del Centro regionale di Farmacovigilanza ai requisiti minimi di cui all’Accordo Stato - Regioni del 28 ottobre 2010” è stato previsto di dare stabilità al funzionamento del CRFV e conferma in capo all’ASL di Monza e Brianza (oggi ATS Brianza) della gestione per ulteriori cinque anni, sino al 31.12.2018;
- con D.G.R. n. XI/2312 del 28 ottobre 2019 è stato confermato in capo ad ATS Brianza l’esercizio, per ulteriori tre anni ovvero sino al 31 dicembre 2021, delle attività specialistiche economico-gestionali del CRFV, nei modi, nei tempi e alle condizioni sottoscritte in specifica Convenzione;
- con D.G.R. n. XI/5614 del 30 novembre 2021 è stato da ultimo assegnato confermato in capo ad ATS Brianza l’esercizio delle attività specialistiche economico-gestionali del CRFV, nei modi, nei tempi e alle condizioni sottoscritte in specifica Convenzione;
- con Decreto Ministeriale 30 aprile 2015, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 143 del 23 giugno 2015, sono state adottate le “Procedure operative e soluzioni tecniche per un’efficace azione di Farmacovigilanza adottate ai sensi del comma 344 dell’articolo 1 della legge 24 dicembre 2012 n 228 (Legge di stabilità 2013)”;
- l’Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 30 marzo 2017, ha regolamentato l’utilizzazione delle risorse di cui all’art. 36, comma 14, della legge 27 dicembre 1997, n.449, disponibili per gli anni 2012-2013-2014;
- l’Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 6 giugno 2019 ha regolamentato l’utilizzazione delle risorse di cui all’articolo 36, comma 14, della legge 27.12.1997, n. 449, disponibili per gli anni 2015, 2016 e 2017;
- periodicamente AIFA redige e pubblica sul proprio sito istituzionale la procedura operativa per i centri regionali di farmacovigilanza per i centri regionali di farmacovigilanza/organismi/strutture regionali stabilmente definiti (da ultimo: novembre 2022)

**TUTTO CIÒ PREMESSO LE PARTI CONVENGONO E STABILISCONO QUANTO
SEGUE:**

Articolo 1 (Premesse)

Le premesse costituiscono parte integrante e sostanziale del presente accordo.

Articolo 2 (Oggetto)

La presente convenzione ha per oggetto la definizione delle reciproche obbligazioni tra le parti in ordine alla realizzazione delle attività per la gestione del Centro Regionale di Farmacovigilanza (CRFV).

Fondazione Irccs San Gerardo dei Tintori di Monza (di seguito: Fondazione) assicura la piena operatività del CRFV garantendo il supporto tecnico-scientifico ed amministrativo per il funzionamento del Centro ivi compresa la esecuzione dei compiti essenziali e delle attività complementari, documentali e di monitoraggio a questo assegnate dalla normativa vigente.

Articolo 3 (Struttura organizzativa - competenze)

Il CRFV è funzionalmente dipendente dalla Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia – Unità organizzativa “Farmaceutica e dispositivi medici”.

Il Responsabile Regionale di Farmacovigilanza è il dirigente pro tempore della Unità Organizzativa “Farmaceutica e dispositivi medici”.

Spetta al Responsabile Regionale di Farmacovigilanza la formale adozione dei provvedimenti riguardanti le attività in capo al CRFV e la tenuta dei rapporti istituzionali con Aifa e gli altri soggetti giuridici che agiscono e si occupano della materia.

Il Responsabile Regionale garantisce il coordinamento delle attività del CRFV e si rapporta direttamente con le Unità Organizzative regionali competenti in materia di sicurezza d’uso dei vaccini e analisi dei dati provenienti dai flussi sanitari correnti per i progetti regionali e multiregionali di farmacovigilanza.

Per le attività oggetto della presente convenzione sono altresì individuati un referente scientifico ed un referente amministrativo. Tali figure coadiuvano il Responsabile Regionale nell’adempimento dei compiti del CRFV ed assicurano il necessario collegamento operativo tra il CRFV e Regione Lombardia -Direzione Generale Welfare.

Il referente scientifico, individuato da Fondazione, di concerto con Regione Lombardia, garantisce il coordinamento e la cura degli aspetti di carattere tecnico-scientifico delle attività inerenti al CRFV, comprensivi del monitoraggio sullo stato di attuazione dei progetti di farmacovigilanza; è responsabile, per gli ambiti di competenza, della realizzazione dei compiti essenziali e delle attività complementari, documentali e di monitoraggio del CRFV di cui all’art. 4 della presente convenzione.

Il referente amministrativo garantisce il coordinamento e la cura degli aspetti di carattere amministrativo-contabile delle attività inerenti al CRFV, comprensivi del monitoraggio sullo stato di attuazione dei progetti di farmacovigilanza; è responsabile, per gli ambiti di competenza, della realizzazione dei compiti essenziali e delle attività complementari, documentali e di monitoraggio del CRFV dettagliati nell’art. 4 della presente convenzione.

Il referente amministrativo è individuato da Fondazione fra il proprio personale con formazione giuridico-amministrativo-contabile e provvede, in raccordo con i competenti uffici della Agenzia e della Direzione Generale Welfare, alla realizzazione dei compiti di cui all’art. 5 della presente convenzione.

Il referente scientifico e il referente amministrativo riferiscono ogni tre mesi al Responsabile Regionale di Farmacovigilanza circa l’andamento delle attività del Centro.

Articolo 4 (Attività del CRFV)

1. Sono compiti essenziali del CRFV:

a) Coordinamento regionale delle attività di Farmacovigilanza:

- rapporti con i responsabili locali di Farmacovigilanza (RLFV) e i relativi deputy;
- rapporti con i monitor di farmacovigilanza;
- valutazione periodica delle segnalazioni regionali;
- Formazione e sensibilizzazione operatori CRFV, RLFV, monitor e altri operatori sanitari;
- Informazione e divulgazione di argomenti di farmaco-vigilanza.

b) Gestione delle segnalazioni nella Rete Nazionale di Farmacovigilanza (RNF):

- supporto ai RLFV per la gestione delle segnalazioni di sospetta Adverse Drug Reaction (ADR) nella RNF;
- controllo delle schede di segnalazione in RNF;
- effettuazione del causality assessment;

c) Collaborazione con AIFA: analisi dei segnali.**2. Costituiscono attività complementari del CRFV:**

- predisposizione, partecipazione e coordinamento di progetti di farmacovigilanza attiva;
- Collaborazioni tra CRFV;
- Supporto ai RLFV per il feedback e l'informazione del ritorno al segnalatore;
- Supporto ad altre attività di Farmacovigilanza di AIFA.

3. Gestione documentale:

- adozione di specifica procedura operativa standard per la gestione documentale all'interno del CRFV.

4. Monitoraggio delle attività del CRFV:

- collaborazione con AIFA nella verifica della qualità delle attività del CRFV tramite rapporti annuali, questionari ed audit.

Rientrano fra le attività del CRFV le obbligazioni precisate nell'allegato A) dell'accordo "Stato-Regioni" n. 94/CSR del 6 giugno 2019, punti 4.1 e 5.1, comprensive di controllo di qualità e corretta codifica delle segnalazioni ed iniziative di informazione scientifica indipendente.

Nello svolgimento di tutte le attività sopra elencate gli operatori del CRFV si attengono alla descrizione degli obiettivi minimi di cui è richiesto il raggiungimento nonché dei relativi indicatori qualitativi e quantitativi di performance così come precisati nelle procedure operative AIFA per i Centri Regionali di Farmacovigilanza ex art. 14, comma 4, D.M. 30 aprile 2015 (ultimo aggiornamento pubblicato sul portale istituzionale AIFA: novembre 2022).

I CRFV garantiscono altresì il rispetto delle disposizioni in materia di trattamento e protezione dei dati personali di cui al D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i., nonché di cui al Regolamento U.E. n. 679/2016.

Articolo 5 (Attività di Fondazione Ircs San Gerardo dei Tintori di Monza)

Sono compiti di Fondazione:

- la gestione delle risorse affidate per il funzionamento tecnico- amministrativo del CRFV al fine di realizzare i compiti di cui al precedente articolo 4;
- garantire la stabilità delle attività del CRFV assicurando che quest'ultimo sia dotato di una adeguata struttura organizzativa e delle competenze multidisciplinari (mediche, farmacologiche, epidemiologiche, tossicologiche ed amministrative) richieste dalla vigente normativa in materia, anche su indicazione del Responsabile Regionale del CRFV;
- supportare l'attività di selezione ed individuazione del personale da impiegare nel CRFV, fatto salvo quanto previsto circa i componenti designati dalla Giunta Regionale, nonché la gestione delle risorse umane afferenti al CRFV, ivi compresa la liquidazione delle spettanze;

- assicurare la fornitura delle risorse strumentali necessarie per l'assolvimento dei compiti affidati al CRFV;
- provvedere a trasferire a Regione Lombardia, con cadenza annuale, la documentazione contenente le previsioni di spesa e la rendicontazione sull'impiego delle risorse economiche e sui costi sostenuti per le attività del CRFV;

In caso di impedimenti sopravvenuti tali da precludere o da determinare un ritardo nello svolgimento delle attività di cui al precedente art. 4, Fondazione deve fornirne tempestiva comunicazione al Responsabile Regionale di Farmacovigilanza anche per il tramite degli uffici di Regione Lombardia – Direzione Generale Welfare.

Articolo 6 (Attività di Regione Lombardia – D.G. Welfare)

Regione Lombardia - Direzione Generale Welfare, per il tramite degli uffici amministrativi competenti, coadiuva il Responsabile Regionale nell'adempimento dei suoi compiti e, sotto la direzione di quest'ultimo, predispone atti, provvedimenti e ogni altro documento necessario per l'assolvimento degli adempimenti spettanti al Responsabile previsti nell'art. 3. Fornisce, altresì, supporto al Referente amministrativo per il disbrigo delle pratiche legate ai progetti di farmacovigilanza.

Articolo 7 (Risorse)

Le risorse previste per il funzionamento del CRFV sono quantificate da AIFA secondo le modalità previste nelle "linee di indirizzo per l'utilizzo dei fondi farmacovigilanza attiva, quote e modalità di erogazione dei fondi" adottate in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano. (ultimo accordo "Stato-Regioni" approvato: n. 94/CSR del 6 giugno 2019).

A decorrere dalla data di sottoscrizione del presente documento e sino alla scadenza della convenzione, fissata al 31.12.2026, saranno riconosciuti annualmente a Fondazione gli importi lordi omnicomprensivi di cui al comma 1 per le seguenti tipologie di costi sulla base delle esigenze organizzative:

- personale (come da procedura operativa AIFA per i Centri Regionali di Farmacovigilanza ex art. 14, comma 4, D.M. 30 aprile 2015 - ultimo aggiornamento pubblicato: novembre 2022 - garantendo le competenze multidisciplinari e le professionalità richieste), collaborazioni professionali, missioni, trasferte e raccordi istituzionali;
- piani di attività, formazione, sensibilizzazione e di ricerca in materia di Farmacovigilanza;
- operatività tecnica del CRFV (risorse bibliografiche, banche dati, attrezzature e materiali d'uso);
- realizzazione di attività formative ed informative (corsi ECM);

Regione Lombardia - Direzione Generale Welfare si impegna ad erogare a Fondazione gli importi di cui al comma 1 del presente articolo secondo le modalità stabilite dal successivo art.8.

Articolo 8 (Rendicontazione e modalità di erogazione del finanziamento)

La rendicontazione sull'impiego delle risorse economiche e sui costi sostenuti per le attività del CRFV, validata dal Referente amministrativo designato da Fondazione, è presentata a Regione Lombardia - Direzione Generale Welfare entro il 28 febbraio dell'anno successivo a quello dell'attività svolta.

La liquidazione a Fondazione dell'importo annuo verrà effettuata a consuntivo da Regione Lombardia a seguito della verifica della congruità delle spese sostenute rispetto ai compiti assegnati.

Articolo 8 (Decorrenza)

La durata della presente convenzione è di anni 3 (tre); ha efficacia a partire dalla data di sottoscrizione sino al 31 dicembre 2026 ed è rinnovabile, previa adozione di schema di convenzione con provvedimento regionale, al fine di non interrompere la funzionalità del CRFV.

Regione Lombardia - Direzione Generale Welfare assicura la continuità del CRFV nelle more dell'eventuale rinnovo.

Articolo 9 (Proprietà dei risultati)

La proprietà dei prodotti e delle metodologie sviluppati nell'ambito delle attività disciplinate dalla presente convenzione è attribuita a Regione Lombardia – Direzione Generale Welfare.

Articolo 10 (Riservatezza)

Le persone che lavorano per le attività di cui alla presente convenzione devono impegnarsi a non fare uso personale, rendere noto o divulgare notizie, dati o documentazioni senza la preventiva autorizzazione della Direzione Generale Welfare, garantendo quindi la riservatezza di tutte le notizie prodotte.

Le stesse devono impegnarsi, altresì, a trattare i dati sensibili nel rispetto e con i requisiti di sicurezza per la tutela della privacy ai sensi del D. Lgs. n.196/2003 e s.m.i., nonché ai sensi del Regolamento C.E. 27 aprile 2016, n. 2016/679/UE (regolamento generale sulla protezione dei dati).

Articolo 10 (Foro competente)

Per ogni controversia che possa verificarsi in ordine all'adempimento della presente convenzione le parti eleggono il Foro di Milano.

Articolo 11 (Norme finali)

Nel corso della realizzazione delle attività di Farmacovigilanza e di informazione sull'impiego e sulla sicurezza d'uso dei farmaci, le parti possono concordare eventuali modifiche o integrazioni alla presente convenzione, in funzione delle necessità emergenti espresse dalla Direzione Generale Welfare.

La presente convenzione potrà venire revocata in ogni momento dalla Direzione Generale Welfare in caso di mancata aderenza, anche parziale, ai contenuti convenzionali da parte di Fondazione, e tale inadempimento possa compromettere il regolare funzionamento del CRFV.

La presente convenzione non è soggetta a registrazione se non in caso d'uso ai sensi della normativa vigente.

La presente convenzione è esente da bollo ai sensi della normativa vigente.

La presente convenzione viene sottoscritta con firma digitale, ai sensi dell'articolo 24 del decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82 e s.m.i..

Letto, approvato e sottoscritto.

per Regione Lombardia – Direzione Generale Welfare

Il Direttore Generale Dott. Giovanni Pavesi

per Fondazione Irccs San Gerardo dei Tintori di Monza

Il Direttore Generale pro tempore

Milano, data della sottoscrizione

Allegato 4 – POLO OSPEDALIERO

4.1. ACCREDITAMENTO SANITARIO

Il sistema di accreditamento rappresenta uno dei cardini fondamentali del sistema sociosanitario lombardo e si configura come garanzia di qualità e di sicurezza per i pazienti e gli utenti dei servizi. Tale sistema si basa non solo su un insieme di requisiti che devono sussistere al momento dell'avvio della messa in esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie e che devono persistere per tutta la durata dell'attività, ma anche sull'attività di vigilanza e controllo svolta dalle ATS.

Gli ultimi anni, in particolare a partire dal 2020 con l'emergenza pandemica, hanno tuttavia messo in evidenza che, a fronte di situazioni eccezionali e pur salvaguardando la necessità di garantire il massimo livello di sicurezza dei pazienti e del personale, il sistema ha bisogno di flessibilità e strumenti in grado di rispondere prontamente ai bisogni.

Tale necessità risulta maggiormente amplificata dall'evoluzione che sta interessando tutto il Servizio Sanitario Nazionale e dalle difficoltà con cui lo stesso si sta confrontando a fronte di opportunità sempre nuove:

- La carenza di figure professionali;
- Il potenziamento delle strutture territoriali;
- La formazione e la sinergia con il mondo universitario;
- Le nuove tecnologie digitali;
- I nuovi modelli organizzativi;
- L'insorgenza di nuovi bisogni cui dare risposte tempestive.

Tutto questo in un momento in cui il Legislatore nazionale ha introdotto novità importanti in tema di accreditamento e contrattualizzazione delle strutture erogatrici private che non potranno più rappresentare una situazione immutabile, ma dovranno sempre più incentrate la propria attività al continuo perseguimento della qualità e della appropriatezza per poter continuare a rimanere nel sistema.

Quanto sopra impone una profonda riflessione e rivisitazione dei requisiti di accreditamento, in particolare per ciò che attiene ai requisiti organizzativi, alle modalità e ai controlli.

In primo luogo, si dovrà introdurre un sistema che, in coerenza con il continuo monitoraggio del contesto epidemiologico sui vari territori, consenta tempestivamente di adottare azioni di flessibilità permettendo di rispondere in modo adeguato per far fronte ad esigenze specifiche. Tale sistema dovrà prevedere, anche per periodi limitati, la flessibilità di attivazione e disattivazioni di strumenti proporzionati al livello di criticità, al pari di quanto già previsto nei piani di risposta alle epidemie.

A partire dal 2024 si avvierà pertanto, un profondo aggiornamento del sistema di accreditamento in linea con il mutato contesto del sistema.

4.1.0.1. Revisione del sistema di accreditamento

Recepimento delle linee guida elaborate dall'Organismo Tecnicamente Accreditante (OTA) in ordine alle modalità di verifica dei requisiti per le ATS quale strumento per un'autovalutazione e individuazione di aree di miglioramento per le strutture erogatrici.

4.1.0.2. Attività ambulatoriale

Viene dato mandato alle ATS di verificare la congruenza tra le branche specialistiche ambulatoriali a contratto e l'effettiva erogazione delle prestazioni, e di proporre eventuali aggiornamenti anche a seguito della introduzione del nuovo nomenclatore nazionale previsto dal Decreto del 23 giugno 2023 del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze "Definizione delle tariffe dell'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica" approvato, previa intesa in Conferenza Stato Regioni nella seduta del 19 aprile (Atto Rep. n. 94 /CSR), e pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale il 4 agosto 2023, di cui alla DGR XII/1239 del 30 Ottobre 2023.

4.1.0.3. Attività di degenza

Introduzione della possibilità di utilizzo di posti letto non attivi potrà essere consentito solo in particolari situazioni che dovranno essere motivate prevedendo la richiesta di nulla osta da parte della ATS alla DG Welfare.

4.1.0.4. Proroga delle riclassificazioni della terapia intensive e semi intensive

Entro il 31 marzo 2024 di provvederà alla Modifica di due requisiti di accreditamento della Degenza Semi intensiva A e Semi Intensiva B, con conseguente proroga del termine ultimo per la riclassificazione delle terapie intensive e Semi Intensiva A e B..

4.1.0.5. Proroga delle riclassificazioni della terapia intensiva neonatale

Il termine per la riclassificazione della terapia intensiva neonatale è prorogato al 31.12.2024.

4.1.0.6. Proroga dei requisiti strutturali generali e specifici Strutture Sanitarie

Riallineamento dei termini per il possesso dei requisiti strutturali generali e specifici al 24.04.2028 anche in ottemperanza a quanto previsto dal D.L. 29.12.2022, n. 198 "Disposizioni urgenti in materia di termini legislativi" che ha modificato i termini per gli adeguamenti antiincendio.

4.1.0.7. Radiologia interventistica e radiologia al domicilio

Costituzione di un gruppo di lavoro per la predisposizione dei requisiti che dovranno essere approvati entro il 2024.

4.1.0.8. Riabilitazione

Con la delibera n. XI/7860 del 31.01.2023 "Implementazione della Rete regionale di Riabilitazione: approvazione dei requisiti di accreditamento per la degenza di neuroriabilitazione e per la degenza di riabilitazione di unità spinale" e s.m.i. è stata intrapresa la riclassificazione del codice 75-, verrà istituito un tavolo di lavoro al fine di definire l'appropriatezza dei ricoveri. Si veda l'allegato 3 "Area Cura e Riabilitazione"

4.1.0.9 Aggiornamento requisiti di Medicina dello Sport.

Verrà attivata la procedura per il riordino dell'attività di Medicina dello sport con il riordino dei requisiti di accreditamento.

4.1.0.10 Accreditamento Salute Mentale

Si ricorda che il parere dell'organismo di coordinamento della salute mentale (OCSM) è un requisito necessario ma non vincolante nel caso di accreditamento di una nuova attività nell'ambito della Psichiatria e della NPIA (DGR n. VIII/8501 del 26/11/2008 allegato 11)

4.2. SERVIZI DI MEDICINA DI LABORATORIO

4.2.0.1. Riorganizzazione complessiva dei Servizi di Medicina di Laboratorio

L'intervento già avviato nel 2022 con la DGR n. XI/6330/2022, si articolerà nei seguenti interventi di efficientamento organizzativo e quali-quantitativo:

- implementazione 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, con l'attuazione della rete e relativo coordinamento. Per l'ASST Fatebenefratelli Sacco, è prevista una proroga di 10 mesi sui tempi di realizzazione del progetto che è stata approvata all'unanimità dal Comitato Regionale dei Servizi di Medicina di Laboratorio (CReSMeL) nella riunione del 08.11.2023.
- Attuazione e messa a regime del progetto di potenziamento della rete informatica dei Servizi di Medicina di Laboratorio, ai sensi della DGR n. XI/7672/2022, secondo la seguente tempistica: primo trimestre del 2024 - avvio della fase pilota; entro la fine del 2024 - completo interfacciamento con l'Order Manager Regionale (OMRe) di tutti i Laboratori Clinici pubblici e privati accreditati e contrattualizzati con finanziamento dedicato. La DG Welfare provvederà con propri successivi atti, ad individuare i Laboratori Clinici per la fase pilota e alla riparazione del fondo di finanziamento per ciascun Laboratorio Clinico pubblico e privato accreditato e contrattualizzato.
- Istituzione e coordinamento della Rete della Medicina di Laboratorio pubblica con il supporto del Gruppo di Lavoro nominato con Decreto della DG Welfare n. 11490/2023, che ha il compito di individuare i criteri di realizzazione, i tempi e le modalità di attuazione della rete dell'offerta della Diagnostica di Laboratorio Pubblica e di coordinarne l'implementazione.
- 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".

4.2.0.2. Modifiche/integrazioni a precedenti provvedimenti regionali in materia di Medicina di Laboratorio

- DGR n. XI/6989/2022: si introduce la deroga di 10 mesi sui tempi di raggiungimento dell'obiettivo di 5.000 campioni analizzati con NGS per la ASST Fatebenefratelli Sacco - Deroga approvata all'unanimità dal Comitato Regionale dei Servizi di Medicina di Laboratorio (CReSMeL) nella riunione del 08/11/2023.
- DGR n. XI/7044/2022 del 26.09.2022: sono introdotte le seguenti integrazioni o correzioni di meri errori materiali:
 - I Laboratori Clinici in Strutture Socio-Sanitarie classificate Unità d'offerta Sociosanitaria Cure Intermedie Residenziali ai sensi della DGR n. X/3383 del 10.04.2014 sono equiparati ai Laboratori Clinici in Struttura di Ricovero e Cura e pertanto si applicano le medesime soglie sui volumi di attività o analitica (produzione)/anno eseguita in sede escluse le prestazioni erogate tramite "service".
 - Per i Servizi di Medicina di Laboratorio solo autorizzati per i seguenti tipi: Laboratorio Clinico di Base, Clinico Generale, Specialistico di Patologia Clinica e Specialistico di Microbiologia e Virologia Clinica viene rimodulata la soglia minima sui volumi di attività analitica (produzione) a 100.000 prestazioni/anno eseguite in sede.
 - Per i Laboratori Clinici Specialistici di Immunoematologia si specifica che, quando non sono sede di Centro Lavorazione e Validazione (CLV), la soglia sul volume minimo di attività analitica produzione/anno, è indicativa per aree disagiate e comunque in funzione dei fabbisogni della rete trasfusionale.
 - Per i Servizi di Medicina di Laboratorio solo autorizzati si sospende l'applicazione del requisito: "tre anni di documentata esperienza di attività post laurea per il biologo".
 - Rettifica del tempo di adeguamento del seguente requisito "Se l'articolazione è in Struttura di Ricovero e Cura, in presenza di Pronto Soccorso o di Punto Nascita è garantita l'operatività 24 ore su 7 giorni anche col ricorso alla pronta disponibilità per gli esami richiesti in regime di urgenza" in coerenza ai requisiti strutturali ed organizzativi specifici, ponendolo a 24 mesi.
 - Rettifica del mero errore materiale che prevede che possano essere riconosciuti dei Laboratori Ultra specialistici solo autorizzati. Questi Laboratori, per i quali sono richieste elevate competenze e specializzazione, possono esistere solo con lo status di Accreditati.
 - Sospendere in ASAN l'utilizzo delle seguenti Unità Organizzative (UO) per i Laboratori Clinici esternalizzati codice 129, 130, 131 e 133 e di mantenere solo le seguenti:
 - codice UO in ASAN 127- Laboratorio esternalizzato - Clinico di Base;
 - codice UO in ASAN 128- Laboratorio esternalizzato - Clinico Generale con aree specialistiche;
 - codice UO in ASAN 132- Laboratorio esternalizzato - Specialistico di Anatomia Patologica.
 - Rettifica del mero errore materiale riportato per il Laboratorio Specialistico di Anatomia Patologica con l'area di diagnostica molecolare somatica, la figura del bioinformatico deve essere disponibile: nel caso in cui il laboratorio esegua test di profilazione genomica estesa [es. comprehensive genomic profiling (CGP)], basate su tecnologie innovative es. il sequenziamento massivo parallelo ovvero Next Generation Sequencing (NGS).

- Uniformare la declinazione del titolo di specialista, quando previsto obbligatoriamente, per i Dirigenti ovvero il Medico, il Biologo, il Chimico, che è sempre equipollente o affine alla disciplina ai sensi della normativa vigente, tranne per la figura Direttore/Responsabile per cui è prevista la sola equipollenza e la documentata esperienza così come da normativa vigente per gli incarichi pubblici di Direttore di Struttura Complessa.

4.2.0.3. Attività collegate Olimpiadi 2026

Istituzione di una rete laboratoristica territoriale/ospedaliera per tutte le attività inerenti allo svolgimento delle Olimpiadi invernali 2026 compreso il prelievo il trasporto e lo stoccaggio di materiale biologico per le attività antidoping e per quanto generato nei vari presidi sanitari dedicati alle olimpiadi.

4.2.0.4. Centri/ Punti prelievo.

Ai sensi della DGR n. XI/7044/2022 e s.m.i, i Centri/ punti prelievo dipendono sempre da un Laboratorio Clinico e non possono esistere come entità indipendenti. Nel caso in cui si verifichi la condizione di “Punti prelievo” che afferiscono a Laboratori Clinici con sede extra Regione, questi possono essere solo autorizzati e il Laboratorio a cui afferiscono deve garantire il completo assolvimento di tutti i requisiti previsti dalla DGR n. XI/7044/2022 e s.m.i., al fine di assicurare i medesimi standard di qualità delle prestazioni erogate dai Laboratori Clinici con sede in Regione. La DG Welfare provvederà a definire le modalità di verifica e registrazioni delle attività sanitarie. Con il presente provvedimento, si introduce il temporaneo blocco di apertura di nuovi Punti Prelievo nel territorio della regione Lombardia da parte di Laboratori Clinici con sede extra regionale, fino alla definizione delle modalità di verifica dei requisiti autorizzativi e conseguente aggiornamento del Registro Regionale ASAN.

4.2.0.5. Armonizzazione del referto di Laboratorio – codice LOINC

Approvazione, con provvedimento della DG Welfare, del documento con il quale saranno declinate le modalità e i tempi di attuazione del percorso di armonizzazione dei referti. Il Gruppo di Lavoro – di cui al Decreto della DG Welfare n. 11490/2023 - ha elaborato i contenuti minimi del corpo del referto per i seguenti ambiti: Patologia Clinica, Microbiologia e Virologia ed Immunoematologia.

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

Approvazione, con provvedimento della DG Welfare, del documento con il quale saranno declinate le modalità e i tempi di attuazione del percorso di implementazione della gestione del Controllo Qualità Interno (CQI). Il Gruppo di Lavoro – di cui al Decreto della DG welfare n. 11490/2023 - ha predisposto l’istruttoria tecnica che definisce i contenuti minimi della gestione del CQI.

4.2.0.7. Applicazione della Telepatologia in ambito della Medicina di Laboratorio

Il Gruppo di Lavoro nominato con Decreto della DG welfare n. 11490/2023, provvederà alla predisposizione dell’istruttoria tecnica per i percorsi di telemedicina nell’ambito della Medicina di Laboratorio con particolare attenzione alle applicazioni della digital pathology, e delle applicazioni di sistemi di automated imageprocessing systems ecc.

4.2.0.8. Appropriata Diagnostica

Aggiornamento, in coerenza del DM Salute del 23.06.2023, dei seguenti allegati alla DGR n. XI/7044/2022:

- Sub Allegato 1 - “Elenco prestazioni di base e specialistiche della Medicina di Laboratorio e criteri di appropriatezza”,
- Sub Allegato 4 “Tempi massimi di refertazione e criteri di pesatura delle prestazioni al fine del conteggio”.

4.2.0.9. Aggiornamento 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)”.

Completamento e attuazione della revisione – avviata nel 2023 - del Decreto DG Sanità n. 252/2013.

4.2.0.10. Elenco degli Esperti Tecnici di Medicina di Laboratorio

Istituzione e gestione dell’albo degli Esperti Tecnici di Medicina di Laboratorio, ossia professionisti adeguatamente formati che su richiesta delle ATS, potranno affiancare le ATS stesse nei percorsi di verifica di autorizzazione ed accreditamento istituzionale dei Laboratori Clinici. Il Centro Regionale di Coordinamento della Medicina di Laboratorio con il supporto del CRESMEL provvederà a definire i criteri formativi e di qualifica degli Esperti Tecnici ai fini dell’istituzione e regolamentazione dell’elenco.

4.2.0.11. Rete regionale delle Anatomie Patologiche in funzione della Medicina dei trapianti.

- Istituzione e regolamentazione della Rete delle Anatomie Patologiche a supporto della Rete Trapianti regionale. Nel 2023, con Decreto della DG welfare n. 8886 del 14.06.2023, è stato nominato il Gruppo di Lavoro per l’armonizzazione e standardizzazione delle valutazioni istopatologiche rese alla Rete regionale e nazionale trapianti.
- implementazione della Digital Pathology con l’obiettivo di predisporre le necessarie istruttorie tecniche.

4.2.0.12. Istituzione del Molecular Tumor Board regionale

- Attuazione del DM Salute del 30/05/2023 “Istituzione dei Molecular tumor board e individuazione dei centri specialistici per l’esecuzione dei test per la profilazione genomica estesa next generation sequencing (NGS)” e relativo Allegato Tecnico. Con nota prot. G1.2023.0041530 del 13.10.2023 è stato nominato un apposito Gruppo di Lavoro (GdL) ai fini della realizzazione operativa e regolamentazione funzionale del Molecular Tumor Board Regionale e delle sue articolazioni territoriali (MTB-R).
- Formulazione della proposta operativa da parte del GdL entro marzo 2024 per la realizzazione del Molecular Tumor Board Regionale.
- Supporto, da parte del GdL, all’attuazione del Molecular Tumor Board Regionale fino alla sua piena operatività.
- Il sistema informativo gestionale (piattaforma operativa e database) del MTB-R sarà sviluppato nell’ambito della piattaforma regionale di telemedicina finanziata con PNRR sulla scorta dell’indicazioni del GdL in accordo con Unità Organizzativa Sistemi Informativi e Sanità Digitale della DG Welfare.

4.2.0.13. Centro Regionale di Coordinamento della Medicina di Laboratorio

Sostegno finanziario al Centro quantificato fino a un massimo di euro 1.700.000,00 come previsto dalla DGR n. XI/7010/2022. Detto finanziamento comprende i rimborsi verso la Regione Toscana previsti dalla DGR n. XI/7666 del 28.12.2022 e i rimborsi provenienti dalla Regione Liguria verso Regione Lombardia di cui alla DGR n. XI/7668 Seduta del 28.12.2022 ed eventuali successive integrazioni.

4.2.0.14. Borse di Studio per Scuole di Specialità afferenti alla Medicina di Laboratorio per Non Medici

Conseguentemente al turn over generazionale e alla crisi vocazionale dei medici verso la Medicina di Laboratorio, considerato che è stimata una richiesta di circa 600 operatori per i prossimi 5/10 anni, Regione Lombardia ha la necessità di sostenere gli Atenei di Regione per la formazione di specialisti “non medici” al fine di sostenere la continuità di offerta della diagnostica della Medicina di Laboratorio sul territorio Lombardo.

Pertanto le risorse finanziarie stanziare annualmente con atto di Giunta ai sensi del art. Art. 33 bis (Contratti di formazione specialistica aggiuntivi)(284) della Legge Regionale l.r. 33 e s.m.i., che non sono utilizzate nella stipula dei contratti aggiuntivi regionali, rispetto a quelli di cui al Titolo VI, Capo I, del d.lgs. 368/1999 per incentivare la formazione specialistica dei medici e favorirne la permanenza nelle strutture pubbliche e private accreditate del servizio sanitario regionale, saranno destinate agli Atenei di Regione per l'erogazione delle borse di Studio per i “non medici” nell'ambito delle Medicina di Laboratorio.

I beneficiari come per i medici si impegnano, mediante sottoscrizione di apposita clausola contrattuale, a prestare servizio presso il SSR per un periodo minimo complessivo di almeno tre anni nei cinque anni successivi al conseguimento della specializzazione.

La Regione finanzia proporzionalmente, in funzione del numero di posti in Scuola di Specialità messi a disposizione, le Università pubbliche al fine dell'attivazione, da parte loro, di borse di studio per Specialità nell'ambito della Medicina di Laboratorio.

Per l'anno accademico 2022-2023 sono assegnati 1.300.000 euro stanziati con DGR XI / 6916 del 12.09.2022 e DGR n. XI /7145 del 17.10.2022 non utilizzati per i contratti formativi dei medici che equivalgono a 16 contratti di formazione per intero ciclo formativo per un non medico.

4.2.0.15. Teaching Hospital oculistico- Istituto Oftalmico Milano

Nel corso del 2024 saranno completate le attività di avvio del Teaching hospital istituito presso l'istituto oftalmico di Milano (Asst FBF-Sacco) secondo il piano predisposto dalla Asst.

4.3. AZIENDE OSPEDALIERE

Entro sei mesi dall'approvazione della presente delibera dovrà essere predisposto un progetto sperimentale per identificare le nuove aziende ospedaliere– così come disciplinato dal comma 18 dell'art 7 della L.R. 33 del 30.12.2009 il quale prevede che “La Regione, nell'ambito di un piano di riordino complessivo della rete d'offerta, istituisce nuove aziende ospedaliere (AO) secondo i requisiti previsti dalla normativa vigente.” .

Al fine della realizzazione dell'evento olimpico viene prevista la sperimentazione di cooperazione tra la ASST Niguarda e la ASST Valtellina e in particolare il Presidio Ospedaliero Morelli di Sondalo

dell'ASST Valtellina e Alto Lario e con AREU per le funzioni di emergenza urgenza territoriali. Per ciò che riguarda l'evento "Milano Cortina 2026: Olimpiadi e Paralimpiadi Invernali" si rimanda alla specifica sezione del presente provvedimento.

4.4. IRCCS

Con il Decreto legislativo n. 200 del 23 dicembre 2022 (G.U. n. 302 del 30 dicembre 2022) è stata adottata la riforma che innova la disciplina inerente agli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, intervenendo su vari aspetti. Nel corso del 2024 verrà data applicazione ai contenuti del D.L.

4.5. CHIRURGIA ROBOTICA

Con provvedimento specifico, entro il primo semestre 2024 saranno definiti i criteri specifici per la programmazione e realizzazione delle strutture individuate quali centri per la chirurgia robotica.

4.6. RISK MANAGEMENT

Lo sviluppo dei piani annuali di risk management deve necessariamente tener conto dell'andamento degli eventi avversi, degli eventi sentinella, del contenzioso e di tutti gli elementi di ingresso definiti critici per l'organizzazione con una logica di risk assessment. Lo sviluppo delle iniziative che saranno dal 2024 avviate dal Centro regionale del rischio sanitario e sicurezza del paziente, nei confronti degli enti del sistema, saranno allineate agli standard contenuti dal WHO Global Safety Action Plan 2021-2030 con avvio progressivo delle iniziative in coerenza con gli obiettivi contenuti nel documento ed in sinergia con la sub area rischio clinico della Commissione Salute ed AGENAS. Nel 2024 saranno avviati progetti di coinvolgimento dei rappresentanti dei pazienti su alcuni temi specifici elencati nelle sezioni successive. Nel corso dell'anno sarà altresì sviluppata la funzione dell'Agenzia di Controllo del servizio sociosanitario lombardo di cui all'art. 11, comma 4, lett. i bis, della l.r. 33/2009.

4.6.0.1. Sicurezza in area ostetrica e 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 da rendicontare nei piani annuali di rischio. Si ricorda che gli eventi trigger che presentassero caratteristiche tali da risultare eventi sentinella devono, inoltre, essere segnalati anche in SIMES.

Proseguirà l'attività regionale relativamente all'analisi dei dati sulla sorveglianza della mortalità materna e dei near miss ostetrici in collaborazione con ISS (progetto near miss ostetrici ItOSS). Anche per l'anno 2024 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. 7917 del 26.05.2023 sono state approvate le indicazioni operative in merito alla sorveglianza attiva della mortalità perinatale che gli Enti pubblici e i privati accreditati dotati di punto nascita devono considerare al verificarsi di un evento. Il documento oltre ad illustrare

il modello organizzativo di sorveglianza della mortalità perinatale, specifica le modalità operative di classificazione ed invio al Centro regionale del rischio sanitario e sicurezza del paziente presso delle segnalazioni a cui seguiranno audit di primo e/o secondo livello da parte del gruppo regionale (rinnovato con il decreto 1453 del 07.10.2022), qualora lo stesso ne ravveda la necessità. Le azioni correttive che emergono a seguito dell'analisi degli eventi vanno rendicontate nelle iniziative inerenti alla sicurezza in area ostetrica e perinatale.

Nell'ambito della DGR n. XII/1141 del 16.10.2023 (art.1 comma e) è stato previsto lo sviluppo di specifici progetti di simulazione in ambito ostetrico con l'interessamento della funzione del risk management per la scelta degli scenari da rappresentare in linea con la casistica degli eventi avversi e sentinella occorsi negli ultimi anni. Il Centro Regionale per la Gestione del Rischio Sanitario e la Sicurezza del Paziente di comune accordo con AREU e i componenti del gruppo di Lavoro regionale Rischio in Sala Parto svilupperanno un progetto formativo di avvio del percorso.

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

Nell'anno 2024 sono previste iniziative di risk management nell'ambito delle strutture territoriali in linea con le modifiche apportate dalla Legge regionale n. 22/2021.

Alla luce di quanto contenuto nel DM del 19.12.2022 che definisce nuovi requisiti di autorizzazione e accreditamento per le strutture sanitarie e sociosanitarie di nuova istituzione, è avviato un percorso di definizione degli elementi di evidenza dei requisiti inerenti alla sicurezza e la qualità delle cure. Il Centro Regionale per la Gestione del Rischio Sanitario e la Sicurezza del Paziente avvierà nel corso del 2024, attraverso il coinvolgimento dei risk manager delle ATS, un sistema di accompagnamento delle UdO sociosanitarie afferenti ai territori di competenza su queste tematiche anche attraverso formazione e check-list di verifica.

In particolare, le iniziative vedranno in primis il coinvolgimento diretto dei Risk Manager delle ATS, in continuità con il Centro Regionale per la Gestione del Rischio Sanitario e la Sicurezza del Paziente con la finalità di facilitare l'analisi delle attività di risk management messe in atto dalle UdO socio-sanitarie residenziali attraverso la valutazione dell'esito dei questionari distribuiti nel corso dell'anno 2023 e con l'obiettivo di evidenziare possibili ambiti di criticità e conseguentemente di facilitare azioni di miglioramento -all'interno delle suddette UdO- attraverso l'implementazione di strumenti di risk management nei seguenti ambiti:

- Gestione eventi inattesi ed incident reporting
- Gestione sicura del farmaco
- Gestione delle infezioni correlate all'assistenza ed antibiotico resistenza
- Violenza su operatori
- Possibili altre aree di miglioramento evidenziate dalle singole ATS in sede di analisi dei dati dei questionari

Le ATS provvederanno altresì ad implementare:

- attività di risk management nei dipartimenti di prevenzione
- gestione sicura del farmaco in collaborazione col Servizio Farmaceutico

- attivare percorsi di analisi del rischio o specifiche progettualità che considerino i processi legati all'attività di screening, anche alla luce degli audit "Precede-Proceed" già svolti nel 2023 dall'Agenzia dei Controlli del Sistema Sociosanitario lombardo (ACSS).

Per quanto riguarda le attività territoriali delle ASST:

- Preso atto del passaggio alle Aziende del Dipartimento delle Cure Primarie, dovranno essere implementate le attività di Risk Management già intraprese dalle ATS in questo settore.
- Alle Cure Primarie, transitate alle ASST, dovranno essere garantiti gli stessi strumenti per la gestione del Rischio Sanitario implementati nell'Azienda con particolare riguardo alle segnalazioni di Incident Reporting (di cui alla legge 24/2017), nonché alle segnalazioni degli episodi di violenza a cura degli operatori sanitari e sociosanitari previsti dalla Lr 15/2020, con l'adesione alle iniziative promosse da ACSS in tema di monitoraggio di tali eventi.
- In merito alle case di Comunità è previsto venga analizzato il sistema della presa in carico dei pazienti con cronicità in queste strutture

Nell'ambito dei servizi dei poli territoriali afferenti alle ASST si chiede che venga avviato un percorso di gestione del rischio inserito nei progetti del piano annuale del rischio riguardante:

- l'avvio dei nuovi Distretti (Case di Comunità e Ospedali di Comunità)
- lo sviluppo della telemedicina.

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

A seguito dell'implementazione del modello di Enterprise Risk Management (ERM) applicato in via sperimentale nel corso del 2022 su 7 Strutture Sanitarie "pilota", è stato approvato nell'anno 2023 con decreto regionale il modello ERM- che permette alle organizzazioni, attraverso un'analisi dei processi con specifici strumenti di gestione, 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.

Il Risk Manager, nell'applicazione del modello, 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.

Nel corso del 2024 tutte le aziende sanitarie pubbliche saranno progressivamente chiamate a svolgere una prima fase operativa di adozione sistematica del modello ERM sui processi già analizzati dal gruppo board delle strutture pilota e per promuovere tale implementazione, i Risk Manager saranno chiamati a partecipare a specifici momenti formativi.

4.6.0.4. Gestione delle Crisi e Continuità Operativa (linee di indirizzo)

Nel corso dell'anno 2024 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, PEMA, F,

etc.) specificando in questo nuovo contesto il ruolo del risk manager e di tutti gli attori necessari nell'ambito della unità di crisi.

4.6.0.5. Prevenzione infezioni correlate all'assistenza e Sepsi

Il Gruppo di Lavoro regionale dedicato, di cui al Decreto DG Welfare n. 3604 del 18.03.2022, ha predisposto una raccomandazione specifica che sarà diffusa a tutte le aziende sanitarie volta a definire le strategie integrate per la gestione della Sepsi 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 che faciliterà e standardizzerà 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.

Inoltre, sarà inviata, nel secondo semestre dell'anno, una specifica Check List Logistico-Organizzativa modificata che permetterà di valutare lo stato di implementazione e avanzamento delle indicazioni regionali sulla gestione della sepsi adulto.

Si chiede pertanto:

- la conduzione di audit da una lista di campionamento definito presente sul portale di governo, includendo eventuali casi di sepsi ostetrica, utilizzando la suddetta Scheda Audit;
- di aderire alla compilazione della nuova Check list Logistico-Organizzativa aggiornata che sarà trasmessa nel secondo semestre 2024;
- di partecipare alle iniziative formative proposte a livello regionale e conseguentemente programmare la specifica formazione a livello locale.

Si precisa inoltre che saranno condivisi i dati relativi alla survey del 2023 svolta sui Laboratori di Microbiologia relativa alla valutazione sull'appropriatezza alla gestione delle emocolture e che tale survey sarà riproposta alla fine del 2024 quale indicatore utile a valutare applicazione delle indicazioni contenute nel nuovo documento sulla gestione sepsi dell'adulto.

Si chiede ai risk manager che hanno aderito alla Carta per la qualità e sicurezza delle cure di FIASO-Cittadinanza Attiva, di farsi parte attiva nell'ambito del coordinamento delle attività previste dalla "Carta" anche attraverso lo sviluppo di specifici audit sul campo in coerenza con gli standard contenuti nel documento e con il coinvolgimento dei rappresentanti dei pazienti. Le risultanze saranno oggetto di condivisione con il Centro regionale del rischio sanitario e sicurezza del paziente.

4.6.0.6. Sistema di monitoraggio delle attività di Risk Management

Nella nuova area dedicata al Risk Management all'interno del Portale di Governo, che attualmente presenta gli indicatori sulla sinistrosità, nel corso del 2024 sarà attivata un'apposita sezione dedicata agli indicatori di patient safety che verranno resi fruibili in una nuova veste grafica al fine di migliorarne il monitoraggio.

Si sta procedendo inoltre allo sviluppo di un sistema di incident reporting regionale che permetterà a tutte le Strutture pubbliche di segnalare, tra l'altro, near miss, eventi avversi, cadute accidentali, atti di violenza nei confronti di operatori nonché esiti di audit. 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; legge regionale 15/2000 atti di violenza).

4.6.0.7. Formazione dei risk manager/Network di Risk Management

Durante l'anno 2024 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
- FAD sulle attività di risk management ed auditing connesse alle infezioni correlate all'assistenza come previsto dalla DGR XII/86 del 03.04.2023
- Formazione di risk management rivolte alle UdO sociosanitarie

Si svolgeranno come di consueto, i Network trimestrali di Risk Management al fine di aggiornare la rete dei Risk Manager con le attività introdotte a livello regionale favorendo inoltre lo scambio di buone pratiche.

4.6.0.8. 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. Inoltre, nell'ottica di migliorare la gestione della segnalazione dei sinistri, le stesse saranno richieste nel corso dell'anno
- 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. A tal fine, sarà inoltre ricostituito un gruppo di lavoro regionale che promuoverà attività per rinforzare la rete dei mediatori.

4.6.0.9. 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.

Allo scopo, è stata completata una analisi specifica, in collaborazione con la Regione Toscana ed il gruppo Gestione rischio e sicurezza in sanità (GReSS) dell'Ordine TSRM-PSTRP, al fine di monitorare lo stato di consapevolezza e di gestione di tale rischio. Saranno presentati i dati di assessment e si costituirà un gruppo di Risk Manager ed esperti di riferimento volto alla predisposizione di specifiche indicazioni per la gestione del rischio nutrizionale.

Erano già stati presentati i materiali condivisi dalla due regioni che verranno riproposti unitamente alle linee di indirizzo messe a punto dal GdL.

Si invitano i Risk Manager interessati direttamente al progetto o che hanno già buone pratiche sul tema a darne comunicazione alla mail: rischiosanita@regione.lombardia.it

4.6.0.10. 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.

Le indicazioni che devono essere seguite da ASST/IRCCS/ATS sono contenute nelle Linee Operative di Risk Management che annualmente vengono definite dal Centro Regionale per la Gestione del Rischio Sanitario e la Sicurezza del Paziente.

4.7. RETI CLINICO-ASSISTENZIALI ED ORGANIZZATIVE

Proseguirà nel 2024 la promozione e lo sviluppo delle reti di offerta ospedaliera, sia nell'area delle patologie tempo dipendenti, sia nei settori di elevata specializzazione, delineandone indirizzi, contenuti e confini nell'ambito di atti programmatori settoriali e specifici. Sarà sviluppato un “modello ospedaliero a rete” che colleghi tra loro le diverse Strutture, ciascuna nell'ambito del proprio ruolo, favorendo l'integrazione di discipline prettamente ospedaliere con i servizi territoriali e domiciliari che saranno incrementati per soddisfare quanto più possibile i bisogni di salute della totalità dei pazienti.

Nell'ambito della Rete Oncologica Lombarda (ROL), saranno avviate, in particolare, le attività della Rete dei Tumori Rari anche in seguito all'Accordo Stato/Regioni n. 213/CSR del 21 settembre 2023 sul documento “Processo normativo e attuativo per la definizione dell'assetto della Rete Nazionale Tumori Rari” che qui si recepisce.

4.7.0.1. Telecardiologia

Si dà mandato alle Aziende/Enti (ASST, IRCCS di Diritto Pubblico, Erogatori Privati accreditati) che prevedono Strutture Complesse di Cardiologia nella loro organizzazione, di attivare percorsi aziendali integrati in ambito telecardiologico, in grado di integrare l'offerta tra ospedale e servizi territoriali, garantendo continuità nella presa in carico, nei seguenti ambiti identificati dalla DG Welfare:

- Scompenso cardiaco,
- Monitoraggio Remoto nel follow-up clinico di dispositivi cardiaci per le alterazioni del ritmo,
- Teleriabilitazione domiciliare post cardiocirurgica,
- Ipertensione.

I modelli organizzativi di tali attività verranno pubblicati dalla DG Welfare nel corso del 1° trimestre 2024 e dovranno essere recepiti dalle Aziende/Enti attraverso progetti aziendali, i quali dovranno essere sviluppati, presentati e implementati entro la fine del 2024.

Si demanda ad un successivo atto della DG Welfare l'approvazione delle tariffazioni regionali previste per la remunerazione di tali attività.

4.7.0.2. Rete procreazione medicalmente assistita (PMA)

La DGR n. XII/1141 del 16/10/2023 ha disposto la messa a sistema dell'attività della "Banca regionale di crioconservazione e distribuzione dei gameti da donazione" confermando la ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda di Milano sede della Banca in quanto, anche a seguito della sperimentazione, la stessa possiede ed ha affinato la necessaria esperienza tecnica e capacità professionale per consentire sul territorio regionale le procedure di PMA di tipo eterologo.

Per assicurare le attività della Banca sono messe a disposizione per il 2024 fino ad un massimo 2 ml/Euro.

Nel corso del 2024 sarà definita, inoltre, una complessiva revisione e razionalizzazione organizzativa relativa all'erogazione di prestazioni di PMA di tipo eterologo ed omologo.

4.7.0.3. Rete ostetrico-ginecologica e neonatale

Nel corso del 2024 si procederà con l'implementazione di quanto previsto dalla DGR n. XII/1141 del 2023 "Linee di intervento per lo sviluppo ed efficientamento del percorso nascita in Lombardia finalizzato a favorire la natalità e la tutela della salute riproduttiva".

Proseguendo il modello organizzativo sul paradigma Hub e Spoke con l'obiettivo specifico di identificare i Centri Hub con definizione di parametri di monitoraggio al fine di garantire sempre più la sicurezza della mamma e del neonato.

4.7.0.4. Rete ginecologica ospedaliera-territoriale

È prevista l'implementazione di quanto contenuto nel Decreto della DG Welfare n. 5607/2022, ed inoltre verrà attivato, nel primo semestre 2024, un Convegno rivolto a tutti gli Enti sanitari al fine di dare compiuta diffusione ed implementazione ai provvedimenti a sostegno della natalità.

4.7.0.5. Rete cure palliative

È previsto il potenziamento ulteriore dell'offerta di Cure palliative in attuazione dell'art. 1, comma 8, della L. n. 197/2022, al fine di pervenire alla graduale copertura del 90% del Bisogno di Cure Palliative entro il 2029.

- Efficientamento del modello organizzativo della Rete regionale di Cure palliative attraverso:
 - la promozione dell'utilizzo dello Strumento (sub-allegato "E" ex DGR n. XI/1046/2018) aggiornato, ai fini dell'avvio della valutazione della condizione clinica del malato da parte delle Reti Locali di Cure Palliative e conseguente potenziamento dell'offerta di Cure palliative,
 - il monitoraggio dei percorsi di Cure palliative domiciliari, anche in attuazione della DGR n. XII/850/2023, al fine di favorire l'appropriatezza delle cure ed il raggiungimento degli obiettivi definiti dal PNRR Missione 6, in termini di incremento del numero di pazienti over 65 affetti da malattia cronica presi in carico e della durata media dei percorsi,
 - la promozione della continuità, equità e sostenibilità delle cure, Ospedale-Territorio anche nel contesto di interventi condotti in Emergenza/Urgenza:
 - a livello ospedaliero, le équipe di Cure palliative assicurano il governo clinico dei pazienti con bisogni di CP processando in modo tempestivo, a livello sovra distrettuale, coordinano e integrano nei diversi livelli di assistenza, in collaborazione con le COT, i PUA, l'ADI complessa e l'Assistenza Primaria. Inoltre, si procederà con il monitoraggio delle attività ambulatoriali e consulenziali di CP ai fini del consolidamento e storicizzazione del dato,
 - a livello territoriale, sia attraverso lo sviluppo dell'attività consulenziale a favore di RSA/RSD da parte degli erogatori di Cure palliative per il livello residenziale (Hospice), nell'ambito del budget assegnato, sia attraverso lo sviluppo di forme di integrazione ed azioni sinergiche tra équipe specialistiche di CP e MMG, ADI Complessa e IFoC.
 - nell'ambito di interventi con caratteristiche di urgenza/emergenza a favore di pazienti con bisogni di CP, saranno adottati protocolli e procedure mirate ad interfacciare la Rete di Cure palliative e la Rete dell'Emergenza-Urgenza.
- Realizzazione di percorsi formativi con particolare riguardo ai criteri di valutazione precoce dei bisogni di CP in attuazione al Piano degli eventi formativi rivolti al personale del SSR. Si procederà alla formazione:
 - dei professionisti dell'équipe specialistiche delle RLCP in coerenza con l'Acc. n. 87/CSR del 10 luglio 2014,
 - di tutti i professionisti che a vario titolo sono coinvolti nella fase di transizione delle condizioni di salute del malato cronico, complesso e fragile, verso bisogni di cure palliative (MMG; Specialisti di Branca, IFoC; Medici e Infermieri delle ADI, delle RSA/RSD, AREU),
 - dei volontari delle RLCP in coerenza all'Intesa n. 103/CSR del 09/07/2020.

4.7.0.6. Rete di terapia del dolore e cure palliative pediatriche Promozione dello sviluppo della Rete di Terapia del Dolore e Cure Palliative Pediatriche (RTD-CPP)

- Analisi dell'offerta in ambito di TD-CPP, anche attraverso l'identificazione del bisogno, delle modalità organizzative ed erogative.

- Individuazione, tra i membri dell'Organismo di Coordinamento Regionale di Cure Palliative, di uno specifico Organismo di TD e CPP di esperti in materia che potrà essere integrato con ulteriori figure in possesso di comprovato expertise del settore.
- Evoluzione del modello organizzativo della Rete di Terapia del Dolore e Cure palliative Pediatriche, con previsione di implementazione del livello residenziale pubblico (Hospice pediatrico) per il quale si destinano fino a 2 milioni di Euro, e aggiornamento dei Centri di Riferimento di cui alla DGR n. VIII/11085/2010 in aderenza all'Accordo CSR n. 30/2021, tenuto conto della programmazione regionale con riguardo alla Rete Materno-infantile e alla identificazione dei Poli Materno infantili e dei Centri di eccellenza per patologie specifiche del minore identificati a livello regionale.
- Definizione dei livelli organizzativi (nodi della rete) per rendere operativa la Rete Regionale TD-CPP (ipotizzando più Centri di Riferimento Regionale di TD-CPP, oltre a Centri periferici di primo livello).
- Promozione delle opportune sinergie con le Reti dell'adulto di Terapia del Dolore (Accordo n. 119/CSR del 27.07.2020) e di Cure palliative (Accordo n. 118/CSR del 27.07.2020).
- Avvio del monitoraggio, a cadenza periodica, sullo stato di avanzamento di realizzazione della rete e, più in generale dell'offerta di cura in questo ambito, al fine di valutare nel tempo la presa in carico dei minori secondo il bisogno rilevato ed apportare le eventuali necessarie azioni migliorative.
- Programmazione e definizione di formazione specifica per gli operatori che svolgono attività nella rete delle CPP, in aderenza all'Accordo n. 30/CSR del 25 marzo 2021 concernente "Accreditamento della rete di terapia del dolore e cure palliative pediatriche".

4.7.0.7. Rete terapia del dolore

È prevista l'attuazione progressiva delle Rete di Terapia del dolore in coerenza all'Accordo n. 119/CSR del 2020. Ed inoltre il monitoraggio dell'offerta di cura e della presa in carico del paziente ai fine di:

- Identificare e consolidare le Reti Locali di Terapia del Dolore,
- Promuovere e rafforzare sinergie tra i nodi della rete.

Formazione: nel corso del 2024 in attuazione al Piano degli eventi formativi rivolti al personale del SSR, si procederà alla realizzazione dei percorsi formativi a favore dei professionisti della Rete di Terapia del dolore.

4.7.0.8 Rete oncoematologica pediatrica

Analisi della offerta e delle modalità organizzative e cliniche della attuale struttura oncoematologia in regione Lombardia e le sue implicazioni a livello nazionale.

Entro il primo semestre 2024 predisposizione della riorganizzazione della rete oncoematologia pediatrica.

4.7.0.9 Rete gastroenterologica

Alla luce dei provvedimenti di giunta adottati nel corso degli anni entro il primo semestre 2024 è ormai imprescindibile la messa a regime della rete gastroenterologica.

4.7.0.10. 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 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:

- ha strutturato 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 del 2024, sulla base delle risultanze dei monitoraggi condotti durante l'anno 2023, verrà approntato un cruscotto informatizzato, a disposizione della DG Welfare, delle ATS e delle strutture pubbliche e private accreditate, sede di Pronto Soccorso, con l'obiettivo di monitorare in tempo reale la situazione nei Pronto Soccorso e rilevare eventuali criticità nel percorso del paziente acuto di area medica.
- ha istituito un gruppo di lavoro che ha elaborato un documento finalizzato a dettagliare il "Modello regionale delle competenze funzioni e responsabilità del Bed Manager": si allega al presente (Appendice 4.1) quale linea guida a cui tutti gli enti, pubblici e privati accreditati e a contratto, sede di Pronto Soccorso devono far riferimento nello sviluppo della funzione di bed management aziendale.

Con la DGR XII/787 del 31.07.2023 Regione Lombardia ha adottato il "Piano di riordino delle strutture, delle attività e dei ruoli del personale medico nell'ambito della rete emergenza urgenza": nel corso del 2024 proseguiranno le attività volte a darne piena attuazione. Sarà obiettivo di ogni Direttore Sanitario e della Direzione generale delle ASST, l'attuazione compiuta della DGR XII/787 del 31.07.2023. Nel caso o di non caso di mancata attuazione della DGR XII/787 del 31.07.2023 entro il 2024, la DGW Si riserva di affidare la gestione operativa del Pronto Soccorso ad AREU.

Al fine di migliorare l'accoglienza presso i punti di pronto soccorso le direzioni generali delle ASST, devono istituire un punto di contatto e dei servizi di accoglienza (stewardship) per i pazienti in attesa e per i famigliari. Le Asst invieranno un report di monitoraggio, predisposto dalla DGW a cadenza mensile per la valutazione dell'avanzamento. Sono previste attività di monitoraggio diretto ed in loco, e di mystery shopping al fine di valutare il miglioramento del servizio.

4.7.0.10. Rete regionale del trauma maggiore

Con la DGR XII/211 del 03.05.2023 è stata riorganizzata la rete regionale del trauma maggiore con l'obiettivo di ottimizzare il flusso dei pazienti vittime di trauma maggiore e di riorganizzare la rete trauma regionale secondo il modello del Sistema Integrato per l'Assistenza al Trauma Maggiore (SIAT); con il DDG 7631 del 23.05.2023 è stato istituito l'"Osservatorio regionale per il trauma maggiore": durante l'attività del primo semestre l'Osservatorio ha preso in carico e valutato le richieste di alcuni enti finalizzate a rivedere il loro ruolo e/o afferenza all'interno della rete trauma per sopraggiunte variazioni organizzative.

Facendo seguito al lavoro istruttorio condotto dall'Osservatorio si rivede la composizione dei SIAT secondo le seguenti tabelle:

SIAT ORIENTALE (della Val Camonica-Franciacorta e dell'Area Padana)	
CTS	<i>Spedali Civili di Brescia (ASST degli Spedali Civili di Brescia)</i>
CTZnch	<i>Fondazione Poliambulanza di Brescia Ospedale "Carlo Poma" (ASST di Mantova) Ospedale di Cremona (ASST di Cremona)</i>
CTZ	<i>Ospedale di Chiari (ASST Franciacorta) Ospedale di Esine (ASST Valcamonica) Ospedale Maggiore di Crema (ASST di Crema)</i>
PST	<i>Ospedale di Manerbio (ASST del Garda) Ospedale di Desenzano del Garda (ASST del Garda) Ospedale Civile "Destra Secchia" di Borgo Mantovano (ASST di Mantova) Ospedale di Oglio Po (ASST Cremona)</i>
OTT	<i>Ospedale di Montichiari (ASST degli Spedali Civili di Brescia) Ospedale di Gardone V.T. (ASST degli Spedali Civili di Brescia) Istituto Clinico Sant'Anna di Brescia Istituto Clinico Città di Brescia Istituto Clinico San Rocco di Brescia Ospedale S. Pellegrino di Castiglione delle Stiviere</i>
SIAT CENTRALE (Valtellina, Orobie e Bergamasca)	
CTS	<i>Ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo (ASST Papa Giovanni XXIII)</i>
CTZnch	<i>Ospedale E. Morelli di Sondalo (ASST della Valtellina e dell'Alto Lario) Ospedale Moriggia Pelascini di Gravedona</i>
CTZ	<i>Ospedale di Sondrio (ASST della Valtellina e dell'Alto Lario) Ospedale "Bolognini" di Seriate (ASST di Bergamo Est) Ospedale "Treviglio Caravaggio" (ASST di Bergamo Ovest)</i>
PST	<i>Ospedale "M.O.A. Locatelli" di Piario (ASST di Bergamo Est) Ospedale Humanitas Gavazzeni di Bergamo</i>
OTT	<i>Policlinico San Pietro Policlinico San Marco di Zingonia Ospedale Santissima Trinita' di Romano di Lombardia (ASST Bergamo Ovest)</i>
SIAT NORD-OCCIDENTALE (Insubria e Brianza)	
CTS	<i>Ospedale di Circolo di Varese (ASST dei Sette Laghi) Ospedale San Gerardo di Monza (Fondazione IRCCS S. Gerardo dei Tintori)</i>
CTZnch	<i>Ospedale di Legnano (ASST Ovest Milanese) Ospedale Sant'Anna di Como (ASST Lariana) Ospedale Alessandro Manzoni di Lecco (ASST di Lecco)</i>

CTZ	-----
PST	<i>Ospedale Luigi Confalonieri di Luino (ASST dei Sette Laghi)</i> <i>Ospedale Causa Pia Luvini di Cittiglio (ASST dei Sette Laghi)</i> <i>Ospedale Luigi Galmarini di Tradate (ASST dei Sette Laghi)</i> <i>Ospedale di Gallarate (ASST della Valle Olona)</i> <i>Ospedale Sant'Antonio Abate di Cantù (ASST Lariana)</i> <i>Ospedale di Vimercate (ASST Brianza)</i> <i>Ospedale di Merate (ASST di Lecco)</i> <i>Ospedale di Carate Brianza (ASST Brianza)</i>
OTT	<i>Istituto Clinico Mater Domini di Castellanza</i> <i>Ospedale di Magenta (ASST Ovest Milanese)</i> <i>Ospedale di Busto Arsizio (ASST della Valle Olona)</i> <i>Policlinico di Monza</i> <i>Ospedale E. Bassini di Cinisello Balsamo (ASST Nord Milano)</i> <i>Multimedica di Sesto San Giovanni</i> <i>Ospedale di Desio (ASST Brianza)</i>

Le afferenze CTZnch, PST, OTT sono definite dalla prossimità territoriale come descritto nella seguente tabella:

CTS OSPEDALE DI CIRCOLO DI VARESE (ASST DEI SETTE LAGHI)	
CTZnch	<i>Ospedale di Legnano (ASST Ovest Milanese)</i> <i>Ospedale Sant'Anna di Como (ASST Lariana)</i>
PST	<i>Ospedale Luigi Confalonieri di Luino (ASST dei Sette Laghi)</i> <i>Ospedale Causa Pia Luvini di Cittiglio (ASST dei Sette Laghi)</i> <i>Ospedale Luigi Galmarini di Tradate (ASST dei Sette Laghi)</i> <i>Ospedale di Gallarate (ASST della Valle Olona)</i> <i>Ospedale Sant'Antonio Abate di Cantù (ASST Lariana)</i>
OTT	<i>Istituto Clinico Mater Domini di Castellanza</i> <i>Ospedale di Magenta (ASST Ovest Milanese)</i> <i>Ospedale di Busto Arsizio (ASST della Valle Olona)</i>
CTS OSPEDALE SAN GERARDO DI MONZA (FONDAZIONE IRCCS S. GERARDO DEI TINTORI)	
CTZnch	<i>Ospedale Alessandro Manzoni di Lecco (ASST di Lecco)</i>
PST	<i>Ospedale di Vimercate (ASST Brianza)</i> <i>Ospedale di Merate (ASST di Lecco)</i> <i>Ospedale di Carate Brianza (ASST Brianza)</i>
OTT	<i>Policlinico di Monza</i> <i>Ospedale E. Bassini di Cinisello Balsamo (ASST Nord Milano)</i> <i>Multimedica di Sesto San Giovanni</i> <i>Ospedale di Desio (ASST Brianza)</i>

SIAT SUD-OCCIDENTALE (Area Metropolitana e Ticino-Lomellina)

CTS	<i>Ospedale di Niguarda (ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda) Policlinico San Matteo di Pavia (Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo)</i>
CTZnch	<i>IRCCS Ospedale San Raffaele Ospedale San Carlo (ASST Santi Paolo e Carlo) Policlinico di Milano (Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico) Ospedale Fatebenefratelli e Oftalmico (ASST Fatebenefratelli Sacco) IRCCS Humanitas di Rozzano</i>
CTZ	<i>Ospedale Luigi Sacco (ASST Fatebenefratelli Sacco) Ospedale San Paolo (ASST Santi Paolo e Carlo) IRCCS Policlinico San Donato Ospedale Maggiore di Lodi (ASST Lodi)</i>
PST	<i>IRCCS Ospedale Galeazzi - Sant'Ambrogio Ospedale Uboldo di Cernusco SN (ASST Melegnano e Martesana) Ospedale di Melzo (ASST Melegnano e Martesana) Ospedale Vizzolo Predabissi (ASST Melegnano e Martesana) Ospedale G. Salvini di Garbagnate (ASST Rhodense) Ospedale di Rho (ASST Rhodense) Ospedale Civico di Codogno (ASST Lodi) Ospedale Civile di Voghera (ASST di Pavia) Ospedale Civile di Vigevano (ASST di Pavia) Ospedale dei bambini Vittore Buzzi (PST Pediatrico)</i>
OTT	<i>Ospedale Gaetano Pini (ASST Gaetano Pini) Ospedale C.T.O. (ASST Gaetano Pini) Istituto Clinico Città Studi</i>

Le afferenze CTZnch, PST, OTT sono definite dalla prossimità territoriale come descritto nella seguente tabella:

CTS OSPEDALE DI NIGUARDA (ASST GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO NIGUARDA)	
CTZnch	<i>Zona EST Milano: IRCCS Ospedale San Raffaele Zona OVEST Milano: Ospedale San Carlo (ASST Santi Paolo e Carlo) Zona CENTRO-SUD Milano: Policlinico di Milano (Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico) Ospedale Fatebenefratelli e Oftalmico (ASST Fatebenefratelli Sacco)</i>
CTZ	<i>Ospedale Luigi Sacco (ASST Fatebenefratelli Sacco) Ospedale San Paolo (ASST Santi Paolo e Carlo) IRCCS Policlinico San Donato</i>
PST	<i>IRCCS Ospedale Galeazzi - Sant'Ambrogio Ospedale di Melzo (ASST Melegnano e Martesana) Ospedale G. Salvini di Garbagnate (ASST Rhodense) Ospedale di Rho (ASST Rhodense) Ospedale dei bambini Vittore Buzzi (PST Pediatrico)</i>
OTT	<i>Ospedale Gaetano Pini (ASST Gaetano Pini) Ospedale C.T.O. (ASST Gaetano Pini) Istituto Clinico Città Studi Ospedale Vizzolo Predabissi (ASST Melegnano e Martesana) Ospedale Uboldo di Cernusco SN (ASST Melegnano e Martesana)</i>

CTS POLICLINICO SAN MATTEO DI PAVIA (FONDAZIONE IRCCS POLICLINICO SAN MATTEO)	
<i>CTZnch</i>	<i>IRCCS Humanitas di Rozzano</i>
<i>CTZ</i>	<i>Ospedale Maggiore di Lodi (ASST Lodi)</i>
<i>PST</i>	<i>Ospedale Civico di Codogno (ASST Lodi)</i> <i>Ospedale Civile di Voghera (ASST di Pavia)</i> <i>Ospedale Civile di Vigevano (ASST di Pavia)</i>

4.7.0.11 Rete materno neonatale

Regione Lombardia, proseguendo nel percorso di favorire il percorso nascita a seguito della delibera DGR 1141/2023, Linee di intervento per lo sviluppo ed efficientamento del percorso nascita, valutando l'attuale livello di attuazione e realizzazione e in base alle nuove esigenze emergenti potrà provvedere, entro il 2024, all'aggiornamento delle rete per l'assistenza materno neonatale di cui alla DGR XI/2396

4.8. ATTIVITÀ DI CONTROLLO

4.8.0.1. Attività di controllo della Agenzia di Controllo del Sistema Socio Sanitario Lombardo

L'Agenzia di Controllo del Sistema Socio-Sanitario Lombardo a supporto della Direzione Generale Welfare, sentita l'ATS territorialmente competente, procede 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. L'Agenzia procede altresì alle suddette verifiche su richiesta della DGW. L'agenzia, nelle verifiche di competenza si avvale dei NOC di una ATS diversa rispetto a quella dove è territorialmente situata la struttura oggetto di verifica: in ogni caso l'esito delle verifiche è trasmesso alla Direzione generale Welfare.

4.8.0.2. 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 cadenze previste dai propri piani di controllo annuali redatti in linea con 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 2024, alla DG Welfare e all'ACSS, con invio elettronico, il Piano dei Controlli relativo all'esercizio 2024. L'ACSS può chiedere integrazioni o modifiche del suddetto piano, che devono essere recepite entro 30 giorni.

4.8.0.3. Sottogruppo tecnico sulla verifica dell'appropriatezza e della codifica delle prestazioni Sanitarie

Anche per il 2024 le ATS, così come da regolamento, sono chiamate ad inoltrare i quesiti che ritengono meritevoli di un approfondimento facendo da tramite anche per quelli ricevuti dagli erogatori. Parimenti le associazioni di categoria degli erogatori privati provvederanno ad inoltrare i quesiti ricevuti dai propri associati.

L'ACCS collabora con la DG Welfare al fine di garantire l'uniformità di applicazione delle regole di accreditamento sul territorio regionale.

4.8.0.4. Indirizzi per i controlli delle prestazioni sanitarie

Viene confermata la necessità che, per l'anno 2024, 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 prevista e pari al 12.5%, al fine di garantire la sostenibilità delle attività conseguenti, le direzioni strategiche delle ATS devono considerare prioritarie queste attività destinando alle stesse un numero adeguato di operatori.

Nulla è variato rispetto all'obbligo di invio dell'elenco aggiornato dei componenti del NOC delle ATS, all'inizio dell'Esercizio 2024 (entro il 31 gennaio 2024) e successivamente ad ogni eventuale modifica degli stessi componenti sia alla DG Welfare che all'ACCS.

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

Per il 2024, 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 2024 fino al 31 dicembre 2024;
- la chiusura del debito informativo su piattaforma SMAF per le suddette attività di controllo (prevista per l'esercizio 2024 entro il 10/01/2025) potrà usufruire di un ulteriore mese per eventuali correzioni di errori, e dovrà pertanto concludersi entro e non oltre il 10/02/2025;
- 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".

All'ACCS è garantito l'accesso alla piattaforma SMAF e a tutti i dati e database necessari gestiti allo svolgimento delle proprie attività da Aria Spa, in qualità di azienda in house della Regione Lombardia, finalizzati.

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

2024, le disposizioni per le attività di autocontrollo da parte degli Erogatori, come da sintesi riportata di seguito.

4.8.0.5. Autocontrollo qualità documentale Ricoveri (3%)

Dimessi dal 1° gennaio 2024

ATS

- Campionamento casuale (numerosità = 3% produzione 2023) su gennaio-marzo 2024.
- Invio ad Erogatori elenchi cartelle cliniche campionate.

Erogatore

- Invio esiti autocontrollo solo in ATS (no correzioni in Regione su campione) entro il 30 giugno 2024.

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 10.01.25 (con possibilità di correggere errori fino al 10.02.25).

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

Dimessi dal 1° gennaio 2024

Erogatore

- Piano di Controllo aziendale (invio in ATS entro 15 febbraio 2024).
- Campionamento mirato o casuale o misto (numerosità = 3,5% produzione 2022) su gennaio-aprile 2024.
- Invio mensile in ATS elenchi cartelle cliniche campionate.
- Invio esiti autocontrollo solo in ATS (NO correzioni in Regione su campione) entro il 30 giugno 2024.

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 10/01/25 (con possibilità di correggere errori fino al 10/02/25).

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.

4.9. NEGOZIAZIONE AREA SANITARIA

La DGW istituirà nel mese di gennaio un gruppo di lavoro permanente sulla negoziazione a cui parteciperanno i funzionari delle ATS che seguono il processo di monitoraggio del budget e negoziazione, ciò al fine di omogenizzare e condividere il processo su tutto il territorio lombardo, rivedendo la predisposizione della scheda di budget e formulando una proposta di attuazione dell'art. 15 co.12-bis della L.R. 33/2009 che prevede quanto segue “gli enti unici di più strutture presenti anche su territori di ATS differenti e in raccordo con queste ultime, sottoscrivono, previa autorizzazione della direzione generale Welfare e in attuazione degli indirizzi annuali di programmazione, un contratto unico regionale con l'ATS dove insiste la sede legale dell'ente unico”.

Le eventuali proposte che emergeranno dal tavolo di lavoro, che dovrà consegnare le proprie elaborazioni entro e non oltre il 30 giugno 2024, verranno rese ufficiali con atto dirigenziale e andranno ad integrare quanto previsto dalla presente delibera in tema di negoziazione.

Nell'ambito del percorso di negoziazione delle attività sanitarie la definizione dei budget di struttura verrà fatta partendo dai valori presenti nei contratti sottoscritti entro il 30.06.2023, adeguati alle sentenze del TAR n. 78/2022, n. 581/2022 e n. 1859/2022, senza considerare le eventuali rimodulazioni non storicizzabili disposte nel corso del 2023, tenuto necessariamente conto dei vincoli discendenti dalla normativa nazionale in tema di monitoraggio della spesa e di quelli di acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza sanitaria ospedaliera e ambulatoriale, così come previsto all'art. 15 del DL 6 luglio 2012, n. 95 “*Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini (nonché misure di rafforzamento patrimoniale delle imprese del settore bancario)*” convertito con modificazioni dalla Legge 7 agosto 2012, n. 135 e s.m.i.

La procedura per la negoziazione e la sottoscrizione dei contratti con tutti gli Erogatori di prestazioni sanitarie, prevede la sottoscrizione del contratto definitivo entro il 30 aprile 2024, verranno rivisti lo schema di contratto e la scheda di budget.

I contratti del 2023 sono prorogati fino alla sottoscrizione dei contratti 2024 questo per permettere l'erogazione delle prestazioni e il riconoscimento degli acconti agli erogatori pubblici e privati.

In caso di trasformazione di posti letto di degenza ordinaria in posti tecnici (BIC, MAC, dialisi) e/o in caso di variazione del setting assistenziale di alcune prestazioni, le ATS possono procedere alla rimodulazione e all'adeguamento dei valori di budget (ricoveri e specialistica ambulatoriale) a parità di risorse complessivamente contrattualizzate con la struttura/ente unico richiedente la

trasformazione. Si rimane comunque in attesa dell’impatto derivante del nuovo nomenclatore tariffario.

I dati relativi ai flussi informativi devono essere inviati entro le scadenze determinate, ulteriori invii non comporteranno oneri al sistema e avranno quindi solo valore epidemiologico.

I posti letto necessari per onorare gli impegni contrattuali annualmente negoziati dagli erogatori con le ATS sono i posti letto accreditati e a contratto (DGR n. XI/1046/2018 e s.m.i.). Limitatamente all’anno 2024, a parziale deroga di quanto previsto all’ultimo punto della premessa del contratto tipo, di cui al sub-allegato A, il numero dei pazienti ricoverati in regime ordinario non può superare il numero totale dei posti letto a contratto considerando la media quadrimestrale. I ricoveri dovuti a situazioni di emergenza/urgenza, adeguatamente documentati, potranno determinare una presenza di pazienti superiore al numero dei posti letto autorizzati. Per i ricoveri in regime di day hospital-day surgery, il numero dei pazienti ricoverati non può superare il doppio del numero complessivo dei posti letto autorizzati per ricoveri a ciclo diurno.

Anche per l’anno 2024 rimangono possibili le rimodulazioni di budget già previste negli esercizi precedenti per le risorse contrattualizzate con la medesima struttura e per gli enti unici, finanziando eventuale attività di ricovero (relativamente ad altre strutture appartenenti al medesimo ente unico), cure sub-acute ed ambulatoriali in iperproduzione con lo spostamento di risorse da ricovero e cura. Tali operazioni sono da considerarsi non storicizzabili.

In caso di non completo utilizzo delle risorse negoziate, le ATS, nel rispetto dei tetti contrattuali, potranno, con riferimento all’ultimo trimestre, previa verifiche sulla completezza dei flussi informativi, in accordo con l’erogatore e previa autorizzazione della Direzione Generale Welfare, riorientare le risorse presso altri Erogatori dello stesso comparto (pubblico su pubblico o privato su privato), ridefinendo fino ad un valore pari al 10% del budget del singolo erogatore coinvolto.

Le rimodulazioni potranno essere chieste dagli erogatori alle ATS oppure proposte da ATS agli erogatori e concordate con gli stessi. A tale riguardo, il soggetto erogatore può inviare, entro e non oltre il 31 ottobre dell’anno in corso, l’eventuale segnalazione dell’esigenza di modificare il budget alla ATS di riferimento. Le istanze pervenute dagli erogatori oppure le proposte delle ATS agli erogatori stessi dovranno essere trasmesse entro e non oltre il 15 novembre 2024 alla DGW unitamente ad una propria valutazione. Per le istanze di rimodulazione che riguardano diversi ambiti territoriali, la valutazione deve essere svolta e condivisa da tutte le ATS coinvolte. Successivamente, entro il 30 novembre 2024, la Direzione Generale Welfare provvederà a comunicare l’eventuale approvazione delle rimodulazioni alle ATS territorialmente competenti.

ATS potrà valutare, previo assenso da parte della DG Welfare, di destinare le quote non assegnate agli enti erogatori (derivate dal non raggiungimento delle soglie minime e/o obiettivi di quota variabile) ad una successiva specifica contrattualizzazione con l’eventuale coinvolgimento degli erogatori privati anche solo accreditati.

4.9.0.1. Attività di ricovero e cura

Per l’anno 2024 si prevede la determinazione del budget unico di struttura a partire dal valore contrattualizzato 2023, adeguati alle sentenze del TAR n. 78/2022, n. 581/2022 e n. 1859/2022, senza considerare le eventuali rimodulazioni, non storicizzabili, disposte nel corso del 2023; tale budget pertanto è riferito a tutta la produzione, a prescindere dalla residenza degli assistiti trattati, fatta

eccezione per i cittadini stranieri (individuati con l'onere degenza "7" e l'onere degenza "9" erogato a favore di STP) per i quali le prestazioni erogate restano disciplinate da normativa specifica.

Al fine di garantire l'equilibrio economico del Servizio sanitario regionale unitamente al rispetto dei vincoli del DL 95/2012, per gli erogatori privati accreditati e a contratto vengono individuati all'interno del budget unico due tetti per singolo erogatore: parte del budget di struttura per lombardi e parte del budget di struttura per fuori regione. La somma dei valori dei singoli tetti di struttura, per cittadini lombardi e per cittadini fuori regione, rappresentano, separatamente, i tetti di spesa complessivi di sistema.

Gli eventuali risparmi rispetto ai due tetti di spesa invalicabili a livello di sistema, come sopra definito, a consuntivo potranno essere oggetto di redistribuzione a copertura parziale dell'iperproduzione, in proporzione all'iperproduzione stessa. Tali operazioni non sono storicizzabili.

Analogamente, eventuali superamenti al limite complessivo di sistema, come sopra definito, oppure al limite previsto dall'art. 15 del DL 6 luglio 2012, n. 95 "Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini (nonché misure di rafforzamento patrimoniale delle imprese del settore bancario)" convertito con modificazioni dalla Legge 7 agosto 2012, n. 135 e s.m.i., a consuntivo, determinano un abbattimento di sistema.

Bassa complessità

Per le prestazioni di bassa complessità (ossia tutta la produzione che non rientri nella definizione di Alta Complessità e non siano ricoveri erogati da IRCCS), si conferma quanto previsto nelle regole di sistema per l'anno 2023 (tetto di sistema sulla bassa complessità per fuori regione) al fine di garantire il rispetto di quanto previsto nella Legge n. 208/2015, comma 574, in tema di adozione di misure volte a ridurre le prestazioni inappropriate di bassa complessità erogate da strutture private.

Alta complessità e attività IRCCS

Richiamato il principio sancito nella legge 208/2015 comma 574 di valorizzazione del ruolo dell'alta specialità all'interno del territorio nazionale, prevedendo la possibilità di programmare l'acquisto delle prestazioni di alta specialità e di quelle erogate dagli IRCCS, non si applica, anche per l'anno 2024, quanto introdotto con DGR XI/2013/2019 in termini di tetto per alta complessità e attività IRCCS.

Si conferma per gli erogatori pubblici, la possibilità, considerati il DM 21/06/2016 e il DL 95/2012, di riconoscere, con valutazione positiva della Direzione Generale Welfare e con effetto neutro sull'equilibrio economico finanziario del sistema, ricavi derivanti da produzione superiore rispetto a quella contrattualizzata con le ATS.

Si precisa che la negoziazione delle ATS con gli erogatori di diritto privato prevede anche sulla base di indicazioni definite della Direzione Generale Welfare, una quota obiettivi definita fino ad un massimo del 7% del tetto di struttura per cittadini lombardi, per reindirizzare il mix di erogazione delle strutture sulla base di specifiche valutazioni in merito alle prestazioni di ricovero che presentano criticità in termini di liste di attesa nel rispetto di criteri di appropriatezza e di qualità delle prestazioni erogate. Il mix di erogazione ed i relativi volumi negoziati dalle ATS con gli Enti Erogatori pubblici e privati saranno contenuto fondamentale del Piano Operativo per il recupero delle liste di attesa 2024.

Relativamente alle prestazioni di ricovero, le quote non riconosciute a causa del mancato raggiungimento degli obiettivi contrattuali da parte degli erogatori privati, rimangono nelle

disponibilità di ATS che, previo nulla osta della DG Welfare, potrà impiegarle in ulteriori attività erogative.

Ai sensi dell'art. 1 c. 492 della L. n. 178 del 30 dicembre 2020, a decorrere dal 2024, Regione Lombardia provvederà alla sottoscrizione degli accordi bilaterali con le regioni di confine per il governo della mobilità sanitaria interregionale di cui all'articolo 1, comma 576, della legge 28 dicembre 2015, n. 208..

In sede di consuntivo 2024, in continuità con gli anni precedenti, si procederà ad un abbattimento applicato alla produzione di ricoveri per fuori regione, definito al fine di garantire l'invarianza economica tra tariffario regionale (incrementato in applicazione a quanto previsto dalle deliberazioni n. XI/3915 e n. XI/4049) e quello stabilito per la mobilità (tariffario DM 18/10/2012).

Sintesi della negoziazione per le attività di ricovero

- Il sistema di negoziazione con gli erogatori di diritto privato prevede per tutti i ricoveri:
 - un budget complessivo di struttura a prescindere dalla residenza dei cittadini, esclusi i cittadini stranieri (individuati con l'onere degenza “7” e l'onere degenza “9” erogato a favore di STP);
 - un tetto di struttura per le attività erogate a favore di residenti lombardi, con riconoscimento al singolo erogatore fino al 100% del valore del tetto lombardi contrattualizzato nel 2023 al netto delle rimodulazioni;
 - un tetto di struttura per le attività erogate a favore di residenti fuori regione, con riconoscimento al singolo erogatore fino al 100% del valore del tetto per fuori Regione contrattualizzato nel 2023 al netto delle rimodulazioni;
 - in linea con i principi enucleati dalla sentenza del Consiglio di Stato n. 3775 del 14.04.2023, successivamente all'avvenuta compensazione della mobilità regionale, qualora dovessero rendersi disponibili ulteriori risorse, il budget assegnato per le prestazioni da erogare ai pazienti fuori regione potrà essere soggetto ad ulteriori congruaggi positivi per le strutture sanitarie che abbiano prodotto un volume di prestazioni superiore allo stesso;
 - fermo restando il budget assegnato ai pazienti fuori regione, con successivo provvedimento verranno disciplinati gli eventuali effetti economici conseguenti alla sottoscrizione di accordi bilaterali con le regioni di confine per il governo della mobilità sanitaria interregionale di cui all'articolo 1, comma 576 della legge n. 208 del 28 dicembre 2015;
 - un tetto di struttura per le attività di bassa complessità (esclusa produzione IRCCS) erogata a favore di residenti fuori regione, con riconoscimento al singolo erogatore fino al 100% del valore contrattualizzato nel 2023; le strutture private accreditate e a contratto possono compensare l'eventuale ipoprodotto di prestazioni a bassa complessità con prestazioni ad alta complessità, fermo restando il tetto complessivo per i fuori regione. Tali operazioni non sono storicizzabili;
 - il 7% del budget dei lombardi deve essere vincolato al grado di raggiungimento di specifici obiettivi definiti da ATS anche in accordo con la DG Welfare;
 - gli erogatori potranno richiedere a budget unico invariato, in corso di esercizio, all'ATS territorialmente competente, una rimodulazione delle quote economiche del tetto previsto per i cittadini fuori regione verso il tetto previsto per i cittadini lombardi fino ad un massimo

del 3%. Con successivo provvedimento saranno individuate le modalità per l'eventuale applicazione di tale previsione

- Il sistema di negoziazione con gli erogatori di diritto pubblico prevede per tutti i ricoveri, a prescindere dalla residenza dei cittadini, un budget complessivo di struttura, esclusi i cittadini stranieri (individuati con l'onere degenza "7" e l'onere degenza "9" erogato a favore di STP).

4.9.0.2. Prestazioni ambulatoriali

Il valore del budget di struttura per l'anno 2024, dedicato alle attività di specialistica ambulatoriale, sarà calcolato come il valore del contratto 2023 stipulato entro il 30.06.2023 incrementato dell'1% al netto delle risorse non storicizzabili.

Dal 2024 l'attività di prevenzione, con particolare riferimento a screening (infettivologici, oncologici, metabolici, SNE etc.), tamponi per diagnosi covid o altre malattie infettive, vaccini, medicina sportiva, attività di sorveglianza infettivologica (ad esempio quella effettuata in PS) verrà scorporata, anche ai sensi della messa a regime del nuovo nomenclatore ex DPCM 2017, dal budget storico della specialistica ambulatoriale e verrà gestita a livello contrattuale con un proprio budget ed un proprio specifico tetto, riconducendo le risorse dalla macro area 1 (ricoveri e specialistica ambulatoriale) alla macro area 8 (prevenzione).

Il budget è riferito a tutta la produzione, a prescindere dalla residenza degli assistiti trattati, fatta eccezione per i cittadini stranieri (individuati con l'onere degenza "7" e l'onere degenza "9" erogato a favore di STP) per i quali le prestazioni erogate restano disciplinate da normativa specifica.

Al fine di garantire l'equilibrio economico del Servizio Sanitario Regionale ed il rispetto dei limiti di spesa di cui al DL 95/2012 e s.m.i., per gli erogatori privati accreditati e a contratto vengono individuati all'interno del budget due tetti per singolo erogatore: un budget di struttura per lombardi e un budget di struttura per fuori regione. La somma dei valori dei singoli tetti di struttura, per cittadini lombardi e per cittadini fuori regione costituisce il budget complessivo di struttura.

Nell'ambito del sottotetto per lombardi, ogni ATS dovrà prevedere per gli erogatori Pubblici e Privati delle soglie contrattuali minime di garanzia per raggruppamenti di prestazioni. Si raccomanda per il calcolo delle soglie contrattuali l'utilizzo del nuovo nomenclatore tariffario.

Le soglie minime di garanzia da definire fanno riferimento ai volumi del 2022 delle seguenti voci:

- A) gruppo PNGLA con tipo prestazione O e Z, eventualmente, suddivise ulteriormente in:
 - prime visite
 - ecografie
 - endoscopie
 - TC/RM
 - altra diagnostica;
- B) gruppo VISITE (altre prime visite non rientranti nel gruppo precedente e visite di controllo);
- C) gruppo SCREENING (tenendo conto degli indirizzi della UO prevenzione DG Welfare).

Nel caso in cui venissero raggiunte le soglie minime di garanzia secondo quanto contrattualmente definito dalle singole ATS, (da questo calcolo è escluso lo SCREENING che segue gli indirizzi di programmazione definiti con il Dipartimento di Prevenzione delle singole ATS), le prestazioni che

concorrono al raggiungimento delle soglie minime saranno riconosciute senza regressione tariffaria tra il 97% e il 106%.

Rimangono invariate le regressioni previste per le altre prestazioni: tra il 97% e il 103% regressione fino al 30% (60% per la branca di laboratorio) e tra il 103% e il 106% regressione fino al 60% per tutte le prestazioni.

Differentemente, nel caso non vengano saturati le soglie minime, con la tipologia ed i volumi di prestazioni negoziati con l'ATS, le condizioni contrattuali rimarranno le medesime dell'annualità 2023: tra il 97% ed il 103%, sarà applicata una regressione tariffaria massima del 30% (60% per la branca di laboratorio analisi) e tra il 103% ed il 106% sarà applicata una regressione tariffaria massima del 60% (60% per la branca di laboratorio analisi).

L'attività programmata e negoziata potrà essere ridefinita nel corso dell'anno, qualora i competenti organi regionali ne ravvedano la necessità in ottica di sistema, ovvero a seguito di circostanziata e motivata richiesta da parte dell'erogatore, che dovrà essere sottoposta al vaglio dell'ATS territorialmente competente.

Ogni ATS dovrà vincolare per gli erogatori Privati una quota del budget LOMBARDI, pari al 10% ad obiettivi individuati dalle stesse ATS.

Cinque punti percentuali sul 10% previsto dovranno essere riservati a un obiettivo di incremento dei volumi rispetto al 2022 (al netto di quanto riconosciuto con risorse aggiuntive) delle prestazioni del gruppo PNGLA per residenti LOMBARDI:

- incremento del 10% per le prime visite
- incremento del 5% ecografia/endoscopia/TC/RM/altra diagnostica (tipologia O e Z).

La valutazione del raggiungimento di tale target terrà conto di criteri di gradualità.

Le prestazioni aggiuntive rispetto al 2022 saranno finanziate oltre al 106% e fino al 110% senza applicare le regressioni tariffarie.

Con successivo provvedimento verrà disciplinato il finanziamento delle eventuali risorse aggiuntive per la riduzione dei tempi di attesa che verranno assegnate a Regione Lombardia ai sensi della Legge 213/2023.

Al fine di garantire la tutela sanitaria dell'attività sportiva e della valenza che la stessa riveste in termini preventivi nell'ambito della sanità pubblica, tenuto conto dell'andamento osservato nel corso degli anni della crescente domanda di prestazioni certificative di idoneità agonistica, in conformità a quanto previsto dal DM 18.02.1982, riferite alla fascia di popolazione più giovane, si ritiene di dover riservare a livello regionale risorse fino a un valore massimo di 2 milioni di euro, destinate a integrare, nel corso del 2024, le quote contrattuali delle strutture di Medicina dello Sport.

Al fine di poter dare continuità ai servizi erogati e garantire agli aventi diritto le prestazioni a carico del SSR, entro il 30.09.2024 le ATS, sulle base dei monitoraggi delle attività, formuleranno le specifiche richieste di integrazione di budget alla DG Welfare che esprimerà il proprio parere entro il 15.10.2024. Si ricorda che con decorrenza dall'esercizio 2022, la produzione ambulatoriale viene remunerata senza applicazione degli sconti di cui alla lett. o), comma 796, art. 1), Legge n. 296/2006 (legge Finanziaria per il 2007).

Si conferma per il 2024 la quota di risorse di specialistica ambulatoriale da riservare per garantire l'erogazione delle prestazioni previste nei PAI di pazienti presi in carico del paziente cronico (ad

esclusione delle prestazioni afferenti alla branca di laboratorio analisi, nonché escludendo le strutture che erogano quasi esclusivamente tali prestazioni) pari ad almeno il 2% del tetto di struttura di specialistica ambulatoriale per cittadini lombardi. Le risorse contrattuali da destinare alle prestazioni di pazienti presi in carico, come sopra definite, sono calcolate escludendo le prestazioni di screening e di medicina dello sport, nonché escludendo le strutture che erogano esclusivamente tali prestazioni. Tale quota rappresenta un di cui della voce "Attività di specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale, comprensive delle attività di Pronto Soccorso non seguite da ricovero (Quota 97%)" per cittadini lombardi. La quota suddetta del 3% sarà oggetto di specifico monitoraggio da parte della DGW al fine di garantire una corretta presa in carico del paziente cronico.

4.9.0.3. Emodialisi domiciliare assistita (HDDA)

Visti i risultati del modello di emodialisi domiciliare assistita (HDDA) disegnato sulla base dell'esperienza vissuta in Regione Lombardia a seguito dell'avvio del "Progetto sperimentale biennale" iniziato nel 2020 e conclusosi lo scorso 30 novembre 2023 da parte di 5 ASST: Rhodense (capofila), Ovest Milanese, Sette Laghi, Papa Giovanni XXIII e Lodigiana. Il progetto, "Studio di fattibilità della Emodialisi domiciliare assistita: sostenibilità dal punto di vista economico ed organizzativo", contenuto nel decreto della Direzione Generale Welfare della Regione Lombardia N° 16762 del 16.11.2018 (recante "Approvazione della graduatoria finale dei progetti di innovazione in ambito sanitario e socio sanitario di cui al bando ex decreto n. 2713 del 28/02/2018 e contestuale assegnazione del finanziamento agli enti capofila"), si valuta la possibilità di proseguire con questo tipo di attività nel corso del 2024, estendendola ad ulteriori zone della regione.

4.9.0.4. Attività diagnostica per Covid-19

Si conferma che le prestazioni di diagnostica per Covid-19 rientrano nel budget dell'attività specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale, nel limite massimo delle risorse del FSR disponibili ed entro il tetto di spesa massimo previsto dal DL 95/2012

Si precisa che per l'attività di diagnostica covid non è più previsto il confronto tra 28/san e flusso esiti.

4.9.0.5. Prestazioni di cure sub-acute

Valore di riferimento: contratto 2023 al netto delle rimodulazioni. Nella definizione del budget si deve tener conto, in accordo con la DGW, degli incrementi di attività avvenuti nel corso del 2023.

I posti tecnici necessari per onorare gli impegni contrattuali annualmente negoziati dagli erogatori con le ATS sono i posti accreditati e a contratto, fatte salve le rimodulazioni che dovessero rendersi necessarie.

Considerata la necessità di mantenere in essere la rete delle degenze extra ospedaliere per subacuti attivate durante la pandemia, le ATS, in caso di necessità e previa comunicazione alla DGW, possono contrattualizzare con contratto ordinario i reparti di degenza per subacuti a suo tempo attivati tramite la sottoscrizione di contratti di scopo, purché già accreditati e a condizione che siano ancora attivi alla data di approvazione della presente deliberazione.

4.9.0.6. Nuove Reti Sanitarie

Per le prestazioni delle "nuove reti sanitarie" si conferma tutto quanto previsto dalle regole di esercizio 2023 dando evidenza nella scheda di budget degli importi contrattati.

4.9.0.7. Sperimentazione STAR

Prosegue la sperimentazione STAR fino alla messa a contratto e attivazione degli Ospedali di Comunità, naturale evoluzione della sperimentazione STAR, che cesserà indipendentemente dall'esito della procedura stessa.

4.9.0.8. Modalità di definizione degli acconti

In merito all'erogazione degli acconti, dopo la sottoscrizione del contratto definitivo 2024, si procederà in base al monitoraggio dell'attività erogata dell'ultimo mese disponibile al momento del pagamento dell'acconto (per singola linea produttiva):

- pagamento di un acconto mensile pari al 90% del budget rapportato a 12 mesi, per gli erogatori la cui produzione non supera il valore del 90% del budget rapportato a 12 mesi;
- pagamento di un acconto mensile fino ad un massimo del 95% del budget rapportato a 12 mesi, per gli erogatori la cui produzione supera il valore del 90% del budget rapportato a 12 mesi;
- per gli altri valori di produzione che non sono oggetto di specifico budget (es. File F, cure termali, ecc.), si provvederà al pagamento di acconti mensili fino ad un massimo del 95% del fatturato mensile.

Dal 1° gennaio 2024 fino alla sottoscrizione del contratto definitivo, invece, si procederà:

- al pagamento di un acconto mensile del 95% del budget 2023 (al netto di eventuali rimodulazioni non storicizzabili) rapportato a 12 mesi, per gli erogatori la cui produzione supera il valore del 90% del medesimo budget rapportato a 12 mesi;
- il pagamento di un acconto mensile pari al 90% del budget 2023 (al netto di eventuali rimodulazioni non storicizzabili) rapportato a 12 mesi, per gli erogatori la cui produzione non supera il valore del 90% del medesimo budget rapportato a 12 mesi.

In situazioni di particolari livelli di riduzione dell'attività, le ATS possono concordare con singoli erogatori una riduzione della percentuale di acconto, ossia il pagamento degli acconti sulla scorta dell'effettivo fatturato mensile.

4.10. NEGOZIAZIONE, PRENOTAZIONE, EROGAZIONE E RENDICONTAZIONE DELLE PRESTAZIONI CORRELATE ALLA SORVEGLIANZA

L'attività di sorveglianza delle malattie infettive prevede la necessità di attivare indagini diagnostiche dedicate a casi o contatti ovvero attività di profilassi.

È pertanto necessario che ATS ogni anno quantifichi i volumi necessari e le relative attività che possono essere suddivise in:

- attività di competenza della SC MPC per cui ATS richiede supporto sistematico (vedi paragrafo sopracitato) degli erogatori: caratteristica per la richiesta del supporto è la distanza geografica tra sede ATS e territorio da sorvegliare, numerosità personale SC MPC ATS inferiore agli standard;
- attività di competenza di ASST e IRCCS pubblici per le quali è necessario specialista o indagini diagnostiche avanzate;
- attività correlate a cluster/eventi epidemici.

4.10.0.1. Negoziazione

Al fine di evitare un appesantimento burocratico tramite l'attivazione di apposite convenzioni tra ATS ed erogatori, annualmente nella definizione dei contratti è da inserire un allegato anche quanto previsto per la sorveglianza delle malattie infettive.

L'allegato deve contenere:

- tipologia di prestazioni richieste;
- numero e frequenza prevista (anche stagionale) delle prestazioni richieste;
- modalità di prenotazione della prestazione;
- tempi minimi per l'esecuzione e la refertazione della prestazione;
- modalità di comunicazione degli esiti ad ATS e al paziente;
- modalità di prenotazione;
- situazioni epidemiche per cui si chiede attivazione di ASST.
- in considerazione delle specificità connesse alla sorveglianza della Tuberculosis, con particolare riferimento al fenomeno dell'Urban TB, e della particolarità fragilità sociale del target, occorre considerare, oltre ai volumi delle prestazioni necessarie, anche la facilità di accesso, evitando la frammentazione del percorso di presa in carico (one stop shop TB). È fondamentale, inoltre, garantire servizi idonei a ottenere elevati livelli di compliance, prevedendo anche collaborazioni con le associazioni del terzo settore.

4.10.0.2. Allegato negoziazione attività di sorveglianza malattie infettive

Per l'anno XXXX

La legge regionale 22/2021 conferma il ruolo di governance della sorveglianza delle malattie infettive in capo alle ATS e di erogazione e rendicontazione delle prestazioni effettuate sino alla diagnosi, in capo agli Erogatori. L'attività di sorveglianza delle malattie infettive rientra nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e la struttura erogatrice si impegna a garantire il percorso diagnostico come da indicazioni fornite da ATS e di seguito riportate.

Requisiti generali per gli erogatori

Possono erogare attività tutte le strutture pubbliche e private accreditate a contratto dell'area di ATS che già ricomprendono tali prestazioni (o analoghe, es tampone) nella propria erogazione e per le quali hanno personale formato sia sulla prestazione sia in merito al sistema di sorveglianza delle malattie infettive (SMI).

Valorizzazione

Le prestazioni sono finanziate con quota parte del budget per le attività di specialistica ambulatoriale e valorizzate secondo le tariffe previste dal flusso ambulatoriale.

Debito informativo

L'Erogatore si impegna a rendicontare le prestazioni nel tracciato record del flusso ambulatoriale, con utilizzo del codice identificativo Q nel campo "Tipo prestazione", posizione ticket 90, Esenzione P01 e comunque secondo le regole dettate dalla Direzione Generale Welfare. E' in capo all'Erogatore l'assolvimento del debito informativo nei confronti della ATS

attraverso la restituzione e registrazione degli esiti delle prestazioni e la corretta compilazione di SMI

Tipologia di prestazione

Codice prestazione	Tipologia prestazione	Numero prestazioni previste	Indicazioni stagionalità territorialità	sulla /	Modalità Tempistiche prenotazione	e per
	Tamponi per aviaria					
	Mantoux tubercolosi					
	Altri test esecuzione rapida					
	Quantiferon tubercolosi					
	Altri test esecuzione rapida					
	Viste dermatologiche (scabbia, esantemi)					
	Radiografie					
	Visite pneumologiche					
	coprocoltura					
	Sierologia					
	PCR					
	colture					
	...					

Nelle more dell'implementazione di SMI gli esiti saranno trasmessi a

ORGANIZZAZIONE PROFILASSI VACCINALE (di seguito sono riportati esempio da includere /escludere o modificare a seconda delle esigenze locali)

La ASST si impegna a garantire profilassi vaccinale con le seguenti modalità organizzative

- nell'ambulatorio x dalle ore y alle ore z da lun a ven
- nell'ambulatorio x1 dalle ore y alle ore z da lun a ven
- nei giorni festivi o comunque al di fuori dell'orario di servizio con le seguenti modalità (è prevista anche la possibilità di ruotare tra ASST):

MODALITA' DI SUPPORTO PER NECESSITA' DI PROFILASSI O TESTING (di seguito sono riportati esempio da includere /escludere o modificare a seconda delle esigenze locali)

La ASST si impegna a garantire attività di testing o profilassi farmacologica in caso

- > di cluster con coinvolgimento di oltre > 100 persone
- > per i territori non raggiungibili altrimenti da ATS anche per singoli casi
- >

Per l'attivazione di tale supporto di riferimento è mail... tel... ; al di fuori degli orari di servizio il numero da contattare è

4.11. ATTIVITA' DI SCREENING ONCOLOGICI

La legge regionale 22/2021 conferma il ruolo di governance, invito, sensibilizzazione del cittadino e controllo del percorso sino alla diagnosi, in capo alle ATS e di erogazione, accoglienza, realizzazione e rendicontazione delle prestazioni effettuate sino alla diagnosi, in capo agli Erogatori.

L'attività di prevenzione secondaria dei tumori della mammella, del colon retto e della cervice uterina rientra nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e la struttura erogatrice si impegna a garantire il percorso diagnostico di primo e secondo livello come dà indicazioni fornite da ATS e di seguito riportate. L'Erogatore collabora con l'ATS ai programmi di screening concorrendo al raggiungimento degli obiettivi di interesse regionale, così come previsto dalle vigenti regole di sistema. L'erogatore è responsabile della garanzia di un numero di sedute di screening adeguato al raggiungimento degli obiettivi di copertura della popolazione secondo gli standard di adempimento del LEA. Si recepisce quanto previsto dal Decreto N. 3711 del 03/04/2017 della Direzione Generale Welfare "Aggiornamento fasce età target dei programmi di screening oncologici per la prevenzione del tumore della mammella e del colon retto" e dalla DGR "Prevenzione del tumore della cervice uterina – aggiornamento delle indicazioni regionali".

REQUISITI GENERALI PER GLI EROGATORI

Possono erogare attività per gli screening oncologici organizzati tutte le strutture pubbliche e private accreditate a contratto dell'area di ATS che garantiscano:

- a) volumi di attività non inferiori agli standard indicati dalle linee guida adattati al contesto della domanda e dell'offerta nell'area di ATS
- b) raggiungimento e mantenimento degli standard qualitativi in riferimento alle linee guida regionali, nazionali e internazionali in materia di screening oncologici.

Le prestazioni di I e II livello rientranti nei rispettivi percorsi di screening saranno erogate in regime istituzionale senza alcun onere per gli assistiti e senza prescrizione medica. Eventuali accordi con strutture terze per la effettuazione delle prestazioni utili a completare il percorso diagnostico di un paziente in screening sono a carico dell'ASST e concordate con l'ATS.

Sulla base delle valutazioni dell'ATS l'Erogatore è tenuto a produrre i volumi indicati nel contratto tramite i propri presidi nel rispetto dei requisiti previsti per ciascuna linea di screening.

Ogni attività di informazione, ricerca o sperimentazione che preveda il coinvolgimento della popolazione di screening o l'utilizzo dei dati risultanti dall'attività di screening necessita di autorizzazione preventiva da parte di ATS.

Per gli aspetti non inclusi nel presente contratto si fa riferimento al documento di governance screening di ATS, laddove disponibile, o analoghe procedure interaziendali. Per le specifiche non riportate nel documento di governance si deve fare riferimento alle linee di indirizzo regionali/nazionali e alle Linee Guida Europee per gli screening oncologici.

VALORIZZAZIONE

Le prestazioni di screening sono finanziate con quota parte del budget per le attività di specialistica ambulatoriale, siano esse di I o II livello e valorizzate secondo le tariffe previste dalla Circolare 28/San e sue successive integrazioni e dalla DGR “Prevenzione del tumore della cervice uterina – aggiornamento delle indicazioni regionali”

DEBITO INFORMATIVO

L'Erogatore si impegna a rendicontare gli esami di I e II livello nel tracciato record della Circolare 28/SAN e nei flussi CONS, con utilizzo del codice identificativo S nel campo “Tipo prestazione”, posizione ticket 90, e comunque secondo le regole dettate dalla Direzione Generale Welfare.

E' in capo all'Erogatore l'assolvimento del debito informativo nei confronti della ATS attraverso la restituzione e registrazione degli esiti delle prestazioni di screening e degli approfondimenti ad esso conseguenti nel software gestionale, trascrizione del quadro istologico con indicazione del percorso conseguente, stadiazione in caso di diagnosi di neoplasia, e in ogni caso conclusione dell'episodio di screening tramite indicazione sulla scheda software del percorso successivo raccomandato per il paziente

TIPOLOGIA DI PRESTAZIONI

Rientrano tra le prestazioni di screening di I e II livello le seguenti prestazioni indicate in tabella riferite a ciascuna delle linee di screening attualmente in atto.

Prestazioni di I livello:

Codice Prestazione	Descrizione	Linea Screening
87.37.1	Mammografia bilaterale	mammografico
90214	Ricerca del sangue occulto fecale	Colon retto
91.48.4	Prelievo citologico	Cervice uterina
91.38.5	Es. citologico cervico vaginale [PAP test]	Cervice uterina
91.24D	HPV screening_triage citologico	Cervice uterina

Prestazioni di II livello:

Codice Prestazione	Descrizione	Linea Screening
87.37.2	Mammografia monolaterale (approfondimento)	mammografico
87.73.1	Ecografia bilaterale della mammella	mammografico
87.73.2	Ecografia monolaterale	mammografico
85.11.1	Biopsia eco-guidata della mammella	mammografico
85.11.3	Biopsia mininvasiva vacuum assisted sotto guida stereotassica	mammografico
85.11.2	Biopsia mininvasiva vacuum assisted sotto guida ecografica	mammografico
91.39.1	Citologico ago aspirato sede unica	mammografico
91.39.6	Citologico ago aspirato sedi multiple	mammografico
91.39.7	Citologico ago aspirato ecoguidato sedi multiple	mammografico
91.46.5	Istocitopatologico mammella (biopsia stereotassica)	mammografico
88.92.9	Risonanza magnetica nucleare (RM) della mammella, senza e con contrasto; Bilaterale	mammografico
88.92.6	Risonanza magnetica nucleare (RM) della mammella monolaterale senza mdc	mammografico

Allegato 4 – AREA POLO OSPEDALIERO

Codice Prestazione	Descrizione	Linea Screening
88.92.7	Risonanza magnetica nucleare (RM) della mammella monolaterale senza e con mdc	mammografico
88.92.8	Risonanza magnetica nucleare (RM) della mammella bilaterale senza mdc	mammografico
88.92.9	Risonanza magnetica nucleare (RM) della mammella, senza e con contrasto; Bilaterale	mammografico
89.7	Prima visita	mammografico
40.19.1	Agobiopsia linfonodale eco-guidata	mammografico
45.23.1	Colonscopia – ileoscopica retrograda	Colon retto
45.25	Colonscopia con endoscopio flessibile	Colon retto
48.24	Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile	Colon retto
45.42	Polipectomia endoscopica dell'intestino crasso	Colon retto
45.43.2	Mucosectomia endoscopica del colon	Colon retto
91.41.3	Es. Istocitopatologico app. digerente: biopsia endoscopica –sede unica	Colon retto
91.41.4	Es. Istocitopatologico app. digerente: biopsia endoscopica-sedi multiple	Colon retto
91.42.1	Es. Istocitopatologico app. digerente: Polipectomia endoscopica – sedi multiple	Colon retto
91.42.2	Es. Istocitopatologico app. digerente: Polipectomia endoscopica – singola	Colon retto
88.01.3	TAC dell'addome inferiore	Colon retto
88.01.4	TAC dell'addome inferiore senza e con contrasto	Colon retto
70.21	Colposcopia	Cervice uterina
67.19.1	Biopsia mirata della portio a guida colposcopica	Cervice uterina
91.44.3	ES. Istocitopatologico app. urogenitale: Biopsia cervicale e endometriale	Cervice uterina
91.46.3	ES. Istocitopatologico app. urogenitale: Biopsie cervicali (Sedi multiple)	Cervice uterina
91.44.4	ES. Istocitopatologico app. urogenitale: Biopsia cervice uterina	Cervice uterina
91.46.4	ES. Istocitopatologico app. urogenitale: Polipectomia endocervicale	Cervice uterina
68.12.1	Isteroscopia (Escluso: Biopsia con dilatazione del canale cervicale)	Cervice uterina
67.12	Biopsia endocervicale [isteroscopia]	Cervice uterina
91.46.6	ES. Istocitopatologico app. urogenitale: Conizzazione	Cervice uterina
68.161	Biopsia del corpo uterino; Biopsia endoscopica [isteroscopia] dell'endometrio; Escluso: Biopsia con dilatazione del canale cervicale	Cervice uterina
70.291	Biopsia vaginale	Cervice uterina
91.455	Istologia vaginale	Cervice uterina
88.797	Ecotransvaginale	Cervice uterina
91.484	Prelievo cervicale secondo livello	Cervice uterina
91.249	HPV-DNA secondo livello	Cervice uterina
91.385	Pap test secondo livello	Cervice uterina
67.32	Cauterizzazione del collo uterino	Cervice uterina

Eventuali altre prestazioni ritenute utili, ma non routinarie, tese a completare l'iter diagnostico, dovranno essere comunicate al centro Screening per la necessaria condivisione.

Qualora nel percorso di approfondimento diagnostico si rendesse necessario ricorrere alla “biopsia vacuum assisted con sistema di guida stereotassica” (codice 85.11.3) per lo screening mammografico oppure a specifiche prestazioni per lo screening del colonretto, si concorda che vengano effettuate e valorizzate le seguenti prestazioni:

Codice Prestazione	Descrizione	Linea Screening
89.07	consulto d'équipe	Mammella/colon
91.49.2	prelievo di sangue venoso	Mammella/colon
90.62.2	emocromo	Mammella/colon
90.16.3	creatinina	Mammella/colon
90.75.4	PT	Mammella/colon
90.75.5	TT	Mammella/colon
90.76.1	PTT	Mammella/colon

Per quanto attiene alle prestazioni di prevenzione effettuate al di fuori dei programmi organizzati di ATS per ciascuna linea di screening e rendicontate nel campo “Tipo prestazione” con T = PREVENZIONE, l'Erogatore presenta alla ATS entro il 30.03.2023 un progetto per il contenimento delle mammografie eseguite in prevenzione a favore del programma di screening per la fascia 45-74 anni.

FORMAZIONE

Al fine di promuovere processi di formazione continua degli operatori di screening, l'Erogatore si impegna a favorire la massima partecipazione anche agli audit clinici in materia di screening oncologici organizzati da ATS. Attività di formazione necessaria affinché il personale sia coinvolto nei percorsi di screening sarà individuata da ATS, l'Erogatore si impegna a favorire la massima partecipazione del proprio personale.

ULTERIORI SPECIFICHE:

Principi generali:

per ciascuna linea di screening l'Erogatore provvede formalmente entro 30 giorni dalla firma del contratto alla individuazione e comunicazione all'ATS di un referente del percorso diagnostico terapeutico per ciascun centro di approfondimento.

In caso di rifiuto da parte del paziente, con abbandono del percorso di approfondimento diagnostico, l'ente Erogatore acquisisce e mantiene agli atti la sottoscrizione della rinuncia, con registrazione nel software di screening. In caso di mancata presenza da parte del paziente, con abbandono del percorso di approfondimento diagnostico, l'ente Erogatore provvede alla registrazione nel software di screening.

Screening carcinoma Mammella:

Il test di screening è la mammografia che deve essere eseguita con mammografo digitale diretto.

La consegna delle immagini è su richiesta della donna e non è soggetta a pagamento.

Per il percorso di approfondimento di secondo livello a ciascuna donna viene fornita copia dell'esito degli accertamenti, dei referti diagnostici e relazione conclusiva con indicazione dell'organizzazione dell'iter diagnostico terapeutico successivo, qualora si rendesse necessario.

Per quanto attiene agli indicatori di qualità del servizio l'Erogatore si impegna a rispettarli così come da indicazione regionale o, se non previsti, a far riferimento a quanto segue:

- Tempo di refertazione (N° di giorni tra esecuzione della mammografia di screening ed inserimento dell'esito negativo nel software gestionale di screening): 90% dei casi entro 21 giorni di calendario.

- Tempo di attesa per approfondimento (numero di giorni tra la data di effettuazione del test di screening e la data di effettuazione dell'approfondimento): 90% dei casi entro 28 giorni di calendario.
- Tasso di richiamo al secondo livello per primi esami: <7% accettabile, <5% desiderabile
- Tasso di richiamo al secondo livello per esami successivi: <5% accettabile, <3% desiderabile
- Partecipazione all'analisi dei cancri di intervallo relativi allo screening mammografico mettendo a disposizione le proprie professionalità (90% dei lettori) e la documentazione clinica ed iconografica.
- Chiusura del secondo livello nel software screening con inserimento di tutti gli esami effettuati entro 15 giorni dal referto: $\geq 90\%$ delle cartelle
- Inserimento nel gestionale di screening delle mancate presenze agli esami di approfondimento =100% entro i 7 giorni dalla data dell'esame

Screening carcinoma Colon Retto:

Il Centro Screening di riferimento contatta telefonicamente i soggetti che risultano positivi alla ricerca del sangue occulto fecale (SOF), proponendo un appuntamento presso la endoscopia digestiva di riferimento per l'avvio dell'approfondimento, fatti salvi diversi specifici accordi.

L'esame di approfondimento diagnostico è la colonscopia che deve essere eseguita con endoscopi ad alta definizione.

A ciascun soggetto viene fornita copia dell'esito degli accertamenti, dei referti diagnostici e relazione conclusiva con indicazione dell'organizzazione dell'iter diagnostico terapeutico successivo, qualora si rendesse necessario.

Sulla base di specifici accordi viene garantita la fornitura gratuita all'assistito del farmaco per la preparazione alla colonscopia.

Per quanto attiene agli indicatori di qualità del servizio, l'Erogatore si impegna a rispettarli così come da indicazione regionale o, se non previsti, a far riferimento a quanto segue:

- Tempo d'attesa per colonscopia (numero di giorni che intercorrono tra la data del referto del test di screening e la prima data resa disponibile per la colonscopia) ≤ 30 giorni di calendario in almeno il 90% dei casi. Vengono esclusi i cambi di appuntamento o i ritardi nell'individuazione della data da parte del paziente.
- Proporzione di coloscopie complete > 85% accettabile, 90% desiderabile.
- Chiusura del secondo livello nel software screening con inserimento di tutti gli esami effettuati entro 15 giorni dall'esecuzione della colonscopia oppure dalla data dell'ultimo referto per coloscopie operative: $\geq 90\%$ delle cartelle

Screening del carcinoma della cervice uterina

Per quanto attiene alle attività di prevenzione del carcinoma della cervice uterina, l'Erogatore si impegna a garantire l'esecuzione del prelievo alla popolazione individuata ed invitata dall'ATS sulla scorta di specifiche agende condivise e di condividere con ATS il percorso per il conferimento del campione al laboratorio di riferimento della Rete Regionale.

Per quanto attiene agli indicatori di qualità del servizio l'Erogatore si impegna a garantire la colposcopia di approfondimento qualora il centro disponga di appropriato setting per diagnosi di secondo livello, oppure a stipulare convenzione o accordo con centro di riferimento, in modo da garantire il rispetto delle seguenti tempistiche:

- entro 3 giorni lavorativi dalla richiesta del Centro Screening con referto positivo per tumore
- entro 5 giorni lavorativi dalla richiesta del Centro Screening per le diagnosi di
 - lesione intraepiteliale (SIL) di alto grado
 - Cellule squamose atipiche che non possono escludere lesione intraepiteliale di alto grado (ASC-H),
- entro 20 giorni lavorativi dalla richiesta del Centro Screening per le diagnosi di
 - SIL di basso grado
 - Cellule Ghiandolari Atipiche di Significato Indeterminato (AGUS)
 - Cellule ghiandolari atipiche (AGC),
 - lesioni citopatiche da HPV (Human Papilloma Virus)
 - referti con stesso quadro dopo ripetizione

Chiusura del secondo livello nel software screening con inserimento di tutti gli esami effettuati entro 30 giorni dall'esecuzione della colposcopia oppure dalla data dell'ultimo referto istologico: $\geq 90\%$ delle cartelle

Per il percorso di approfondimento di secondo livello a ciascuna donna viene fornita copia dell'esito degli accertamenti, dei referti diagnostici e relazione conclusiva con indicazione dell'organizzazione dell'iter diagnostico terapeutico successivo, qualora si rendesse necessario.

ATS	SCREENING						Totale complessivo
	Cervico carcinoma 1° livello	Cervico carcinoma 2° livello	Colon-Retto 1° livello	Colon-Retto 2° livello	Mammografico 1° livello	Mammografico 2° livello	
BERGAMO	388.183	21.152	428.064	760.160	381.9200	628.290	604.5049
PRIVATO	3.091	1.088		393.120	121.0189	184.210	179.1698
PUBBLICO	385091	20.064	428.064	367.040	260.9011	444.080	425.3350
BRESCIA	1.255.525	156.800	504.000	1.440.000	446.4565	905.320	872.6210
PRIVATO		28.800		512.000	163.7755	332.020	251.0575
PUBBLICO	1.255.525	128.000	504.000	928.000	282.6810	573.300	621.5635
BRIANZA	1176.860	30.080		864.000	363.8957	1.099.800	680.9697
PRIVATO				232.000	127.4308	131.300	163.7608
PUBBLICO	1.176.860	30.080		632.000	236.4649	968.500	517.2089
INSUBRIA	1314121	120.160	546.000	796.000	400.9808	698.100	748.4189

PRIVATO	5.075	0		276.000	95.5731	166.400	140.3206
PUBBLICO	1.309.046	120.160	546.000	520.000	305.4077	531.700	608.0983
MILANO	1.456.605	134.400	1.050.000	1.553.600	854.7735	1.597.050	14.339.390
PRIVATO	12.325	30.400		569.600	260.2460	482.950	3.697.735
PUBBLICO	1.444.280	104.000	1.050.000	984.000	594.5275	1.114.100	10.641.655
MONTAGNA	306.450	32.000	140.700	340.800	134.6100	319.800	2.485.850
PRIVATO				20.800	8.0766	18.200	119.766
PUBBLICO	306.450	32.000	140.700	320.000	126.5334	301.600	2.366.084
PAVIA	84.100	40.000	168.000	291.200	170.5509	221.000	2.509.809
PRIVATO	17.400			147.200	72.4202	98.800	987.602
PUBBLICO	66.700	40.000	168.000	144.000	98.1307	122.200	1.522.207
VALPADANA	760.840	52.800	256.200	648.000	243.6441	529.750	468.4031
PRIVATO	7.830			171.200	88.8426	48.750	1.116.206
PUBBLICO	753.010	52.800	256.200	476.800	1.548.015	481.000	3.567.825
Totale complessivo	6.742.684	587.392	3.092.964	6.693.760	29.968.314	5.999.110	53.084.224

4.12. INTRODUZIONE TRACCIATO SDO REVISIONE TARIFFE RICOVERI

4.12.0.1. Introduzione tracciato SDO per definizione tariffe ricoveri rete punti nascita

Nel corso del 2024 viene istituito un flusso specifico che conterrà le informazioni necessarie per differenziare le tariffe per i ricoveri della rete dei Punti nascita della Regione.

All'interno della cartella clinica di una paziente ricoverata in un reparto di Ostetricia e Ginecologia dovranno essere rilevate le seguenti informazioni:

1. Età gestazionale
2. Tipo di gravidanza (Singola, gemellare bicoriale, monocoriale biamniotica, gravidanza monocoriale monoamniotica, gravidanza trigemina o multifetale)
3. Patologie vascolari da gemellarità
4. Disordini ipertensivi con insorgenza ≤ 34 settimane
5. Restrizione di crescita fetale ≤ 34 settimane
6. Minaccia parto pretermine tra $\geq 22 \leq 34$ settimane
7. Rottura prematura delle membrane amniocoriali (PROM) tra $\geq 22 \leq 34$ settimane
8. Preclampsia severa, eclampsia
9. Sindrome HELLP (emolisi, ipertransaminasemia e piastrinopenia)
10. Placenta previa centrale
11. Placenta con accretismo
12. Patologia fetale (strutturale, genetica, infettiva, disfunzionale)

13. Monitoraggio fetale intensivo in gravidanza monocoriale monoamniotica o multifetale

14. Patologie preesistenti o rilevate in gravidanza

Tali informazioni verranno sintetizzate e trasferite in un tracciato (SDO7.txt) che le ricolleggi ai corrispondenti record SDO1 e SDO2 trasmessi.

Questi record concorrono alla determinazione della tariffa ed in caso di mancata compilazione verrà assegnata la tariffa minima delle tre previste per ognuno dei DRG in elenco.

370	Parto cesareo con CC
372	Parto vaginale con diagnosi complicanti
374	Parto vaginale con sterilizzazione e/o dilatazione e raschiamento
375	Parto vaginale con altro intervento eccetto sterilizzazione e/o dilatazione e raschiamento
379	Minaccia di aborto
382	Falso travaglio
383	Altre diagnosi preparto con complicazioni mediche

Si precisa che la differenziazione tariffaria derivante dall'applicazione delle differenziazioni scaturite dall'applicazione di questo tracciato avrà inizio dall'esercizio 2025 a partire dalle osservazioni dell'anno 2024.

A partire dalle dimissioni del 1° gennaio 2024 anche il tracciato Cedap verrà integrato con una sezione di informazioni nella quale saranno raccolte informazioni di Medicina Materno Fetale che le Strutture dovranno compilare al momento della dimissione del paziente.

4.12.0.2. Aggiornamento delle tariffe dei ricoveri sulla base della rilevazione dei costi

Si dettaglia per l'anno 2024 la correzione di errori materiali presenti nella DGR n. XII/285 del 15/05/2023 che non hanno comunque inficiato il calcolo delle tariffe per l'anno 2023 dal momento che le informazioni erano correttamente inserite nei sistemi regionali:

- DRG 007 e 008 vengono così modificati:

CODICE	DESCRIZIONE	Tipo Tariffa
007	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso con CC	N
	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso con CC + Tipo Tar. = "E" (con inserimento neurostimolatore sacrale. Tipo SDO4 = 34) usando codice d'intervento: 8694, 8695, 8696, 8697, 8698	E
008	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC	N
	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC + Tipo Tar. = "E" (con inserimento neurostimolatore sacrale. Tipo SDO4 = 34) usando codice d'intervento: 8694, 8695, 8696, 8697, 8698	E

- DRG 499 e 500 vengono così modificati:

Allegato 4 – AREA POLO OSPEDALIERO

CODICE	DESCRIZIONE	Tipo Tariffa
499	Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale con CC	N
	Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale con CC + Tipo Tar = "P" (Inserzione di protesi intrsomatica nelle vertebre usando codice intrvento 8451 e Tipo SDO4 = 29C Gabbie intersomatiche o Cage spinali)	P
500	Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale senza CC	N
	Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale senza CC + Tipo Tar = "P" (Inserzione di protesi intrsomatica nelle vertebre Tipo SDO4 = 29C) usando codice intrvento 8451)	P

- DRG 528 dell'allegato 1 viene così riformulato:

CODICE	DESCRIZIONE	Tipo Tariffa
528	Interventi vascolari intracranici con diagnosi principale di emorragia	A
	Interventi vascolari intracranici con diagnosi principale di emorragia + Tipo Tar. ="C" (isolamento di aneurismi mediante inserimento endovascolare di diversori di flusso o dispositivi intrasacculari a filo intrecciato Tipo SDO4 = 27B o 27C) usando codice Intervento 3972	C

- DRG 545 dell'allegato 1 viene così riformulato:

CODICE	DESCRIZIONE	Tipo Tariffa
545	Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio	N
	Revisione di sostituzione dell'anca + Tipo Tar. ="A" (revisione completa di protesi dell'anca Tipo SDO4 = 01A+01B+01C+01D) usando codice intervento 0070 o 8153	A
	Revisione di sostituzione dell'anca + Tipo Tar. ="B" (revisione parziale di protesi dell'anca Tipo SDO4 = 01A o 01D) usando codice intervento 0071, 0072 o 0073	B
	Revisione di sostituzione del ginocchio + Tipo Tar. ="D" (revisione parziale di protesi del ginocchio Tipo SDO4 = 04A o 04B) usando codice intervento 0081 o 0082 o 0084	D

- DRG 557 e 558 dell'allegato 1 vengono modificati come di seguito riportato:

CODICE	DESCRIZIONE	Tipo Tariffa
557	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore	N
	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore + Tipo Tar = "A" (con inserzione di uno o più stent medicati Tipo SDO4 = 02B oppure 02H)	A
558	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore	N
	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore + Tipo Tar = "A" (con inserzione di uno o più stent medicati Tipo SDO4 = 02B oppure 02H)	A

Si precisa che le occorrenze dei DRG in oggetto non riportate sono da intendersi non modificate.

- Nell’Allegato 3 vi è la presenza di un doppio codice 28A. La modifica apportata consiste nell’attribuire alla protesi “Sistema impiantabile di monitoraggio elettrocardiografico (loop recorder)” il codice 28B.

28A	Sistema impiantabile di monitoraggio emodinamico della pressione arterio-venosa
28B	Sistema impiantabile di monitoraggio elettrocardiografico (loop recorder)

Secondo quanto riportato nella DGR n XII/285 del 15/05/2023 avente ad oggetto “Aggiornamento tariffe Drg ricoveri ospedalieri - "Determinazioni in merito alla remunerazione di alcune prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti- aggiornamento dell'allegato 1 della DGR n. XI/5924 del 07/02/2022”” anche nell’anno 2024 verrà effettuata una revisione delle tariffe determinate a fronte della rilevazione dei costi di acquisto attraverso il flusso regionale SDO4.

4.12.0.3. Miglioramento qualità di rilevazione SDO4

Con la Deliberazione n° XII / 285 Seduta del 15/05/2023 sono state ulteriormente modificate le tariffe dei DRG ed il complesso della rilevazione SDO4 per dispositivi ad alto costo.

Gli aggiornamenti annuali (DGW) e la modifica del repertorio e della CND (Ministero della Salute) costringono ad un aggiornamento continuo della tabella di controllo Tipologia Protesi e CND che esclude record non correttamente rendicontati mediante i meccanismi di calcolo delle tariffe differenziate.

L’aggiornamento delle **tabelle di associazione** viene realizzato ogni 3-4 mesi (ad aprile, a giugno ed a settembre) cercando di mantenere allineati sistemi di rilevazione contenuto nel flusso dei dispositivi consumati.

Alle Aziende con il numero di errori più elevato viene fornito un **report di ritorno** per segnalare errori casuali che potranno essere corretti prima della chiusura dei flussi migliorando la qualità della rilevazione.

Tali operazioni rivestono una particolare importanza in quanto, a partire dal 2024, verrà effettuato un aggiornamento delle specifiche del tracciato a seguito del quale tutti gli errori evidenziati non saranno più considerati semplici alert ma determineranno la non valorizzazione del record.

4.13. MODELLO FUNZIONI NON TARIFFABILI DA RIVEDERE ANCHE ALLA LUCE DEGLI IMPEGNI ASSUNTI (DGR RELATIVA ALLE FUNZIONI NON TARIFFATE ANNO 2022)

Nella Delibera n. XII / 179 del 27/04/2023 ad oggetto “Determinazioni in merito alla remunerazione di alcune funzioni non coperte da tariffe predefinite svolte dalle aziende ed enti sanitari pubblici e privati accreditati per l’anno 2022” veniva ribadito che, a partire dal mese di ottobre 2022, era stato attivato un confronto con il Ministero della Salute in merito alle funzioni 9, 11, 16.

Nel corso dell’anno 2024 Regione Lombardia procederà ad una revisione dell’impianto delle funzioni non tariffabili, tenuto anche conto che l’ultimo aggiornamento delle medesime risale all’ anno 2019 e che gli accadimenti di questi ultimi anni hanno portato alla necessità di nuove determinazioni. In particolare, verrà rivista la funzione non tariffabile del P.S. per un riconoscimento ad hoc anche in base all’individuazione di indicatori specifici. Inoltre, nella determinazione delle funzioni si terrà conto del mantenimento delle attività costante per tutta la durata dell’anno.

4.14. CONTROLLO DI GESTIONE

Nel 2024 cessa definitivamente la rilevazione dei costi legati all'emergenza covid. Al bisogno saranno attivate come negli anni precedenti rilevazioni ad hoc, sia nell'ambito del flusso che extra-flusso per la rilevazione di costi connessi a fenomeni specifici, come ad esempio l'emergenza ucraina.

Nel 2024, anche alla luce della completa implementazione delle indicazioni di cui alla L.R. 22/2021 e della messa a regime del modello territoriale ex DM 77/2022, dovrà essere data particolare attenzione alle rendicontazioni relative alle nuove articolazioni territoriali. L'aggiornamento delle LG del flusso di contabilità analitica a partire dall'1/1/2023 e le indicazioni fornite nelle stesse relativamente alle modalità di codifica di distretti e case di Comunità potrà consentire nel 2024 di disporre di informazioni complete ed esaustive relativamente a:

- Case di Comunità e servizi attivati nelle stesse, potendo riconoscere il tipo di servizio sia dal cdc_std che dal codice della struttura (cudes) intra Casa della Comunità;
- Ospedali di Comunità
- COT, PUA e servizi correlati
- ADI e risorse PNRR a finanziamento
- Consultori
- Servizi garantiti sui distretti e specifici costi per linee di attività

In vista di un ritorno all'ordinarietà si tratterà nel 2024 di riattivare i tavoli di confronto in presenza soprattutto per il riavvio del monitoraggio ed eventuale aggiornamento degli indicatori di performances pubblicati sul portale. In particolare, nel 2024 potrebbero avviarsi tavoli per la costruzione e successiva implementazione di indicatori di monitoraggio relativi ai servizi territoriali. Particolare attenzione verrà quindi posta su tali rendicontazioni e si svilupperanno report di controllo che consentano agli enti di poter intercettare e correggere errori nella gestione delle anagrafiche e nella rendicontazione di costi e ricavi sulle articolazioni territoriali.

Le aziende, quindi, nell'ambito del proprio sistema di controllo direzionale, dovranno rafforzare il processo di programmazione strategica, verificare costantemente la coerenza tra quanto programmato e quanto realizzato e perseguire gli obiettivi di efficientamento della spesa, razionalizzazione nell'utilizzo dei fattori produttivi e controllo dei fabbisogni. Ciò dovrà avvenire attraverso strumenti quali la programmazione interna aziendale (budget), la contabilità analitica, gli indicatori di performance e report specifici di monitoraggio dei consumi orientati al bench marking tra enti.

Come in passato anche nel 2024, la Direzione Generale Welfare proseguirà l'attività di raccolta e analisi puntuale di tali strumenti, al fine di segnalare alle aziende eventuali errori e condividere proposte per migliorare la qualità del dato complessivo e potenziare l'efficacia degli strumenti di raccolta dati, nonché fornire sia a Regione Lombardia che alle aziende del S.S.R. strumenti di valutazione e monitoraggio del trend dei costi, della correlata produzione e della performance.

Come avvenuto negli anni precedenti per quanto attiene al **modello CP** (Conti di Presidio), che costituisce debito informativo nei confronti del Ministero della Salute ai sensi del Decreto 24 Maggio 2019, dal flusso di contabilità analitica sarà resa disponibile sul portale di governo una prima bozza sulla base della quale gli enti potranno formulare il modello definitivo apportando, come da linee guida regionali, quelle modifiche che rendono più leggibile il dato per il Ministero, senza però stravolgere l'impostazione desunta dal flusso di contabilità analitica, per il quale è richiesta, a consuntivo, la maggiore attendibilità possibile rispetto agli effettivi accadimenti contabili e gestionali.

Relativamente al **modello LA** lo stesso dovrà essere fornito in concomitanza con il CE consuntivo (quale allegato al bilancio di esercizio), eventualmente modificando la riarticolazione sui vari livelli di assistenza sulla base delle indicazioni fornite a seguito della valutazione del modello LA provvisorio elaborato sui dati del IV CET. Relativamente al modello LA si richiama alla maggiore attenzione possibile nella compilazione del format definitivo così da non generare errori casuali che non erano presenti nel modello LA provvisorio. A partire dal consuntivo 2023 nel modello LA degli enti dovrà essere compilato il livello 48888 TOTALE COSTI PER ATTIVITA' DI RICERCA per tutti gli enti che registrano a ricavo contributi per ricerca, a prescindere dall'ente finanziatore, e non solo, come in passato per gli IRCCS.

Al fine di garantire la qualità dei flussi informativi nei confronti del Ministero della Salute, è imprescindibile che la contabilità analitica sia affidabile nel rappresentare la situazione aziendale nei diversi presidi e articolazioni territoriali (intesi come aggregazioni di strutture identificate come CUDES nei flussi regionali) e nei nuovi livelli di assistenza/linee di attività (case di Comunità, COT, Ospedali di Comunità), in coerenza con le indicazioni provenienti dai referenti regionali e ferma restando la quadratura con i valori di contabilità generale. In particolare, le aziende dovranno evitare di utilizzare impropriamente i centri di costo comuni e di quadratura e dovranno valorizzare correttamente eventuali scambi di prestazioni o servizi tra presidi e i costi delle attività territoriali, con particolare attenzione al personale ospedaliero eventualmente prestato ad esse a tempo parziale.

4.14.0.1. Nuove linee guida controllo di gestione privati

Si ribadisce l'obbligo di trasmissione della contabilità analitica per centro di costo per tutte le strutture ospedaliere private come previsto dalla DGR XI / 2014 del 31/07/2019.

La mancata trasmissione dei dati richiesti comporta l'esclusione delle strutture dal processo di calcolo degli standard di costo per le FNT e di conseguenza una preclusione all'accesso alle risorse disponibili.

Sono esentate dalla trasmissione della contabilità analitica le strutture non ospedaliere (Aree, Istituto Mario Negri, RSA) che accedono alle risorse sulla base di valutazioni già predefinite.

Nel corso del 2024 si procederà ad una revisione delle linee guida COAN ospedali privati sulla base delle modifiche introdotte nella COAN ospedali pubblici (allineamento) e sulla base delle indicazioni emerse nelle riunioni di coordinamento dello scorso semestre (aggiornamento).

La pubblicazione delle linee guida prevista per maggio 2024 verrà applicata a partire dall'esercizio 2025.

La richiesta del dettaglio analitico dei costi viene estesa anche alla componente ricerca.

4.15 MOBILITA' SANITARIA INTERNAZIONALE: Sistema ASPE – fatture a credito

Tra le fatture che nel sistema ASPE vengono trasmesse dal Ministero della Salute vi sono quelle a credito che sono state contestate dalle istituzioni degli altri paesi UE (Mancanza dell'attestato di diritto/TEAM, ecc).

Le ATS hanno 90 gg di tempo dal ricevimento della contestazione per effettuare la verifica del motivo e, eventualmente, integrare con la documentazione mancante.

È, quindi, evidente che il mancato controllo e riscontro di queste contestazioni impedisce il riconoscimento degli oneri derivanti dalle prestazioni sanitarie erogate e, oltre a provocare un

evidente danno economico, rende vana la complessa attività di fatturazione attiva. Le ATS, a tal proposito, devono effettuare le dovute attività di controllo e risposta alle contestazioni sulle fatture attive ed ovviamente verificare le fatture passive e, nel caso in cui ne riscontrassero i presupposti, la conseguente attivazione delle contestazioni.

4.16 MALATTIE RARE

In attuazione della legge n. 175/2021, del “Piano nazionale malattie rare 2023-2026” e del documento per il “*Riordino della rete nazionale delle malattie rare*”, verranno attivati specifici tavoli di lavoro regionali - in collaborazione con i Presidi della Rete regionale delle malattie rare ed i loro specialisti, con le Associazioni dei pazienti e con il Centro di coordinamento regionale delle malattie rare - per il riordino della Rete regionale delle malattie rare, l’individuazione di percorsi dedicati per la parte riabilitativa la definizione di percorsi assistenziali, con trattamenti farmacologici e non farmacologici.

Si provvederà a consolidare la nuova piattaforma informatica dedicata al Registro Lombardo delle Malattie Rare.

Si ricordano le seguenti disposizioni previste dalla DGR n. 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”.

4.16.0.1 Centro di coordinamento malattie rare

Al fine di sostenere l’importante attività svolta dal centro di Centro di Coordinamento della Rete per le malattie rare della Regione Lombardia garantendo puntualità ed efficienza rispetto alle funzioni svolte si rivede il contributo annuo stabilito dalla DGR 1247 del 23.03.2023 portandolo a 280.000€ annui per il periodo il 2023-2025.

4.17 GIOCHI OLIMPICI INVERNALI MILANO – CORTINA 2026

Nell’ambito delle attività propedeutiche alla preparazione della manifestazione sportiva “GIOCHI OLIMPICI INVERNALI MILANO – CORTINA 2026” il Presidente di Regione Lombardia ha individuato, con nota prot. n. A1.2023.0448694 del 26/09/2023, quale proprio Medical Care Manager il Dott. Alberto Zoli.

Al fine di assicurare l’avvio, l’implementazione e il raggiungimento di tutti gli obiettivi di carattere sanitario previsti a supporto dei Giochi Olimpici, si dispone che il Medical Care Manager regionale si avvalga:

- dell’ASST GOM Niguarda, in quanto “Ospedale Olimpico”, quale struttura pubblica di riferimento, per gli aspetti organizzativi, di supporto ed esecutivi, alla quale dovranno essere assegnate, a partire dall’esercizio 2024, adeguate risorse aggiuntive sia economiche (correnti e in conto capitale) sia di personale;

- della collaborazione dell'ASST Valtellina e Alto Lario per il Presidio Ospedaliero Morelli di Sondalo e per le altre funzioni erogate e garantite sul territorio di riferimento dall'ASST stessa;
- della collaborazione dell'Agenzia Regionale Emergenza Urgenza per le funzioni e le attività di emergenza urgenza territoriale
- degli Enti del SSL sia di altri Soggetti, pubblici e privati, per la realizzazione e il raggiungimento di tutti gli obiettivi di salute previsti a favore della popolazione target di riferimento per la manifestazione sportiva.

Per garantire il raggiungimento delle finalità sopra indicate il Medical Care Manager della Lombardia dovrà presentare alla Direzione Centrale PNRR, Olimpiadi e digitalizzazione e alla Direzione Generale Welfare, entro 90 giorni dall'approvazione del presente provvedimento, un progetto, aggiornabile su base semestrale, nel quale devono essere indicate tutte le azioni necessarie e le risorse sia economiche (correnti e in conto capitale) sia di personale.

Nelle more della presentazione e approvazione del sopra citato progetto, al fine di garantire al Medical Care Manager di poter da subito avviare ed effettuare tutte le necessarie attività e svolgere le conseguenti funzioni, sono assegnate ad ASST GOM Niguarda, a titolo di anticipo su quanto verrà riconosciuto in seguito alla validazione del progetto presentato dal Medical Care Manager, le seguenti specifiche risorse aggiuntive previste nel quadro economico 2024, che verranno assegnate all'inizio dell'esercizio 2024 con specifico decreto:

- € 400.000 di cui metà per spesa corrente e metà in conto capitale
- € 600.000 per personale delle dirigenze e del comparto il cui fabbisogno sarà indicato nel sopra citato progetto.

Per la parte di prevenzione si rimanda all'allegato 1.

4.18. SISTEMA REGIONALE TRAPIANTI

In linea con la pianificazione regionale e nazionale, lo sviluppo del Sistema Regionale Trapianti lombardo procederà nel 2024-2026 nelle seguenti linee di indirizzo e azioni di governance.

Avviamento e conduzione di un nuovo modello organizzativo, riportato in Allegato, che rende possibile il supporto da parte delle strutture HUB (COP di secondo livello) sia alle strutture più piccole sia del privato accreditato, sotto la guida di un coordinamento regionale di procurement attivo nei processi e nell'organizzazione dei percorsi. Di pari verrà valutata la possibilità di riorganizzare il sistema del finanziamento del programma di donazione.

4.18.1. Procurement

- Inserimento della funzione operativa del CRT in AREU mediante la creazione del Coordinamento Regionale del Procurement (CRP), che dovrà essere adeguato in termini di staff.
- Dipendenza funzionale dei Coordinamenti Ospedalieri di Procurement dal CRP, in termini operativi e di rendicontazione dei costi del personale. Il personale dei COP rimarrà

dipendente della propria ASST/IRCCS e incardinato nei rispettivi POAS, in staff alla Direzione sanitaria o alla Direzione Medica di Presidio.

- Attivazione dei COP di Secondo Livello su tutta l'area di competenza, con possibilità di intervento nelle strutture sanitarie afferenti (strutture più piccole del sistema pubblico e privato accreditato)
- Realizzazione dei Collegi di Accertamento Morte (CAM) nel sistema privato accreditato mediante collaborazione degli ospedali pubblici dell'area sotto la guida del COP di Secondo Livello.
- Realizzazione di un percorso di ECMO Team mobile per rendere possibile la donazione nel donatore a cuore fermo controllato in centri non dotati di risorsa ECMO.
- Istituzione del Sistema Premiante per il riconoscimento dell'attività svolta dal personale che lavora fuori orario di lavoro per rendere possibili i processi di donazione (attività svolta fuori orario di lavoro dai COP, dal personale del comparto e della dirigenza medica per realizzare i processi di donazione) e per attività di CAM/ECMO/Prelievo di tessuti da parte delle banche dei tessuti).
- Revisione del sistema di rimborso delle funzioni non tariffabili inerenti all'attività di donazione con affidamento ad AREU della quota necessaria per pagamento del personale del CRP e dei COP, delle attività Extra-orario, della realizzazione delle CAM e dell'ECMO Mobile e del finanziamento agli ospedali per i costi sostenuti per la realizzazione di percorsi di donazione.

4.18.2. Banca Regionale dei Tessuti

- Creazione di una unica Banca Regionale dei Tessuti e degli Organi, con sede presso l'ASST GOM Niguarda.
- Mandato ad AREU per presentare e coordinare il progetto di unificazione delle banche dei Tessuti e a predisporre entro sei mesi l'atto costitutivo della Banca Regionale dei Tessuti e degli Organi.
- Collegamento a questa delle strutture delle Banche esistenti e progressiva integrazione di spazi, processi e personale.
- Realizzazione progressiva di una equipe unica di prelievo per la donazione multitessuto, con successiva estensione al prelievo dei reni da donatore cadavere.
- Realizzazione, presso la banca stessa, del centro regionale per la perfusione del rene, in grado di effettuare in modo centralizzato la perfusione di tutti i reni della regione.

Ai Direttori Generali delle ASST/IRCCS sarà assegnato per il 2024 l'obiettivo dell'adeguamento organizzativo necessario per l'attuazione nella propria struttura del Programma Regionale di Procurement di Organi e Tessuti 2024-2026, in termini di staff assegnato ai Coordinamenti Ospedalieri di Procurement (COP). Saranno inoltre assegnati obiettivi di efficienza relativi al procurement di cornee, multitessuto e di organi.

4.18.3. Trapianti

1. Elaborazione e avvio del "Programma Regionale di Trapianto di organi solidi 2024-2026", articolato sui seguenti aspetti:

- individuazione delle linee organo-specifiche per la gestione delle insufficienze d'organo con indicazione al trapianto, su bacino di utenza ATS;
 - definizione dei livelli di gestione del candidato al trapianto di rene da donatore vivente, con attribuzione di obiettivi target alle strutture nefrologiche di provenienza degli assistiti con IRC (ASST/IRCCS, Privato accreditato) e alle strutture di trapianto attive;
 - monitoraggio degli esiti dei trapianti eseguiti;
 - progetto di transizione verso un sistema di accreditamento della rete trapianti attraverso un percorso di presa in carico degli assistiti con insufficienza d'organo/neoplasia con indicazioni al trapianto di fegato, con qualificazione dei requisiti di rete (strutture periferiche, strutture di trapianto, su base ATS, UOC Trapianti Lombardia/NITp);
2. Elaborazione e avvio del programma regionale perfusione organi, che preveda la gestione centralizzata della perfusione del rene presso la banca regionale dei tessuti e degli organi e del polmone presso il centro trapianti polmone della Fondazione IRCCS Policlinico di Milano;
 3. Proposta di approvazione con apposito provvedimento regionale del “Programma Regionale Trapianto di Cellule Staminali Emopoietiche (CSE) 2024 – 2026”, articolato sui seguenti aspetti:
 - definizione dei livelli di gestione integrata del candidato al trapianto di CSE (rete ematologica per autologo, allogenico, CAR T);
 - definizione dei requisiti quali-quantitativi delle strutture coinvolte;
 - monitoraggio degli esiti dei trapianti di CSE eseguiti.
 4. Revisione dei criteri quali quantitativi

Ai fini di garantire le attività inerenti il “Centro regionale per i trapianti” per l’esercizio 2024, 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.

4.19. RETE TRASFUSIONALE

Al fine di garantire e mantenere elevati standard di qualità e sicurezza del Sistema Trasfusionale regionale, gli indirizzi prioritari per il 2024 sono definiti e attuati dalle ASST/IRCCS sede di SIMT, sulla base delle indicazioni e con il coordinamento della Struttura Regionale di Coordinamento per le attività trasfusionali (SRC) presso AREU, nell’ottica dell’autosufficienza regionale e nazionale, della sicurezza trasfusionale, 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. In tale ottica appare strategica anche l’attenzione programmatoria al potenziamento dell’attrattività della Disciplina di Medicina Trasfusionale, mantenendone e rafforzandone il peculiare carattere, ormai storicamente consolidato, di Disciplina multispecialistica con competenza in ambiti specifici di attività: clinico-assistenziali, di diagnostica di laboratorio, nonché di raccolta e produzione di emocomponenti e loro assegnazione clinica o

distribuzione per produzione di medicinali plasmaderivati, nell'ambito del processo sanitario che va dalla vena del donatore alla vena del paziente ("vena-vena").

Tali ambiti specifici di competenza attingono alle Discipline equipollenti nel campo dell'ematologia, immunologia, immunoematologia, nonché patologia clinica e biochimica clinica; ossia gli ambiti di formazione delle Specializzazioni da cui provengono i Dirigenti Sanitari operanti nelle Strutture di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale degli Ospedali. La formazione e qualificazione specialistica effettiva nella Disciplina di Medicina Trasfusionale, tuttavia, può essere acquisita solo sul campo, nelle more della istituzione di una Scuola di specializzazione dedicata.

In tale peculiare contesto l'attrattività è condizione necessaria e strategica per sostenerne il ricambio generazionale, in particolare dei medici, quale condizione necessaria per la durabilità del sistema trasfusionale stesso.

Infatti, le attività svolte dalla Rete Trasfusionale lombarda, producono vantaggi per il SSR legati alla sicurezza trasfusionale e alla particolare "operatività organizzativa a processi integrati" nel rispetto dei criteri di specifiche competenze professionali e livelli di efficienza organizzativa.

Tale operatività si realizza sia internamente alla Rete Trasfusionale, sia trasversalmente, con l'erogazione diretta o indiretta di una gamma articolata di prestazioni e prodotti nell'ambito di numerosi processi sanitari ospedalieri e territoriali, con impatto oltre che sulla sicurezza trasfusionale, tra l'altro anche sull'accesso dei pazienti alle cure e sulla sorveglianza sull'appropriatezza trasfusionale negli ambiti di competenza.

Altrettanto strategica appare altresì l'organizzazione della Rete Trasfusionale in Dipartimenti di Ematologia e Medicina Trasfusionale (DMTE), coordinati dalla SRC presso AREU, funzionale alla visione unitaria di tutte le attività della Medicina Trasfusionale, pur nella adattabilità dei profili di ciascuna Struttura di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale (SIMT) in relazione alle esigenze della Rete Ospedaliera.

Di seguito sono indicati gli obiettivi di programmazione regionale in cui si concentrerà nel 2024 l'azione delle Direzioni di ASST/IRCCS sede di SIMT, sulla base delle indicazioni e con il coordinamento della SRC presso AREU con l'indicazione dei relativi interventi prioritari, relativamente ai quali, ove necessario, la SRC richiederà opportuna documentazione di riscontro.

4.19.1 Contributo all'autosufficienza e sostenibilità del sistema sanitario regionale, attraverso i prodotti del sangue.

Le Direzioni aziendali delle ASST/IRCCS supportano e sostengono i Servizi Trasfusionali (SIMT) di competenza che operano lungo tutta la filiera della raccolta e produzione dei prodotti trasfusionali, inclusi i medicinali plasmaderivati ottenuti dal plasma dei donatori volontari di sangue ed emocomponenti; in particolare:

- osservano gli impegni di raccolta, sia per il sangue che per il plasma da aferesi monocomponente, con particolare riguardo in tutti i periodi dell'anno agli adeguamenti almeno mensili dei programmi quali-quantitativi di raccolta in relazione ai fabbisogni trasfusionali;
- incrementano la raccolta del plasma da aferesi monocomponente, tenendo conto tra l'altro che l'orientamento del donatore alla donazione di plasma in aferesi monocomponente, ferma restando la disponibilità volontaria del donatore, si avvale tra gli altri anche di criteri specifici sia clinici, sia di riequilibrio temporaneo della scorta delle unità di globuli rossi con gruppo sanguigno eccedente rispetto alla domanda clinica trasfusionale.
- introducono modifiche organizzative, ove necessario, con ampliamento degli orari di servizio, con la finalità nei Centri di Raccolta di facilitare l'accesso dei donatori per la donazione programmata per appuntamento, nonché nei Centri di Lavorazione e Validazione (CLV) dei DMTE per garantire anche le successive fasi di lavorazione e qualificazione biologica degli emocomponenti;
- nel contingente periodo storico, in considerazione delle difficoltà a reperire con i concorsi a tempo indeterminato medici orientati alla Disciplina di Medicina Trasfusionale, utilizzano l'area a pagamento per incentivazioni economiche del personale dipendente nei SIMT, e/o acquisiscono medici in libera professione per la raccolta, qualificati secondo vigente normativa (Rif. ASR del 25.07.2021 Rep. Atti n. 149/CSR);
- implementano in modo sistematico tecnologie informatiche, quali l'RFID, nelle fasi di raccolta e produzione, anche per supportare efficienza e tracciabilità di operazioni ripetitive massive;
- provvedono, nell'ottica della sicurezza trasfusionale, all'integrazione bidirezionale diretta con il software gestionale trasfusionale regionale (Emonet) degli analizzatori per immunoematologia e per gli esami di competenza dei CLV connessi alla qualificazione biologica degli emocomponenti donati e al controllo sanitario dei donatori;
- collaborano con il SIA di AREU/SRC al potenziamento delle integrazioni informatiche intra-DMTE e inter-DMTE e all'evoluzione del software gestionale trasfusionale, per supportare le esigenze della Rete Trasfusionale ed eventuali imprevisti default locali a carico del CLV, con conseguente necessità di movimentazione di unità e campioni biologici per garantire la continuità produttiva, secondo le indicazioni e il coordinamento della SRC.
- con il supporto di ARIA e con la collaborazione del SIA di AREU/SRC, ove di competenza, procedono all'integrazione del software gestionale trasfusionale con il fascicolo sanitario per la consegna del referto direttamente ai donatori;
- le ASST/IRCCS sede di Istituto di Cellule e Tessuti, indipendentemente dalla presenza del SIMT, sulla base delle indicazioni della SRC implementano la codifica internazionale ISBT per i prodotti cellulari a scopo trapiantologico, quali cellule staminali emopoietiche (CSE) e CAR-T e ove previsto dalla vigente normativa.
- La Conferenza Tecnico Scientifica dei DMTE, con il coordinamento della SRC presso AREU, predispone uno studio per la valutazione comparativa della donazione differita versus donazione diretta (non differita) ai fini delle valutazioni costo benefico e delle valutazioni di opportunità strategica per il sistema trasfusionale regionale.

4.19.2 Sicurezza trasfusionale al letto del paziente.

Le Direzioni aziendali delle ASST/IRCCS supportano e sostengono i Servizi Trasfusionali (SIMT) e i Reparti clinici di competenza, 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, in particolare:

- implementano nell’ambito dei Servizi Trasfusionali e dei Reparti clinici di competenza, tutte le misure formative, organizzative e tecnologiche necessarie per rafforzare l’efficienza e la sicurezza in tutte le fasi del processo trasfusionale;
- vigilano sulla formazione e qualificazione degli Operatori sanitari, che effettuano in Reparto il processo clinico-assistenziale relativo alla trasfusione, dal momento della prescrizione al momento dell’erogazione, nonché sulla corretta applicazione delle procedure per la sicurezza del paziente prescritte dalla vigente normativa trasfusionale;
- implementano in modo sistematico tecnologie informatiche di supporto alla identificazione e tracciabilità nonché al work-flow, previsto dalla vigente normativa sulla sicurezza trasfusionale, in riferimento alla check-list trasfusionale al letto del paziente, quali la richiesta trasfusionale informatizzata (Emoward, modulo di Emonet) e la tecnologia RFID per la tracciabilità al letto del paziente mediante palmari; la registrazione dell’avvenuta trasfusione mediante integrazione informatica con il software gestionale trasfusionale.
- utilizzano frigoemoteche sotto controllo remoto del SIMT nelle strutture sanitarie ove la consegna delle unità da trasfondere non possa essere gestita direttamente dal Servizio Trasfusionale di riferimento, in assenza di operatori sanitari qualificati per l’assegnazione e consegna delle unità;

4.19.3 Appropriatelyzza trasfusionale in emocomponenti e medicinali plasmaderivati, nonché estensione dell’implementazione dei programmi di Patient Blood Management (PBM).

Le Direzioni aziendali delle ASST/IRCCS:

- attivano misure atte a rafforzare l’appropriatezza trasfusionale, che riguarda sia gli emocomponenti che gli emoderivati. Infatti, l’appropriatezza trasfusionale è funzionale alla sicurezza clinica dei pazienti per la minore esposizione al rischio trasfusionale; inoltre, contribuisce all’autosufficienza e alla sostenibilità economica del sistema sanitario;
- estendono e rendono sistematica l’attivazione dei programmi di PBM nel territorio regionale. Infatti, 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; inoltre, i dati della letteratura scientifica evidenziano anche un miglioramento degli esiti clinico-terapeutici (“outcome” del paziente).

4.19.4 Attrattività della Medicina Trasfusionale attraverso il rafforzamento delle competenze maturate storicamente dalla Disciplina di Medicina Trasfusionale.

Le Direzioni Aziendali di ASST e IRCCS:

- implementano nell’ambito dei Servizi Trasfusionali di competenza, tutte le misure formative, organizzative e tecnologiche necessarie per potenziare l’attrattività della disciplina di Medicina Trasfusionale, anche attraverso il sostegno al rafforzamento dei profili di competenza multidisciplinare maturati storicamente;
- concordano con AREU/SRC eventuali modifiche organizzative che impattano sui profili di attività o sull’inquadramento della struttura organizzativa trasfusionale nei POAS;
- assicurano che il Direttore del SIMT sia sempre un Medico che ha le caratteristiche previste dalla vigente normativa trasfusionale per la “Persona Responsabile del Servizio Trasfusionale”,

nel rispetto del Dlgs 20 dicembre 2007, n. 261, Art. 6; la Persona Responsabile infatti assume in buona sostanza, anche ove sia previsto un Responsabile di SSD, le stesse funzioni, responsabilità gestionali e le autorità previste per un Direttore di Struttura complessa, con la gestione diretta delle risorse ponderate a valenza strategica. Pertanto, in assenza di tale figura l'ASST/IRCCS sede di SIMT stipula una convenzione con l'Azienda sede di DMTE per la Direzione del proprio SIMT da parte del Direttore del SIMT sede del DMTE.

Ai fini di garantire le attività inerenti alla Banca del sangue raro per l'esercizio 2024, 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.

Allegato 4 – AREA POLO OSPEDALIERO

ACRONIMO	SIGNIFICATO
ACSS	Agenzia Controlli del Sistema Sociosanitario
ADI	Assistenza Domiciliare Integrata
ADT	Ammissione, Dimissione, Trasferimento
AGC	Cellule ghiandolari atipiche
AGENAS	Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Digitali
AGUS	Cellule Ghiandolari Atipiche di Significato Indeterminato
APCs	Article Processing Charges
AREU	Agenzia Regionale Emergenza Urgenza
ASL	Azienda Sanitaria Locale
ASST	Azienda Socio Sanitaria Territoriale
ATS	Agenzia Tutela della Salute
BIC	Blocco Operatorio Chirurgico
BM	Bed Manager
CAM	Collegi di Accertamento Morte
CAR-T	Terapie Cellulari Advanced (cellule T modificate geneticamente)
CC	Con Complicanze
CDC_STD	Codice della Struttura di Destinazione
CEDAP	Cartella di Dimissione dell'Assistito in Parto
CEDAP	Cartella Elettronica Dell'Assistito in Pronto Soccorso
CND	Classificazione Nazionale dei Dispositivi medici
COP	Coordinamento Ospedaliero di Procurement
CReSMeL	Comitato Regionale dei Servizi di Medicina di Laboratorio
CRP	Coordinamento Regionale del Procurement
CRT	Coordinamento Regionale Trapianti
CSE	Cellule Staminali Emopoietiche
CSR	Conferenza Stato-Regioni
CTS	Centro Trauma System
CTZ	Centro Territoriale di Zona
CUDES	Codice Unico di Distretto Elettronico Sanitario
CVS	Commissione Valutazione del Servizio
D.L.	Decreto Legge
DAPSS	Direzione Aziendale del Personale Sanitario e Socio-Sanitario
DG	direzione Generale
DGR	Deliberazione della Giunta Regionale
DH	Day Hospital
DM	Decreto Ministeriale
DMTE	Dipartimenti di Ematologia e Medicina Trasfusionale
DPCM	Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri
DRG	Diagnosis Related Group
ECMO	Oxygenation Extracorporeal Membrane
ERM	Enterprise Risk Management
FAD	Formazione a Distanza
FIASO	Federazione Italiana delle Associazioni delle Organizzazioni per la Sicurezza nei Servizi Sanitari

ACRONIMO	SIGNIFICATO
FNT	Fondi Nazionali Trasferiti
FRRB	Fondazione Regionale per la Ricerca Biomedica
FSR	Fondo Sanitario Regionale
GRess	Gestione rischio e sicurezza in sanità
GU	Gazzetta Ufficiale
HDDA	Emodialisi Domiciliare Assistita
HELLP	Emolisi, Ipertransaminasemia, e Piastrinopenia
HEMS	Helicopter Emergency Medical Service
HPV	Papillomavirus
IFoC	Infermiere di Famiglia e di Comunità
IRCCS	Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
ISS	Istituto Superiore di Sanità
ItOSS	Italian Obstetric Surveillance System
KPI	Key Performance Indicator
LEA	Livelli Essenziali di Assistenza
LG	Linee Guida
LOINC	Logistical Observation Identifiers Names and Codes
LR	Legge Regionale
MAC	Medicina Ambulatoriale Chirurgica
MMG	Medici di Medicina Generale
NGS	Next Generation Sequencing
NITp	Nucleo Interaziendale Trapianti
NOC	Nucleo Operativo di Controllo
NPI	Neuropsichiatria Infantile
OCSM	Organismo di Coordinamento di Salute Mentale
OMRe	Order Management Regionale
OTA	Organismo Tecnicamente Accreditante
OTT	Ospedale Territoriale di Tutela
PBM	Patient Blood Management
PDTA	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
PMA	Procreazione Medicalmente Assistita
PNGLA	Piano Nazionale Governo Liste d'Attesa
PNR	Piano Nazionale Ricerca
PNRR	Piano Nazionale Ripresa e Resilienza
POCT	Point Of Care Testing
PROM	Rottura Prematura delle Membrane
PST	Punto di Soccorso Territoriale
PT	Prothrombin Time
PTFP	Piano Triennale di Fabbisogno del Personale
PTT	Partial Thrombin Time
RCO	Responsabilità Civile dell'Organizzazione
RCT	Responsabilità Civile per Tutti
RFID	Radio Frequency Identification

Allegato 4 – AREA POLO OSPEDALIERO

ACRONIMO	SIGNIFICATO
RM	Risonanza Magnetica
ROL	Rete Oncologica Lombarda
RSA	Residenze Sanitarie Assistenziali
RTD-CPP	Rete di Terapia del Dolore e Cure Palliative Pediatriche
SC MPC	Struttura Complessa di Medicina Preventiva e del Collettivo
SDO	Scheda di Dimissione Ospedaliera
SIA	Sistema Informativo Aziendale
SIAT	Sistema Integrato per l'Assistenza al Trauma Maggiore
SIL	Lesione Intraepiteliale
SIMT	Servizio Trasfusionale
SMAF	Sistema di Monitoraggio e Archiviazione dei Fascicoli
SMI	Sorveglianza Malattie Infettive
SNE	Screening Neonatale Esteso
SOF	Sangue Occulto Fecale
SRC	Struttura Regionale di Coordinamento
SSL	Sistema Sociosanitario Lombardo
SSR	Sistema Sanitario Regionale
TAC	Tomografia Assiale Computerizzata
TD-CPP	Terapia del Dolore e Cure Palliative Pediatriche
TEAM	Tessera Europea di Assicurazione Malattia
TS	Trasporto Sanitario
TSS	Trasporto Sanitario Semplice
TT	Thrombin Time
UOC	Unità Operativa Complessa
UU.OO.	Unità Operative
WHO	World Health Organization

Appendice 4.1.

Modello regionale delle competenze, funzioni e responsabilità del Bed Manager

1. Denominazione e inquadramento generale della funzione

Il bed manager (BM) aziendale di IRCCS/ASST o di Enti privati accreditati a contratto gestisce i flussi dei pazienti in ospedale, dall'ingresso fino alla dimissione, siano essi programmati o in urgenza, e svolge una funzione della Direzione Aziendale, in particolare, della Direzione Sanitaria, tesa a facilitare e ad assicurare il coordinamento e l'integrazione tra logistica, aree produttive ospedaliere e percorsi diagnostico-terapeutici.

a) Profilo

Il ruolo del bed manager richiede necessariamente il possesso di un background di conoscenze/formazione clinico-assistenziali e, per questo motivo, il bed manager deve essere un sanitario che abbia maturato un'anzianità di servizio di almeno 3 anni all'interno della struttura in cui opera o che abbia svolto attività di bed management (anche in affiancamento/supporto del bed manager formalmente incaricato), certificata dalla Direzione Aziendale, per almeno 2 anni presso la stessa o altra struttura.

La consapevolezza dell'assetto organizzativo dell'azienda nel suo complesso e la piena conoscenza, nel particolare, della logistica dei reparti, dei servizi e dei professionisti che vi operano sono caratteristiche indispensabili per ricoprire al meglio il ruolo, oltre alla capacità di gestione dei conflitti e di *problem solving*.

In relazione al dimensionamento e all'organizzazione della struttura sanitaria, nel suo operato può avvalersi di uno staff multidisciplinare e multiprofessionale, all'interno della dotazione organica prevista nei PTFP.

b) Requisiti di accesso

Minimi:

Laurea triennale in ambito sanitario o titolo equipollente.

Anzianità di almeno 3 anni all'interno della struttura in cui opera o anzianità nell'attività di bed management di almeno 2 anni (anche in affiancamento/supporto del bed manager formalmente incaricato), certificata dalla Direzione Aziendale, per almeno 2 anni presso la stessa o altra struttura.

Esperienze gestionali-organizzative precedenti di almeno 2 anni e curriculum formativo da cui si evincono le competenze previste dal profilo.

Preferenziali:

Conoscenze degli strumenti di Risk Management.

Conoscenza dei processi aziendali programmatori ed erogativi.

Conoscenza dei PDTA clinico-assistenziali in uso presso la struttura in cui lavora e dei percorsi ospedale-territorio.

c) Relazioni gerarchiche e funzionali

Il bed manager riveste un ruolo chiave per le funzioni sanitarie di un'Azienda: afferisce alla Direzione Sanitaria, da cui riceve il mandato, e opera in sinergia con la Direzione Medica di Presidio Ospedaliero.

Collabora con la DAPSS, la Gestione Operativa, i Direttori di Dipartimento, i Direttori e Coordinatori delle UU.OO. delle Strutture Ospedaliere e Territoriali, i *case manager* e interagisce con i servizi di supporto logistico-amministrativi.

2. Responsabilità e funzioni**a) Principali attività e funzioni****Mission e aree di responsabilità:**

Gestisce l'assegnazione dei Pazienti ai posti letto disponibili Aziendali, rispettando l'indicazione dei clinici per identificare il setting più appropriato per la sua complessità clinica e assistenziale, riducendo i tempi di attesa di ricovero (e, in particolare, il boarding da Pronto Soccorso) e di dimissione dai reparti, attraverso un'adeguata integrazione con il team multidisciplinare che ruota attorno al paziente, perseguendo l'obiettivo del giusto paziente nel giusto percorso (definito dal clinico), nel giusto letto, nel giusto momento in relazione al contesto ed alle risorse disponibili.

ATTIVITA' NELLA GESTIONE DEI FLUSSI DEI PAZIENTI

- ✓ Governa la risorsa "posto letto" in funzione delle richieste di ricovero programmato e in urgenza (Pronto Soccorso, Ambulatori, Territorio) e di trasferimento tra Unità Operative.
- ✓ È parte attiva nel migliorare l'organizzazione e nell'efficiare la gestione dei posti letto aziendali in sinergia con i Direttori/Dirigenti e i Coordinatori delle UUOO di Pronto Soccorso e di Degenza, al fine di garantire il setting più appropriato per i pazienti ricoverati e da ricoverare.
- ✓ Collabora nella pianificazione e nel flusso degli ingressi programmati in relazione alla disponibilità di posti letto, agli slot di sala operatoria assegnati, alla disponibilità prevista di posti letto nelle aree intensive e semintensive, all'attività della fase pre-operatoria e allo stato di affollamento del Pronto Soccorso.
- ✓ Si interfaccia con il referente *infection control* ospedaliero nella gestione dei pazienti che necessitano di isolamento.
- ✓ Monitora l'indice di sovraffollamento di Pronto Soccorso e lo stato di saturazione dei letti delle Unità di terapia intensiva e semintensiva.
- ✓ Promuove il pieno utilizzo della rete ospedaliera regionale favorendo il flusso di trasferimenti tra HUB e SPOKE dei pazienti afferenti alle reti tempo-dipendenti o alle reti di patologia specialistica.
- ✓ Lavora in team con la Direzione Medica, la Direzione Professioni Sanitarie e Sociosanitarie e la Gestione Operativa al fine di distribuire i ricoveri tra le varie Unità operative, tenuto conto delle peculiarità e delle competenze presenti nelle singole unità e delle necessità dei pazienti da gestire. In particolare, monitora la distribuzione dei pazienti urgenti conformemente con la pianificazione dei posti letto che ogni reparto, giornalmente, deve mettere a disposizione sulla base delle indicazioni della Direzione medica di Presidio.

- ✓ Monitora le dimissioni effettuate dai reparti al fine di individuare eventuali aree di criticità e di favorirne, in maniera pro-attiva, la risoluzione.
- ✓ Lavora in sinergia con le funzioni aziendali preposte nell'individuare precocemente e monitorare i *bed blockers* e si interfaccia con il servizio dimissioni protette e/o con le Assistenti sociali, con le COT, con gli Ospedali di Comunità e i servizi territoriali per facilitarne il percorso.
- ✓ Promuove momenti di confronto multidisciplinari/multiprofessionali al fine di definire il percorso clinico-assistenziale dei casi più complessi.
- ✓ Fa parte dell'unità di crisi aziendale nella gestione di eventi straordinari o emergenziali.

ATTIVITA' DI MONITORAGGIO ED EVOLUZIONE ORGANIZZATIVA

- ✓ È di supporto alla Direzione Medica nella modifica dell'assetto ospedaliero in base alle indicazioni della Direzione Sanitaria.
- ✓ Analizza, in collaborazione con la Gestione Operativa e la Direzione Medica, i tempi di degenza media e di erogazione dei servizi (diagnostica, consulenze...) al fine di ottimizzare il tempo di rotazione dei letti.
- ✓ Promuove l'applicazione e revisione dei PDTA per gli ambiti di competenza.
- ✓ Propone nuovi modelli organizzativi o l'ottimizzazione degli esistenti al fine di migliorare la logistica delle degenze e dei servizi favorendo l'ottimizzazione dei flussi dei pazienti.
- ✓ Durante le fasi di attivazione del Piano di gestione di sovraffollamento o di maxiemergenza, per quanto di competenza e secondo quanto previsto dalle procedure interne, contribuisce alla soluzione della crisi.
- ✓ Supporta con le proprie competenze il confronto tra PS, UUOO di degenza e i servizi nell'ambito di incontri promossi dalla Direzione Sanitaria su tematiche inerenti all'appropriatezza di ricovero, al *boarding* e alla costruzione di percorsi adeguati al paziente da PS o di quanto emerge dalle analisi e monitoraggi dell'andamento aziendale.
- ✓ Propone iniziative di confronto con i servizi ed enti territoriali al fine di strutturare percorsi preferenziali e di ridurre il numero di accessi impropri al sistema di urgenza-emergenza.
- ✓ Si adopera per creare una cultura di responsabilità nella gestione della risorsa posto letto e per favorire un'apertura al cambiamento, il rispetto per l'individuo e un approccio etico nel lavoro di squadra.
- ✓ Traccia la sua attività in software aziendali (richieste, assegnazioni, rifiuti, cancellazioni, ecc..) al fine di produrre report e analisi finalizzati al miglioramento continuo dei processi e di supportare gli uffici preposti nella raccolta dei dati utili in funzione degli obiettivi regionali ed aziendali.
- ✓ Lavora in rete con gli altri Bed Manager del SSR e dei territori limitrofi.

3. Responsabilità inerenti alla comunicazione

- **Vedi figura allegata**

4. Strumenti a disposizione del Bed Manager

In pillole:

- **Piattaforma ospedaliera informatizzata** per la visione della capacità reale, potenziale e

prospettica dei letti, la loro gestione, la pianificazione e il monitoraggio del percorso intraospedaliero del paziente degente, rilevandone eventuali blocchi alla dimissione, la gestione della sanificazione delle stanze e dei trasporti.

- **Centralizzazione** delle richieste di utilizzo di posto letto per ricoveri da PS, da altro reparto, da altro Ente ospedaliero o territoriale e da domicilio.
- Disponibilità di una **dashboard** con KPI (Indicatori di *performance*).

Per un'efficace attività del bed management occorre fornire un flusso informativo al BM che sia quanto più possibile aggiornato in tempo reale e dettagliato. Gli strumenti tecnologici ed informatici che permettano la rilevazione automatica delle informazioni sono essenziali per ridurre la necessità di contatti diretti ripetuti tra il Bed Manager e i vari stakeholders. I dati raccolti devono essere facilmente fruibili per l'analisi e per il supporto operativo; è quindi necessario che venga approntato un cruscotto informatico integrato tra i dati clinico-assistenziali, di logistica ed eventualmente di altri servizi (trasporti, strutture del territorio, AREU...), di facile accesso e configurazione e che permetta anche l'esecuzione di analisi sui dati (diretta e/o tramite export di database), nonché la produzione di reportistica.

Può accedere alle informazioni clinico-assistenziali del paziente che deve essere ricoverato o trasferito, e deve fruire dei dati necessari a definire l'adeguato setting di cura richiesto dal clinico. Inoltre, è necessario che acceda ai sistemi gestionali di reparto per l'assegnazione del posto letto, per la visibilità costante delle dimissioni pianificate (data dimissione obiettivo, data dimissibilità clinica, data-ora dimissione) e per la registrazione/segnalazione di eventuali ostacoli alla dimissione intraospedalieri (colli di bottiglia o bottle neck) e/o extraospedalieri (elementi bloccanti la dimissione o bed blocker).

FABBISOGNO INFORMATIVO

Al fine di allocare il paziente nel giusto setting clinico-assistenziale e garantire la corretta gestione delle risorse disponibili, sono necessarie informazioni riguardanti:

Ingressi Urgenti

- Pronto Soccorso: pazienti proposti al ricovero con evidenza dell'anagrafica, del tempo di permanenza in PS, del tempo di attesa al ricovero (boarding), del motivo di ricovero/percorso clinico, del rischio infettivo, della necessità e tipologia di isolamento, della complessità e necessità clinico-assistenziale e fragilità (scale, scores ecc.).
- Ambulatori/DH (complicazioni di gestioni ambulatoriali e in regime diurno) con evidenza dell'anagrafica, del motivo di ricovero, del rischio infettivo, della necessità di isolamento e tipologia, della complessità e necessità clinico-assistenziale e fragilità.
- Trasferimento dall'esterno (altre aziende/presidi) con evidenza della provenienza, della destinazione, dell'anagrafica, del tempo attesa, del motivo, del rischio infettivo, della necessità di isolamento e tipologia, della complessità e necessità clinico-assistenziale e fragilità.

Ingressi Programmati

- Ordinari: Liste di attesa delle diverse Unità Operative con dettaglio della classe di priorità, data inserimento in lista e motivo di ricovero.

Ingressi Programmabili (differibili oltre le 48 ore)

- Trasferimenti da altro ente con evidenza della provenienza, dell'anagrafica, della destinazione, del tempo di attesa, del motivo, del rischio infettivo, della necessità di isolamento e tipologia, della complessità e necessità clinico-assistenziale e fragilità.

Trasferimenti interni

- Trasferimenti tra diversi reparti di degenza con evidenza dell'anagrafica, del livello di urgenza, dell'indicazione, del rischio infettivo, della necessità di isolamento e tipologia, della complessità e necessità clinico-assistenziale e fragilità.

I dati ottenuti devono essere fruibili in tempo reale e in maniera integrata su un applicativo che faciliti rapidamente il match tra la richiesta di posto letto e la risorsa adeguata disponibile.

L'interfaccia, che consiste in una rappresentazione dinamica e prospettica delle risorse posto letto aziendali/di presidio, deve permettere la lettura di informazioni dettagliate qualitative e quantitative come ad esempio:

Informazioni sulla tipologia delle risorse

- REPARTO/STANZA/POSTO LETTO caratteristiche strutturali (capienza, presenza di pressione positiva/negativa, disponibilità erogazione O2 ad alti flussi, ecc.) e dotazioni tecnologiche (presenza di monitor/telemetria/contenzioni/...);
- AREE INTENSITA' DI CURA intesa sia come disponibilità tecnologica che numero, profilo e competenze delle risorse umane disponibili;
- STATO REALE E PROSPETTICO DEL POSTO LETTO (libero/occupato/fermo tecnico/non disponibile con la motivazione. In caso di isolamento per rischio infettivo è necessario conoscere la tipologia di isolamento attivato e la via di trasmissione).

Nel sistema informatico devono essere altresì disponibili informazioni aggiuntive, come, per esempio, la disponibilità di ulteriori risorse posto letto prontamente attivabili, per consentire possibili interventi operativi da parte del BM in situazioni contingenti o organizzative particolari come:

- gestione fluida entro i posti letto attivi (ad es. nei settori polivalenti);
- riserva posti aggiuntivi da mettere a disposizione come ad esempio:
 - o posti letto in aree del Presidio normalmente non disponibili ma che possono essere attivati con personale aggiuntivo;
 - o posti letto allocati in discharge room/admission room;
- la presenza di pazienti degenti in unità operative differenti da quella che li ha in carico a causa della indisponibilità di posti letto al momento del ricovero. Nel dettaglio:
 - o pazienti provenienti da reparti di degenza, stabili con relativa previsione dei tempi di dimissione;
 - o pazienti provenienti direttamente da PS.

DIMISSIONI

- Pazienti con giorno dimissione già calendarizzato (con indicazione timing previsto della dimissione, provvisorio o confermato).
- Pazienti in dimissione per cui è stata richiesta la disponibilità di un posto presso cure

- intermedie / RSA / Riabilitazione/ Assistenza Domiciliare Integrata/ Cure Palliative (ecc).
- Pazienti in dimissione per cui è stata ipotizzata la disponibilità di un posto presso cure intermedie / RSA / Riabilitazione/ Assistenza Domiciliare Integrata/ Cure Palliative (ecc.) con indicazione del timing previsto.
 - Planning dei trasporti programmati e organizzazione dei servizi di supporto.

È imprescindibile, per avere contezza dei pazienti definiti bed blockers (pazienti che occupano i posti letto pur non avendo più necessità di ricovero) conoscere per ogni paziente il momento in cui è clinicamente dimissibile e l'eventuale motivazione della mancata dimissione (per valutare possibilità di intervento del BM in qualità di 'facilitatore' alla luce delle priorità analizzate).

Sistema di Monitoraggio (*cruscotto*)

Per consentire il governo dei processi, lo strumento informatico messo a disposizione del BM deve prevedere ulteriori informazioni provenienti dall'integrazione con altri applicativi aziendali (ADT, gestionale sala operatoria, gestionali interaziendali ecc) al fine di costruire cruscotti di analisi e di reportistica utili al governo dei processi gestiti dal BM stesso e a soddisfare il debito informativo nei confronti degli stakeholder.

Bibliografia/riferimenti normativi

- 1- Delibera n° XI/6893/22: "Approvazione del documento tecnico interventi per l'efficientamento del flusso dei pazienti dal Pronto soccorso"
- 2- D.M. 70/15:" Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera."
- 3- DDG Welfare 357/17: Linee di Indirizzo:" Il percorso del paziente in pronto soccorso e fast-track" - determinazioni.
- 4- BMC Health Services Research volume 22, Article number: 974 (2022): "Operations management solutions to improve ED patient flows: evidence from the Italian NHS".
- 5- Pellecchia C, Natali F. Il Bed Management: esperienza del Policlinico S. Orsola-Malpighi di Bologna. AICM Journal, Giornale Italiano di Case Management 2014.
- 6- Marsilio M, Angelo R. Lean e Value Based Management, Modelli e strumenti per la creazione di valore nelle aziende sanitarie 2020; 156-162.
- 7- Bacci A, Nardiello A. Lean Healthcare Management Casi ed esperienze per una Sanità chi si organizza 2021; 226-241.
- 8- Marsilio M. Prestini A. Il Management delle aziende sanitarie in tempo di crisi, Sfide e soluzioni gestionali e operative all'emergenza Covid-19 2020; 175-181.
- 9- <https://beta.jobs.nhs.uk/candidate/jobadvert/C9222-22-9890>
- 10- https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3143_allegato.pdf

Gruppo di lavoro:

Federico Castellone – ASST Lodi

Marco Ceretti – Fondazione Poliambulanza Brescia

Silvia Colombo – ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda

Matteo Così – Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo

Elena Ghezzi – ASST Cremona

Paola Girani – ASST Nord Milano

Gian Maria Ottaviani - ASST Spedali Civili di Brescia

Onorina Passeri - Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico

Umberto Donato Pastore – IRCCS San Gerardo Dei Tintori Monza

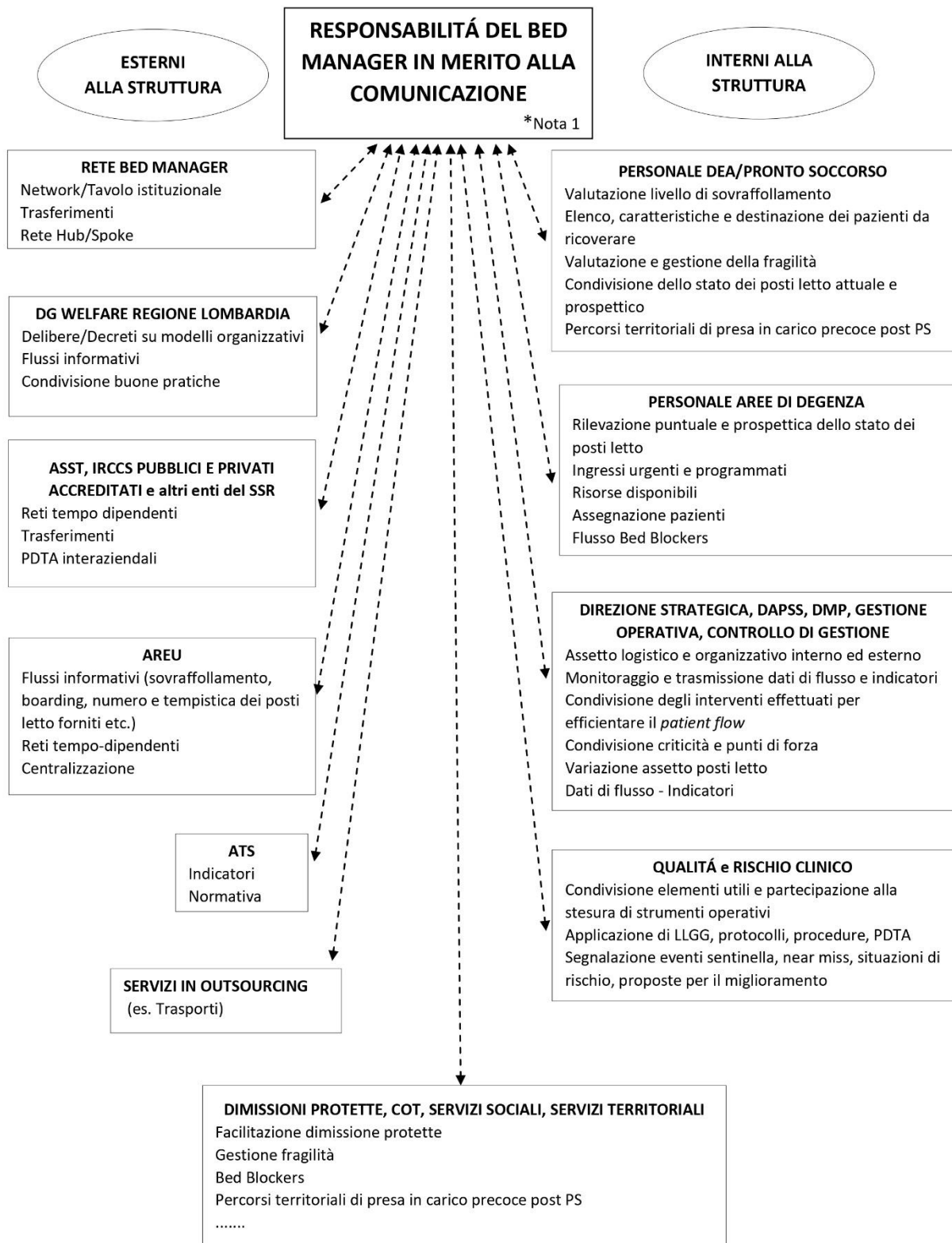
Andrea Patroni – ASST Valcamonica

Paolo Pausilli – Azienda Regionale Emergenza Urgenza (AREU)

Cristiano Perani – ASST Spedali Civili di Brescia

Coordinato da:

Davide Archi – UO Polo Ospedaliero DG Welfare



*Nota 1
Le responsabilità sono correlate alle funzioni svolte e all'assetto organizzativo interno dell'ente.

Allegato 5 – INTERVENTI SOCIOSANITARI

5.1. ANZIANI

5.1.1. INVESTIMENTO PNRR

Missione 6 Salute Componente 1 Investimento 1.2: Casa Come Primo Luogo Di Cura E Telemedicina Sub-Investimento 1.2.1 – Assistenza Domiciliare”

5.1.1.1. Inserimento dell’obiettivo nel programma più generale legato allo sviluppo della nuova sanità territoriale

Nell’ambito del distretto, la programmazione regionale nell’area anziani per il 2024 prosegue in particolare nell’azione diretta a garantire la piena attuazione della DGR XII/430 del 12/06/2023 recante “PNRR piano nazionale di ripresa e resilienza – missione 6 salute componente 1 investimento 1.2: casa come primo luogo di cura e telemedicina sub-investimento 1.2.1 – assistenza domiciliare”, finalizzando le relative risorse di PNRR in conformità alle linee programmatiche definite con DGR XII/715 e 717 2023:

- all’avvio e all’implementazione della presa in carico in cure domiciliari degli over 65 anni nella logica della prevenzione proattiva nell’ambito della cronicità legata al livello III) della classificazione del bisogno del DM 77/2022;
- al rafforzamento del numero, della durata e dell’intensità delle cure domiciliari, compresa quella erogata in regime di RSA Aperta, legata ai livelli IV) e V) della classificazione del bisogno del DM nonché di quella del livello VI) relativa alle cure palliative domiciliari.

In particolare, sviluppando il setting della RSA aperta, misura che favorisce l’apertura al territorio delle funzioni assistenziali delle RSA, attraverso l’intervento al domicilio a supporto della persona over 75 anni, in genere in condizione di decadimento cognitivo, e al suo caregiver, sviluppando l’aderenza terapeutica e la qualità della vita, sostenendo le competenze socio-relazionali della persona e la sua inclusione.

Nel quadro del DM 77/2022 e dello sviluppo della nuova sanità territoriale, occorre infatti implementare il numero e l’intensità delle cure al domicilio, al fine di concorrere alla qualità e alla sostenibilità della presa in carico della cronicità e della non autosufficienza al domicilio a livello di sistema, rimandando al setting residenziale le condizioni associate a maggiore complessità e fragilità. A tal fine con DGR XII/1511 del 13/12/2023 sono state implementate le risorse destinate alle RSA, tenuto conto del livello di complessità assistenziale gestito nelle strutture e sono state altresì potenziate le risorse destinate alla RSA aperta come previsto nell’ambito del paragrafo sulle misure innovative del presente allegato. Sempre nel quadro dello sviluppo della filiera che dal domicilio, attraverso il setting dei servizi diurni, arriva alla residenzialità, secondo le logiche della legge delega 23 marzo 2023 n. 33 “Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane” nel 2024 proseguirà la revisione avviata nel 2023 con DGR XII/850/2023 - prime indicazioni in materia di rimodulazione dei requisiti delle unità di offerta sociosanitarie: nuove determinazioni in ordine ai CDI.

5.1.1.2. Necessità di integrazione tra tutti gli attori del sistema delle cure domiciliari per il

conseguimento dell’obiettivo di investimento dell’ADI e per il monitoraggio distrettuale in itinere delle azioni definite

Al fine del conseguimento degli obiettivi definiti al paragrafo precedente i Direttori di Distretto rivestono un ruolo fondamentale di sintesi programmatoria e operativa per il conseguimento in concreto degli obiettivi in capo alle ASST legati al polo territoriale e, in particolare, sul potenziamento delle cure domiciliari per il miglioramento degli esiti intermedi di salute delle condizioni di cronicità prioritariamente legate all’età.

Nell’ambito del quadro di riforma sulla sanità territoriale è stato infatti notevolmente potenziato il ruolo del territorio e il peso del distretto sanitario andando a tracciare una linea di sviluppo nella cui costruzione siamo tutti impegnati al fine di realizzare le migliori condizioni di contesto strutturale e organizzativo per la gestione in chiave di prevenzione proattiva della cronicità e preparandoci ex ante a gestire eventuali future condizioni di nuova emergenza sanitaria.

Occorre quindi che il distretto, attraverso i dispositivi giuridici e digitali evolutivamente in corso di sviluppo per la migliore realizzazione dell’integrazione tra gli attori dell’assistenza sanitaria – socioassistenziale - socioassistenziale nell’ambito delle articolazioni organizzative territoriali previste dal PNRR, operi per concorrere a produrre i valori dell’inclusione, della coesione, della qualità della vita delle persone e delle famiglie delle comunità di riferimento nella logica della presa in carico e quindi della continuità assistenziale fondata sulla proattività, prossimità, personalizzazione e flessibilità e sostenibilità.

Le logiche operative per il conseguimento di questo risultato richiedono, con particolare riferimento al potenziamento delle cure domiciliari, incontri sistematici e strutturati a livello di distretto con i referenti delle AFT, con le gli enti gestori di ADI, di RSA aperta, di CP DOM, per definire il programma di azione e il suo monitoraggio in itinere. Concorre all’obiettivo distrettuale l’ATS anche attraverso la messa a disposizione dei dati statistici/epidemiologici e di presa in carico disponibili, concordando con la ASST gli indicatori utili allo scopo e tenendo anche conto di quanto già messo a disposizione dalla Regione attraverso la messa in esercizio delle dashboard. Occorre altresì lavorare per lo sviluppo a livello locale delle relazioni di rete utili alla sintesi delle azioni che devono essere attuate per concorrere alla realizzazione degli obiettivi definiti. Gli incontri devono essere organizzati a cadenza predefinita e in ogni caso in occasione di nuove deliberazioni di giunta che impattano sul percorso assistenziale territoriale, al fine di approfondire i contenuti della normativa e processarne le modalità applicative a livello locale, considerando le specificità.

5.2. DISABILITÀ

5.2.1 Percorso evolutivo nell’area disabilità

Nel corso del 2023 l’area della Disabilità è stata interessata da importanti azioni, sviluppate in allineamento alla fase definitoria dei decreti applicativi previsti dalla Legge 22 dicembre 2021, n. 227. “Delega al Governo in materia di disabilità” con particolare riferimento al tema della valutazione multidimensionale e della realizzazione del progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato.

In continuità con quanto sviluppato nella precedente annualità, sono state implementate azioni, fondate sul modello bio-psico-sociale, basate sulle evidenze scientifiche ed inserite, nel rispetto dei LEA, in un contesto di concreta integrazione tra i diversi livelli istituzionali, la rete dei servizi, il Terzo ed il Quarto Settore, volte a sostenere lo sviluppo del processo di ricomposizione dei

servizi/interventi attivati sia relativamente alla filiera sanitaria e sociosanitaria che rispetto all'area sociale.

Da tali azioni sono derivati importanti esiti, che investono diverse aree tematiche e, tra queste, quella relativa ai Disturbi dello Spettro Autistico con la realizzazione della seconda annualità della fase attuativa del Piano Operativo Regionale Autismo per il cui dettaglio si rinvia al Capitolo “Disabilità Psicica” del presente allegato.

Nell'ambito di tali azioni sono proseguiti i lavori del Tavolo Interdirezionale Disabilità, ricostituito a seguito dell'avvio della XII legislatura con Decreto n. 11118 del 24.07.2023, con lo sviluppo di due sottogruppi tematici – Progetto di vita e Rete di offerta – e la conseguente individuazione delle aree tematiche su cui impostare la prosecuzione delle attività.

In coerenza con tale lavoro, nel corso del 2023 con la DGR n. XII/850 dell'8/8/2023 è stato dato avvio al processo di revisione della rete d'offerta dell'area disabilità con l'introduzione di prime indicazioni in materia di rimodulazione dei requisiti delle RSD e dei CDD. Tale intervento, consistito nella modifica di quanto previsto dalla previgente regolamentazione delle suddette unità di offerta relativamente al mix di figure professionali, è stato attuato nell'ottica dello sviluppo di un sistema di offerta flessibile e modulabile atto a sostenere una presa in carico personalizzata delle persone.

Nel corso del 2024 i lavori del Tavolo tecnico interdirezionale “Rete d'offerta territoriale area disabilità” proseguiranno con il coordinamento da parte della U.O. Rete Territoriale della Direzione Generale Welfare in stretto raccordo con la Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale, Disabilità e Pari Opportunità.

In stretta connessione con i lavori del suddetto Tavolo e con la fase attuativa del Piano Operativo Regionale Autismo, nel corso del 2024 sarà sviluppato il coinvolgimento attivo dei Servizi per la Disabilità delle ASST in tutti gli interventi sostenuti in tale area e l'implementazione del Progetto DAMA attraverso i Progetti Autinca e Diapason per il cui dettaglio si rinvia al Capitolo “Disabilità Psicica” del presente allegato.

5.2.2. Specifiche determinazioni in funzione del sostegno delle persone con grave e gravissima disabilità

Nel corso del 2023 è stata svolta un'importante azione congiunta da parte delle due Direzioni Welfare e Famiglia, Solidarietà Sociale, Disabilità e Pari Opportunità rivolta alle persone con disabilità gravissima con lo sviluppo del processo di sistematizzazione dei Voucher sociosanitari, avviato con la DGR XI/6003/2022.

In particolare, con la DGR XII/424 del 5/06/2023 è stato introdotto per i voucher sociosanitari l'utilizzo del “budget di progetto” al fine di rendere tali strumenti maggiormente fruibili, “flessibili” e più aderenti all'evoluzione dei bisogni della persona e della famiglia. Tale introduzione, infatti, ha inteso sostenere una progettazione che garantisca la continuità degli interventi per tutta l'effettiva presa in carico della persona, in una logica di percorsi duraturi e non estemporanei con una pianificazione di interventi che possano superare, in alcuni periodi, il tetto mensile.

Con la medesima DGR, in continuità con il lavoro svolto nella precedente annualità e nell'ottica di rinforzare una gestione integrata e coordinata per la risposta al bisogno dei minori con disabilità/cronicità che frequentano la scuola, è stato altresì previsto che il Voucher ad alto profilo possa essere attivato per interventi di natura infermieristica anche al di fuori del contesto domiciliare, ovvero presso la scuola.

Nel 2024, in considerazione di quanto previsto dal Piano Nazionale per la Non Autosufficienza 2022-2024 (PNNA) in ordine al rafforzamento delle azioni legate all'attuazione del LEPS di Processo e dei LEPS di erogazione ed in particolare alla previsione della graduale implementazione dell'erogazione dell'assistenza diretta a supporto del caregiver familiare, tenuto conto della DGR n. XII/1669/2023, sarà sviluppata un'importante azione congiunta tra le due Direzioni Generali con lo sviluppo degli interventi sociali integrativi e la ridefinizione degli interventi sostenuti dai voucher sociosanitari nell'ottica di un'ulteriore sistematizzazione degli stessi quale perfezionamento del lavoro avviato con la DGR XI/6003/2022.

Con particolare riferimento al sostegno dei minori con grave e gravissima disabilità che frequentano la scuola, per il 2024, si darà continuità agli interventi previsti dal Programma operativo regionale a favore di persone con gravissima disabilità e in condizione di non autosufficienza e grave disabilità di cui al Fondo per le Non Autosufficienze a cui si rinvia, e si conferma l'autorizzazione alle ATS all'utilizzo delle risorse previste dalla DGR XI/6387/2022 a valere sulle risorse del FSR destinate al FNA.

5.2.3. Nuove indicazioni in merito all'accertamento condizione di disabilità ai fini scolastici

Nel corso del 2023 la UO Rete Territoriale in stretta connessione con la UO Prevenzione ha avviato il processo di applicazione del DM 14 settembre 2022 “Linee Guida per la redazione della certificazione di disabilità in età evolutiva ai fini dell'inclusione scolastica e del profilo di funzionamento” in attuazione dell'art. 5, comma 6, del D. Lgs. 66/2017 (e s.m.i.)

Tale azione si è sviluppata da un lato con la diffusione alle ATS e ASST delle nuove modalità certificatorie decorrenti a partire dal 1/01/2024 (nota del 19/01/2023 prot G1.2023.2022 e del 23/11/2023 Prot. G1.2023.47513 e del 21/12/2023 prot. n. G1.2023.51117), dall'altro con l'attivazione di un raccordo con l'Ufficio Scolastico Regionale, i servizi di Neuropsichiatria delle ASST/IRCCS, e i Dipartimenti delle ASST titolari dei percorsi certificatori in applicazione al DPCM 185/2006 di cui alla DDGR n. VIII/3449 del 7 novembre 2006, e n. IX/218 del 4 agosto 2011.

Nel corso del 2024 proseguiranno le attività congiunte delle due U.O. atte a sostenere il sistema dei servizi nella fase di attuazione del DM sopra richiamato.

In considerazione dell'implementazione del nuovo sistema certificatorio che prevede una fase di sovrapposizione con quello previgente, nell'ottica di assicurare la continuità della fase di accertamento, si forniscono le seguenti indicazioni e specificazioni:

- dal 1/01/2024 i rinnovi di certificazione di alunno disabile e le nuove richieste di certificazione devono essere richieste dal genitore/chi garantisce la potestà genitoriale attraverso il portale dell'INPS;
- i Collegi di accertamento per l'alunno disabile delle ASST gestiscono tutte le domande di accertamento pervenute entro la data del 31/12/2023, garantendo la conclusione dell'iter valutativo con l'emissione del relativo certificato che avrà validità fino alla sua naturale scadenza;
- i certificati di alunno disabile emessi dai Collegi di accertamento fino al 31/12/2023 hanno validità fino alla loro naturale scadenza.

5.2.4. Il percorso di flessibilità nell'area della riabilitazione in età evolutiva in funzione dell'implementazione dell'efficacia e dell'appropriatezza degli interventi

Al fine di portare a termine il lavoro avviato nell'ambito del processo di revisione della rete d'offerta rivolta all'età evolutiva, la competente U.O. della Direzione Generale Welfare garantirà la

prosecuzione dei lavori del Gruppo di Lavoro “Area della riabilitazione in età evolutiva”, con il percorso in atto in ordine all’attualizzazione/potenziamento dell’offerta territoriale, residenziale e della degenza ospedaliera di NPIA.

Nel corso del 2024 i lavori del Gruppo di Lavoro “Area della riabilitazione in età evolutiva”, saranno sviluppati, al fine di dare attuazione agli obiettivi assegnati al Tavolo con la previsione in particolare di definire entro ottobre 2024 criteri di accreditamento specifici per la riabilitazione in età evolutiva, ambito ambulatoriale e diurno, includendo in tale processi anche i modelli di intervento che sono stati individuati dal gruppo di lavoro costituito nel 2019 con il coinvolgimento di tutti gli Enti che hanno aderito alle due sperimentazioni – Riabilitazione Minori ex DGR IX/3239/2012 e Case Management ex DGR X/392/2013 – e che sono rivolti a minori/giovani adulti di età compresa tra gli 0 ed i 25 anni con diagnosi o sospetto diagnostico di disturbi del neuro sviluppo e disturbi della condotta.

5.2.5. Processo di attuazione della DGR XII/1513 del 13 dicembre 2023

Come previsto dal quadro regolatorio assunto con le determinazioni di cui al paragrafo 2) della DGR XII/1513 del 13/12/2023 recante “Determinazioni in ordine al potenziamento delle risorse di FSR destinate nel 2024 all’area dei servizi territoriali residenziali dell’area anziani, dell’area residenziale della disabilità e dell’area residenziale delle dipendenze”, sono state implementate le risorse 2024 destinate al sistema d’offerta residenziale per le persone con disabilità, per complessivi 17 mln/Euro, oltre alla quota parte delle risorse legate all’assistenza farmaceutica, complessivamente destinate fino a 30 mln/Euro per RSA, RSD.

In questo contesto è stata previsto:

- oltre alla remunerazione legata alla tariffa S.I.D.I., l’applicazione con decorrenza dal 1/01/2024, a titolo di “Indice di Complessità Assistenziale” (I.C.A.) di una tariffa a favore degli ospiti tipici di RSD e CSS che, nell’ambito della valutazione riportata nel flusso S.I.D.I., si trovano in una o più delle condizioni a maggior impatto di complessità legata alla sfera dell’alimentazione e/o del comportamento (comportamenti auto/etero aggressivi), come specificamente definito al paragrafo 2) dell’allegato 1) della DGR sopra richiamata al fine di riconoscere alle strutture il maggior impegno assistenziale garantito a tali condizioni di fragilità, destinando a tal fine risorse complessive di FSR fino a 11 mln/Euro nonché le regole di incremento del valore del budget sul contratto definitivo 2024;
- al punto 7) del dispositivo del provvedimento, di rimandare a successivo atto, da adottarsi entro 120 gg dall’approvazione della DGR, la finalizzazione di ulteriori risorse di FSR fino a 6 mln/Euro da riconoscere in presenza di comportamenti-problema nell’ambito della disabilità qualificabili come casistica di secondo livello di complessità che possono essere presi in carico in modo appropriato nelle RSD, da realizzare all’esito di uno specifico approfondimento nell’ambito del Tavolo Inter direzionale per la Disabilità già costituito con Decreto n. 11118 del 24/07/2023 composto da DG Famiglia, ATS, ASST, Associazioni degli Enti gestori, Comuni, Associazioni delle famiglie, garantendo la copertura della relativa spesa a valere sulla macroarea 4) del quadro economico del SSR 2024 definito con atto approvato sempre in data 13/12/2023.

Si prevede pertanto di programmare per il 2024 la piena attuazione di quanto definito al punto 7) del dispositivo della DGR XII/1513/2023, anche attraverso il contributo elaborato nell’ambito del tavolo Inter direzionale “Rete d’offerta territoriale area disabilità” finalizzando le ulteriori risorse di FSR fino a 6 mln/Euro alla definizione di un secondo indice di complessità assistenziale legato a casistiche arruolabili nella rete delle RSD e riferito sfera comportamentale individuando i relativi parametri di

qualificazione, il valore della tariffa da applicare, il sistema di monitoraggio dell'appropriatezza da parte delle ATS;

Come previsto dalla DGR XII/1513/2023 si lavorerà con le ATS, le ASST, i Comuni, le Associazioni degli Enti gestori della rete dei servizi e le Associazioni delle famiglie, all'interno del Tavolo della Disabilità costituito per procedere con successivi atti a definire specifici ulteriori indicatori diretti:

- a monitorare l'appropriatezza della classificazione e della valutazione degli ospiti da parte delle RSD e delle CSS con riferimento alle condizioni di fragilità selezionate ai fini del riconoscimento dell'incremento tariffario pro die previsto dal presente paragrafo;
- ad approfondire la lettura del livello di inclusione garantita a questa popolazione all'interno della rete dei servizi, qualificando l'esito degli interventi erogati, da utilizzare anche in chiave di lettura del livello di qualità garantito dalle singole strutture residenziali, approfondendo, oltre all'analisi del FASAS, l'appropriatezza della presa in carico delle persone con disabilità con problematiche del comportamento, valutando quanti ne sono stati accolti e sostenuti e eventualmente dimessi o valutati inammissibili.

Più in generale con riferimento ai casi di persone in condizione di disabilità con concomitante presenza di disturbi del comportamento, si prevede di avviare dal 2024 uno specifico percorso diretto a garantire una risposta integrata tra i servizi residenziali territoriali per la disabilità e i servizi ospedalieri e territoriali afferenti ai Dipartimenti di salute mentale e delle dipendenze. Tale casistica è qualificata da disturbi che, a prescindere dell'orientamento diagnostico, presenta, anche temporaneamente, problemi di aggressività auto etero diretta che non rispondono agli interventi di contenimento relazionale ed educativo ma che necessita di un trattamento psicofarmacologico e/o di intervento assistenziale intensivo e/o la consulenza specialistica psichiatrica. In questo ambito verranno in particolare:

- approfondite le modalità attraverso le quali concorrere a garantire supporto consulenziale alla rete residenziale per le persone con disabilità in ordine a tale casistica;
- sviluppati specifici protocolli di dimissione/ammissione protetta in RSD per tale casistica, garantendo pertanto una particolare priorità ai pazienti con disabilità che si trovano anche in carico ai DSM-D.

5.2.6. Permanenza di persone con età maggiore di 65 anni in CDD

I destinatari dei CDD sono individuati dalla DGR n. VII/18334/2004 nelle persone con disabilità con età, di norma, fino ai 65 anni.

Con particolare riferimento alla popolazione dei CDD con **età pari o superiore ai 65 anni**, la DGR XI/4773 del 26/05/2021 "Determinazioni in ordine alla negoziazione 2021 e ulteriori determinazioni in ambito sanitario e sociosanitario" ha disposto che gli utenti in carico nelle unità d'offerta CDD, al compimento del 65° anno di età siano classificati in classe SIDI 4 con riconoscimento della relativa remunerazione a partire dalla prima data utile di rivalutazione successiva all'entrata in vigore della medesima deliberazione, nel limite del budget assegnato a ciascuna unità d'offerta. Qualora il compimento del 65° anno d'età sia avvenuto prima del 2021, gli effetti si sarebbero prodotti in ogni caso con decorrenza dalla prima data utile di rivalutazione successiva all'entrata in vigore della suddetta deliberazione.

L'analisi della popolazione dei CDD del 2022 rileva la presenza di un totale di n. 523 ospiti con età pari o superiore ai 60 anni (corrispondente al 7,8 % del totale dei n. 6.682 ospiti). La distribuzione

per fasce di età di tali ospiti evidenzia la prevalenza di persone con età tra i 60 ed i 62 anni come indicato nella tabella di seguito riportata:

Fascia età	n. totale ospiti
60 – 62	247
63 -64	107
65 – 74	164
75 aa – over	5
Totale	523

Alla luce dell’analisi della distribuzione per età degli ospiti dei CDD, al fine di garantire la continuità del percorso di vita ed in allineamento con quanto già previsto per le RSD e le CSS con la DGR XI/7758/2022, si prevedono le seguenti determinazioni:

- per gli ospiti che al 31/12/2023, hanno già compiuto il 65° anno di età si prevede di mantenere l’attuale regime assistenziale e di classificazione definita dalla DGR XI/4773 del 26/05/2021. Per gli ospiti per cui il processo di riclassificazione non dovesse esser stato ancora completato si dispone che la classificazione in classe SIDI 4 con riconoscimento della relativa remunerazione avvenga a partire dalla prima data utile di rivalutazione successiva all’entrata in vigore della presente deliberazione.
- per gli ospiti che al 31/12/2023 non hanno compiuto il 65° anno di età si prevede di dare continuità, fermo restando il budget assegnato a ciascuna unità d’offerta, al regime assistenziale e di classificazione ordinario già definito dal quadro regolamentare vigente per i CDD, collocando pertanto la persona nella classe SiDi corrispondente agli esiti della valutazione effettuata nel corso della presa in carico;
- dal 75° anno di età agli ospiti, tornano invece ad applicarsi le determinazioni della DGR XI/4773/2021 che prevedono di collocare la persona nella classe SiDI 4.

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

Le presenti determinazioni sono assunte a parità di risorse di budget, nell’ambito della macroarea 4 dell’allegato 1) alla DGR XII/1511/2023 di approvazione del quadro economico del SSR 2024.

5.3. MISURE INNOVATIVE A FAVORE DELLA POPOLAZIONE FRAGILE

Nel quadro delle risorse di FSR definite per l’esercizio 2024, fino a complessivi euro 60.711.000 di cui per euro 51.409.000 nella Macroarea 5) della presa in carico prevista dall’allegato 1) alla DGR XII/1511 del 13/12/2023 di approvazione del quadro economico del SSR per il 2024, ed euro 9.302.000 nella Macroarea 4) delle unità di offerta sociosanitarie della medesima DGR, fatto salvo il previo utilizzo di accantonamenti già nella disponibilità del bilancio delle ATS sulle risorse del FSR, al fine di garantire continuità agli interventi in favore della popolazione fragile relativamente alle seguenti Misure Innovative e Sperimentazioni:

- Residenzialità Assistita per Anziani
- Residenzialità Assistita per Religiosi
- RSA Aperta e Villaggio Alzheimer

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

Si conferma la loro prosecuzione nel 2024 richiamando le previsioni di cui alla DGR XI/7758/2022. I contratti 2024 per le misure e le sperimentazioni sono sottoscritti dalle ATS con le stesse tempistiche e la stessa validità temporale di quelle delle Unità di offerta consolidate.

Il budget 2024 della RSA Aperta è definito secondo le determinazioni di cui ai paragrafi successivi e, in analogia a quanto disposto per la rete ordinaria, è rimodulabile secondo i criteri delle altre UdO, potendo altresì concorrere al budget di filiera. I budget per il finanziamento dei contratti relativi alle Misure, per la parte a valere sulle risorse di parte corrente del FSR indistinto 2024, concorrono all'eventuale processo di rimodulazione di fine esercizio, in una logica di piena trasversalità da e verso i setting della rete consolidata delle unità di offerta socio sanitarie. La rimodulazione di queste quote non è in ogni caso soggetta a storicizzazione sull'esercizio successivo.

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

Nelle more della messa a sistema del processo di erogazione in modalità di telemedicina secondo quanto previsto dall'Accordo Stato-Regioni n. 215 de 17/12/2020 e dall'Accordo Stato-Regioni n. 231 del 18/11/2021 e nelle more della messa a regime della piattaforma regionale di telemedicina in corso di implementazione, si garantisce per il 2024 la possibilità di dare continuità all'erogazione delle prestazioni già individuate per la modalità da remoto per i servizi di RSA aperta.

5.3.1 Misura residenzialità assistita per anziani e misura residenzialità assistita per religiosi

5.3.1.1. Residenzialità Assistita per anziani

Per la Residenzialità Assistita, si richiamano le determinazioni di cui alla DGR XI/7758/2022. Fatto salvo il rispetto di quanto previsto dalla DGR n. X/7769/2018 in ordine alle modalità di accesso, di erogazione della Misura, nel corso del 2024 le ATS potranno ammettere nuovi erogatori a contratto per residenzialità assistita, previa valutazione della copertura territoriale dell'offerta e nei limiti del budget di riferimento assegnato, da declinare a titolo di sotto budget sulle ASST quale modalità per assicurare la compatibilità tra i voucher emessi e il relativo finanziamento.

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

5.3.1.2. Residenzialità Assistita per Religiosi

La Misura regolamentata con DGR X/4086/2015 sostiene l'accoglienza assistita di religiose e religiosi anziani all'interno del proprio ambiente di vita con un'offerta di servizi attivati in alternativa a quelli della rete tradizionale (RSA e UCPDOM in primis) nell'ottica di rispondere, in maniera peculiare ai bisogni socio sanitari di questa particolare casistica.

I posti destinati alla Misura risultano dal 2019 definiti in un totale di n. 380 sull'intero territorio lombardo. Rispetto a tale dimensione si rileva un incremento del numero dei beneficiari nelle due annualità 2021 e 2022 e una stima attesa in incremento. In merito alla dimensione numerica dei posti destinati alla Misura, risulta altresì da registrare l'incremento della durata media della presa in carico

che dai dati relativi al I semestre 2023 risulta in incremento rispetto al medesimo periodo dell'anno precedente (n. 112 gg nel I° semestre 2022 – n. 127 gg nel II° semestre 2023). Tenuto conto dei dati riferiti all'utilizzo della misura, nell'anno 2024 vengono attivati e finanziati ulteriori 70 posti per un totale complessivo pari a 450 posti. Le risorse destinate alla misura per l'anno 2024, sulla base del costo medio per posto letto di € 22,82, sono pertanto incrementate di euro 583.051 a valere sulla Macroarea 5) della presa in carico di cui all'allegato 1) alla DGR XII/1511 del 13/12/2023 di approvazione del quadro economico del SSR per il 2024.

La distribuzione sul territorio regionale dei posti a disposizione della Misura per l'anno 2024, preso atto della rilevazione da parte della Conferenza Episcopale Lombarda e Conferenza Italiana Superiori Maggiori (CISM) Unione delle Superiori Maggiori (USMI,) è in sede di primo avvio relativa all'incremento di n. 57 posti già individuati come da tabella di seguito riportata:

ATS		2024
321	ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO	47
322	ATS DELL'INSUBRIA	143
323	ATS DELLA MONTAGNA	2
324	ATS DELLA BRIANZA	63
325	ATS DI BERGAMO	111
326	ATS DI BRESCIA	59
328	ATS DELLA VAL PADANA	12
TOTALE POSTI		437

Le risorse saranno ripartite tra le ATS nei cui territori sono ubicate le comunità per religiosi/e in proporzione al numero di posti attivati. Le risorse per n. 13 posti ancora da individuare per coprire il totale di incremento previsto di 70 posti saranno assegnati alle ATS di ubicazione delle comunità che saranno indicate dai sopra citati Enti.

Le ATS procedono alla sottoscrizione dei contratti per le comunità già attive e/o già oggetto di verifica positiva dei requisiti da parte delle equipe di Vigilanza.

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

5.3.1.3. RSA aperta e villaggio Alzheimer

La misura della RSA aperta concorre, nell'ambito del sistema delle cure domiciliari, all'implementazione del numero di prese in carico in assistenza domiciliare legato all'obiettivo di investimento di PNRR 1.2: Casa come primo luogo di cura e telemedicina sub-investimento 1.2.1 – Assistenza domiciliare - relativamente all'incremento del numero di prese in carico in cure domiciliari di persone over 65 anni secondo i target definiti dal DM 23 gennaio 2023 secondo il quadro programmatico approvato con DGR XII/715/2023 recante “*Determinazioni in ordine all'attuazione della DGR XII/430 del 12/06/2023 recante “PNRR Piano nazionale di ripresa e resilienza – Missione 6 salute componente 1 - Investimento 1.2: Casa come primo luogo di cura e telemedicina sub-investimento 1.2.1 – Assistenza domiciliare - relativamente all'incremento del numero di prese in carico in cure domiciliari di persone over 65 anni secondo i target definiti dal DM 23 gennaio 2023*”

(G.U. 55 del 6 marzo 2023) attraverso la stipula di contratti di scopo a valere sulle risorse di PNRR ripartite dal medesimo decreto nel quadro della cornice regolatoria del dm 77/2022 – codice CUP di progetto E89g21000020006”. Si tratta di una misura che vede in costante crescita il numero di prese in carico sul territorio e che si colloca nel più generale processo di implementazione in corso della nuova sanità territoriale qualificato dal lavoro diretto a:

- stratificare il bisogno di cura e di assistenza della persona in una logica di prevenzione, continuità assistenziale, inclusione e sostenibilità lavorando a connettere in filiera dei servizi/interventi/attività dedicati alle persone anziane;
- prevenire il carico di cronicità e fragilità legato all’età sul sistema regionale, passando dalla domanda “quanto si è prodotto” a quella “quanti pz cronici sono stati presi in carico e quanti di questi hanno migliorato i propri esiti di salute intermedi”;
- integrare i servizi e i professionisti in ambito sanitario/sociosanitario e socioassistenziale nella logica servente alla continuità ospedale-territorio;
- sviluppare la digitalizzazione dei raccordi tra i professionisti del territorio e dell’ospedale, della telemedicina e che lavora alla disponibilità integrata dei dati promuovere l’ascolto il coinvolgimento la semplificazione nell’accesso ai servizi, per la persona e la famiglia;
- governare le transizioni di setting in modo appropriato all’evoluzione del bisogno della persona in allineamento a quanto definito a livello nazionale e regionale con:

- il PNRR del 13/07/2021 alla Missione 5 e 6;
- la L.R. 22/2021 recante “Modifiche al Titolo I e al Titolo VII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33” (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità);
- la Legge 22 dicembre 2021, n. 227 recante “Delega al Governo in materia di disabilità”;
- il DM 77 del 23/05/2022 recante “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”;
- la Legge 33 del 23/03/2023 recante “Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane”;
- il PRSS approvato con DCR XII/42/2023

In questo contesto la RSA Aperta costituisce una importante leva strategica nell’ambito della filiera dei servizi sociosanitari territoriali per le persone anziane, offrendo interventi di natura prioritariamente sociosanitaria, finalizzati a supportare la permanenza al domicilio di:

- persone affette da demenza certificata;
- anziani di età pari o superiore a 75 anni in condizioni di non autosufficienza;

nell’ambito di un quadro di regole fondato

- sul Budget di presa in carico della persona assistita;
- VMD in capo all’ente erogatore.

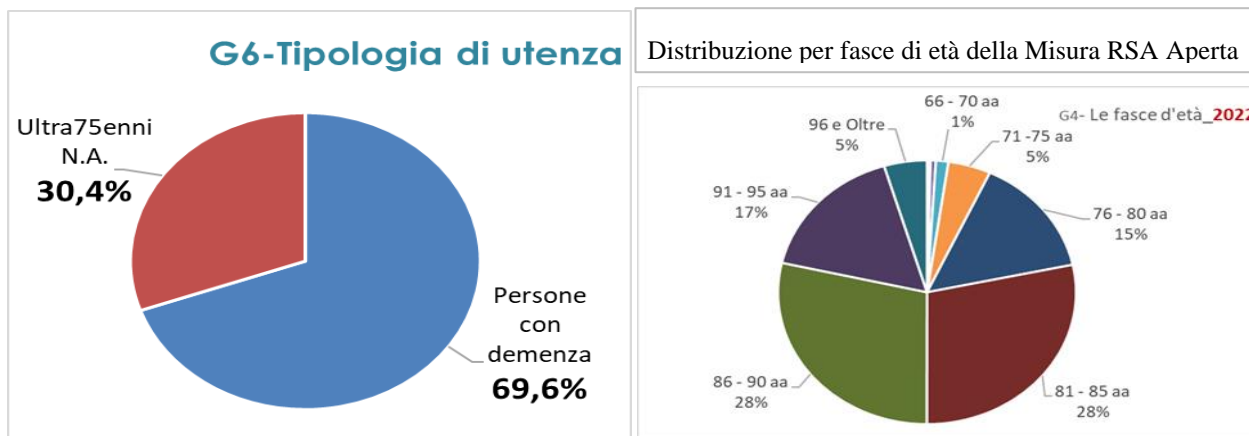
Con specifico riferimento alle persone affette da demenza certificata la misura prevede i seguenti interventi rivolti alla persona assistita e ai familiari:

Allegato 5 – AREA INTERVENTI SOCIO SANITARI

Rivolti al beneficiario:	Interventi di stimolazione cognitiva
	Ricoveri di sollievo
	Interventi di stimolazione/mantenimento delle capacità motorie
	Igiene personale completa
	Interventi di sostegno in caso di disturbi del comportamento
	Interventi di riabilitazione motoria
	Interventi di mantenimento delle capacità residue e prevenzione danni terziari
Rivolti ai familiari:	Interventi di consulenza alla famiglia per la gestione dei disturbi del comportamento
	Interventi di supporto psicologico al caregiver
	Consulenza alla famiglia per l'adattamento e la protesizzazione degli ambienti abitativi
	Nursing
	Consulenza alla famiglia per la gestione di problematiche relative a malnutrizione/disfagia
	Supporto alla famiglia nell'espletamento dell'igiene personale completa

Con specifico riferimento alle persone anziane di età ≥ 75 anni in condizioni di non autosufficienza la misura prevede i seguenti interventi rivolti alla persona assistita e ai familiari

Rivolti al beneficiario:	Interventi per il mantenimento delle abilità residue
	Interventi al domicilio occasionali e limitati nel tempo in sostituzione del caregiver
	Accoglienza in RSA per supporto a caregiver solo in territori sprovvisti di CDI
Rivolti ai familiari:	Consulenza alla famiglia per l'adattamento e la protesizzazione degli ambienti abitativi
	Consulenza alla famiglia per la gestione di problematiche relative ad alimentazione
	Consulenza alla famiglia per la gestione di problematiche specifiche relative all'igiene personale
	Consulenza alla famiglia per la gestione di problematiche relative a malnutrizione/disfagia
	Supporto alla famiglia nell'espletamento dell'igiene personale completa



Al fine di accompagnare il progressivo sviluppo della Misura RSA Aperta tenendo conto:

- del processo di qualificazione operato con DGR XII/715/2023 che ne prevede il suo inserimento nel sistema allargato delle cure domiciliari previsto dalla DGR stessa per il concorso alla realizzazione dell'obiettivo di PNRR 1.2: Casa come primo luogo di cura e telemedicina sub-investimento 1.2.1 – Assistenza domiciliare;
- della riforma del sistema tariffario legato all'ADI in applicazione della DGR XI/6867/2022 in attuazione dell'intesa Stato Regioni del 4 agosto 2021;

si prevede di rideterminare con effetto dal 1/01/2024 in 33 euro la tariffa prevista dalla DGR XI/7769/2018 per la RSA aperta con riferimento ai profili professionali (tariffe attività professionisti, allegato C Misura RSA aperta) che prevedono una tariffa inferiore, nel quadro di quanto previsto dalla DGR XI/6867/2022 per l'erogazione di prestazionale ADI. Vengono a tal fine destinate sul 2024 risorse complessive di FSR fino a 10 mln/Euro, pari ad un incremento del 38% rispetto al volume totale delle risorse in atto contrattualizzate per RSA aperta a valere sulle risorse del FSR sulla Macroarea 5) della DGR XII/1511 del 13/12/2023 di approvazione del quadro economico del SSR per il 2024.

Si prevede pertanto conseguentemente che il budget definitivo 2024 con i singoli enti gestori per l'erogazione di RSA aperta a valere sul FSR verrà incrementato della stessa percentuale del 38%. Con successiva circolare verranno fornite le indicazioni per la rendicontazione delle prestazioni in allineamento alle determinazioni assunte nel presente paragrafo.

Viene infine confermato il quadro regolatorio della misura RSA Aperta nel 2024 richiamando le previsioni di cui alla DGR XI/7758/2022.

Sono pertanto destinate alla RSA aperta, risorse complessive di FSR fino ad euro 37,4 mln/Euro.

In merito al Villaggio Alzheimer, si confermano le indicazioni di cui alla DGR n. XI/7758/2022 per le due sperimentazioni attivate sul territorio di ATS Città Metropolitana di Milano e ATS della Brianza. Nel corso del 2024 si procederà ad inserire nella rilevazione dei dati di attività anche la sperimentazione Villaggio Alzheimer avviata sul territorio di **ATS Brescia** in attuazione della DGR XII/850/2023. Le risorse complessive destinate a tali interventi a carico del FSR per il 2024 sono pari a 1,73 mln/Euro.

Si prevede l'individuazione di un coordinamento regionale per la gestione di ricoveri post-acuti per periodi di degenza definiti.

5.3.1.4. Comunità per minori vittime di abuso e grave maltrattamento

Per la Misura Comunità per minori vittime di abuso e grave maltrattamento nel corso del 2023, come previsto dalla DGR n. XI/7758/2022, la struttura competente della DG Welfare ha avviato un lavoro di approfondimento con le ATS con particolare riferimento al mantenimento dei criteri di eleggibilità dei minori beneficiari, alla tipologia di interventi erogati ed alla tempistica di attivazione dei percorsi sostenuti dalla Misura – rif nota G1.2023.0035838 del 13/09/2023 –.

Alla luce degli elementi emersi dall'analisi svolta, nel 2024 si prevede il completamento del lavoro avviato con le ATS finalizzato alla revisione del percorso di attivazione della Misura in un'ottica di maggiore valorizzazione dei sostegni di natura sociosanitaria in favore dei minori come indicato dalla DGR X/7626/2017. Tale iter sarà finalizzato ad una revisione della Misura da concludere entro il 2024. In previsione del suddetto lavoro, si richiamano le ATS ad una puntuale attuazione delle disposizioni di cui alla suddetta DGR, con particolare riferimento alla verifica della presenza degli specifici indicatori ai fini dell'ammissione al contributo, del mantenimento dei criteri di eleggibilità da parte dei beneficiari, della tipologia di interventi erogati e della durata delle stesse.

Le ATS sono tenute ad un costante monitoraggio dell'attivazione della Misura sul territorio di competenza al fine di assicurare la compatibilità della spesa rispetto alle assegnazioni a disposizione delle Agenzie. A tal fine le ATS operano un monitoraggio trimestrale dell'andamento degli inserimenti, con particolare riguardo alla durata dei medesimi, intraprendendo, laddove necessario, le necessarie azioni correttive. A tal fine le ATS garantiscono che la verifica in ordine ai requisiti di eleggibilità del minore alla misura avvenga assicurata prima dell'attivazione della misura stessa. I Comuni assicurano che tale valutazione preceda l'attivazione. Laddove successivamente al primo trimestre dall'inserimento non risultino ancora erogati interventi finalizzati al supporto psicologico/psicoterapeutico del minore (come previsto dalla DGR X/7626/2017), le ATS sono chiamate a verificare tempestivamente l'appropriatezza del percorso attivato nella comunità con la misura a partire dalle evidenze del flusso rendicontato intraprendendo le necessarie misure correttive.

Per il 2024 si conferma un'assegnazione di risorse di FSR fino ad euro 11.000.000.

5.3.1.5. Sperimentazioni (RIA minori e case management e altre sperimentazioni)

Prosecuzione per il 2024 delle attività sostenute dalle Sperimentazioni Ria Minori, in cui rientra anche il "Counseling educativo/abilitativo a favore di soggetti con autismo e disturbi generalizzati dello sviluppo" attivo presso l'ATS Città Metropolitana di Milano, e dalle sperimentazioni Case Management, confermando le modalità in atto e, fatto salvo il rispetto di quanto previsto dalla DGR 3239/2012 e dalla DGR 392/2013, richiamando le determinazioni di cui alla DGR n. XI/7758/2022.

La suddetta prosecuzione è vincolata alla prevista definizione di criteri di accreditamento specifici per la riabilitazione in età evolutiva area sociosanitaria. Si richiama quanto indicato nel precedente punto "il percorso di flessibilità nell'area della riabilitazione in età evolutiva in funzione dell'implementazione dell'efficacia e dell'appropriatezza degli interventi" ed in particolare alla previsione della definizione dei suddetti criteri entro ottobre 2024 con il successivo iter di riclassificazione delle unità di offerta e l'inserimento in tale iter anche della conclusione delle sperimentazioni RIA Minori, ivi compreso il Counseling autismo e Case Management.

Per il 2024 si conferma un'assegnazione di risorse di FSR fino ad euro 8.402.000.

Nel 2024, prosegue alle medesime condizioni di cui alla DGR XI/4773/2021 anche il progetto “Post Acuta Homeless”: si conferma assegnazione di risorse di FSR pari a euro 700.000. È altresì prorogato per il 2024, fino alla attivazione degli ospedali di comunità sul territorio della **ATS di Brescia**; il progetto STAR di cui alla DGR XI/6766/2017 in ragione dello stesso importo assegnato nelle precedenti annualità.

5.3.1.6. Residenzialità minori disabili gravissimi

Nel confermare le determinazioni già assunte con DGR XI/6387 del 16/05/2022, alla luce dei dati registrati nel 2023 in ordine al volume dei minori in condizione di gravissima disabilità che hanno beneficiato della Misura, per il 2024 si conferma un’assegnazione di risorse di FSR fino a euro 3.400.000 a valere sulla Macroarea 5) del quadro economico per il 2024 approvato con DGR XII/1511 del 13/12/2023.

5.4. CONSULTORI FAMILIARI

5.4.1. La rete dei consultori familiari

Il Consultorio Familiare, istituito dalla Legge 29 luglio 1975, n.405, è il servizio di prossimità ad accesso diretto che garantisce le prestazioni mediche, ostetriche, psicologiche e psicoterapeutiche, sociosanitarie e preventive, nell’ambito della assistenza multidisciplinare territoriale alla donna, alla famiglia, ai minori di cui all’art. 24 del DPCM 12 gennaio 2017.

Allo scopo di governare lo scenario evolutivo di riorganizzazione della rete consultoriale - secondo le linee programmatiche definite dal PNRR, dal DM 77/2022, dalla DGR XI/7758/22 e in particolare dalla DGR XII/1141/2023, dal Piano Regionale della Prevenzione 2022-2025 e dal Piano Sociosanitario Integrato Lombardo di cui alla DGR XII/1518/2023 - la DG Welfare per tramite della UO Polo Ospedaliero, della UO Rete Territoriale, e della UO Prevenzione anche in collaborazione con la DG Famiglia, istituisce la Cabina di regia della rete consultoriale con l’obiettivo di accompagnare la implementazione della attività consultoriale, nelle Case di Comunità e l’applicazione del nuovo flusso informativo SICOF. Tra i primi compiti della Cabina di regia ci saranno l’analisi della mappatura di cui alla nota G1.2023.0048216 del 28.11.2023, la definizione operativa degli obiettivi di cui la DGR XII/1141/2023, la mappatura delle attività consultoriali allocate all’interno delle Case di Comunità e il monitoraggio delle azioni intraprese.

5.4.2. Prestazioni da remoto e telemedicina

Nelle more della messa a sistema del processo di erogazione in modalità di telemedicina di talune prestazioni rientranti nel nomenclatore dei consultori, secondo quanto previsto dall’Accordo Stato-Regioni n.215 del 17/12/2020 e dall’Accordo Stato-Regioni n.231 del 18/11/2021 e nelle more della messa a regime della piattaforma regionale di telemedicina in corso di implementazione, si garantisce per il 2024 la possibilità di dare continuità all’erogazione di prestazioni in modalità da remoto per i servizi consultoriali.

Si confermano le modalità di rendicontazione di tali prestazioni rese in modalità da remoto nello specifico flusso informativo secondo le indicazioni fornite dagli uffici competenti.

5.4.3. Perinatalità

Le azioni di promozione della salute della donna, della coppia e del neonato nel periodo perinatale hanno un’elevata rilevanza in ambito preventivo. L’investimento sui cd “Primi 1000 giorni”

costituisce la base della salute psicofisica e produce benefiche ricadute in termini di salute nell'arco di vita.

Nell'ambito degli interventi finalizzati alla salute della donna sono riconfermati, in linea strategica con il Piano Regionale della Prevenzione, i seguenti obiettivi:

- garantire le attività preventive dell'area oncologica quale lo screening del tumore della cervice uterina;
- sostenere i programmi di prevenzione primaria in tema di vaccinazioni della donna (in età fertile e nel periodo perinatale);
- attivare percorsi per il supporto delle competenze genitoriali e buone pratiche (ad es. Rete Consultorio, Biblioteche, Nati per Leggere);
- attivare un servizio di consulenza (medica, ostetrica, 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;
- prosecuzione del Percorso Nascita per l'affiancamento alla donna, alla coppia e al neonato e nell'implementazione delle azioni previste nel P.L. 16 "Promozione della salute in gravidanza e nei primi 1000" del Piano Regionale della Prevenzione 2022-2025, in coerenza con la cornice programmatoria e strategica del PL16 del PRP
- potenziare gli interventi e le risorse dell'Ostetrica consultoriale in tutti i setting. Le prestazioni dell'Ostetrica sono erogate in presenza (ambulatorio, consultorio familiare, case di comunità), al domicilio, in strutture di isolamento o altro, anche, evolutivamente, mediante la telemedicina. A seguito della mappatura di cui alla nota G1.2023.0048216 del 28.11.2023, individuare delle azioni al fine di assicurare la continuità assistenziale a cura della ostetrica alle donne dopo la dimissione dal luogo scelto per il parto (supporto universale) con la proposta routinaria alla puerpera di supporto con monitoraggio, evolutivamente anche in telemedicina, e di visite al domicilio;
- avviare l'estensione, a seguito della sperimentazione, dell'utilizzo dell'Agenda Percorso Nascita informatizzata previo il censimento, la profilazione delle ostetriche dipendenti delle strutture individuate afferenti alle ASST e l'aggiornamento degli esami per la sorveglianza della gravidanza;
- monitoraggio dello sviluppo del percorso nascita fisiologico extraospedaliero a conduzione ostetrica secondo le linee di indirizzo definite rispettivamente dal decreto D.G.W. n. 13039/2019 e dal decreto della DG Welfare n. 14243/2018;
- assicurare alla donna in gravidanza e alla puerpera l'accompagnamento psicologico con percorsi di gruppo in presenza e on line. Laddove se ne rilevi il bisogno, garantire nel periodo perinatale alla donna e alla coppia il sostegno psicologico e sociale;
- individuare le situazioni di vulnerabilità psicofisica 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 nelle DGR sopracitate, quando l'operatore del consultorio (psicologo, ostetrica, assistente sociale, educatore professionale, ginecologo)

dovesse rilevare segnali di disagio nella donna/famiglia, attiverà 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;

- potenziare il Progetto Pensare Positivo per intervenire efficacemente a supporto delle donne potenziando in loro favore l'attività di Home-visiting dell'Ostetrica del Consultorio secondo le pratiche del manuale dell'OMS "Pensare Positivo" e fornendo gli interventi indicati per il caso.

Infine, è in corso la mappatura e il censimento degli strumenti (ecografi) presso i Consulteri Familiari di cui alla nota G1.2023.0048216 del 28.11.2023 al fine di dotare tale strumentazione in ogni sede territoriale, utile a garantire prestazioni diagnostiche in area ostetrica e in area ginecologica.

5.4.4. Programmi di promozione della salute nel setting scolastico in attuazione del prp – pp 1 scuola che promuove salute

Per i Consulteri che – d'intesa con le ATS – aderiscono all'implementazione dei Programmi Life Skills Training, Unplugged ed Educazione tra Pari nel setting scolastico è consentita, senza variazioni di budget, la rendicontazione degli interventi previsti, rivolti a Dirigenti Scolastici e Insegnanti, nella tipologia "Incontri di gruppo di prevenzione e promozione della salute anche fuori sede" di cui alla DGR XI/6131 del 23/01/2017 ottenendo il corrispettivo economico e tariffario previsto per il numero di alunni che compongono il gruppo classe sul quale ricade l'intervento, con particolare riferimento all'area dell'affettività e sessualità (cod. 803.03), contraccezione e procreazione responsabile (cod. 803.04), promozione della salute rispetto alle infezioni sessualmente trasmissibili (cod. 803.05). Le modalità di rendicontazione di tali prestazioni seguono le regole di nuova introduzione legate all'avvio del monitoraggio delle prestazioni dei consulteri familiari a livello nazionale tramite il nuovo flusso informativo SICOF. Pertanto, anche queste prestazioni dovranno essere riconciliate con le aree, sotto aree e tipologie di prestazioni della matrice di associazione già nelle disponibilità dei consulteri pubblici e privati e rendicontate secondo le regole del tracciato aggiornato del flusso CONS.

5.4.5. Promozione della salute ed intervento in favore dei minori e degli adolescenti

Il Consultorio Familiare è il servizio di promozione della salute della donna e dei minori più facilmente accessibile e meno connotato da stigma sociale: ciò lo configura quale servizio elettivo per la diagnosi e l'intervento precoce sulle situazioni di disagio adolescenziale, difficoltà genitoriali, malessere nella coppia.

Il Consultorio Familiare è il servizio che ha un ruolo prevalente nella attuazione dei progetti di prevenzione, di contrasto al bullismo, ai comportamenti prevaricanti, alla violenza di genere; di promozione di sani stili di vita, di relazioni affettive rispettose della scelta e della dignità dell'altro, e di rapporti sociali fondati sul rispetto reciproco. A tale scopo collabora con gli Uffici competenti della ATS del territorio per la programmazione e la realizzazione delle attività di promozione della salute e di sani stili di vita.

Il Consultorio familiare si occupa della presa in carico degli adolescenti con sintomi di disagio psicologico che non necessitano di interventi da parte dei servizi specialistici della salute mentale ed offre:

- interventi di prevenzione, valutazione, assistenza e supporto psicologico ai minori in situazioni di disagio, in stato di abbandono o vittima di maltrattamenti ed abusi: a tale scopo collabora con i Servizi Sociali, il Tribunale dei Minori, i Centri per la Famiglia;

- interventi preventivi, intervento precoce, psicoeducativi e psicoterapeutici ai ragazzi che manifestano problematiche psico-relazionali, disturbi emotivi o comportamenti disadattivi di livello lieve o moderato;
- interventi di supporto alla genitorialità in caso di minori e adolescenti in difficoltà, per quanto di specifica competenza.

Nelle ASST in cui la logistica lo consente, queste attività consultoriali vengono svolte per quanto possibile negli ambulatori della Casa di Comunità, in attuazione della Legge Regionale n.22/2021.

5.4.6. Promozione della salute ed intervento in favore della donna e della famiglia

I Consultori Familiari attuano interventi per la promozione della salute sessuale e riproduttiva, per la promozione della salute mentale nelle diverse fasi di vita della donna.

Svolgono attività di prevenzione della violenza di genere e della discriminazione sessuale, di individuazione precoce ed assistenza alle vittime. Garantiscono l'intervento psicoterapeutico sul trauma ed il sostegno psicologico alla vittima di violenza di genere.

Partecipano alle Reti antiviolenza presenti sul territorio e, con i Servizi Sociali ed i Centri per la Famiglia, operano per la presa in carico e per la tutela della donna in difficoltà, fornendo in funzione del bisogno della donna, gli interventi psicosociali, psicoeducativi e psicoterapeutici necessari garantiti dai LEA.

Accompagnano la donna e la coppia con interventi psicosociali e di mediazione familiare nei casi di separazione e divorzio, significative problematiche relazionali nella coppia e nella famiglia, supporto alla genitorialità; supporto a coppie e minori per l'affidamento e l'adozione.

Alla luce dell'incremento della quantità e complessità degli interventi per la tutela della donna e dei minori, per aggiornare e qualificare l'attività svolta in collaborazione con i Servizi Sociali ed i Tribunali Ordinari e dei Minori, ogni ASST deve prevedere per l'anno 2024 una attività di formazione ed aggiornamento alla Equipe Consultoriale sulla redazione delle Relazioni complesse: tale attività formativa sarà aperta agli operatori dei servizi territoriali della salute mentale e dipendenze frequentemente oggetto di richieste di valutazione da parte dei Tribunali e Prefetture (SERD, Psichiatria, Neuropsichiatria, Psicologia).

5.5. SALUTE MENTALE

5.5.1. Piano di sviluppo salute mentale

Alcuni dati epidemiologici portano a ritenere che l'area della salute mentale, in primis quella dell'età evolutiva, rappresenti un settore che richieda particolari sforzi in termini di investimenti e di potenziamento delle risorse. Nell'ambito del primo Rapporto Epidemiologico Annuale Lombardia – REAL (2023), tra le 35 malattie/condizioni selezionate dal modello CReSc 2.0 quale score sulla cronicità, sono state individuate per la prima volta anche condizioni legate alla salute mentale, quali il disturbo depressivo, il disturbo bipolare, il disturbo schizofrenico, che presentano un elevato carico sul SSR perfettamente sovrapponibile ad altre condizioni cliniche.

In particolare, le Unità Operativa di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (UONPIA) hanno registrato un abbassamento dell'età di esordio e un aumento costante sia dell'utenza (raddoppiata negli ultimi 15 anni) che della complessità della patologia. Tale fenomeno è stato ulteriormente amplificato dalla pandemia, particolarmente in alcuni ambiti quale quello delle urgenze.

Per fronteggiare questo fenomeno, si rende necessario il potenziamento dei servizi territoriali, inclusa la possibilità di interventi semiresidenziali e/o intensivi, ma anche un adeguamento dei posti letto di degenza in una logica che consideri l'attuale livello di copertura sul territorio regionale.

Nel corso del 2024 proseguirà pertanto l'impegno verso l'area della salute mentale teso al potenziamento degli interventi territoriali e ad una maggiore appropriatezza in relazione all'utilizzo della residenzialità, con un particolare focus sugli interventi rivolti all'età evolutiva, ma prevedendo anche lo sviluppo di strutture residenziali differenziate per diagnosi e fasi di intervento. In continuità e sviluppo con gli indirizzi di programmazione in materia di salute mentale delle precedenti annualità vengono quindi finalizzate risorse **fino a ulteriori 20 mln/Euro** a valere sulla macroarea 3) della DGR XII/1511 del 13/12/2023 di approvazione del quadro economico del SSR per il 2024, così destinate:

- potenziamento della rete dei Centri Diurni (CD) di NPIA, attraverso la contrattualizzazione di 127 nuovi posti di CD di NPIA già accreditati e non a contratto alla data di adozione del presente provvedimento per l'importo complessivo di FSR 2024 fino a 3,334 mln/Euro, calcolato applicando ai nuovi posti a contratto la saturazione media del 90% e la tariffa di 112,20 euro/die, dando mandato per l'effetto alle ATS di procedere alla stipula del nuovo contratto ovvero all'aggiornamento della scheda di budget della struttura interessata entro il 31/01/2024, secondo i valori che verranno comunicati per singolo CUDES dai competenti uffici della DG Welfare, contrattualizzando per ogni CUDES il 70 % dei posti accreditati e non a contratto alla data di adozione del presente atto, arrotondati all'unità più prossima, con un minimo di un posto. Tale potenziamento deve essere rivolto in particolare allo sviluppo di CD dedicati alla fascia d'età adolescenziale;
- destinazione fino a complessivi 3,413 mln/Euro di FSR all'attivazione di 130 posti di CD di NPIA declinati su 13 CD a titolarità pubblica di ASST/IRCCS sui territori:
 - di ASST/IRCCS prive di CD di NPIA o con un indice di copertura inferiore a 1,5/10.000 persone della fascia d'età target, corrispondenti alle ASST di Lodi, Melegnano e Martesana, Ovest Milanese, Valcamonica, Lecco, Bergamo Est, Papa Giovanni XXIII, Bergamo Ovest, **Franciacorta**, e Mantova;
 - di ASST/IRCCS con un indice di copertura superiore e disposte a sviluppare l'implementazione del servizio su specifiche progettualità;
- in ogni caso entro il limite invalicabile delle risorse di FSR qui finalizzate;
 - finalizzazione di risorse di FSR fino a 2,52 mln/euro, per l'attivazione di 3 comunità per 36 pl complessivi rivolte all'inserimento di minori e giovani adulti con disagio psichico afferenti al circuito della giustizia minorile, alla tariffa pro die pari a 320 euro, tenuto conto dei requisiti di accreditamento aggiuntivi previsti nell'allegato dell'Accordo, di cui per il 60% a carico del FSR e per il 40% a carico del Ministero della Giustizia. Tale azione viene infatti realizzata nell'ambito dell'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano e gli Enti locali, sulla proposta del Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria di "Linee di indirizzo per la costituzione di Comunità sperimentali di tipo socio – sanitario, ad elevata integrazione sanitaria, per l'inserimento di minori e giovani adulti con disagio psichico e/o problematiche di dipendenza in carico ai servizi sanitari, sociali ed ai servizi della giustizia minorile" (Rep. Atti n. 148/CU del 14 settembre 2022).
- Con nota del 29/11/2023 n. prot.n. 48311 il Dipartimento per la Giustizia Minorile e di Comunità

presso il Ministero della Giustizia ha infatti comunicato a Regione Lombardia, il proprio interesse, a seguito dell'incontro intervenuto in data 8/11/2023 presso gli uffici della Dg Welfare, all'attuazione del seguente progetto:

- realizzazione di una comunità filtro presso l'Ospedale di Niguarda, assumendone gli oneri di ristrutturazione;
- attivazione di due strutture ad alta intensità sanitaria secondo quanto già previsto dall'accordo in oggetto e nell'appendice richiamato, rimandando a successivo atto da assumersi entro il primo trimestre 2024 la declinazione dei relativi specifici requisiti di accreditamento nell'ambito della DGR VI/38133/1998 e s.m.i. integrando i requisiti di cui alla DGR XI/7752/2022 con quelli specifici e aggiuntivi, di cui all'allegato dell'Accordo sopracitato;

La DG Welfare, in data 19/12/2023 con nota prot. n. G1.2023.0050.770, ha confermato la disponibilità allo sviluppo di tale progettualità. In data 20/12/2023 con nota prot. n. 50834 il Dipartimento per la Giustizia Minorile e di Comunità presso il Ministero della Giustizia ha confermato il proprio impegno a compartecipare alla retta delle istituende Comunità, per un importo pari al 40% della tariffa, corrispondente a euro 128/die. Con successivo atto si procederà pertanto a definire le modalità per il raccordo tra Ministero della Giustizia e Regione Lombardia in relazione alla procedura finanziaria da applicarsi al fine del sostegno dei rispettivi oneri. Al fine dell'attuazione del progetto si prevede pertanto che, successivamente all'approvazione dell'atto per la disciplina dei rapporti economici derivanti dalle azioni progettuali programmate e alla definizione dei requisiti strutturali e organizzativo gestionali per l'esercizio delle comunità nell'ambito di quanto previsto nell'allegato all'accordo, le ATS di Pavia, Insubria e Città Metropolitana di Milano, individuate ai fini dell'attivazione delle comunità al fine di garantire un'equa distribuzione dell'offerta sul territorio lombardo, procederanno all'indizione di una specifica manifestazione d'interesse secondo lo schema tipo che verrà approvato con successivo atto di Giunta che definirà criteri di selezione prioritariamente riferiti all'inserimento della Comunità all'interno di una filiera di servizi della NPIA/Salute mentale e al collegamento delle attività della comunità con le realtà istituzionali e del Terzo settore funzionali al miglioramento del percorso di presa in carico. Per il buon funzionamento di tali strutture, è prevista l'istituzione di una specifica Cabina di Regia, costituita dai rappresentanti dell'area della Giustizia Minorile, dei servizi sanitari e sociali coinvolti;

- sviluppo e sostegno alle attività dirette all'intercettazione precoce dei Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA) nel quadro delle determinazioni di cui alla DGR XII/1370 del 20/11/2023 di approvazione del progetto "Indaco" per la costituzione della rete scuola – UONPIA finalizzata all'individuazione precoce degli alunni a rischio di disturbi specifici di apprendimento (DSA) o altri disturbi del neurosviluppo, all'attuazione di attività di potenziamento in ambito scolastico e invio mirato ai percorsi diagnostici presso le UONPIA, tramite costituzione dei "Nuclei Funzionali DSA" in ogni UONPIA, finalizzando a tal fine risorse di FSR fino a 1,5 mln/euro da assegnare alle ASST/IRCCS in proporzione alla popolazione target 0-17 anni, nel quadro del contesto più generale degli interventi in quest'area descritti al paragrafo 5.2 del presente allegato;
- potenziamento degli interventi ambulatoriali di neuropsichiatria infantile destinando risorse di FSR fino a 1,5 mln/euro, da riconoscere in sede di contratto definitivo per il 2024 in base al peso percentuale della produzione erogata in regime ambulatoriale sul totale della produzione rendicontata, in base agli ultimi dati disponibili;
- nel quadro delle determinazioni assunte con DGR XII/1296/2023 con cui è stato istituito il Punto

Unico Regionale (P.U.R.), si prevede di finalizzare con successivo atto risorse di FSR fino a 3,11 mln/euro per lo sviluppo dei percorsi rivolti a pazienti con patologia psichica autori di reato come specificato al paragrafo 3.6 del presente allegato;

- finalizzazione di risorse di FSR fino a 2,72 mln/Euro , nell’ambito delle risorse disponibili alla macroarea 3) della DGR XII/1511 del 13/12/2023 di approvazione del quadro economico del SSR per il 2024, da dedicare all’attivazione di una comunità terapeutica dedicata a pazienti affetti da Disturbi della Nutrizione e dell’Alimentazione (DNA) rivolti sia a pazienti minorenni che maggiorenni, rimandando a successivo provvedimento la definizione dei requisiti di accreditamento e la relativa tariffa, nel quadro di contesto di cui al paragrafo 2.4 del presente allegato;
- estensione della sperimentazione di cui alla DGR X/7600/2017 ai servizi educativi diurni. La spesa sarà a carico del flusso 43/SAN nell’ambito dello stanziamento di cui alla macroarea 3) della DGR XII/1511/2023 di approvazione del quadro economico 2024 del SSR, per un importo di FSR fino a 1,893 mln/Euro da ripartire per ATS in proporzione alla popolazione <18 anni tenuto anche conto dei livelli di copertura dei CD di NPIA sui diversi territori.

5.5.2. Indicazioni e impegni trasversali

5.5.2.1. Costituzione del nuovo comitato salute mentale, dipendenze e disabilità

Con decreti n. 11389 del 27/07/2023 e n. 11162 del 25/07/2023 ad oggetto "Nuova costituzione del comitato tecnico di esperti per la salute mentale e le dipendenze ai sensi dell'art. 53 ter, comma 5 della l.r. 30 dicembre 2009 n. 33" è stato ricostituito il nuovo Comitato Tecnico di Esperti nell’area della salute mentale e dipendenze a supporto della Unità Organizzativa competente, nello sviluppo di linee guida per la elaborazione e gestione dei percorsi di cura, di modelli di lavoro già sperimentati nell’ambito delle esperienze delle reti lombarde di patologia e dei gruppi di approfondimento tecnico, in linea con le più recenti evidenze scientifiche internazionali e rispettose della dignità della persona”. Nel 2024 proseguiranno i lavori secondo quanto indicato nell’art. 53 ter comma 5 della Legge Regionale 30 dicembre 2009 n. 33, così come modificata dal capo 1 della Legge Regionale 29 giugno 2016 n. 15 Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche ai Titoli V e VIII della Legge Regionale 30 dicembre 2009 n. 33 (Testo Unico delle leggi in materia di sanità) anche concernenti la stesura del nuovo Piano della salute mentale.

5.5.2.2. Istituzione di un tavolo tecnico di lavoro permanente per l’area della salute mentale e dipendenze con le ATS

Al fine di garantire uno stretto raccordo tra la DG Welfare e le ATS, deputate alla governance dei processi specifici delle aree di interesse, verrà istituito un tavolo permanente di lavoro che andrà a supportare la Struttura Salute Mentale, Dipendenze, Disabilità e Sanità Penitenziaria nella elaborazione/ comprensione di fenomeni riguardanti le aree di interesse, nella lettura di criticità, di proposte, di buone pratiche gestionali, di trasposizione di indicazioni regionali sul territorio delle Agenzie e di condivisione e omogeneizzazione di modalità operative.

5.5.2.3. Progetto centro permanenza rimpatrio (CPR) Corelli

Il Centro di Permanenza per il Rimpatrio di Via Corelli di Milano presenta situazioni di criticità nell’area della diagnosi, trattamento e assistenza di soggetti con problemi di dipendenza e salute mentale. Tale esigenza, rilevata dai Servizi per la Salute Mentale, segnalata dalla Prefettura di Milano alla ATS Città Metropolitana di Milano e a Regione, ha condotto (nota della DG Welfare Protocollo 0109127/21 del 5/07/2021), con riferimento alle problematiche sanitarie emerse, alla predisposizione

di un progetto sperimentale d'intervento, che prevede il coinvolgimento della Fondazione ERIS Onlus a cui si è aggiunto, nel 2022/2023, anche l'azione sinergica dei servizi dei Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze con particolare esperienza negli aspetti di etnopsichiatria.

Previa valutazione dei risultati raggiunti e delle risorse impegnate dai due progetti sopracitati, si dispone il proseguimento dell'attività di supporto in capo ad ATS Città Metropolitana di Milano, con un impegno di spesa complessivo pari a euro 90.000 e l'avvio di uno studio di fattibilità per l'affidamento della gestione dell'intervento ad una ASST.

5.5.2.4. Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione

Oltre a quanto già previsto per tale area nel Piano di Sviluppo di cui al punto 1. del presente allegato, nel 2024 verrà ricostituita la Cabina di Regia per la redazione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) e per l'introduzione del percorso Lilla nei Pronto Soccorso.

Nell'ambito dei Piani Biennali locali per il contrasto dei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione previsti con DGR XI/7357 del 21/11/2022 Piano regionale biennale di attività per il contrasto dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (DNA), le ATS proseguono con le attività avviate in forza della seconda annualità dei finanziamenti. Dove possibile, in collaborazione con gli Enti coinvolti, valutano il consolidamento degli interventi/attività garantendone la continuità.

I fondi di cui alla Legge Regionale n. 2 del 23 febbraio 2021, ripartiti per ciascuna ATS ed assegnati con DGR XI/7590/2022, compresi nelle risorse di FSR come da DGR XII/850/2023, sono confermati e storicizzati nelle assegnazioni agli Enti individuati e per le finalità proprie legate all'implementazione degli interventi a favore dei DNA.

5.5.2.5. Disturbi da deficit dell'attenzione e iperattività (ADHD)

Il Gruppo di Approfondimento Tecnico in materia di ADHD, istituito con decreto n. 1121 del 11/01/2024 con il coinvolgimento di esperti dell'area psichiatria adulti, dipendenze e neuropsichiatria dell'infanzia e adolescenza, si dedicherà all'elaborazione di linee di indirizzo per la valutazione, trattamento e presa in carico del paziente affetto da tale disturbo ed eventuale PDTA specifico. Particolare attenzione verrà posta ai percorsi di accompagnamento degli utenti valutati e trattati durante l'età evolutiva e con necessità di proseguire la presa in carico da parte dei servizi dell'area adulti (UOP e SerD).

5.5.2.6. Programmi innovativi di psichiatria e progetti di NPIA

Nell'ambito del processo di ricognizione avviato nel corso del 2023 relativo ai programmi innovativi di psichiatria e ai progetti di NPIA si procederà nel corso del 2024 a valutare la possibilità di stabilizzazione del personale impiegato negli stessi.

5.5.2.7. Perfezionamento del processo di contrattualizzazione dei posti remunerati con budget a consumo 43/SAN ed estensione della sperimentazione di cui alla DGR X/7600/2017 ai servizi educativi diurni.

Nel corso del 2024 le ATS sono sempre tenute a garantire il completamento del passaggio delle quote di budget 43/SAN verso i contratti ordinari con l'obiettivo del pieno superamento dell'impiego delle quote extra contratto di 43/SAN riprogrammando la destinazione delle risorse di budget a consumo eventualmente liberate, prevedendo, previa manifestazione di interesse, anche la contrattualizzazione di posti semiresidenziali di NPIA e di psichiatria adulti. Le ATS dovranno provvedere entro il 29/02/2024 al compimento del processo di contrattualizzazione dei posti di PSI e

NPIA residenziali e semiresidenziali tramite le risorse ricevute in applicazione della DGR XII/850/2023.

Resta invece confermata la possibilità di utilizzo del budget 43/SAN, oltretutto per le casistiche di cui alle DGR X/7600/2017 e dalla successiva nota prot. n. G1.2018.16858 del 25/05/2018 anche per comunità educative extra-regionali.

In questo contesto, come indicato nel Piano di Sviluppo di cui al paragrafo 1 del presente allegato, si prevede di estendere la sperimentazione di cui alla DGR X/7600/2017 alla presa in carico presso i Servizi educativi diurni in esercizio ai sensi della DGR XI/2857/2020, di minori con prevalente bisogno educativo e residuale bisogno sanitario inviati dalle UONPIA al fine di migliorare l'appropriatezza di intervento e di rendere disponibili posti terapeutici nei CD NPIA per minori con bisogni sanitari più complessi. Le ATS possono autorizzare l'impiego di una quota sanitaria integrativa a sostegno dell'inserimento di minori presso tali Servizi, sulla base di un progetto personalizzato redatto dalla UONPIA di riferimento e nei limiti delle risorse specificatamente riconosciute a tal fine. A ciascun minore inserito devono essere garantite, nell'ambito del progetto individuale, le prestazioni specialistiche, sanitarie e sociosanitarie necessarie in base alla certificazione della UONPIA. La quota sanitaria non potrà superare il 40% della retta giornaliera totale e in ogni caso non potrà essere superiore a 30 euro/die. A tal fine verrà definito uno specifico tracciato diretto a rendicontare tale attività.

5.5.3. Psichiatria

5.5.3.1. Integrazione tra i Dipartimenti di salute mentale e delle dipendenze e la rete residenziale per anziani e per persone con disabilità con problematiche di disturbi del comportamento

In funzione dell'appropriatezza dei ricoveri in SPDC e della garanzia del turn over nell'utilizzo dei posti letto nonché della corretta collocazione in struttura residenziale, con riferimento ai casi di persone in condizione di disabilità con concomitante presenza di disturbi del comportamento, si prevede di avviare dal 2024 uno specifico percorso diretto a garantire una risposta integrata tra i servizi residenziali territoriali per la disabilità e i servizi ospedalieri e territoriali afferenti ai Dipartimenti di salute mentale e delle dipendenze. La casistica in oggetto è qualificata da disturbi che, a prescindere dell'orientamento diagnostico, presentano, anche temporaneamente, problemi di aggressività auto etero diretta, che necessitano di un trattamento psicofarmacologico e/o di intervento assistenziale intensivo e/o la consulenza specialistica psichiatrica quale azioni di supporto agli interventi di contenimento relazionale ed educativo. In questo ambito verranno in particolare:

- approfondite le modalità attraverso le quali concorrere a garantire supporto consulenziale anche in telemedicina da parte dei Dipartimenti di salute mentale e dipendenze in relazione alle persone con disturbi del comportamento in carico alla rete residenziale sociosanitaria;
- sviluppati specifici protocolli di ammissione protetta e gestione in RSD per tale casistica, cercando di garantire pertanto una particolare priorità ai pazienti con disabilità che si trovano anche in carico ai DSM-D (vedi paragrafo 5 del capitolo "Area Disabilità" inserito nella sezione "Area disabilità e misure innovative a favore della popolazione fragile");

Analogamente, nell'area dei disturbi del comportamento in età geriatrica, sempre in funzione del perseguimento della migliore appropriatezza dei ricoveri in SPDC e della corretta collocazione in struttura residenziale in relazione a sopraggiunti prevalenti bisogni di carattere assistenziale geriatrico, si avvierà nel 2024, uno specifico lavoro per lo sviluppo sul territorio di protocolli tra i

DSM-D e le RSA finalizzati a garantire supporto consulenziale anche in telemedicina per la gestione delle casistiche di pazienti anziani con storia di patologia psichiatrica. La patologia psichiatrica stabilizzata nel paziente over 65 anni non rappresenta infatti un motivo di non arruolabilità nella rete delle RSA, purché sia sempre garantita l'integrazione con i Servizi specialistici. In entrambe le situazioni descritte nel presente paragrafo, lo sviluppo dei percorsi di integrazione vedrà il coinvolgimento delle ATS, attraverso le funzioni degli OCSMD, nella logica di definizione di protocolli territoriali.

5.5.3.2. Aggiornamento in ordine ad ulteriori attività e modifiche del sistema informativo della psichiatria (SIPRL)

Si indicano di seguito alcune variazioni relative ad attività ed interventi erogati nelle Unità Operative di Psichiatria e relativo del Sistema Informativo che verranno introdotte nel corso del 2024 e rese note con puntuali comunicazioni

Aggiornamenti in merito alle attività svolte al domicilio

L'attuale modalità di registrazione in SIPRL degli interventi erogati agli utenti, prevede una differente valorizzazione in relazione alla sede di effettuazione. In particolare, per le attività svolte al domicilio (sede "al domicilio") si supera la valorizzazione unica ripristinando la remunerazione in relazione alla tipologia di intervento erogato. In ragione di ciò verranno selezionate le prestazioni identificabili come attività domiciliare e declinate le regole relative a frequenza e numerosità giornaliera.

Ridenominazione dei Programmi di Residenzialità Leggera in Programma Domiciliare Intensivo

I programmi di Residenzialità Leggera introdotti con DGR 4221/2007 sono stati utilizzati nel corso degli anni con modalità estremamente differenti dai diversi enti erogatori (pubblici e privati accreditati a contratto), per lo più omologando la gestione a quella delle strutture residenziali psichiatriche; questo ha comportato un progressivo allontanamento dal rationale iniziale che le ha costituite. Come è noto, i programmi di residenzialità leggera non hanno il loro fulcro nella struttura residenziale, che rappresenta invece una soluzione abitativa adeguata al soggetto assistito (in strutture svincolate dall'accreditamento), quale appoggio necessario all'attuazione dei programmi stessi.

La necessità di rendere i programmi di residenzialità leggera maggiormente flessibili e adeguabili ai bisogni dell'utente, l'efficientamento dell'impiego dei professionisti nonché l'introduzione delle Classi di Budget di Salute, consente di superare l'attuale modalità di registrazione.

A far tempo dal 1° gennaio 2024, decade l'identificazione di Programma di Residenzialità Leggera e viene introdotta la Classe "Programma domiciliare intensivo"; per gli utenti che hanno già in corso un programma di RL o per i nuovi, dovrà essere attivata la Classe "Programma domiciliare intensivo". In tale classe è obbligatorio inserire la data di avvio del programma e la data di cessazione alla sua conclusione.

La Classe "Programma domiciliare intensivo" non sarà compatibile con le Classi di Budget di Salute. Nel caso il paziente sia inserito in una delle Classi di Budget di Salute, lo stesso assorbe la dimensione degli interventi resi al domicilio.

La valorizzazione della Classe "Programma domiciliare intensivo" terrà conto della presenza di interventi diretti all'utente, quotidiani e comunque in misura non inferiore a 4 giorni settimana, secondo il progetto individuale del paziente.

Estrazione del debito informativo finalizzato alla trasmissione dei dati di attività e alla

valorizzazione: tempistiche

Con decorrenza dal 1° gennaio 2024 l’inserimento dei dati di attività nel Sistema Informativo di Psichiatria della Regione Lombardia sarà possibile in tempi contestuali all’esecuzione e nei termini di retroattività di 90 giorni rispetto alla data in corso. Lo scopo fondamentale è la definizione di periodi consolidati utili all’analisi in progress dei dati di attività e di produzione.

È prevista tuttavia nel mese di gennaio di ogni anno, l’apertura di una finestra straordinaria per consentire correzioni sull’intero anno precedente.

Si riporta nella tabella sottostante il calendario esplicativo di quanto sopra declinato.

Retroattività dati inseribili in SIPRL	presenti nel debito del mese	estratto	inviato in SMAF entro
ottobre-novembre-dicembre 2023	1/12/2023 – 31/12/2023	entro il 31/01/2024	entro il 10/02/2024
gennaio 2024 – eccezionale finestra anno 2023	1/01/2024 – 31/01/2024	entro il 14/02/2024	entro il 15/02/2024
gennaio-febbraio 2024	1/02/2024 – 28/02/2024	entro il 31/03/2024	entro il 10/04/2024
gennaio-febbraio-marzo 2024	1/03/2024 – 31/03/2024	entro il 30/04/2024	entro il 10/05/2024
febbraio-marzo-aprile 2024	1/04/2024 – 30/04/2024	entro il 31/05/2024	entro il 10/06/2024
marzo-aprile-maggio 2024	1/05/2024 – 31/05/2024	entro il 30/06/2024	entro il 10/07/2024
aprile-maggio-giugno 2024	1/06/2024 – 30/06/2024	entro il 31/07/2024	entro il 10/08/2024
maggio-giugno-luglio 2024	1/07/2024 – 31/07/2024	entro il 31/08/2024	entro il 10/09/2024
giugno-luglio-agosto 2024	1/08/2024 – 31/08/2024	entro il 30/09/2024	entro il 10/10/2024
luglio-agosto-settembre 2024	1/09/2024 – 30/09/2024	entro il 31/10/2024	entro il 10/11/2024
agosto-settembre-ottobre 2024	1/10/2024 – 31/10/2024	entro il 30/11/2024	entro il 10/12/2024
settembre-ottobre-novembre 2024	1/11/2024 – 30/11/2024	entro il 31/12/2024	entro il 10/01/2025

Tutti gli enti sono pertanto invitati a presidiare il processo di inserimento dei dati e il loro conseguente invio. Nel corso del 2024 è previsto il superamento dell’attuale modalità di valorizzazione a doppio canale passando alla realizzazione dell’esito valorizzato direttamente nel SIPRL.

Nomenclatore delle prestazioni valorizzate con flusso ex Circ. 46 San/1998

Nelle more degli eventuali aggiornamenti, sia a seguito di quanto anticipato con il presente atto (es. Classe Budget di Salute) o in adeguamento al nuovo nomenclatore tariffario delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, al fine di dare opportuna informazione sul valore delle prestazioni remunerate con flusso ex Circolare 46 San/1998, si riporta di seguito la tabella di riferimento degli attuali valori aggiornata ai rispettivi atti.

Allegato 5 – AREA INTERVENTI SOCIOSANITARI

1	VISITA-COLLOQUIO	€ 47,72	AGGIORNATO DGR 5743 del 31/10/2007	
2	SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI	€ 13,63		
8	COLLOQUIO CON I FAMILIARI	€ 57,95		
9	INTERVENTO PSICOEDUCATIVO	€ 81,81		
10	GRUPPO DI FAMILIARI	€ 153,39		
11	RIUNIONI SUI CASI INTERNE ALLA UOP	€ 140,61		
12	RIUNIONI CON STRUTTURE SANITARIE/ALTRI ENTI	€ 103,96		
13	RIUNIONI CON PERSONE/GRUPPI NON ISTITUZIONALI	€ 89,48		
14	INT.INDIVIDUALE SULLE ABILITA' DI BASE, SOCIALI ETC	€ 64,76		
15	GRUPPO SULLE ABILITA' DI BASE, SOCIALI ETC.	€ 109,93		
16	INT. INDIVIDUALE DI RISOCIALIZZAZIONE	€ 83,51		
17	GRUPPO DI RISOCIALIZZAZIONE	€ 153,39		
18	GRUPPO DI ATTIVITA' ESPRESSIVE	€ 152,54		
19	GRUPPO DI ATTIVITA' CORPOREA	€ 102,26		
20	INSERIMENTO LAVORATIVO	€ 103,96		
21	SUPPORTO ALLE ATTIVITA' QUOTIDIANE	€ 61,36		
22	SUPPORTO SOCIALE	€ 79,25		
25	GRUPPO PSICOEDUCAZIONE	€ 152,54		
60	Attività Domiciliare (INDIPENDENTEMENTE DALLA	€ 56,76		
23	Semiresidenzialità Inferiore 4 Ore	€ 57,61		AGGIORNATI CON DGR 7241 del 28/10/2022
24	Semiresidenzialità Superiore 4 Ore	€ 114,19		
99	PROGRAMMA DOMICILIARE INTENSIVO ex	€ 47,87		
TIPO DI PROGRAMMA RESIDENZIALE		TARIFFA/DIE		
59	SRP1-CRA-POST ACUZIE	€ 190,20	AGGIORNATI CON DGR 7241 del 28/10/2022	
59	SRP1-CRA-PROG. ALTA INTENSITA'	€ 190,20		
59	SRP1-CRA-PROG. MEDIA INTENSITA'	€ 182,90		
59	SRP2-CPA-PROG. MEDIA INTENSITA'	€ 182,90		
59	SRP2-CPA-PROG. BASSA INTENSITA'	€ 164,70		
59	SRP2-CPM-PROG. MEDIA INTENSITA'	€ 125,50		
59	SRP2-CPM-PROG. BASSA INTENSITA'	€ 111,60		
59	CPB-BASSA INTENSITA'	€ 85,10		
59	SRP1-CRM-PROG. ALTA INTENSITA'	€ 148,80		
59	SRP1-CRM-PROG. MEDIA INTENSITA'	€ 135,00		
59	SRP3.1	€ 92,30	DGR 2816 del 10/02/2020 E DGR 7758 del	
59	SRP3.2	€ 71,80		
59	SRP3.3	€ 46,10		

5.5.3.3. Budget di salute

Conclusa la sperimentazione delle **ASST Franciacorta** e Santi Paolo e Carlo, sulla base degli elementi di esito rilevati, verrà regolamentata con successivo provvedimento l'implementazione del modello a tutte le ASST/IRCCS.

5.5.3.4. Conclusione del processo di riconversione delle strutture residenziali psichiatriche per trattamenti socioriabilitativi (SRP3)

Con riferimento alla DGR XI/2816/2020 “Definizione dei requisiti minimi autorizzativi e delle tariffe delle strutture residenziali psichiatriche per trattamenti socio-riabilitativi – SRP3”, così come modificata dalla DGR XII/7758/2022 - rif All SRP.3 – Strutture Residenziali Psichiatriche per interventi socioriabilitativi - , in attuazione dell'Accordo in Conferenza Stato Regioni del 17/10/2013 e alle precedenti DGR 20 dicembre 2017 n. 7600 e DGR 17 dicembre 2018 n. 1046 , è fissato il limite

temporale, non più prorogabile, del 30 aprile 2024 quale data ultima per il superamento della residenzialità a bassa protezione denominata ex CPB, secondo la trasformazione in uno dei percorsi già previsti dalle normative sopra richiamate.

5.5.3.5. Residenzialità psichiatrica

Nell'ambito dei percorsi di residenzialità psichiatrica, si ribadiscono le indicazioni generali in merito al rispetto dei tempi massimi di permanenza presso le strutture residenziali. Tuttavia, nel verificarsi dell'eccezionalità di alcune condizioni cliniche che possono presentarsi solo nelle strutture SRP2 che non consentono una vita al di fuori da contesti protetti o a seguito di una gravità clinica certificata, il CPS titolare della presa in carico, almeno 60 giorni prima della scadenza prevista dal progetto terapeutico, a seguito di verifica degli obiettivi declinati nel PTI e PTR, esprime opportuna valutazione e propone, in linea con le indicazioni operative della DGR IX/4221/2007 la permanenza in struttura definendo e indicando la successiva data di dimissione e la prosecuzione ad intensità assistenziale invariata del programma degli interventi da erogare. Tale rinnovo è sottoposto alla valutazione preventiva dell'OCSMD competente che esprime parere sulla eccezionalità della richiesta e non può riguardare una percentuale di pazienti superiori al 20% degli ospiti di una struttura.

Per quanto riguarda il Sistema Informativo di Psichiatria della Regione Lombardia (SIPRL) vengono introdotte alcune modifiche che, nel rispetto delle tempistiche indicate nella DGR XI/7758/2022, consentono di mantenere i pazienti non dimissibili alla stessa intensità di cura anche nel caso di superamento del tempo massimo previsto. Sarà pertanto possibile procedere alla rendicontazione delle prestazioni erogate a favore di tale casistica nell'ambito del processo legato all'estrazione del debito informativo e alla relativa valorizzazione.

Attraverso un sistema di "Alert" vengono ricordate agli enti gestori le scadenze dei programmi residenziali in corso e le azioni da intraprendere. Al raggiungimento del tempo massimo consentito, l'erogatore, previo procedimento sopra indicato, potrà pertanto provvedere ad effettuare le scelte consentite tra dimissione del paziente, riduzione intensità di cura o mantenimento oltre la soglia prevista.

5.5.3.6. Percorsi dedicati a pazienti con patologia psichica autori di reato

Per il primo semestre 2024 prosegue la disponibilità all'utilizzo dei fondi stanziati ai sensi dell'Intesa 4 agosto 2021 - Rep. Atti n. 153/CSR - sul documento "Linee di indirizzo per la realizzazione dei progetti regionali volti al rafforzamento dei Dipartimenti di Salute Mentale regionali" 28/04/2022 - Rep. Atti n. 58/CSR, attraverso i quali sono state potenziate anche le attività delle equipe forensi.

Le attività rivolte ai pazienti con patologia psichica e autori di reato erogate dai CPS, siano esse in capo alle equipe forensi oppure no, troveranno dovuto raccordo con l'attività di coordinamento del Punto Unico Regionale (PUR) di seguito descritto.

5.5.3.7. Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS) e gestione pazienti con patologia psichica autori di reato

Con DGR 1296/2023 è stato istituito il Punto Unico Regionale (P.U.R.) per la gestione dei pazienti con misure di sicurezza e sono state approvate le linee di indirizzo per l'esercizio delle relative funzioni, in recepimento e attuazione dell'accordo n. 188/CU del 30/11/2022. Nel corso del 2024 con specifico atto regionale si darà avvio all'attività del PUR che vedrà attivamente coinvolti tutti i Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze con particolare interesse alle Equipe per gli autori di reato istituite con DGR 5340/2016.

Tra gli obiettivi prioritari da perseguire saranno la corretta implementazione e adozione dei protocolli specifici realizzati con la Magistratura dei Distretti Corte d'Appello di Brescia e Milano (Decreto n. 9958 del 10/07/2018 e Decreto n. 17847 del 06/12/2019) e l'attività di raccordo per la riduzione della lista d'attesa per l'accesso in REMS nonché per l'agevolazione delle dimissioni tenendo conto di collocazioni alternative.

Proseguono i lavori per la costruzione delle REMS definitive, 6 adiacenti all'attuale sistema Polimodulare di Castiglione delle Stiviere e 2 nel territorio di Limbiate, in sostituzione delle attuali 8 REMS provvisorie. In coerenza con quanto previsto dal Decreto 1 ottobre 2012 – “Requisiti delle strutture residenziali per le persone ricoverate in ospedale psichiatrico giudiziario e assegnate a casa di cura e custodia”, nel 2024 verrà costituito un ristretto tavolo tecnico per la definizione dei requisiti organizzativi e strutturali specifici di accreditamento.

Contestualmente verrà ripreso il percorso di accreditamento della struttura per l'Esecuzione delle misure di sicurezza in regime di licenza esperimento e per l'esecuzione penale esterna della libertà vigilata (cosiddetta SLIEV) di Castiglione delle Stiviere, utilizzata sin dalla sua realizzazione (precedente alla legge 9/2012) quale struttura intermedia da e verso il territorio.

Al fine di potenziare l'attività assistenziale dedicata a pazienti psichiatrici autori di reato, le risorse previste nel Piano di Sviluppo di cui al paragrafo 1) del presente allegato, saranno così destinate: 1) **fino a 1,10 Mln/Euro** di FSR per implementazione di posti nella SLIEV, in una logica di continuità e prossimità con l'attività esercitata dalla REMS; 2) **fino a 2.01 Mln/Euro** di FSR per lo sviluppo di Comunità ad alta assistenza dedicate a pazienti adulti autori di reato, demandando a successivo provvedimento la definizione dei requisiti e la determinazione della tariffa.

5.5.3.8. Depressione perinatale: progetto pensare positivo

Nel 2024 proseguirà il progetto finalizzato a potenziare nei confronti delle donne con depressione perinatale la capacità di intervento psicosociale al domicilio da parte delle Ostetriche dei Consultori, secondo il modello dell'Organizzazione Mondiale della Sanità “Pensare Positivo”, nell'ambito delle risorse residue legate all'assegnazione ministeriale finalizzata con decreto n. 4651/2018, del costo di € 97.550,00 e della durata di 16 mesi.

5.5.4. NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA (NPIA)

5.5.4.1. Potenziamento dell'offerta di posti letto NPIA

Sulla base delle mutate condizioni epidemiologiche, che vedono aumentati i casi di acuzie psichiatriche nella popolazione adolescenziale, si rileva la necessità di incrementare il numero di posti letto ospedalieri di neuropsichiatria infantile di 30 unità, prevedendo la trasformazione di posti letto di degenza in base alle regole previste nella sezione accreditamento (3.1.0.3. Attività di degenza). Alla luce dell'analisi condotta sono state ritenute meritevoli di incremento di posti letto in via prioritaria le aree di ATS Bergamo e di ATS Milano. Al fine dell'attuazione delle presenti determinazioni si richiede pertanto alle ASST dei territori identificati di inviare in accordo e per il tramite delle ATS di riferimento tali progetti di rimodulazione/trasformazione entro il 31/3/2024.

La degenza di NPIA deve prevedere la presenza di personale psicologico ed educativo/riabilitativo oltre che medico ed infermieristico quale garanzia di avvio e/o di continuità dei percorsi territoriali.

L'attuale assetto organizzativo della NPIA è declinato:

A. In ASST/IRCCS che garantiscono pl di degenza di NPIA, oltre al regime di presa in carico a livello ambulatoriale e territoriale.

B. In ASST/IRCCS che non hanno pl di degenza di NPIA, e che garantiscono l'offerta di NPIA a livello ambulatoriale e territoriale.

Nel caso di cui alla lettera B), qualora l'organizzazione sia dotata di almeno 10 neuropsichiatri infantili, si prevede l'organizzazione di un servizio di pronta disponibilità specialistica neuropsichiatrica notturna e festiva per la valutazione clinica dei pazienti che accedono in urgenza in Pronto Soccorso e la contestuale organizzazione di posti letto interni in area pediatrica/psichiatrica per la gestione temporanea dei casi da ricoverare.

5.5.4.2. Sistema informativo di NPIA

Nel corso del 2024 tutte le UONPIA di ASST/IRCCS e privati accreditati a contratto dovranno implementare l'utilizzo del Sistema Informativo NPIA, sviluppato nel 2023. A tal fine la Struttura Salute Mentale, Dipendenze, Disabilità e Sanità Penitenziaria provvederà a fornire indicazioni nell'ottica di un'implementazione omogenea su tutto il territorio, tenuto anche conto dell'avvenuta introduzione del nuovo nomenclatore che entrerà a regime nel 2024.

5.5.4.3. Ulteriori determinazioni in ordine al funzionamento dei CD di NPIA

In continuità con la DGR XI/7752/2022 si prevede anche per il regime diurno la possibilità nei CD che hanno in carico pazienti in età adolescenziale, della prosecuzione del percorso terapeutico dei pazienti in carico oltre il compimento del 18esimo anno di età nelle situazioni in cui si ravvisa una necessità clinica o in presenza di dispositivo di proseguimento amministrativo previsto dal TM e per il tempo strettamente necessario a definire l'ulteriore percorso assistenziale nell'ambito della rete d'offerta per giovani adulti. È in ogni caso indicato di non superare una copresenza di n. 3 utenti neomaggiorienni ogni 10 utenti previsti.

5.5.4.4. Ulteriori determinazioni per le comunità terapeutiche di NPIA di cui alla DGR XI/7752/2022

In considerazione della problematica della carenza di personale con particolare riferimento alle figure professionali di infermiere, educatore professionale e dei TERP, si dispone quanto segue in merito al requisito OSRET08 della DGR XI/7752/2022: laddove l'ente non riesca a reperire le figure professionali richieste per la copertura del 60% del totale di 2.660 minuti/settimana/paziente, lo Psicologo psicoterapeuta, in aggiunta al minutaggio previsto nello specifico del proprio profilo (di cui al requisito OSRET06), può concorrere fino alla misura non superiore al 20%, al raggiungimento della predetta percentuale. Resta invariato quanto previsto per gli altri requisiti disposti con DGR XI/7752/2022.

5.5.5. DISABILITÀ PSICHICA

5.5.5.1. 5.5.5.1. Interventi relativi ai disturbi dello spettro autistico (ASD).

Nel corso del 2023 è stata data attuazione al Piano Operativo Regionale Autismo (POA) DGR n. XI/5415 del 25/10/2021 consolidando il lavoro di coordinamento svolto dalla Struttura competente della DG Welfare in stretto raccordo con:

- il Gruppo di Approfondimento Tecnico ASD, riunitosi sistematicamente a cadenza mensile,

- i Referenti POA designati dalle singole ATS, con incontri tematici a cadenza mensile, e con periodiche indicazioni a tutti gli interlocutori soprannominati e coinvolti nell'attuazione del POA.

Tale lavoro ha consentito il perfezionamento delle azioni attivate nel corso del 2022 e l'avvio di tutte le 24 azioni previste dal Piano per il secondo anno di applicazione, volte al consolidamento ed allo sviluppo delle azioni in tutte le aree tematiche: inquadramento epidemiologico, diagnosi precoce, presa in carico in età evolutiva, nell'età di transizione e in età adulta.

Considerato che le azioni previste dal POA sono declinate per il periodo 2021-2023, nel corso del corrente anno è stato altresì avviato il lavoro di definizione del nuovo POA al fine di dare continuità ai contenuti ed alla metodologia di lavoro definiti dal Piano vigente.

In stretta correlazione con il suddetto lavoro, nel corso del 2023 sono stati definiti i **progetti Autinca e Diapason**, finalizzati all'impiego delle risorse di cui al Fondo Nazionale Autismo annualità 2021 e 2022, di cui alle DDGR n. XII/ 277 e n. XII/278 del 15 maggio 2023, approvati dal Ministero della Salute in data 26/06/2023 – rif. Prot. G1.2023.23534. Tali progetti, in allineamento alle indicazioni ministeriali, sostengono la prosecuzione di tutte le attività sviluppate con i Progetti NIDA, Auter e Pervinca, coinvolgendo tutte le ASST e gli IRCCS pubblici che operano in tale ambito con un'impostazione unitaria che prevede il coordinamento da parte della Struttura Regionale con l'ausilio della Cabina di Regia appositamente costituita con Decreto n. 18256 del 17/11/2023, ed in stretto raccordo con i referenti POA delle ATS.

L'impostazione di un'azione sinergica e coordinata di tutte le attività relative ai disturbi dello spettro autistico ha altresì incluso il monitoraggio dello sviluppo del **Voucher Autismo**, istituito con DGR n. XI/6003 del 21/02/2022 così come modificata dalla successiva DGR n. XII/424/2023. Il 2023, primo anno di piena attuazione del Voucher, ha registrato un costante ed importante incremento dei percorsi attivati, in particolare nel periodo gennaio – ottobre i Voucher in favore delle persone con Autismo di livello 3 della classificazione DSM-5 risultano aumentati del 80,4%, passando da n. 296 a n. 534. Con l'adozione della DGR n. XII/1669 del 28/12/2023 è stata introdotta per i beneficiari dai 14 anni in poi la possibilità di promuovere interventi sociosanitari nell'ambito di specifici percorsi tematici, in considerazione della possibile necessità di attivazione di percorsi specifici a supporto del progetto in atto a favore della persona con ASD nella fase di passaggio verso l'età adulta.

Nel **2024** la UO rete territoriale della Direzione Generale Welfare garantirà, sempre in una logica di interconnessione sinergica, l'implementazione di una pluralità di azioni nell'area dei Disturbi dello Spettro autistico, finalizzate a consolidare e sviluppare quanto svolto negli ultimi due anni attraverso:

- l'approvazione del Nuovo Piano Operativo Regionale Autismo ed il conseguente sviluppo delle attività previste;
- l'attuazione della prima annualità dei Progetti Autinca e Diapason di cui al Fondo nazionale autismo annualità 2021-2022 per cui sono state assegnate a Regione risorse complessive pari rispettivamente a euro 8.007.555,43 ed a euro 3.906.407,02, dando attuazione alle linee di attività previste dalle DD.G.R. n. 277 e n. 278 del 15/5/2023;
- la prosecuzione del Voucher Autismo nell'ambito del Programma operativo regionale a favore di persone con gravissima disabilità e in condizione di non autosufficienza e grave disabilità di cui al Fondo per le Non Autosufficienze (DGR n. XII/1669/2023) a cui si rinvia, ed al relativo lavoro di monitoraggio da parte delle due Direzioni coinvolte, confermando la destinazione di una quota specifica – pari ad euro 6,5 milioni - delle risorse complessivamente assegnate per i voucher

sociosanitari Misura B1 – pari a 13 milioni. In considerazione della dinamica di sviluppo del Voucher Autismo nel 2024, le ATS sono chiamate ad un'attenta azione di monitoraggio della distribuzione territoriale degli Enti erogatori e della dinamica dei volumi e di tipologie di voucher erogati da parte dei singoli erogatori;

- la prosecuzione del Progetto sperimentale “Autismo: dall’analisi territoriale al progetto di Vita” approvato con DGR n. XI/5213 del 13/09/2021– Ente attuatore: ATS Val Padana - con assegnazione di risorse pari a 300.000 euro – con durata prevista 2022- 2024. In considerazione del previsto termine della progettualità, nel 2024 proseguirà il monitoraggio delle attività con particolare attenzione agli elementi concernenti il modello gestionale organizzativo sostenuto dal Progetto che si inserisce nell’ambito dello sviluppo del tema del Budget di Salute.

5.5.5.2. Disturbi specifici dell’apprendimento (DSA).

Nel corso del 2023 è stato svolto un importante lavoro finalizzato all’attuazione della L.R. 17/2019 “Disposizioni in favore dei soggetti con disturbi specifici di apprendimento e individuazione precoce dei segnali predittivi” da parte della competente Struttura della Direzione Generale Welfare, coadiuvata dai due specifici organismi che operano in raccordo:

- il Comitato Tecnico Regionale DSA, istituito ex novo a seguito dell’avvio della XII legislatura con Delibera n. XII/1083 del 9/10/2023, coordinato da un referente della DG Welfare e composto dai rappresentanti di tutti gli attori istituzionali e non coinvolti (Direzioni Generali di Regione, Istituzioni Scolastiche di ogni ordine e grado, Ordini professionali e Società scientifiche, Comuni, Associazioni di familiari) con funzioni di coordinamento preordinate al perseguimento delle finalità della L.R. 17/2019.
- il Gruppo Tecnico ATS DSA, composto dai referenti di tutte le 8 ATS coordinato dalla Struttura regionale, con il compito di definire, implementare e diffondere, anche attraverso gli Organismi di Coordinamento Salute Mentale Dipendenze, modalità omogenee su tutto il territorio regionale atte a dare attuazione alla L.R. 17/2019.

Nel 2023 è stato dato sviluppo ai previsti lavori del Comitato Tecnico Regionale DSA per la definizione di interventi/azioni relativi alle aree tematiche enucleate ad esito dell’analisi, approfondimento e confronto svolta ed in particolare: rapporto famiglia – scuola – servizi ed interventi di potenziamento nell’attività scolastica.

Ad esito di tali lavori, in stretta collaborazione con la DG Istruzione, Formazione e Lavoro, è stato definito il progetto Indaco approvato con DGR n. XII/1370 del 20/11/2023, per la costituzione della rete scuola – UONPIA finalizzata all’individuazione precoce degli alunni a rischio di disturbi specifici di apprendimento (DSA) o altri disturbi del neurosviluppo, all’attuazione di attività di potenziamento in ambito scolastico e invio mirato ai percorsi diagnostici presso le UONPIA -.

Nel corso del 2023 la Struttura competente della DG Welfare ha altresì dato continuità al lavoro di analisi dei dati e monitoraggio dell’attività di prima certificazione diagnostica DSA rilevati dalle ATS, con il conseguente invio alle ATS stesse di un report – rif. nota prot. G1.2023.39540 del 2/10/2023 - relativo alla composizione ed alla dinamica complessiva regionale e di quella dei singoli territori, sia dei certificatori pubblici e privati che della popolazione destinataria.

Nel 2024 si garantirà pertanto l’implementazione di diverse azioni nell’area dei Disturbi Specifici dell’Apprendimento, finalizzate a sviluppare e consolidare quanto svolto nel 2023 attraverso:

- l’attuazione della prima annualità del Progetto Indaco con ASST Sette Laghi quale Ente

coordinatore ed assegnazione di risorse complessive pari a 130.000 euro;

- potenziamento progetto Indaco, come indicato nel Piano di Sviluppo di cui al paragrafo 1 del presente allegato, con la realizzazione di quanto previsto in ordine all' avvio della costituzione di un Nucleo Funzionale (NF) DSA in ogni UONPIA con uno specifico Referente e dell'attivazione di un network regionale stabile di tutti i NF DSA e di una figura di Coordinatore dello stesso, secondo quanto peraltro indicato dalle Linee di Indirizzo nazionali per i disturbi neuropsichiatrici e neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza (Intesa in Conferenza unificata del 25 luglio 2019).
- sviluppo ai lavori del Comitato Tecnico Regionale DSA in attuazione di quanto previsto dalla L.R. 17/2019 tra i quali si prevede la definizione, in raccordo ed a potenziamento delle iniziative sostenute dal Progetto Indaco, di informazione e sensibilizzazione sulle problematiche dei soggetti con DSA a famiglie, istituzioni scolastiche di ogni ordine e grado, pubbliche e private, istituzioni universitarie, sistema di istruzione e formazione professionale regionale, pediatri di libera scelta, operatori delle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private accreditate, consultori pubblici e privati accreditati (rif. art. 2 della L.R. 17/2019). A tal fine verranno utilizzate le risorse previste dall'art. 12 della L.R. 17/2019 e stimate in euro 200.000,00 annue.
- la prosecuzione del lavoro con il Gruppo Tecnico ATS ed il monitoraggio annuale delle attività di prima certificazione diagnostica DSA da parte delle ASST/IRCCS, degli Enti accreditati e delle Equipe private autorizzate da trasmettere alle ATS territorialmente competenti, secondo i tempi e le modalità riportate nelle indicazioni che verranno fornite dalla Struttura competente della DG Welfare. Le ATS sono chiamate a verificare la completezza e l'accuratezza dei dati.

5.5.6. DIPENDENZE

5.5.6.1. Monitoraggio attuazione legge 23/2020

STATO DELL'ARTE. Nel 2023 le azioni previste nell'area Dipendenze sono state indirizzate all'applicazione della L.R. 14 dicembre 2020 n. 23 "Nuovo sistema d'intervento sulle dipendenze patologiche".

- Si è implementato quanto previsto dalla DGR n. XI/7125/2022 attraverso azioni volte a potenziare l'investimento nell'area dei servizi per le dipendenze incrementando i posti a contratto.
- Con DGR n. XII/196/2023 è stata aggiornata la composizione del Tavolo di coordinamento tecnico in area dipendenze a seguito di sostituzione di alcuni componenti.
- Con DGR n. XII/1295/2023 è stato ricostituito il Comitato di indirizzo e coordinamento in area dipendenze a seguito di avvio della XII Legislatura.

Con DGR n. XII/1513/2023, al fine di migliorare la capacità ricettiva del sistema residenziale adeguandolo ai fabbisogni emergenti di comorbidità, grave fragilità e percorsi di reinserimento adeguati e personalizzati, si è provveduto ad una rimodulazione dei posti letto delle Unità d'Offerta terapeutico riabilitative in posti letto per pazienti comorbili e ad una nuova definizione dei criteri di eleggibilità ai percorsi di bassa intensità assistenziale. Nel corso del 2024, tenuto conto delle risultanze della applicazione della DGR 1513/23 e delle proposte del Tavolo tecnico, e degli esiti a livello nazionale sulla evoluzione dei requisiti di accreditamento delle comunità si procederà nell'ulteriore applicazione del percorso di attuazione della legge 23/2020 anche in relazione al tema della doppia diagnosi.

5.5.6.2. Ridefinizione assetto di rete

- Sono confermati i valori di budget derivanti dai contratti definitivi del 2023 definiti dalla DGR XI/7125/2022, pari a 8,9 Mln/Euro, e il proseguimento dell'attività di analisi delle saturazioni al 31/12/2024 per verificare la capacità ricettiva del sistema residenziale.
- A seguito della prima convocazione del Comitato d'indirizzo e coordinamento in area dipendenze in data 14/12/2023 e della condivisione del Documento del Tavolo di coordinamento tecnico, si provvederà nel 2024 alla valutazione e alla successiva implementazione delle seguenti azioni che saranno subordinate all'approvazione del Comitato stesso.

5.5.6.3. Osservatorio regionale delle dipendenze

Avvio delle attività dell'Osservatorio regionale Dipendenze individuando anche possibili collaborazioni con Centri Studi e Università al fine d'individuare indicatori specifici del fenomeno delle dipendenze. Sarà altresì avviato un Tavolo di confronto e condivisione con i referenti ATS per uniformare le modalità di assolvimento dei debiti informativi in considerazione dell'adozione del nuovo flusso SIND (Sistema Informativo Nazionale Dipendenze).

5.5.6.4. Equipe ospedaliere specialistiche per le dipendenze (ESOD)

Entro il 30/06/2024 si chiede alle ASST/IRCCS, sotto la regia e per il tramite delle ATS, di trasmettere proposte legate all'organizzazione sperimentale di un possibile reparto di degenza con posti letto dedicati alla medicina delle dipendenze e alla tossicologia, con particolare focus sulle nuove sostanze d'abuso, dotandosi quindi di adeguata strumentazione per l'identificazione delle nuove sostanze, e che siano specificatamente dedicati alla fascia d'età giovanile e in grado di fare rete con i Servizi per le Dipendenze. All'esito della valutazione, che terrà conto del modello organizzativo di governance delle dipendenze definito dalla legge 23/2020, verranno scelte tre tra le proposte pervenute.

5.5.6.5. Rete diffusa dipendenze (RE.DI.DI.)

Consolidamento e rafforzamento in ogni ATS della ReDiDi anche secondo le indicazioni del Comitato di Coordinamento e del Tavolo Tecnico Dipendenze con organizzazione della conferenza annuale prevista dalla legge, nel corso del 2024, quale momento di sintesi degli interventi locali di prevenzione, riduzione del danno, cura, riabilitazione e reinserimento e ai fini della elaborazione della relazione annuale da trasmettere al Comitato di indirizzo e di coordinamento in area dipendenze

5.5.6.6. Revisione dei criteri di accreditamento delle unità d'offerta residenziali/semiresidenziali

Nel quadro dell'attuazione della LR n. 23/2020 verrà ridefinito l'assetto della rete d'offerta nell'area delle dipendenze attraverso la proposta di riclassificazione delle tipologie di trattamento in tre differenti livelli di intensità assistenziale: alta, media e bassa.

La definizione dei criteri di riclassificazione delle tipologie di trattamento nelle diverse intensità assistenziali, i criteri di eleggibilità dei soggetti nei vari percorsi e l'eventuale adeguamento delle tariffe ai criteri aggiuntivi di accreditamento, con relativo aggiornamento delle stesse, sarà oggetto di un tavolo di lavoro specifico.

5.5.6.7. Potenziamento dell'assistenza in regime ambulatoriale

Per il 2024, tenuto conto del quadro di contesto attuale e prospettico, si prevede di potenziare la presa in carico a livello ambulatoriale nell'area delle dipendenze. Si incentiveranno le strategie di aggancio precoce di soggetti alle prime fasi del disturbo da uso di sostanze e/o dipendenze comportamentali, personalizzando l'intervento anche sulle fasce di soggetti più giovani dedicando loro luoghi e spazi

riservati. In questo ambito si procederà, nel corso del 2024, alla revisione del nomenclatore tariffario di cui alla DGR n. 20586/2005 e al relativo tracciato adeguando la tipologia delle prestazioni erogabili nel quadro del flusso nazionale SIND e aggiornando eventualmente le tariffe ai costi standard dei settori della Sanità e delle professioni sociali e riabilitative.

5.5.6.8. Carcere e misure giudiziarie

Come indicato dall'art. 10 della L.R. n. 23/2020 si procederà ad uno studio di fattibilità per l'implementazione di progetti sperimentali volti al trattamento delle dipendenze patologiche all'interno degli istituti penitenziari e, in continuità sul territorio, nonché alla formazione degli operatori. Si prevede di individuare una o più ATS per la pubblicazione di manifestazioni d'interesse per la co-progettazione delle azioni sperimentali con lo scopo di sostenere percorsi terapeutici in continuità carcere/territorio.

5.5.6.9. Screening HCV nei SERD

Nel 2023 è stato implementato il Programma per l'attuazione del piano per l'eliminazione dell'HCV, (come da DGR n. 5830 del 29/12/2021) prevedendo in particolare attività di screening nei Servizi per le Dipendenze, individuati quali importanti presidi di sorveglianza epidemiologica e autorizzati da Regione alla prescrizione/erogazione dei farmaci DAAs (nota Prot. G1.2022.0013774 del 14/3/2022).

In considerazione della positività dell'esperienza in corso si prevede la prosecuzione per l'anno 2024

- **5.5.6.10. Progetto parchi e interventi proattivi nei luoghi di aggregazione giovanile**

Nel 2023 si è ulteriormente rafforzato l'impianto organizzativo e metodologico del Progetto Parchi sul territorio di ATS Città Metropolitana di Milano – ente capofila del Progetto, individuando nelle aree del parco di Rogoredo le zone particolarmente attenzionate per la presenza di grave marginalità e tossicodipendenza. Presso la Prefettura di Milano, Prefettura capoluogo di Regione, è attivo un "Tavolo Interistituzionale", con compiti di regia delle diverse azioni in campo, coinvolgendo oltre a ATS Città Metropolitana di Milano, anche gli Attori Istituzionali di riferimento dei territori in cui il Progetto si sviluppa. Tale Progetto, finanziato negli anni precedenti con DGR XI/1987/2019, DGR XI/4232/2021 e DGR XI/7758/2022 proseguirà nel 2024 previa analisi di un report di valutazione sui risultati conseguiti e l'avvio di una ricerca valutativa sugli impatti e sugli esiti delle attività progettuali realizzate.

Le risorse necessarie al proseguimento della quinta annualità del progetto sono pari a euro 500.000, da assegnare alla ATS Città Metropolitana di Milano in qualità di ente capofila del progetto, nell'ambito della macroarea 9) della DGR XII/1511/2023 di approvazione del quadro economico del SSR 2024.

5.5.6.11. Piani contrasto GAP (Gioco d'Azzardo Patologico)

In tutte le ATS sono stati implementati nel 2023 i nuovi Piani Locali Gap (approvati con nota Protocollo G1.2023.0028730 del 20/07/2023) con attività previste e finanziate ai sensi della DGR n. XII/80 del 03/04/2023 e del Decreto n. 10915 del 17/07/2023, per un finanziamento pari a euro € 7.383.200, per dare continuità agli interventi previsti dal Programma di Attività per il Contrasto al Gioco d'Azzardo Patologico e ai rispettivi Piani Locali GAP.

Si prevede il monitoraggio e la valutazione di fattibilità delle sperimentazioni GAP in atto al fine di procedere all'implementazione dei Piani locali Gap, finanziati con il Fondo GAP 2022, secondo il Programma regionale di attività per il contrasto al Gioco d'Azzardo Patologico. In particolare, in relazione all'obiettivo specifico 3.2 che riguarda l'attivazione di percorsi di cura per il DGA

attraverso programmi di residenzialità e semi residenzialità, sono in corso le manifestazioni d'interesse nelle diverse ATS. In attuazione della DGR XII/80/2023, alle manifestazioni d'interesse possono partecipare le strutture accreditate nel sistema delle dipendenze che dispongano sia di posti non contrattualizzati che di posti contrattualizzati, in moduli specialistici completamente dedicati al trattamento del DGA. Regione si riserva di valutare gli esiti delle manifestazioni d'interesse in corso ed eventualmente di estendere i criteri di partecipazione.

5.5.6.12. Progetto “buone pratiche di telemedicina in alcologia e nelle dipendenze”

Con la DGR del 27 novembre 2023, n. 1436 “Approvazione Accordo di collaborazione con il Ministero della Salute e Convenzione con la ASST di Crema quale ente attuatore, per la realizzazione del Progetto “Buone pratiche di Telemedicina in Alcologia e nelle Dipendenze – Risorse anno 2023 della Legge n. 125/2001”, è stato approvato l'Accordo con il Ministero della Salute per la realizzazione del suddetto progetto come ulteriore evoluzione del precedente progetto “Alcologia e dipendenze nella forma della telemedicina”, positivamente concluso il 20 settembre 2023. Contestualmente la DGR n.1536/2023 approva la Convenzione tra Regione Lombardia e la ASST di Crema, quale ente attuatore in virtù della continuità delle azioni progettuali. Il progetto “Buone pratiche di Telemedicina in Alcologia e nelle Dipendenze” durerà 12 mesi con possibilità di richiedere una proroga di tre mesi e prevede un finanziamento complessivo di €48.504,00. L'obiettivo è quello di orientare, a partire dagli elementi emersi dal progetto precedente, la messa a sistema delle attività di Telemedicina nei Nuclei Operativi di Alcologia e nei Servizi delle Dipendenze.

5.5.7. PSICOLOGIA

5.1.7.1. Fondo benessere e accesso ai servizi psicologici DGR 1226/2023

Regione Lombardia ha approvato la DGR del 30/10/2023, n.1226 “Prosecuzione del Progetto regionale per il benessere e l'accesso ai Servizi psicologici delle fasce della popolazione in attuazione dell'art.33, comma 6-bis del Decreto Legge 25 maggio 2021, n.73, convertito con modificazioni dalla Legge 23 luglio 2021, n. 106 di istituzione del Fondo per la promozione del benessere e della persona finalizzato a favorire l'accesso ai Servizi Psicologici – Risorse anno 2022”, con la quale ha predisposto l'impegno della quota del Fondo 2022 pari a euro 1.453.613,10 per la prosecuzione in continuità delle attività del progetto denominato “Promozione del benessere e facilitazione dell'accesso ai servizi psicologici”, di cui alla DGR n. XI/7043 del 26/09/2022. Il progetto regionale è diretto a promuovere il benessere della persona facilitando l'accesso ai servizi psicologici in spazi non stigmatizzati e offrendo supporto psicologico alla popolazione, con particolare riferimento alle fasce più vulnerabili come i pazienti oncologici e i minori in età scolare. Regione Lombardia è capofila nazionale presso il Ministero della Salute attraverso il Coordinamento regionale UOPSI. Vengono confermate quali soggetti attuatori le ASST incaricate, nell'ambito delle Direzioni Sociosanitarie attraverso i Responsabili delle U.O. Psicologia, della prosecuzione in continuità delle attività declinate nel progetto nonché della rendicontazione semestrale dello stato di avanzamento ai competenti uffici della DG Welfare, secondo le modalità definite dal Ministero della Salute.

5.5.8. SANITA' PENITENZIARIA

Nel 2024 si lavorerà nei seguenti ambiti:

- revisione della DGR XI/4716/2016 nel quadro delle determinazioni sullo sviluppo della nuova sanità territoriale di cui al DM 77/2022, attraverso l'applicazione del modello delle Case di

Comunità ai servizi sanitari penitenziari, con riorganizzazione dell'assistenza e del personale sanitario in funzione delle nuove modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie;

- presa in carico del paziente psichiatrico e del paziente con dipendenza patologica: attraverso la revisione dei modelli di presa in carico del paziente psichiatrico con riorganizzazione dei servizi psichiatrici degli istituti con focus sulle articolazioni di Salute Mentale e sulle REMS, tenuto conto dell'istituzione del PUR. Revisione dei modelli di presa in carico del paziente con dipendenza patologica alla luce delle nuove sostanze di abuso, delle doppie diagnosi e dei nuovi modelli di terapia sostitutiva, in accordo con i DSM-D delle ASST sul cui territorio insistono gli Istituti Penitenziari;
- presa in carico del paziente cronico, mediante la messa a regime dei modelli già sperimentati nelle Case di Reclusione di Opera e Bollate per la presa in carico del paziente detenuto affetto da multi-patologia;
- implementazione del prontuario terapeutico regionale con focus specifico sull'utilizzo razionale di psicofarmaci, e lo sviluppo di modelli terapeutici atti a ridurre il misuso e l'abuso di psicofarmaci;
- sviluppo della cartella sanitaria informatizzata e dei sistemi per la rendicontazione dei flussi;
- sviluppo del sistema informativo della sanità penitenziaria con l'integrazione di altri sistemi informativi, quali quelli della salute mentale e delle dipendenze e delle vaccinazioni;
- telemedicina: sviluppo delle televisite, telecardiologia e teleradiologia, anche eventualmente applicando nell'ambito degli istituti metodiche della telemedicina integrate con la telemedicina rivolta alla popolazione generale.

5.6. ACCREDITAMENTO IN AMBITO SOCIOSANITARIO

5.6.1. ATTIVITÀ DI VIGILANZA E CONTROLLO DI APPROPRIATEZZA IN AMBITO SOCIOSANITARIO

Le ATS garantiscono in via routinaria l'effettuazione di verifiche di vigilanza e di appropriatezza su tutte le UDO sociosanitarie del proprio territorio con cadenza almeno triennale, fatto salvo le seguenti casistiche:

- verifica del possesso dei requisiti di esercizio ed accreditamento sul 100% delle istanze/SCIA/SCIA contestuale accreditamento;
- attività di vigilanza o controllo di appropriatezza straordinaria su segnalazione.

Le ATS garantiscono, quindi, attività di vigilanza routinaria e di controllo di appropriatezza, nell'ambito del piano annuale dei controlli, su almeno il 33% delle UDO sociosanitarie del relativo territorio e definiscono nel Piano dei controlli i criteri di campionamento delle UDO anche nel quadro delle determinazioni dell'Agenzia dei Controlli. Le ATS garantiscono comunque a partire dal mese di gennaio 2024 l'avvio dei controlli in oggetto sulla base della rotazione storica delle verifiche.

A partire dal 2024 il controllo di appropriatezza è assicurato sulle medesime strutture individuate per il controllo di vigilanza. L'Attività di controllo di appropriatezza è esercitata sulle percentuali minime di FASAS calcolate in base al numero di utenti rendicontati nel 2023 per ciascuna struttura campionata: 13% per il regime residenziale e semiresidenziale e 3,5 % per 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.

La DG Welfare procederà alla revisione degli indicatori di verifica di appropriatezza per le C-Dom e alla definizione di nuovi indicatori per gli Ospedali di Comunità. Nelle more della definizione di tali indicatori, le ATS programmano le verifiche di appropriatezza sulle C-Dom applicando comunque gli indicatori generali di cui alla DGR X/1765/2014.

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

Al fine di garantire attività di 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, l'ACSS costituirà 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.

Con riferimento ai requisiti soggettivi legati all'esercizio, all'accreditamento:

- l'ATS effettua controlli sul 100% delle nuove istanze;
- l'ATS applica la percentuale di verifica delle autocertificazioni prodotte su almeno il 10% delle autodichiarazioni o su una percentuale superiore, secondo i regolamenti interni di ogni ATS

Restano fermi i controlli finalizzati alla stipula dei contratti.

5.6.1.1. Modifica di accreditamento per trasferimento della sede in cui è svolta l'attività, anche all'interno dello stesso edificio qualora ricorrano esigenze di trasferimento prima del perfezionamento del provvedimento di accreditamento

Il trasferimento della sede di unità di offerta accreditata richiede l'avvio dell'iter previsto dalla DGR X/2569/2014 e s.m.i. – allegato 2 a seguito di presentazione di SCIA con contestuale richiesta di accreditamento.

Dalla data di presentazione della SCIA con contestuale richiesta di accreditamento il soggetto gestore è abilitato a porre in esercizio l'unità di offerta. La SCIA con contestuale richiesta di accreditamento deve essere completa di tutti gli elementi previsti dalla DGR 2569/2014 e s.m.i. e corredata fra l'altro dalla dichiarazione del possesso di tutti i requisiti generali e specifici organizzativi, gestionali, tecnologici e strutturali per l'esercizio e l'accreditamento, che ricomprendono anche la stipula di una polizza assicurativa di responsabilità civile a favore degli utenti, visitatori, volontari ed operatori (requisito DGR X/2569/2014 AC 3.2.4. h).

Al fine di garantire la continuità dell'assistenza agli ospiti/utenti, in caso in cui l'unità di offerta socio sanitaria oggetto del trasferimento è titolare di contratto, si prevede la possibilità di spostare l'unità di offerta socio sanitaria nella nuova sede oggetto di SCIA anche prima della conclusione dell'iter previsto per la modifica dell'accreditamento di cui alla DGR X/2569/2014 e s.m.i.

In tal caso, lo spostamento deve essere comunque motivato da carattere di urgenza e per esigenze inderogabili, anche di natura amministrativa.

Tale spostamento deve essere preventivamente concordato con l'ATS di competenza territoriale.

A conclusione dell'iter di modifica di accreditamento:

- con esito positivo, ATS riconoscerà la tariffa del FSR senza soluzione di continuità;
- con esito negativo, con rilievi di carenza di requisiti di esercizio e/o accreditamento, l'ATS non riconoscerà la tariffa del FSR dal primo giorno del trasferimento della Unità di offerta presso la nuova sede fino al giorno di dichiarazione, da parte del gestore, di risoluzione delle criticità rilevate.

5.6.1.2. Accreditamento delle case di comunità

L'attività erogata dalle Case di Comunità rientra nell'area dell'assistenza territoriale distrettuale in conformità a quanto previsto dall'art 7, comma 13, della L.R. 33/2009.

Nel corso del 2024 si darà avvio all'iter di accreditamento delle CdC seguendo le procedure di cui alla DGR X/2569/2014 s.m.i.

Si prevede l'applicabilità alle case di Comunità di quanto previsto al secondo capoverso del successivo paragrafo sugli ospedali di comunità oltre a quanto definito al paragrafo 2) dell'allegato 1) alla DGR XII/1025/2023.

I compiti legati al processo di, vigilanza e controllo di appropriatezza finalizzati all'esercizio e all'accREDITamento delle CdC rientrano nella competenza dell'equipe di vigilanza sociosanitaria del Dipartimento PAAPSS delle ATS, fermo restando la continuità della competenza dell'equipe della vigilanza e controllo appropriatezza sanitaria, sui servizi/attività sanitarie presenti all'interno delle Case di Comunità.

5.6.1.3. Accreditamento degli ospedali di comunità

Con DGR XII/1435/2023 si è dato avvio alla riclassificazione e all'accREDITamento degli Ospedali di Comunità. I competenti uffici della DG Welfare hanno già inviato alle ATS i format per la presentazione della SCIA contestuale di esercizio e di accREDITamento e check list di vigilanza.

Oltre a quanto definito al punto 9) del dispositivo della DGR XII/1435/2023 e al paragrafo 2) dell'allegato 1) alla DGR XII/1025/2023, si prevede che nelle ipotesi di OdC attivati presso sedi temporanee, nelle more dei lavori presso la sede individuata come definitiva nel quadro della programmazione del PNRR, le ASST devono presentare un documento che specifichi le misure compensative messe in atto al fine di garantire il possesso dei requisiti igienico sanitari e di sicurezza (piano straordinario della sicurezza). E' altresì ammessa tale possibilità nelle ipotesi di attivazione di sedi temporanee, di articolazioni degli spazi e/o della capacità ricettiva anche inferiori a quelle previste dal progetto presso la sede definitiva dell'OdC in allineamento alla DGR XII/1435/2023. Si applicano le determinazioni di cui all'allegato 1) alla DGR XII/1025/2023, prevedendo, con riferimento al punto 1) dell'elenco ivi riportato, che in autocertificazione il DG di ASST attesti, ricorrendo le fattispecie previste dal presente capoverso, la definizione delle misure compensative nell'ambito del piano straordinario della sicurezza. I provvedimenti di ATS e della Giunta restano quelli individuati all'ultimo capoverso del paragrafo 2) dell'allegato 1) alla DGR XII/1025/2023. La stessa procedura si applica, laddove necessario, anche alle sedi individuate come definitive e presso le quali siano ancora in corso i lavori previsti nell'ambito del quadro programmatico del PNRR. Resta fermo per entrambe le ipotesi che, qualora nell'edificio insistano altre unità d'offerta sociosanitarie già accreditate coinvolte nell'impatto dei lavori in corso, la procedura del nulla osta legata al piano straordinario deve ricomprendere anche tali unità d'offerta.

A conclusione dei lavori nella sede definitiva ASST presenta la SCIA per trasferimento sede con contestuale accreditamento presso tale sede. ATS avvia il procedimento di verifica di tutti i requisiti di esercizio e di accreditamento secondo l'iter procedurale della DGR X/2569/14 e smi

5.6.1.4. Piani programma in area sociosanitaria

Il termine previsto al 31.12.2023, dalla DGR n. XI/7758/2022, per l'adeguamento dei requisiti strutturali e tecnologici specifici per le unità di offerta in piano programma viene prorogato, in analogia a quanto previsto per le strutture sanitarie, al 31/12/2025.

La proroga è concessa a tutte le unità di offerta sociosanitarie per le quali la stessa è stata indicata dalla DG Welfare al 31/12/2023.

A tal fine si prevede che le ATS trasmettano entro il 12.02.2024 il monitoraggio delle unità di offerta sociosanitarie in piano programma precisando la data dell'ultimo sopralluogo con evidenza di quanto rilevato o la motivazione per eventuale mancato sopralluogo, il numero di posti letto autorizzati/accreditati, il numero di posti letto temporaneamente inattivi, la data di prevista conclusione dei lavori (tenendo conto del termine ultimo del 31.12.2025) e le misure strutturali, tecniche e/o organizzative attuate dal gestore per assicurare il soddisfacimento dei fini sottesi alle prescrizioni dei relativi requisiti e la data di adozione ed aggiornamento del piano straordinario di sicurezza.

Per l'anno 2024 è previsto il monitoraggio semestrale dell'andamento dei lavori e della coerenza con la loro programmazione. Le ATS dovranno trasmettere l'esito del monitoraggio semestrale alla DG Welfare entro il 20/07/2024 ed entro il 20/1/2025.

La verifica di ATS ha il fine di tenere monitorato lo stato di avanzamento dei lavori. Con particolare attenzione agli aspetti relativi alla sicurezza degli utenti e degli operatori verranno effettuati, oltre che con verifiche documentali, con sopralluoghi presso le strutture, motivando i casi eventuali in cui non si ritenga necessaria la visita in sede.

5.6.1.5. Unità di offerta sociosanitarie interessate da interventi di efficientamento energetico (es. superbonus 110%)

Le unità di offerta che risultano titolari di concessioni riconosciute nel corso del 2024 legate ad agevolazioni fiscali per l'efficientamento energetico (es. superbonus 110%) devono comunicare ad ATS, prima dell'avvio dei lavori, il cronoprogramma, le modalità organizzative adottate per dare continuità di assistenza all'utenza e la sicurezza degli utenti e degli operatori nonché le misure strutturali, tecniche e/o organizzative attuate dal gestore per assicurare il soddisfacimento dei fini sottesi alle prescrizioni dei relativi requisiti.

La ATS valuta la documentazione ed esprime con proprio provvedimento parere sulle modalità organizzative adottate a garanzia della continuità dell'assistenza. Tale parere deve essere trasmesso al soggetto gestore e alla DG Welfare di Regione.

Nel caso in cui per lo svolgimento dei lavori straordinari fosse necessaria una riduzione temporanea della capacità recettiva si prevede la garanzia del mantenimento, all'esito dei lavori, del volume di accreditamento e, se stipulato, il volume dei posti/prestazioni a contratto e del relativo volume di budget sottoscritto alla data di presentazione del cronoprogramma. Il mantenimento del budget è vincolato al rispetto delle tempistiche definite nel cronoprogramma.

Le ATS devono procedere a monitorare, tenuto conto della durata e alla tipologia dei lavori previsti, al fine di tenere sotto controllo lo stato di avanzamento, con particolare attenzione agli aspetti relativi

alla sicurezza degli utenti e degli operatori, con verifiche documentali e/o sopralluoghi presso le strutture, comunicandone l'esito alla DG Welfare.

5.6.1.6. Prevenzione e gestione delle infezioni respiratorie nelle UDO sociosanitarie

Resta valido per il 2024, fino a nuova disposizione nazionale o regionale, il documento "AGGIORNAMENTO DEL PROTOCOLLO DI PREVENZIONE E GESTIONE DEI CONTAGI POST EMERGENZA COVID - STRUTTURE DELLA RETE TERRITORIALE", allegato 2) della XII/1025 Seduta del 02/10/2023, le indicazioni trasmesse con nota prot. G1.2023.0051717, G1.2023, l'Ordinanza MDS del 27 dicembre, che proroga al 30 giugno 2024 l'obbligo delle mascherine con le specificità descritte nella precedente Ordinanza del 28 aprile 2023 (che scadeva al 31/1/2023) e successivi eventuali aggiornamenti.

5.6.1.7. Ulteriori determinazioni

Come previsto dalla DGR XII/1141/2023 nel 2024 si procederà ad aggiornare ed integrare i requisiti di esercizio e di accreditamento dei Consulenti Familiari delle sedi principali e distaccate (requisiti strutturali e tecnologici, requisiti professionali).

Considerata la specificità delle cure domiciliari, che si caratterizzano per lo svolgimento dell'attività al domicilio dell'assistito, si precisa che nel caso di voltura dell'accredimento di C-DOM o UCP-Dom ad un erogatore con unità d'offerta già accreditata rispettivamente per C-DOM o UCP-Dom nella stessa ATS, al termine del procedimento di voltura l'ente erogatore subentrante mantiene un solo CUDES coincidente con quello di cui era già titolare prima della voltura.

Il provvedimento di voltura dell'accredimento dovrà dare atto del nuovo assetto dell'unità d'offerta accreditata, nonché della cessazione dell'unità d'offerta ceduta e del relativo CUDES che viene chiuso, anche ai fini dell'aggiornamento del registro regionale AFAM.

Si precisa, infine, che anche in presenza di CUDES diversi per medesimo gestore di UCP-DOM o C-DOM accreditato in diverse ATS ma operante nei territori confinanti, per ogni distretto può essere accreditato un unico CUDES per gestore per la stessa tipologia di UdO (C-DOM o UCP-DOM), prevalendo il CUDES relativo all'accredimento della ATS competente territorialmente. ATS dovrà considerare quanto sopra nella predisposizione dei provvedimenti di parere di accreditamento.

In merito ai gestori CDOM e UCP-DOM già accreditati si chiede alle ATS di verificare per quanto di competenza e in presenza di situazioni sopra evidenziate di procedere, previa comunicazione al soggetto gestore interessato, ad approvare provvedimenti di parere di modifica dell'accredimento per evitare sovrapposizioni di più CUDES nello stesso territorio per lo stesso gestore e per la stessa tipologia di UdO (C-DOM o UCP-DOM)

Fra i requisiti di esercizio e accreditamento delle C-Dom è prevista l'individuazione di una sede organizzativa a livello Regionale, che può essere un requisito relativo a più C-Dom (più CUDES) su ATS differenti.

In caso di variazione di accreditamento per le C-Dom che coinvolgono il trasferimento o modifiche che riguardano la sola sede organizzativa, il soggetto gestore deve presentare la SCIA con contestuale richiesta di modifica di accreditamento alla ATS ove è ubicata la sede organizzativa oggetto di variazione e per conoscenza alle altre ATS presso le quali tale modifica ha effetto. Il procedimento di verifica, nelle modalità e nei termini previsti dalla DGR X/2569/2014 e s.m.i., rimane in capo alla ATS ove è ubicata la sede organizzativa.

Ad integrazione di quanto previsto dall'allegato 2) alla DGR X/2569/2014 e s.m.i., si prevede che in

caso di trasformazione, anche parziale, di una unità d’offerta sociosanitaria esistente in altra tipologia, il soggetto gestore presenta un’unica SCIA con contestuale richiesta di accreditamento. La SCIA riguarderà sia la riduzione dei posti della capacità ricettiva, sia la trasformazione di tali posti con l’avvio di una nuova unità di offerta sociosanitaria. Le due richieste sono pertanto strettamente collegate nell’esito e costituiscono un unico procedimento amministrativo. Il provvedimento di parere di accreditamento di ATS dovrà pertanto riguardare entrambe le unità di offerta sociosanitarie in questione, attestandone il possesso dei requisiti di esercizio e di accreditamento.

Si richiama qui quanto previsto nel capitolo “cure e riabilitazione” in relazione alle cure intermedie.

Così come previsto dagli schemi di contratto relativi alle misure e alle sperimentazioni regionali, si prevede che, qualora si riscontrino fattispecie di incoerenza tra le prestazioni erogate e rendicontate, l’ATS procede alla decurtazione delle sole prestazioni non tracciate nel FASAS. In caso di setting residenziale, si applica per analogia quanto previsto per la rete d’offerta consolidata dalla DGR X/1765/2014, e pertanto l’onere economico verrà decurtato in ragione del 30% per l’intero periodo contestato (giornata singola o periodo). Le presenti costituiscono prime disposizioni in materia, in previsione di un successivo lavoro di approfondimento.

Ad inizio 2024 verrà messa a regime la nuova interfaccia unificata AFAM/ASAN, che non prevederà più l’utilizzo di uno specifico browser. Nel portale saranno inoltre inseriti, per l’ambito sociosanitario, i dati relativi alle unità di offerta di riabilitazione ex art 26, Cure Intermedie e Ospedali di Comunità. Nel corso del 2024 il portale verrà implementato anche con i dati riferiti alle Case di Comunità, le COT e le misure/sperimentazioni sociosanitarie in atto.

Inoltre, in continuità con quanto già avviato nel 2023, si proseguiranno i lavori, in collaborazione con le ATS, di implementazione del portale unico ASAN/AFAM, con la possibilità fra l’altro di digitalizzazione e gestione dei flussi documentali.

È in corso di attivazione la possibilità di accesso da parte di ASST e ATS alla dashboard che permetterà di avere un quadro aggiornato sulle unità di offerta sociosanitarie abilitate, accreditate e a contratto del territorio di competenza, anche al fine di una maggior conoscenza per la programmazione territoriale.

Alle eventuali proposte di rimodulazione tra unità d’offerta sociosanitarie formulate dal Commissario Straordinario dell’ASP IMMES e PAT nominato con DGR XII/884 dell’8/08/2023 nell’ambito dell’esercizio delle sue funzioni, non si applicano le determinazioni in materia di cure intermedie di cui al capitolo “Cure e riabilitazione” del presente atto, anche in relazioni ad eventuali proposte di sperimentazione..

Il recupero anche in termini di conguaglio e/o credito da parte delle ATS nei confronti di eventuali Asp commissariate in base alla L.R. n. 1/2003 e s.m.i tra quanto erogato a titolo di acconto ed il valore della produzione consuntivata secondo regole di sistema riferita alle unità d’offerta sociosanitarie e sanitarie a contratto per le annualità 2022 e 2023, viene rimandato nell’ambito del piano di sviluppo che le ASP sono tenute a presentare a Regione Lombardia entro i termini di 6 mesi dalla data di nomina del Commissario, e che dovrà contenere una apposita sezione di dettaglio e tempistica per il pieno rientro di tali partite economiche/finanziarie dovute alla ATS

L’approvazione di tale piano da parte di Regione Lombardia determinerà l’avvio da parte delle ASP delle azioni di restituzione del debito/conguaglio ad ATS secondo le modalità che saranno ivi indicate

Nelle more di quanto sopra previsto, si autorizza l’ATS ad erogare acconti mensili sulla presente annualità 2024 come da contratto sottoscritto con l’erogatore ed in coerenza con le regole di sistema

ed altresì corrispondere e liquidare a titolo pieno l'importo di quanto previsto in applicazione dell'art 7 LR 2-2023 per l'anno 2021 e primo trimestre 2022

Si conferma l'autorizzazione - fino a diversa valutazione - in ordine alla prosecuzione del modello sperimentale di gestione del servizio di tutela dei minori attuato tra ASST della Valtellina e Alto Lario e gli Ambiti territoriali afferenti al territorio della stessa ASST, fondato sull'integrazione strutturata tra ASST e Uffici di Piano nel rispondere alla domanda di tutela dei minori su un territorio caratterizzato da peculiare complessità territoriale nell'accessibilità ai servizi, a fronte delle caratteristiche oro-geografiche, e di dispersione delle persone sia in termini spaziali che altimetrici, già disposta con l'adozione delle determinazioni di cui al punto 3.4 dell'allegato 2) alla DGR XI/4773/2021.

5.7. CONTRATTUALIZZAZIONE DELLE STRUTTURE SOCIO SANITARIE E DELLA SALUTE MENTALE

5.7.1. Casistiche di nuove contrattualizzazioni nel 2024

Le ATS possono procedere, nell'ambito delle rispettive assegnazioni, all'indizione di specifiche manifestazioni d'interesse dirette a garantire nuove contrattualizzazioni tese al riequilibrio territoriale del sistema d'offerta, tenendo conto della necessità di calcolare la relativa copertura a regime.

Si prevedono di seguito le casistiche legate alle nuove contrattualizzazioni nel 2024. Rientra nella programmazione regionale la messa a contratto di posti di unità d'offerta socio sanitarie realizzati mediante finanziamenti pubblici statali o regionali che specifichino il numero e la tipologia di UDO cui i posti si riferiscono e la coerenza dello sviluppo di tali posti in funzione della risposta al fabbisogno territoriale, e alle seguenti condizioni:

- per i casi di finanziamento statale: che il medesimo sia espressamente finalizzato allo sviluppo della rete socio sanitaria e, in particolare, alla realizzazione della specifica unità d'offerta da mettere a contratto; la stipula di un contratto di mutuo, anche se finalizzato, non può essere assimilabile alla condizione sopra richiamata;
- per i casi di finanziamento regionale: che il medesimo sia espressamente finalizzato allo sviluppo della rete socio sanitaria e, in particolare, alla realizzazione della specifica unità d'offerta da mettere a contratto, che risulti assegnato anche nell'ambito di processi istruttori che coinvolgo la Direzione Generale Welfare e che il numero di posti da mettere a contratto non superi quello previsto dall'intervento ammesso a finanziamento; che risultino concluse sia la realizzazione dell'intervento oggetto di finanziamento che la liquidazione del corrispondente contributo, con il saldo dello stesso.

In ogni caso, la messa a contratto è subordinata alla rinnovata valutazione, da parte della Regione, della compatibilità dell'intervento finanziato con la programmazione socio sanitaria, sulla base della valutazione del fabbisogno assistenziale da parte dell'ATS territorialmente competente, nel limite delle risorse disponibili.

Resta in ogni caso possibile, fermo restando il pieno rispetto dell'equilibrio economico di sistema, la valutazione da parte della Giunta sul livello di coerenza del servizio con la programmazione del fabbisogno, ai fini della eventuale scelta di contrattualizzazione.

Per le unità d'offerta che concludono, nel corso del 2024, i piani programma per l'adeguamento ai requisiti strutturali con la conseguente riattivazione di posti, è consentita la messa a contratto dei posti già precedentemente a contratto, ma temporaneamente inattivi per il periodo dei lavori. In ogni caso, non è consentita la messa a contratto di ulteriori posti letto, non precedentemente già contrattualizzati, nemmeno se la loro realizzazione era prevista nel piano programma. Fermo restando che, qualora una UDO perda il contratto, i corrispondenti posti/volumi a contratto rientrano nella programmazione di ATS che, nell'ottica di garantire i Lea, rialloca le risorse per la contrattualizzazione in funzione del riequilibrio territoriale, in esito a manifestazioni di interesse fondate su selezioni quali quantitative gestite a livello di ATS.

5.7.2. Nuove contrattualizzazioni nell'area degli ospedali di comunità

A seguito delle determinazioni assunte con la DGR n. XII/1435 del 27/11/2023, nel corso del 2024 le ATS individuate dalla DGR n. XI/6387/2022 dovranno procedere alla contrattualizzazione di soggetti gestori privati sanitari o sociosanitari per l'avvio di Ospedali di Comunità (OdC), nell'ambito delle risorse a carico del FSR indistinto stanziato all'interno della macroarea 4) della DGR n. XII/1511 del 13/12/2023 e delle risorse assegnate alle singole ATS a BPE 2024, al fine di potenziare la capacità di presa in carico del territorio.

L'offerta sociosanitaria territoriale lombarda, infatti, attraverso lo sviluppo degli Ospedali di Comunità all'interno dell'area dell'assistenza distrettuale territoriale, si arricchisce ulteriormente andando a completare la filiera dei setting domiciliare, diurno e residenziale già previsti in ambito sociosanitario, così da garantire alla medicina generale la disponibilità di una filiera territoriale su tutti i possibili setting e livelli di fragilità per accompagnare la risposta di rete all'evoluzione naturale del bisogno lungo il ciclo di vita della persona e della famiglia.

Si precisa che la contrattualizzazione dei soggetti gestori privati è subordinata all'effettivo previo conseguimento dell'accreditamento da parte degli Enti che si sono collocati utilmente nelle graduatorie formulate dalle ATS all'esito dell'espletamento delle manifestazioni di interesse indette ai sensi delle DDGR n. XI/6387/2022 e n. XII/1435/2023, con l'individuazione dei p.l. loro assegnati nell'ambito di quelli individuati per l'ATS che indice l'avviso.

L'ATS si riserva di richiedere preventivamente alla sottoscrizione del contratto, per gli Enti gestori di natura privata, ulteriore documentazione rispetto a quella prevista dalla DGR n. XII/1435 del 27/11/2023 ai fini di quanto previsto dal D.Lgs 159/2011 (comunicazione e informativa antimafia), in riferimento all'importo della quota di budget oggetto del contratto. È necessario inoltre che in occasione dell'avvio della contrattualizzazione si proceda al rispetto delle procedure in materia di tracciabilità dei flussi finanziari previste per i contratti legati alle prestazioni sociosanitarie.

In analogia alle UDO sociosanitarie accreditate, ai fini della stipula le ATS procederanno alla sottoscrizione dei contratti con i soggetti gestori di OdC privati utilizzando lo schema allegato al presente atto relativo all'area sociosanitaria, entro il valore del budget di produzione che verrà definito con successivo atto dei competenti uffici della DG Welfare entro il quadro risorse di FSR di cui alla Macroarea 4) del quadro economico 2024 del SSR approvato con DGR XII/1511 del 13/12/2023.

Restano inoltre previste, anche per i soggetti gestori di OdC privati, le previsioni in materia di possibilità di adesione ai contratti di filiera.

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

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

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

Gli spostamenti hanno come obiettivo un riequilibrio dell'offerta nell'ambito territoriale, e possono avvenire purché l'unità d'offerta che riduce il proprio assetto sia e rimanga al di sopra dell'indice di dotazione medio regionale. A tale scopo, in calce al presente allegato si fornisce, la situazione degli assetti contrattualizzati al 30/11/2023 (**Appendice 4.1**).

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

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

Le proposte dovranno attestare che:

- il trasferimento non comporta il fabbisogno di risorse aggiuntive per il sistema;
- le UDO che cedono posti non sono state realizzate con finanziamenti pubblici statali o regionali, finalizzati alla realizzazione dell'unità d'offerta, onde garantirne la destinazione d'uso e la restituzione di eventuali somme da rimborsare in relazione al finanziamento ricevuto;
- l'effettivo funzionamento delle UDO che cedono i posti/volumi, nel quadro di quanto previsto al paragrafo del presente allegato che disciplina l'accreditamento sociosanitario, con particolare riguardo alle regole sui procedimenti di voltura dell'accreditamento e di riconoscimento di Enti Unici;
- il trasferimento proposto non fa venire meno la finalizzazione per cui era stato attivato quel contratto.

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

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

Nell'ambito delle strutture di riabilitazione ex art. 26, per i soggetti che erogano sia prestazioni in regime di ricovero/ciclo diurno che in regime ambulatoriale e/o domiciliare, fermo restando il budget

complessivamente assegnato contrattualmente, è possibile richiedere lo spostamento di volumi contrattualizzati e delle relative quote di budget verso il regime domiciliare. Tale rimodulazione deve essere autorizzata dalla ATS territorialmente competente e comunicata alla Direzione Generale Welfare.

Ai fini della remunerazione del 2024, rimane altresì confermata la possibilità di superare il tetto del 130% per la remunerazione delle prestazioni in regime ambulatoriale e domiciliare (rif. § 6.3.8.12 Ulteriori regole di remunerazione della DGR 2672/2019), fermo restando i limiti di risorse del budget assegnato alla struttura.

5.7.4. Effetti sul contratto del processo di decadenza dall'accreditamento

Con riferimento al 2024, si conferma che non possono accedere al contratto definitivo previsto entro il 30/05/2024 le unità di offerta sociosanitarie inattive (qualificate cioè da mancata produzione/mancanza di fattori di produzione) per le quali è già attivata (o è in corso di attivazione) da parte delle strutture di vigilanza delle ATS la verifica per cessazione attività di cui al paragrafo del presente provvedimento sulla decadenza dell'accreditamento sociosanitario. Qualora tale condizione si verifica successivamente alla stipula del contratto definitivo, la decadenza dal contratto si verifica per effetto della decadenza dall'accreditamento. In ogni caso è esclusa la volturazione o lo spostamento di posti a contratto e relativo budget, in relazione a fattispecie di unità di offerta inattive. L'attualità della funzionalità dell'unità di offerta è accertata nell'ambito del procedimento di ATS avviato a fronte delle domande di voltura/spostamento di posti a contratto.

5.7.5. REGOLE PER LA NEGOZIAZIONE DELLE STRUTTURE SOCIOSANITARIE: PROCESSO DI NEGOZIAZIONE 2024 A VALERE SULLE RISORSE DEL FSR, REGOLE DI DETERMINAZIONE DEL BUDGET 2024 AI FINI DELLA STIPULA DEL CONTRATTO DEFINITIVO E PRIMI INDIRIZZI IN TEMA DI RIMODULAZIONE

5.7.5.1. Processo di negoziazione 2024

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

Ai fini della stipula le ATS utilizzano lo schema allegato al presente atto relativo all'area sociosanitaria e all'area non Intercompany della salute mentale, entro il valore di budget di produzione che verrà aggiornato con successivo atto dei competenti uffici della DG Welfare entro il quadro delle risorse di FSR di cui alla Macroarea 3) e 4) del quadro economico 2024 del SSR approvato con DGR XII/1511 del 13/12/2023, oltre a quanto previsto nel § 4.7.1.

In analogia, sono sottoscritti con le medesime tempistiche i protocolli negoziali dell'assistenza residenziale post acuta e delle altre sperimentazioni/misure, secondo i modelli allegati in appendice al presente atto (**Appendice 4.2**).

Restano inoltre confermate le previsioni in materia di possibilità di adesione ai contratti di filiera.

5.7.5.2. Regole di determinazione del budget 2024 ai fini della stipula del contratto definitivo: regole per la storicizzazione 2024 della quota di budget riconosciuta a titolo di iperproduzione nel 2023

La determinazione del budget 2024 delle UDO sociosanitarie territoriali comprende l'eventuale quota derivante dalla rimodulazione tra unità d'offerta della stessa tipologia ubicate sulla medesima ATS (quota storicizzabile), mentre non comprende l'eventuale quota derivante dalla rimodulazione tra unità di offerta della stessa tipologia o di tipologia differente ma ubicate su territori di ATS differenti (quota non storicizzabile).

Rispetto al contratto di filiera, ai fini della storicizzazione dell'eventuale iperproduzione legata alla determinazione del valore del contratto definitivo per l'esercizio successivo, rileva la produzione effettiva delle singole UDO in filiera (quindi al netto delle quote di produzione trasversalmente assorbite dalle altre UDO in filiera nell'anno precedente) e non la quota di iperproduzione finanziata da quote di ipoprodotto.

La DG Welfare, al fine della determinazione dei budget 2024 delle UDO sociosanitarie procede per singola ATS all'elaborazione di due prospetti:

- A) per le singole tipologie di UDO, prospetto dell'ipoprodotto distintamente elaborato per ATS e singola tipologia di UDO, contenente:
 - CUDES non appartenenti a filiere e in ipoprodotto;
 - CUDES della medesima tipologia di UDO appartenenti a filiere e in ipoprodotto complessivamente sulla tipologia di UDO in questione;
 - La somma pari al 50% dell'ipoprodotto di ATS costituisce lo stanziamento delle risorse libere per finanziare la storicizzazione dell'iperproduzione per tipologia di UDO e per ATS;
- B) per le singole tipologie di UDO, prospetto dell'iperproduzione distintamente elaborato per ATS e singola tipologia di UDO, contenente:
 - CUDES non appartenenti a filiere e in iperproduzione;
 - CUDES della medesima tipologia di UDO appartenenti a filiere e in iperproduzione complessivamente sulla tipologia di UDO in questione;
 - La somma dell'iperproduzione riconosciuta nel 2023 costituisce il fabbisogno teorico di storicizzazione da finanziare nei limiti dello stanziamento disponibile di cui alla lettera A)

Distintamente per singola tipologia di UDO e ATS In relazione alle due fattispecie profilabili, si avrà che:

- se il 50% del valore di A) \geq B), sarà storicizzato il 100% dell'iperproduzione riconosciuta nel 2023;
- se il 50% del valore di A) $<$ B), l'iperproduzione riconosciuta sarà storicizzata in misura pari al rapporto tra A) e B).

I budget 2024 degli ipoprodotto 2023:

- CUDES non appartenenti a filiere e in ipoprodotto;

- CUDES della medesima tipologia di UDO appartenenti a filiere e in ipoproduzione complessivamente sulla tipologia di UDO in questione

sono pari alla produzione riconosciuta per quella tipologia di UDO del 2023, sommata al 50% dell'ipoproduzione 2023.

Tenuto conto che:

- l'area delle cure domiciliari di cui alle DGR XII/430/2023 e XII/715/2023 (C-DOM, Cure Palliative domiciliari e RSA Aperta) è coinvolta dal processo di attuazione dell'obiettivo di investimento;
- nell'area delle dipendenze hanno trovato applicazione a partire dal 2023 gli effetti delle determinazioni assunte con DGR XI/7125/2022;
- nell'area della salute mentale e NPIA hanno trovato applicazione a partire dal 2023 gli effetti delle determinazioni assunte con DGR XI/7752/2022 e DGR XII/1025/2023;
- le unità d'offerta sociosanitarie per le persone con disabilità destinatarie di nuovi posti contrattualizzati nelle ultime due annualità.
- l'ambito dei servizi diurni per anziani necessita di particolare attenzione, stante la relativa funzione di supporto necessario a concorrere al mantenimento al domicilio delle persone in condizione di fragilità e non autosufficienza

per queste aree per l'anno 2024 il budget è pari al budget definitivo sottoscritto per il 2023, fatte salvo eventuali fattispecie di trascinarsi ad anno degli effetti legati alle specifiche determinazioni e gli effetti derivanti dall'applicazione delle determinazioni in materia di RSA Aperta.

Nel caso di UDO oggetto di nuova contrattualizzazione nel corso del 2023 il budget 2024 è pari a quello 2023 trascinato ad anno. Per l'area delle dipendenze si terrà altresì conto delle variazioni sul budget 2024 ai sensi della DGR XII/1513/2023.

Ai fini del calcolo del budget delle RSA si terrà conto anche degli esiti della manifestazione d'interesse di cui ai capitoli successivi del presente allegato.

Per il 2024 non si procede alla contrattualizzazione delle ASST di nuovo accreditamento come C-DOM- in relazione all'erogazione diretta dell'ADI.

Entro i limiti dei budget sociosanitari assegnati, le ATS possono valutare sulla base del fabbisogno l'indizione di manifestazioni di interesse legate al miglioramento della risposta sociosanitaria territoriale tenuto in ogni caso conto del livello di copertura territoriale rispetto alla media regionale.

5.7.5.3. Regole di determinazione del budget 2024 dei contratti di scopo

I gestori di cure domiciliari (ADI, RSA Aperta e CP- DOM) titolari del contratto di scopo a valere sulle risorse di PNRR in applicazione delle determinazioni di cui alla DGR XII/715/2023, proseguono sul 2024 l'attività assistenziale entro il limite delle risorse residue assegnate sul 2023 a tutto il 30/04/2024. Resta ferma in ogni caso la possibilità per ATS di procedere nel primo quadrimestre 2024 con manifestazioni d'interesse anche a valere su eventuali quote residue di PNRR assegnato sul 2023 e non ancora finalizzato alla stipula di contratti di scopo.

Tenuto conto della dinamica di avanzamento nel raggiungimento del target di PNRR, si procederà con successivo atto a definire le nuove assegnazioni 2024 a valere sulle risorse di PNRR e, nell'ambito di queste, la quota finalizzata a finanziare i contratti di scopo 2024 (in relazione ai

contratti già stipulati nel 2023) e quella eventuale da destinare a possibili nuove manifestazioni di interesse da indire a livello di singole ATS.

5.7.5.4. Ulteriori determinazioni nell'ambito di quanto già previsto ai punti 8, 9 e 10 del dispositivo della DGR XII/1513 del 13/12/2023

Al fine di semplificare il processo di gestione del budget di RSA, RSD e CSS, in un logica di flessibilità, si ritiene di procedere, nel contesto della scheda di budget legata al contratto definitivo, a sommare l'incremento derivante dall'applicazione delle determinazioni di cui alla DGR XI/1513 del 13/12/2023 al budget calcolato in allineamento alle regole definite ai paragrafi precedenti della presente sezione, riportando un solo valore complessivamente diretto alla copertura della produzione.

Le determinazioni di cui al punto 10) della DGR XII/1513/2023 si applicano per il 2024. Ai fini del calcolo della retta media delle singole strutture si dà atto che i competenti uffici della DG Welfare hanno proceduto a richiedere per il tramite delle ATS agli enti gestori l'aggiornamento dei dati legati alla retta e alle gg erogate a tutto il 30/09/2023 dando scadenza al 20 gennaio per la relativa trasmissione alle ATS e successivamente, entro il 24 gennaio, dalle ATS alla Dg Welfare.

La DG Welfare provvederà entro il 12 febbraio a trasmettere i risultati dell'accodamento alle ATS elaborato tenendo conto dei valori di tutte le strutture tranne quelle pubbliche e intercompany, evidenziando la retta media di ATS al lordo di IVA dei primi tre trimestri 2023, distintamente per le RSA posti ordinari, RSA nuclei Alzheimer, RSD e CSS e il posizionamento delle singole strutture rispetto a tale valore medio maggiorato del 2%, quale elemento per definire i soggetti che - pubblici non intercompany o privati - rientrano nei vincoli di incremento delle rette ai sensi della DGR XII/1513/2023.

Le ATS provvederanno tempestivamente a comunicare ad ogni gestore:

- il valore della retta media dei primi tre trimestri 2023 maggiorato del 2%
- il proprio posizionamento rispetto a questo valore.

Restano confermati eventuali incrementi assunti/deliberati sul 2024 in data antecedente quella di adozione della DGR XII/1513/2023. Tutti i provvedimenti assunti, ancorché non comunicati, prima della data di adozione della DGR XII/1513/2023 sono pertanto validi e trovano applicazione.

Nel quadro di programmazione prevista nella DGR XII/1513/2023, si prevede di avviare la definizione del costo standard in RSA, RSD, CSS

Con riferimento invece allo schema attuativo della previsione di cui al punto 9) della DGR XII/1513 del 13/12/2023 che dispone l'ulteriore finalizzazione di risorse fino a 30 mln/Euro al concorso dei costi per l'erogazione dei farmaci in RSA e RSD, si precisa che la Unità Organizzativa Rete territoriale della DG Welfare in collaborazione con la UO Farmaceutica e Dispositivi Medici, procederanno a definire il modello per l'attuazione delle determinazioni assunte.

5.7.5.5. Regole di eventuale rimodulazione del budget esercizio 2024

Si prevede la possibilità di effettuare rimodulazioni dei budget a chiusura dell'esercizio 2024 entro i limiti dell'equilibrio economico finanziario di sistema e nell'ambito degli stanziamenti per la Macroarea delle unità di offerta sociosanitarie, delle Misure e dell'area della salute mentale, tenendo conto delle risorse eventualmente disponibili e della necessità del pieno rispetto delle tempistiche di chiusura dei bilanci delle aziende del SSR. La rimodulazione, come sulla precedente annualità, sarà operata in una logica di piena allocazione delle risorse di FSR assegnate alle ATS e di trasversalità

nell'ambito del sistema della rete consolidata e sperimentale dei servizi sul territorio. Cons successivo atto verranno pertanto definite le regole dirette ad operare a livello regionale rimodulazioni di budget a chiusura dell'esercizio 2024, finalizzando a tal fine l'eventuale complessiva disponibilità residua a valere sulle complessive risorse di FSR 2024 assegnata alle ATS a favore delle unità di offerta socio sanitarie: con scheda di budget assegnato e sottoscritto; che si trovano in condizione di eventuale sovrapproduzione.

5.7.5.6. Ulteriori determinazioni

Si conferma l'applicazione fino al 31/12/2024 della tariffa aggiuntiva a budget di euro 40/die di cui alla DGR XI/3782/2020 per i casi di pz covid già inseriti sui posti a contratto di unità di offerta residenziali per le aree di cui alla medesima DGR e per quelle previste dalla DGR XI/3913/2020.

La richiesta di inserimento di cittadini lombardi fuori regione richiede una attenta valutazione in ordine all'appropriatezza e alla sostenibilità dei costi, garantita attraverso la valutazione integrata tra ASST, Comune di residenza, ATS e la famiglia della persona.

Pertanto, in occasione delle richieste di inserimento in strutture extraregionali, la valutazione di appropriatezza deve tener conto anche dei predetti criteri, attraverso il lavoro congiunto di ATS, ASST e Comune per evitare il ricorso alle strutture fuori regione in situazioni di disponibilità nella rete regionale di posti appropriati alle esigenze della persona. Nel merito si richiamano anche i recenti provvedimenti con cui è stato avviato un percorso per il potenziamento della capacità della rete regionale delle strutture residenziali di rispondere ai bisogni dell'utenza anziana/disabile che presenta particolare complessità (es. disturbi comportamentali/ difficoltà nell'alimentazione), riconoscendo attraverso opportuni interventi tariffari il maggiore impegno assistenziale della casistica in questione. Tali interventi hanno anche l'obiettivo di favorire il mantenimento delle relazioni con il contesto di origine.

Si ricorda altresì che ai fini dell'autorizzazione all'inserimento fuori regione occorre verificare che la struttura di inserimento sia accreditata con la regione di ubicazione e che le tariffe richieste a carico del FSR siano le medesime applicate ai cittadini dalla regione competente.

Le unità d'offerta lombarde che ricevono richieste di inserimento a carico del FSR di cittadini residenti fuori regione, si attivano per ottenere l'autorizzazione dalla ASL di competenza in ordine al sostenimento degli oneri legati alla tariffa sanitaria.

Si richiamano brevemente di seguito principali riferimenti normativi in ordine all'inserimento di utenti lombardi in strutture socio sanitarie ubicate fuori regione.

L'art. 10 bis introdotto dal DPR 126/2015 nel DPR 223/1989, dispone:

Art. 10-bis (Posizioni che non comportano mutazioni anagrafiche). – 1. Non deve essere disposta, né d'ufficio, né a richiesta dell'interessato, la mutazione anagrafica, per trasferimento di residenza, delle seguenti categorie di persone:

a) (.....)

b) ricoverati in istituti di cura, di qualsiasi natura, purchè la permanenza nel comune non superi i due anni, a decorrere dal giorno dell'allontanamento dal comune di iscrizione anagrafica (con regolamentazione che sostituisce quella presente nel precedente del D.P.R. n. 223 del 1989 art. 4).”.

Nel merito si richiama poi la Sentenza Cassazione Civile n. 20401 del 26/07/2019) in ordine all'azienda sanitaria responsabile degli oneri dell'inserimento in strutture fuori regione e le previsioni della normativa di carattere anagrafico tenuto conto di quanto disposto dall'art. 10 bis sopra riportato:

“Le norme sopra trascritte (...) rendono palese che il trasferimento effettivo della residenza anagrafica comporta il trasferimento dell’obbligo di pagamento del contributo, a carico della ASL di nuova residenza, che è l’unica in grado di controllare le esigenze sanitarie del territorio, in conformità alle obiettive esigenze di razionalizzazione e contenimento della spesa pubblica in materia sanitaria. Se così non fosse, nel caso di malati lungodegenti o cronici, ove l’ammalato muti residenza, tutte le ASL dei successivi luoghi di residenza sarebbero indotte a non verificare se il paziente abbia ancora bisogno del ricovero o meno, fidando nel fatto che tutti gli oneri resteranno sempre a carico della ASL che per prima dispose il ricovero”.

Le ATS, per gli ospiti lombardi inseriti in strutture fuori regione sono tenute a comunicare agli ospiti stessi, alla ASL fuori regione competente in funzione dell’ubicazione della struttura e alla struttura stessa, dopo decorsi due anni dal ricovero fuori regione, la normativa di cui all’art. 10 bis del DPR 223/1989 come modificato dal DPR 126/2015 al fine del cambio di residenza.

Il cambio di residenza ha effetto in ordine all’individuazione dell’ASL competente per l’assunzione degli oneri sanitari legati al ricovero. Resta salva invece l’applicazione della previsione di cui all’art. 6, comma 4, della L. 328/2000 in relazione alla titolarità degli oneri socioassistenziali connessi al ricovero stesso.

Si precisa che per le prestazioni di ricovero in hospice, così come ricordato dal Coordinamento Tecnico della Commissione Salute con Prot. 23/02/2022.0181280.U non è necessaria l’autorizzazione preventiva.

Si conferma l’accreditamento disposto con DGR XII/1376 del 20/11/2023 relativamente alla UDO C-DOM CUDES 094055, revocando pertanto la successiva DGR XII/1678 del 28/12/2023.

5.7.5.7. Applicazione norme in materia di tracciabilità dei flussi finanziari all’acquisto di prestazioni socio sanitarie

A seguito dell’emissione del Parere Anac FUNZ CONS 48/2023 si prevede il recepimento a partire dalla stipula dei contratti definitivi 2024 delle UDO Ordinarie e delle attività sperimentali/misure delle disposizioni di cui all’art. 3 L. 136/2010. Si richiede alle ATS di attivarsi per l’acquisizione del CIG, anche al fine di consentire i relativi adempimenti in capo ai soggetti gestori.

5.7.5.8. Ulteriori determinazioni

In continuità con le determinazioni di cui alla DGR XI/4747/202, è autorizzata la prosecuzione del modello sperimentale di gestione del servizio di tutela dei minori attuato tra ASST della Valtellina e Alto Lario e gli Ambiti territoriali afferenti al territorio della stessa ASST, fondato sull’integrazione strutturata tra ASST e Uffici di Piano nel rispondere alla domanda di tutela dei minori su un territorio caratterizzato da peculiare complessità territoriale nell’accessibilità ai servizi, tenuto conto dei livelli di dispersione delle persone sia in termini spaziali che altimetrici che qualificano il relativo territorio.

- In **Appendice 5.1.** sono riportati GLI INDICI DI POSTI A CONTRATTO AL 30/11/2023, VALORI PER 10.000 UNITÀ DI POPOLAZIONE TARGET E PER ASST
- In **Appendice 5.2.** e **Appendice 5.3.** sono rispettivamente riportati lo SCHEMA TIPO DI CONTRATTO PER LE UDO SOCIO SANITARIE e gli SCHEMI TIPO DI CONTRATTO PER MISURE, POST ACUTA E SPERIMENTAZIONI

5.8. FLUSSI INFORMATIVI DELL’AREA SOCIO SANITARIA

5.8.1. RILEVAZIONE DELL'UTENZA IN SOLVENZA

Secondo le disposizioni vigenti in materia di accreditamento, si conferma l'obbligatorietà del debito informativo a carico delle strutture erogatrici attraverso i flussi informativi sociosanitari vigenti, anche per le strutture solo accreditate (intendendosi le strutture anche solo accreditate ovvero le strutture contrattualizzate in presenza di posti/prestazioni solo accreditate).

A tal fine, sono stati adeguati i sistemi informativi regionali per accogliere a livello centrale i dati di produzione della rete d'offerta anche solo accreditata. In fase di prima applicazione, si procederà ad accogliere i dati riferiti alla rete d'offerta sociosanitaria residenziale per l'area anziani, delle cure palliative, delle cure intermedie e delle persone con disabilità, e precisamente:

- Rsa: SOSIA
- Rsd e CSS: SIDIWEB
- Srm: SDO-FAM
- cure intermedie: : SDO-FAM
- hospice: FLUSSO CURE PALLIATIVE PER SETTING RESIDENZIALE

Le Ats sono chiamate a garantire l'acquisizione e successivamente l'invio alla Regione tramite piattaforma SMAF dei flussi sopra specificati secondo le tempistiche ordinarie.

Il flusso economico FE, per le citate unità d'offerta, essendo un flusso di natura amministrativa finalizzato alla valorizzazione della produzione erogata, resta un debito informativo in capo ai soli erogatori contrattualizzati, comprendendo l'obbligo della rilevazione- dell'assistenza erogata sia su posti a contratto che su eventuali posti solo accreditati.

5.8.2. DISMISSIONE DEL FLUSSO RETE UDO

A partire dal 1/1/2024, per via del caricamento massimo delle strutture di riabilitazione e cure intermedie (RIA / INT) sul registro delle udo sociosanitarie AFAM, in via di completamento, il flusso informativo RETE UDO viene superato e sostituito dall'inserimento diretto in AFAM delle informazioni anagrafiche relative alla rete d'offerta dedicata alle RIA e INT

5.8.3. PRESTAZIONI DA REMOTO

Nelle more della messa a sistema del processo di erogazione in modalità di telemedicina di talune prestazioni rientranti nel nomenclatore dei consultori, e nelle more della messa a regime della piattaforma regionale di telemedicina in corso di implementazione, si garantisce per il 2024 la possibilità di dare continuità all'erogazione di prestazioni in modalità da remoto per i servizi consultoriali come sperimentati durante l'emergenza pandemica. La stessa continuità è garantita per le prestazioni erogate in Rsa aperta.

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

5.8.4. OBIETTIVO DI PNRR M6C2 1.3.2 NUOVO FLUSSO INFORMATIVO NSIS SICOF – SISTEMA INFORMATIVO CONSULTORI FAMILIARI

In recepimento del DM 7/8/2023 relativo al sistema informativo per il monitoraggio delle attività erogate dai consultori familiari (SICOF), il flusso Cons è stato aggiornato in allineamento alle specifiche tecniche del nuovo flusso informativo NSIS SICOF. Il nuovo tracciato, già trasmesso agli

enti sanitari, introduce nuovi elementi informativi e classifica le prestazioni in aree, sotto aree e tipologia di prestazioni in funzione della matrice di associazione, anch'essa già inviata agli enti sanitari.

Il nuovo tracciato decorre dal 01/01/2024. Al fine di permettere i necessari adeguamenti ai sistemi centrali regionali dedicati all'acquisizione del nuovo tracciato, i dati di produzione del mese di gennaio e febbraio potranno essere inviati a partire dalla finestra di invio del 20 marzo 2024; successivamente si procede secondo le ordinarie scadenze mensili.

L'introduzione del nuovo tracciato secondo le linee guida ministeriali non modifica il sistema di valorizzazione delle prestazioni. Sarà in ogni caso aggiornata la reportistica legata agli esiti di elaborazione in adeguamento alle nuove regole di alimentazione dei tracciati del flusso informativo.

Nel corso dell'anno verranno convocati degli incontri di monitoraggio sullo stato di avanzamento dell'attività di implementazione del nuovo sistema di rilevazione.

5.8.5. OBIETTIVO DI PNRR M6C2 1.3.2 NUOVO FLUSSO INFORMATIVO NSIS SIAR – SISTEMA INFORMATIVO DELLA RIABILITAZIONE TERRITORIALE

In recepimento del DM 7/8/2023 relativo al sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza riabilitativa (SIAR), il flusso SDOFAM è stato aggiornato in allineamento alle specifiche tecniche del nuovo flusso informativo NSIS SIAR. Il nuovo flusso informativo, in corso di trasmissione al territorio, introduce un nuovo tracciato, denominato SDOFAM5 per la rilevazione di nuovi elementi informativi come richiesti a livello nazionale. La rilevazione delle nuove informazioni si applica ai ricoveri attivati a partire dal 1/1/2024. Per i ricoveri attivati prima di tale data, le nuove informazioni non sono obbligatorie.

Il nuovo tracciato non viene applicato ai ricoveri afferenti all'unità d'offerta SRM (cod. reparto 84), in quanto non rientrante nel perimetro di applicazione del DM 7/8/2023 istitutivo del SIAR.

Per quanto riguarda il gestionale SIDIWEB, nel corso dell'ultimo trimestre sono stati svolti alcuni approfondimenti e valutazioni, facendo ritenere che l'avvio del nuovo sistema di monitoraggio SIAR non richieda aggiornamenti dello stesso, essendo già presenti gli elementi informativi utili per l'alimentazione del flusso informativo nazionale in avvio sperimentale come definito nel DM 7/8/2023. Si ricorda la necessità di inserire a sistema, quand'anche in esito alla rivalutazione non si modifichi la classe SIDI, la rivalutazione degli ospiti, di norma semestralmente, o alla modifica delle condizioni dell'ospite che necessitano di rivalutazione con adeguamento del piano individuale, in coerenza con quanto previsto dalla DGR 2569/2014 Allegato 1).

Con riferimento alla rilevazione delle ore annuali di personale dedicato all'assistenza distintamente per figura professionale, è in corso di modifica il flusso di "SCHEDE STRUTTURA" limitatamente alla sezione "personale a standard" per le sole unità d'offerta interessate dal sistema informativo SIAR. Tale modifica permetterà di anticipare l'invio di tali dati alla scadenza già programmata con DGR XII/850/2023 al 28 febbraio.

Nel corso dell'anno verranno convocati degli incontri di monitoraggio sullo stato di avanzamento dell'attività di implementazione del nuovo sistema di rilevazione.

5.8.6. EVOLUZIONE DEL SISTEMA INFORMATIVO DELLE CURE DOMICILIARI. AVVIO DELLA PIATTAFORMA REGIONALE SGDT

Al fine dell'evoluzione del sistema informativo a supporto delle cure domiciliari, si richiama la dgr XII/1512/2023 che descrive il processo finalizzato alla migrazione dagli attuali sistemi informativi a livello locale verso la piattaforma regionale SGDT individuando le azioni, gli attori, le tempistiche e le responsabilità delle fasi di processo.

In particolare, alle Ats è dato mandato di accompagnare il processo di migrazione garantendo il pieno raccordo con le Asst e gli erogatori privati accreditati di cure domiciliari del proprio territorio e monitorando il buon esito del processo complessivo. A tal fine, le Ats sono chiamate a condividere con gli attori di processo del proprio territorio, in considerazione dell'eterogeneità dei modelli organizzativi adottati nel corso del tempo, le modalità operative più adeguate per la gestione della fase transitoria che va dal 1° gennaio 2024 alla piena operatività della piattaforma SGDT a favore dei processi legati alle cure domiciliari.

Nel corso del 2024, proseguiranno i tavoli di lavoro settimanali del gruppo di lavoro partecipato da tutte le Ats al fine di completare gli sviluppi della piattaforma SGDT, anche con finalità di reportistica utile al governo dei processi di assistenza nelle cure domiciliari. Saranno ripresi anche i tavoli di lavoro finalizzati allo sviluppo dei processi di interesse alle cure primarie su piattaforma SGDT.

In considerazione dell'evoluzione del sistema informativo delle cure domiciliari, anche il modello di gestione del debito informativo viene riorganizzato. Si conferma l'obbligatorietà di invio dei flussi informativi delle cure domiciliari (flussi Siad ed Fe4) da parte degli erogatori sia pubblici (Asst) che privati accreditati a cadenza trimestrale. Transitoriamente, ancora per il 2024, il debito informativo è inviato a Regione Lombardia tramite piattaforma Smaf attraverso le Ats. Dal 2025, l'invio dei tracciati completi sarà diretto da erogatore pubblico (Asst) e privato accreditato a Regione Lombardia per il tramite della piattaforma Smaf, prevedendo in ogni caso per le Ats dei report di ritorno.

A partire dal 1° gennaio 2024 il flusso informativo ADP-Ifec relativo all'attività degli infermieri di famiglia è superato e sostituito dal flusso informativo SIAD, completo di tutti i tracciati. Pertanto, le Asst dovranno rendicontare tutta l'attività erogata a titolo di adi diretta, in funzione della conclusione del percorso di accreditamento avviato ai sensi della DGR XI/6867/2022, compresa l'attività resa al domicilio dagli infermieri di famiglia, unicamente attraverso il flusso informativo SIAD, secondo le scadenze ordinarie di tale flusso. La piattaforma regionale SGDT mette a disposizione delle Asst una funzione di estrazione dei tracciati completi secondo le specifiche tecniche regionali. Si specifica che al fine della generazione del flusso Siad, sia nel caso in cui l'assistito scelga un gestore di cure domiciliari privato accreditato, sia nel caso scelga l'Asst quale erogatore pubblico di cure domiciliari, le EVM di Asst dovranno alimentare obbligatoriamente la scheda Siad semplificata presente in SGDT, nei casi in cui la stessa non sia stata già alimentata dal mmg. Gli elementi informativi di tale scheda, nel caso in cui la scelta della famiglia ricada sull'erogatore privato accreditato, saranno oggetto di scambio attraverso il servizio di cooperazione applicativa tra SGDT e i sistemi informativi locali degli EEPA.

Tenuto conto del processo in corso e di quanto previsto dalla DGR 6867/2022 per la ATS città metropolitana di Milano, è autorizzata, stante la sua specificità, l'eventuale proroga di alcune delle modalità già precedentemente in uso laddove meglio facilitino nell'ambito delle ASST insistenti sul territorio del comune di Milano compresa la ASST NordMilano l'attuazione del percorso di implementazione della piattaforma SGDT per la gestione delle cure domiciliari. Comunque tale eventuale proroga non può estendersi oltre il primo semestre 2024.

Si conferma quanto previsto al punto 9, al terzo punto elenco riferito alla FASAS digitale, del dispositivo della DGR XII/715/2023.

Resta confermato per l'anno 2024 il flusso informativo ADP-Ifec per gli mmg per la rendicontazione dell'attività resa a titolo di ADP e per il progetto di sorveglianza domiciliare ai sensi della DGR 717/2023 e s.m.i. secondo le modalità e le scadenze vigenti.

Con riferimento al requisito 2.6 AC previsto nell'allegato 1) alla DGR XI/6867/2022 sul sistema informativo, si dispone la proroga del termine al 31/12/2024 rimandando in ogni caso l'integrazione con il FSE alla formalizzazione a livello nazionale dei relativi standard.

La verifica del requisito 4.2 AC previsto nell'allegato 1) alla DGR XI/6867/2022 sul sistema informativo dovrà tener conto degli esiti legati al processo di migrazione previsto nell'Allegato 1) della DGR XII/1512/2023.

5.8.7. SISTEMA INFORMATIVO NAZIONALE PER LE DIPENDENZE

Con DM 29 dicembre 2023 concernente il nuovo Sistema informativo per le dipendenze (SIND), il Ministero della Salute ha sostituito il Sistema informativo nazionale per le dipendenze istituito con il decreto ministeriale 11 giugno 2010 con un Nuovo Sistema per renderlo applicabile a tutti gli interventi sanitari e socio-sanitari erogati da operatori afferenti al Servizio Sanitario Nazionale, nell'ambito dell'assistenza rivolta alle persone con dipendenza o con comportamenti a rischio di uso e di abuso di sostanze, nonché per adeguarlo alle disposizioni in materia di protezione dei dati personali.

Al fine di recepire e attuare il DM sopra richiamato, che prende avvio dal 1° gennaio 2025 con riferimento alle attività del 2024, con successivi atti e circolari operative dei competenti uffici della DG Welfare verranno fornite le indicazioni operative per adempiere al sistema informativo richiesto dal livello nazionale.

Allegato 5 – AREA INTERVENTI SOCIOSANITARI

ACRONIMO	SIGNIFICATO
ADHD	Disturbo da Deficit dell'Attenzione e Iperattività
ADI	Assistenza Domiciliare Integrata
ADR	Assistenza Domiciliare Riabilitativa
ANAC	Autorità Nazionale Anticorruzione
ASD	Disturbi dello Spettro Autistico
ASST	Azienda Socio Sanitaria Territoriale
ATS	Agenzia Tutela della Salute
C.C.	Codice Civile
CCNL	Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro
CD	Centri Diurni
CDA	Consiglio di Amministrazione
CDD	Centri Diurni per Disabili
CDI	Centro Diurno Integrato
CDOM	Cure Domiciliari
CISM	Conferenza Italiana Superiori Maggiori
CP DOM	Cure Palliative Domiciliari
CPB	Certificato di Prevenzione della Bolla
CReSc	Cronicità e Sviluppo Clinico
CSS	Comunità Socio Sanitaria
CSS	Comunità Socio Sanitaria
CUDES	Codice Unico delle Strutture
CUP	Codice Unico di Progetto
D.Lgs	Decreto Legislativo
DAMA	Documento di Aiuto alla Medicazione per l'Autonomia
DG	Direzione Generale
DGR	Deliberazione della Giunta Regionale
DM	Decreto Ministeriale
DPCM	Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri
DPO	Responsabile della Protezione dei Dati
DPR	Decreto del Presidente della Repubblica
DSA	Disturbi Specifici dell'Apprendimento
DSM-D	Dipendenze da Sostanze e da Medicamenti
DURC	Documento unico di regolarità contributiva
ESOD	Equipe Ospedaliere Specialistiche per le Dipendenze
FASAS	Fascicolo Sanitario
FE	Flusso Economico
FNA	Fondo Nazionale dell'Assistenza
FSE	Fondo Sociale Europeo
FSR	Fondo Sanitario Regionale
GAP	Gioco d'Azzardo Patologico
GDPR	Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati
GU	Gazzetta Ufficiale

Allegato 5 – AREA INTERVENTI SOCIOSANITARI

ACRONIMO	SIGNIFICATO
HCV	Epatite C
INPS	Istituto Nazionale della Previdenza Sociale
INT	Cure Intermedie
IRCCS	Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
LEA	Livelli Essenziali di Assistenza
LEPS	Livelli Essenziali di Prestazione Sociale
NPIA	Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza
OCSMD	Organismo di controllo e sorveglianza delle strutture sociosanitarie e socioassistenziali
OdC	Ospedali di Comunità
OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità
PAAPSS	Piani di Area di Ateneo per la Prevenzione e la Sicurezza Sociale
PANFLU	Piano di Pandemia Influenzale
PEC	Posta Elettronica Certificata
PNNA	Piano Nazionale per la Non Autosufficienza
PNRR	Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza
POA	Piano Operativo Regionale Autismo
PP	Piani di Prevenzione
PRP	Piano Regionale della Prevenzione
PTI	Progetto Terapeutico Individualizzato
PTR	Progetto Terapeutico Riabilitativo
PUR	Punto Unico Regionale
RE.DI.DI.	Rete Diffusa Dipendenze
REAL	Rapporto Epidemiologico Annuale Lombardia
REG. UE	Regolamento dell'Unione Europea
RIA	Rete Integrata di Assistenza
RSA	Residenza Sanitaria Assistita
RSD	Residenza Socio-Disabilità
SCIA	Segnalazione Certificata di Inizio Attività
SDO	Scheda Dimissione Ospedaliera
SGDT	Sistema di Gestione delle Cure Domiciliari e Territoriali
SIAD	Sistema Informativo delle Attività Domiciliari
SICOF	Sistema Informativo Centrale degli Ospedali e dei Consultori Familiari
SIDI	Sistema Informativo Demografico Integrato
SIDIWEB	Sistema Informativo Distribuito per le strutture sanitarie
SIND	Sistema Informativo Nazionale Dipendenze
SIPRL	Sistema Informativo della Psichiatria
SMAF	Sistema di Monitoraggio Attività Fatturabile
SOSIA	Sistema Operativo Sociosanitario Integrato di Ateneo
SPDC	Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura
SRP	Strutture Residenziali Psichiatriche
SSN	Servizio Sanitario Nazionale
SSR	Servizio Sanitario Regionale

Allegato 5 – AREA INTERVENTI SOCIOSANITARI

ACRONIMO	SIGNIFICATO
UCPDOM	Unità di Cure Palliative Domiciliari
UDO	Unità di Offerta
UE	Unione Europea
UO	Unità Operativa
UONPIA	Unità Operativa di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza
UOPSI	Ufficio di Coordinamento Regionale Psicologi Socio Sanitari
USMI	Unione delle Superiori Maggiori
VMD	Valutazione Multidimensionale

APPENDICE 5.1.

INDICI DI POSTI A CONTRATTO

• Posti a contratto al 30/11/2023, valori per 10.000 unità di popolazione target e per ASST

	RSA	CDI	RSD	CDD	CSS	HOSPICE
	(popolaz. over 75)	(popolaz. over 65)	(popolaz. 18-64)	(popolaz. 18-64)	(popolaz. 18-64)	(tutte le età)
ASST DI LODI	512,75	24,56	6,67	13,20	1,60	0,94
ASST MELEGNANO E DELLA MARTESANA	359,85	19,84	3,00	7,26	2,57	0,53
ASST NORD MILANO	276,49	30,82	3,63	13,38	0,57	0,98
ASST OVEST MILANESE	438,16	23,84	4,56	9,83	1,86	0,70
ASST RHODENSE	293,73	23,36	14,63	13,91	3,08	0,50
COMUNE DI MILANO	436,31	20,29	3,25	11,54	2,00	0,98
ASST DEI SETTE LAGHI	562,63	15,58	10,46	9,97	2,09	0,70
ASST DELLA VALLE OLONA	335,58	20,92	0,00	11,21	4,23	0,78
ASST LARIANA	610,06	21,36	8,22	11,52	2,36	0,52
ASST DELLA VALCAMONICA	656,58	53,37	2,73	18,07	6,82	1,94
ASST DELLA VALTELLINA E DELL'ALTO LARIO	636,43	20,60	8,90	18,56	0,86	0,87
ASST DELLA BRIANZA	314,05	27,43	4,95	10,33	1,14	0,72
ASST DI LECCO	471,89	20,60	7,52	11,15	4,49	0,66
ASST DI BERGAMO EST	510,64	27,02	10,03	10,80	3,00	1,02
ASST DI BERGAMO OVEST	387,37	30,35	3,61	5,90	1,86	0,33
ASST PAPA GIOVANNI XXIII	478,47	24,50	4,81	9,70	2,92	1,35
ASST DEGLI SPEDALI CIVILI DI BRESCIA	398,55	34,35	8,29	11,07	3,07	0,77
ASST DEL GARDA	600,75	29,33	7,85	11,48	3,28	1,13
ASST DELLA FRANCIACORTA	429,12	43,01	0,00	7,71	2,18	0,56
ASST DI CREMA	423,42	29,96	12,64	5,14	2,67	0,87
ASST DI CREMONA	1092,63	86,41	47,61	11,84	4,95	2,31
ASST DI MANTOVA	633,08	31,86	6,16	13,92	2,71	0,69
ASST DI PAVIA	758,87	38,04	8,13	11,44	3,40	1,59
	476,36	27,27	6,79	10,90	2,52	0,85

APPENDICE 5.2.

SCHEMI DI CONTRATTO

- Per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra ATS e soggetto gestore di unità d'offerta sociosanitarie accreditate

C.I.G. N. _____

Tra

l'Agenzia di Tutela della Salute _____ (di seguito ATS), con sede legale nel Comune di _____ in _____, CF / P.IVA _____, nella persona del Direttore Generale, o suo delegato, dott./dott.ssa _____ nato/a a _____ il _____, domiciliato/a per la carica presso la sede della ATS
e

il soggetto gestore _____ con sede legale nel Comune di _____ in _____, CF _____ / P.IVA _____, nella persona di _____, nato/a a _____ il _____ C.F. _____, in qualità di legale rappresentante od altro soggetto munito di potere di rappresentanza legale.

Premesso che:

- l'art. 8-bis del d.lgs. 502/1992 dispone che le Regioni assicurano i livelli essenziali e uniformi di assistenza anche avvalendosi di soggetti accreditati ai sensi dell'articolo 8-quater, nel rispetto degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies;
- in particolare, ai sensi dell'art. 8-quinquies del medesimo decreto la stipula di contratti costituisce condizione per l'erogazione a carico del Servizio sanitario nazionale di servizi e prestazioni sanitarie da parte di strutture accreditate sia pubbliche che private;
- l'art. 8 della l.r. 33/2009 dispone che i soggetti erogatori privati sanitari e sociosanitari, in possesso dei requisiti previsti dalla normativa statale e regionale e in coerenza con la programmazione territoriale del SSL, sottoscrivono con le ATS competenti per le prestazioni previste dalla programmazione regionale contratti analoghi a quelli previsti per le ASST;
- l'art. 15, comma 6 della l.r. 33/2009 a tenore del quale l'accreditamento è condizione necessaria ma non sufficiente per l'assunzione a carico del fondo sanitario regionale degli oneri relativi alle prestazioni sanitarie e sociosanitarie erogate. L'assunzione degli oneri di cui al primo periodo è subordinata, sulla base del fabbisogno sanitario e sociosanitario del territorio stabilito dalla Regione, alla definizione degli accordi contrattuali con le ATS per la remunerazione delle prestazioni rese e alla valutazione delle performance. La conclusione degli accordi contrattuali, regolata dal sistema regionale di valutazione delle performances, è subordinata all'accettazione del sistema di finanziamento, dei controlli, delle sanzioni e all'osservanza dei tempi di erogazione delle prestazioni stabilite dalla Regione, sia per le strutture pubbliche sia per quelle private convenzionate;
- il soggetto gestore di Unità d'Offerta _____ codice Cudes regionale _____, accreditata secondo il relativo assetto ed iscrizione previsti nel registro regionale delle strutture accreditate, per i posti/prestazioni a contratto indicati e riportati nell'allegata scheda di budget di cui all'art 4;
- la stipula del presente contratto da parte degli operatori privati è subordinata all'acquisizione della documentazione antimafia, dalla quale deve risultare che non sussistono le cause di decadenza, sospensione, divieto previste dalla normativa antimafia né tentativi di infiltrazione

mafiosa tendenti a condizionare le scelte e gli indirizzi dell'ente. La documentazione antimafia deve riferirsi ai soggetti elencati all'art. 85, commi 2, 2-bis, 2-ter e 3 del d.lgs. 6 settembre 2011, n. 159;

- la stipula del contratto è altresì subordinata all'assenza in capo al soggetto gestore di Unità d'Offerta di violazioni gravi, definitivamente accertate, rispetto agli obblighi relativi al pagamento dei contributi previdenziali, delle imposte e tasse. A tal fine, l'ATS acquisisce il documento unico di regolarità contributiva (DURC) relativo al soggetto gestore di Unità d'Offerta ovvero utilizza il DURC acquisito nel periodo di sua validità; il soggetto gestore deve trasmettere alla ATS l'attestazione del pagamento di imposte e tasse ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 94 del d.lgs. n. 36/2023;
 - la stipula del contratto è inoltre subordinata al rispetto delle norme in materia di tracciabilità dei flussi finanziari;
 - prima della stipula del contratto il soggetto erogatore di Unità d'Offerta deve trasmettere dichiarazione sostitutiva ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000 del legale rappresentante, e ove presenti, dei soggetti indicati all'art. 94 comma 3 del D.Lgs. n. 36/2023, attestante l'insussistenza di sentenze penali di condanna, anche non definitive, per i reati indicati all'articolo 94 comma 1 e 2 del decreto legislativo n. 36/2023 e successive modifiche ed integrazioni, a carico degli stessi;
 - il soggetto gestore di Unità d'Offerta prima della sottoscrizione del contratto trasmette all'ATS la relazione sull'ultimo bilancio approvato e la relazione sull'ultimo bilancio consolidato approvato, redatte da soggetti tenuti alla revisione legale dei conti, ai sensi dell'art. 2409 bis C.C., che attesti in modo esplicito ed inequivocabile la regolarità della continuità gestionale e finanziaria a garanzia della solidità e dell'affidabilità della struttura e dell'eventuale gruppo rilasciato nel rispetto dei limiti di quanto attestabile secondo il Principio di Revisione n. 570, par. 10 e deve riguardare tutte le attività sanitarie e sociosanitarie in capo alla proprietà;
 - il soggetto gestore di Unità d'Offerta con capacità ricettiva pari o superiore agli 80 posti letto, o di Unità d'Offerta che abbiano una capacità contrattuale complessiva in ambito sociosanitario pari o superiore a € 800.000 annui a carico del Fondo Sanitario Regionale lombardo, adotta un codice etico comportamentale costituito dal codice etico e dal modello organizzativo di cui al d.lgs. 231/2001 in cui sono riportate le procedure da seguire affinché le attività si svolgano in conformità ai principi enunciati nel codice stesso.
- Un sintetico estratto della relazione annuale dell'organismo di vigilanza, previsto dal d.lgs. 231/2001, che attesti, in modo esplicito ed inequivocabile, l'efficace e corretta applicazione del modello organizzativo e l'assenza/evidenza di criticità deve essere inviato all'ATS entro la fine del mese di febbraio di ogni anno;
 - il numero degli ospiti inseriti su posti a contratto a carico del Fondo Sanitario Regionale non può superare in qualsiasi momento il numero totale di posti a contratto secondo il budget assegnato di cui all'Allegato A, tenuto comunque conto delle particolari tipologie di frequenza della specifica Unità d'Offerta.

si conviene e si stipula quanto segue

Articolo 1 Oggetto del contratto

1. Il soggetto gestore di Unità d'Offerta si impegna a somministrare prestazioni sociosanitarie (da specificare), secondo l'assetto organizzativo accreditato per il quale la struttura è iscritta nel registro regionale delle strutture accreditate, per conto e con oneri a carico del SSR ai sensi

- della normativa vigente, conformi a tipologie e volumi di cui all'art. 4 così come specificati nell'allegato A al presente contratto.
2. Le prestazioni devono essere erogate in modo da garantire la continuità del servizio nel corso dell'intero anno, programmando l'attività ed adeguando la capacità produttiva al budget assegnato.
 3. Nulla spetterà al soggetto gestore di Unità d'Offerta per le prestazioni eccedentarie il budget assegnato di cui all'allegato A. Parimenti nulla è dovuto al soggetto gestore di Unità d'Offerta per le prestazioni che lo stesso abbia reso in carenza dei requisiti di accreditamento inottemperando alla diffida a rimuovere le relative irregolarità.
 4. Qualora per fatti eccezionali il soggetto gestore di Unità d'Offerta non possa espletare temporaneamente le prestazioni oggetto del presente contratto deve darne tempestiva comunicazione all'ATS che informerà la competente Direzione regionale. Altrettanto tempestivamente deve essere comunicata all'ATS la ripresa dell'esecuzione delle prestazioni. In tali casi l'ATS assume le determinazioni più opportune per garantire la continuità assistenziale, compresa l'assegnazione temporanea dei posti letto accreditati e del relativo budget ad altro operatore. Gravano in capo al soggetto gestore tutti gli adempimenti discendenti e i relativi oneri, in applicazione della DGR X/2569/2014.
 5. La definitiva cessazione dell'attività, per decisione del soggetto gestore, deve essere preceduta da un preavviso minimo di 90 giorni, fatta salva diversa valutazione formalizzata dalla ATS competente, al fine di consentire l'idonea collocazione degli utenti verso altre unità d'offerta, in raccordo con ATS, utenti, loro famiglie, eventuali tutori o amministratori di sostegno e comuni di residenza. Gravano in capo al soggetto gestore tutti gli adempimenti discendenti e i relativi oneri. Il soggetto gestore si obbliga a proseguire l'attività fino alla avvenuta ricollocazione o dimissione protetta degli assistiti.

Articolo 2 Obblighi del soggetto gestore di Unità d'Offerta

1. Il soggetto gestore di Unità d'Offerta con la sottoscrizione del presente contratto si impegna a:
 - a) accettare il sistema di remunerazione, i controlli, il regime sanzionatorio e l'osservanza dei tempi di erogazione delle prestazioni stabilite da Regione Lombardia;
 - b) mantenere e adeguare i requisiti soggettivi, organizzativi, funzionali e strutturali definiti in sede di accreditamento e di contrattualizzazione;
 - c) erogare le prestazioni secondo protocolli e standard di accessibilità, appropriatezza clinica, tempi di attesa, continuità assistenziale, nonché attraverso personale che, in possesso dei titoli previsti dalla normativa vigente, non versi in situazioni di incompatibilità ex art. 4, comma 7 della L. 412/1991;
 - d) rispettare le indicazioni regionali circa le modalità di compilazione e tenuta della documentazione sanitaria/sociosanitaria. In particolare, la Struttura codifica, registra e comunica le prestazioni rese in totale adesione a quanto contenuto nella documentazione clinica e sociale e rispettando le indicazioni e le modalità di codifica e di comunicazione fornite dalla Direzione regionale competente in materia;
 - e) correttamente inquadrare l'assistito, all'atto di accesso, al fine di attestare la sussistenza in capo allo stesso delle caratteristiche e condizioni di bisogno conformi con il tipo di unità di

offerta di appartenenza e di procedere costantemente al monitoraggio delle stesse al fine di poter riclassificare tempestivamente l'assistito e così garantirne la collocazione in struttura idonea. In ogni caso non può mai essere riconosciuta una remunerazione aggiuntiva rispetto a quella prevista a carico del FSR per la specifica Unità d'Offerta;

f) prendere in carico l'assistito in maniera personalizzata e continuativa, coinvolgendolo nella formulazione dei relativi progetti di assistenza, nel rispetto delle indicazioni fornite dalla Direzione regionale competente, dell'ASST o dell'ATS;

g) informare il Comune di residenza dell'assistito dell'accesso alla unità d'offerta o, nei casi in cui l'accesso sia disposto d'urgenza, dell'accettazione del ricovero o della presa in carico;

h) informare il competente ufficio dell'ASST e del Comune sulle condizioni psico-fisiche della persona assistita qualora si rinvenga la necessità della nomina del tutore o dell'amministratore di sostegno;

i) assicurare la presenza dei familiari o delle persone di fiducia delegate e assicurare la costante informazione sulle condizioni della persona assistita e sulla assistenza praticata, nel rispetto della normativa in materia di privacy;

l) informare la persona assistita, il suo legale rappresentante e i suoi familiari in modo chiaro e fin dal momento della richiesta di accesso circa la possibilità di chiedere l'intervento del difensore civico regionale e del Comune in cui ha sede l'unità d'offerta in tutti i casi in cui sia negata o limitata la fruibilità delle prestazioni, nonché, per ogni eventuale necessità, informarlo della possibilità di accedere all'ufficio di relazioni con il pubblico della ATS competente;

m) non richiedere alcun corrispettivo per lo svolgimento di tutte le pratiche e procedure preliminari all'ingresso nella struttura;

n) applicare compartecipazioni a carico dell'utente coerenti con quanto previsto dalla DGR XII/1513/2023 e dai relativi aggiornamenti (per le Udo interessate), in ogni caso procedendo, in ipotesi di incremento della retta in corso d'anno, a trasmettere all'ATS di ubicazione della struttura l'attestazione che l'incremento operato è allineato ai limiti previsti dalla DGR XII/1513/2023 e dai relativi eventuali aggiornamenti;

..) possono essere accolti sui posti a contratto anche minori disabili gravissimi inseriti nel rispetto dei criteri e delle modalità disposte dalla DGR 1152/2019: la relativa remunerazione avverrà con le modalità specificate dalla DGR 2672/2019 e sarà riconosciuta solo laddove siano rispettate le procedure previste dalla DGR 1152/2019. La struttura mette a disposizione a tale scopo al massimo n. __ posti (*comma da inserire per i casi previsti*)

2. Gli obblighi connessi agli adempimenti amministrativi e al debito informativo previsti dalla regolamentazione vigente rappresentano elemento essenziale della prestazione. In particolare, se il soggetto gestore di Unità d'Offerta soddisfa i requisiti di cui al comma 3 dell'art. 2 bis del D.lgs. n. 33/2013 è tenuto agli obblighi di pubblicazione e di accesso civico generalizzato, limitatamente alle attività di pubblico interesse. Il gestore è tenuto altresì agli obblighi di trasparenza nei limiti e alle condizioni previste dalla legge 124/2017 e s.m.i.
3. Il soggetto gestore di Unità d'Offerta, ai sensi dell'art. 1, comma 42 della L. 190/2012, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro di dipendenti di ATS, ASST o di Regione Lombardia che abbiano esercitato, negli ultimi tre anni di servizio, nei propri

confronti poteri autoritativi o negoziali, non può concludere con gli stessi contratti di lavoro subordinato o autonomo o attribuire incarichi professionali a qualsivoglia titolo.

4. Tutti i contratti e gli atti tra privati, che hanno ad oggetto trasferimenti di unità d'offerta o, comunque, il subentro di un altro soggetto gestore nella titolarità dell'Unità d'Offerta, non hanno effetto nei confronti della ATS sino al perfezionamento del provvedimento di voltura dell'accREDITAMENTO. In particolare:
 - a) il soggetto gestore d'Unità d'Offerta prende atto che in tutti i casi di subentro di un nuovo soggetto nella titolarità dell'unità di offerta, il gestore subentrante dovrà stipulare un nuovo contratto;
 - b) il soggetto gestore d'Unità d'Offerta si impegna, tramite l'inserimento di apposita clausola negoziale, a subordinare l'efficacia dei contratti e degli atti previsti al comma 1 del presente articolo, al perfezionamento del provvedimento di voltura dell'accREDITAMENTO, che avviene con la trascrizione sul registro regionale delle unità d'offerta sociosanitarie accREDITATE;
 - c) il provvedimento di accREDITAMENTO e il presente contratto resteranno efficaci sino al perfezionamento della voltura.
5. Il soggetto gestore d'Unità d'Offerta si impegna a trasmettere all'ATS, entro la fine del mese di febbraio di ogni anno e comunque prima della stipula del contratto, dichiarazione sostitutiva ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000 del legale rappresentante circa:
 - a) l'insussistenza o meno di provvedimenti giudiziari che applicano le sanzioni amministrative dipendenti da reato di cui al d.lgs. 8 giugno 2001, n. 231;
 - b) l'insussistenza o meno di provvedimento giudiziari che applicano le sanzioni previste dal d.lgs. 9 aprile 2008, n. 81;
 - c) l'assolvimento o meno degli obblighi previsti in materia di pagamento delle transazioni commerciali di cui al d.lgs. 9 ottobre 2002, n. 231.

Articolo 3 Verifiche e controlli delle ATS

1. All'ATS compete la verifica del mantenimento da parte del soggetto gestore di Unità d'Offerta dei requisiti autorizzativi e di accREDITAMENTO prescritti. A tal fine l'ATS può compiere, in ogni tempo e anche senza preventiva comunicazione, tranne i casi in cui la stessa si rende necessaria per ottimizzare l'attività di controllo, ispezioni e controlli anche tramite l'accesso di propri funzionari presso l'Unità d'Offerta: al termine delle relative operazioni viene redatto verbale di controllo in contraddittorio con il legale rappresentante dell'Unità d'Offerta stessa o di suo delegato.
2. In particolare, l'ATS deve accertare la corrispondenza dei documenti prodotti rispetto a quelli richiesti ed acquisire la certificazione antimafia anche nei confronti dei soggetti che hanno presentato la dichiarazione sostitutiva di atto notorio e, nel merito, verificare:
 - a) che dall'estratto sintetico della relazione annuale dell'organismo di vigilanza previsto dal D.Lgs n. 231/2001, risulti in modo esplicito ed inequivocabile, l'efficace e corretta applicazione del modello organizzativo e l'assenza/evidenza di criticità;
 - b) che dalla relazione specificata in premessa risultino, in modo esplicito ed inequivocabile, la regolarità della continuità gestionale e finanziaria a garanzia della solidità e dell'affidabilità della struttura e dell'eventuale gruppo e l'assenza/evidenza di criticità connesse alla gestione;

- c) l'ottemperanza della struttura agli obblighi relativi al pagamento delle imposte e tasse o dei contributi previdenziali ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 94 del d.lgs. n. 36/2023.
3. La mancata trasmissione da parte del soggetto gestore d'Unità d'Offerta della dichiarazione di cui all'art. 2, comma 5 nei termini assegnati comporta l'adozione, da parte dell'ATS, di un atto formale di diffida ad adempiere entro 15 giorni. L'ATS provvede alle verifiche della documentazione pervenuta entro 15 giorni dal ricevimento della stessa valutando, ai fini della contrattualizzazione e del relativo mantenimento, la gravità dei fatti imputati, l'eventuale rimozione degli stessi e delle relative conseguenze, l'eventuale dissociazione dell'ente dalle condotte illecite.
4. La mancata trasmissione della documentazione di cui al comma 3 nei termini indicati nella diffida ad adempiere di cui allo stesso comma, così come l'invio di chiarimenti e precisazioni non esaustivi all'ATS nel rispetto dei termini fissati comporta l'assegnazione al soggetto gestore d'Unità d'Offerta di un congruo termine per la regolarizzazione della propria posizione. La mancata ottemperanza a quanto richiesto determina la sospensione del contratto per una durata massima di sei mesi oltre i quali l'ATS procede, nel caso di persistente inadempimento, alla risoluzione del contratto stesso, ferma restando la necessità di garantire la continuità assistenziale da parte degli utenti. La sospensione per il periodo corrispondente esclude la remunerazione a carico del SSR.
5. L'ATS verifica periodicamente con il soggetto gestore d'Unità d'Offerta l'andamento della produzione e la sua coerenza con l'allegato A al presente contratto.
6. Il soggetto gestore d'Unità d'Offerta si impegna ad agevolare lo svolgimento delle attività di vigilanza e controllo da parte dell'ATS, anche mettendo a disposizione il materiale e la documentazione necessaria alle stesse.
7. Eventuali inadempienze al contratto sono formalmente contestate dall'ATS al soggetto gestore d'Unità d'Offerta che, entro 15 giorni, può presentare osservazioni e chiarimenti.

Articolo 4 Limiti finanziari

1. In relazione alle risorse finanziarie programmate dal SSR per le prestazioni oggetto del presente contratto i valori di produzione annui massimi sono quelli assegnati nella scheda di budget di cui all'allegato al contratto, parte integrante del presente contratto. Nei suddetti limiti sono da ricomprendersi le prestazioni riferite all'arco temporale dal 1° gennaio dell'anno in corso sino al momento della sottoscrizione del contratto. L'eventuale modifica dell'importo indicato nella scheda di budget di cui all'allegato al contratto può essere oggetto di rideterminazione concordata tra ATS e soggetto gestore secondo le modalità e le tempistiche definite con atto della Direzione Generale competente.
 - Per le unità di offerta residenziali il budget comprende altresì il riconoscimento della tariffa aggiuntiva per gli ospiti che dovessero risultare positivi sulla base delle rendicontazioni per assistito.
2. Al superamento della soglia di budget indicata non sarà riconosciuta alcuna ulteriore remunerazione a carico del Fondo Sanitario Regionale, fatte salve le prestazioni extra-budget per utenza non tipica. L'esaurimento del budget non costituisce motivo valido per l'incremento delle rette a carico dell'utenza o per la trasformazione automatica in regime di solvenza di ospiti precedentemente inseriti in regime di SSR.

3. Il budget è riferito alle prestazioni erogate in regime di SSN a favore di utenti residenti in Lombardia e agli utenti stranieri che, in base alla normativa nazionale e regionale di settore, rimangono a carico dell'ATS nel cui territorio vengono assistiti.¹
 - Le prestazioni a favore di cittadini non lombardi devono essere prestate secondo gli stessi criteri di appropriatezza che guidano l'erogazione dei servizi per i residenti lombardi, e rendicontate nell'ambito dei flussi informativi regionali inerenti la specifica unità d'offerta. Le attività di controllo svolte dalle ATS sui propri erogatori riguardano anche l'appropriatezza e la correttezza delle prestazioni garantite a cittadini non residenti in Regione Lombardia. Per gli utenti residenti in altre Regioni, le Regioni/ASL di residenza, responsabili dei Lea per gli assistiti in questione, in base alle disposizioni in materia di mobilità interregionale, provvedono alla presa in carico ai fini anche del riconoscimento e pagamento diretto all'Ente della quota SSN, secondo le tariffe vigenti in Lombardia.
4. L'Ente gestore, per la realizzazione del programma terapeutico unico, si può avvalere anche di una struttura ubicata fuori dalla Regione Lombardia:
 - (specificare: denominazione e ubicazione di tutte le strutture che concorrono al programma terapeutico unico e, per ognuna, la fase del percorso riabilitativo ivi svolto con relativa durata)
 - Il trasferimento dell'ospite in una struttura fuori regione è remunerato dalla ATS di ubicazione della struttura in cui ha inizio il percorso terapeutico che sopporterà gli oneri del ricovero anche nel rispetto della durata prevista della specifica fase fuori regione.
 - Il livello massimo di prestazioni erogabili fuori regione nell'ambito del programma terapeutico unico a carico dell'ATS è pari a _____ € per il periodo dal 01/01/2024 al 31/12/2024.
 - Gli inserimenti effettuati nella struttura fuori regione secondo le procedure previste dal presente contratto, saranno oggetto di fatturazione separata (comma da inserire per i casi previsti)

Articolo 5 Sistema tariffario e pagamenti

1. L'ATS riconosce al soggetto gestore d'Unità d'Offerta, nel rispetto delle disposizioni regionali vigenti, le tariffe previste da Regione Lombardia o dai nomenclatori tariffari, secondo le modalità fissate nel presente contratto.
2. L'ATS si impegna a saldare i corrispettivi delle prestazioni rese dal soggetto gestore di Unità d'Offerta nei tempi previsti dai provvedimenti regionali, sulla base dei dati validati e comunicati dalla Direzione generale competente per materia con verifica da parte dell'ATS. Qualora, a seguito della definizione del riconosciuto annuale, dovesse rilevarsi un saldo negativo, l'Ente gestore provvede a regolarizzare la posizione contabile entro 90 giorni dalla richiesta della ATS.
3. L'ATS eroga acconti mensili pari al 95% di 1/12 dell'importo del budget, considerando per i primi 4 mesi il budget sottoscritto nell'anno precedente, aggiornato al budget definitivo dell'anno in corso previa sottoscrizione del contratto

¹ Non si applica per SMI e Consultori Familiari

- Nel caso in cui la produzione del primo semestre sia inferiore al 90% del budget definitivo proporzionato al medesimo periodo, gli acconti del quarto trimestre vengono rideterminati in misura del 95% di 1/6 della produzione rendicontata nel primo semestre. Il soggetto gestore si impegna altresì a conguagliare l'eventuale differenza negativa sulle mensilità già erogate.
 - Il soggetto gestore d'Unità d'Offerta si impegna a emettere mensilmente le fatture degli acconti e a emettere la fattura relativa al saldo, recante la dicitura "salvo conguagli". L'ATS procederà esclusivamente ai pagamenti per prestazioni correttamente rendicontate e validate nei flussi regionali, con le modalità e nei termini stabiliti da Regione Lombardia.
4. L'ATS procederà esclusivamente ai pagamenti per prestazioni correttamente rendicontate e validate nei flussi regionali, con le modalità e nei termini stabiliti da Regione Lombardia.
 5. Il soggetto gestore avrà diritto al riconoscimento della produzione annualmente erogata entro il limite massimo delle risorse allo stesso contrattualmente assegnate, le quali vengono determinate tenendo conto del limite massimo di spesa sostenibile con il fondo SSR in attuazione della programmazione regionale.
 6. È fatta salva la facoltà dell'ATS di sospendere l'erogazione parziale o totale dei pagamenti effettuati a qualsiasi titolo, in tutti i casi in cui siano in corso controlli per l'accertamento di gravi violazioni della normativa vigente, dei requisiti per l'esercizio e per l'accreditamento, nonché delle clausole del presente contratto.
 7. L'avvenuto saldo non pregiudica la ripetizione delle somme che, sulla base dei controlli sull'attività erogata nel periodo di competenza ai sensi dell'art. 3 del presente contratto, risultassero non dovute o dovute in parte. Gli importi relativi a prestazioni che a seguito di ulteriori controlli sugli esercizi precedenti risultassero non dovuti dall'ATS, se già versati, si compensano con quelli dell'esercizio in corso e sono detratti dagli acconti e/o dal saldo della produzione liquidabile.
 8. Le tariffe corrisposte a carico del Fondo sanitario regionale sono comprensive di qualsiasi onere fiscale.

Articolo 6 Sicurezza dei lavoratori

1. Il soggetto gestore di Unità d'Offerta è tenuto a porre in essere tutti gli accorgimenti necessari affinché siano scrupolosamente rispettate le disposizioni in tema di prevenzione antinfortunistica con particolare riferimento alle disposizioni di cui al d.lgs. 81/2008 e ss.mm. e ii. nonché le previsioni di cui al CCNL di riferimento.
2. Il soggetto gestore di Unità d'Offerta dichiara di essere a conoscenza degli obblighi vigenti sulla prevenzione degli infortuni e sull'igiene del lavoro.
3. Il soggetto gestore di Unità d'Offerta si impegna altresì a adottare, nell'esecuzione del presente contratto, tutte le misure che secondo la particolarità del lavoro, l'esperienza e la tecnica, sono necessarie a tutelare l'integrità fisica e morale dei lavoratori impiegati. Si impegna inoltre ad osservare tutte le norme vigenti di tutela dell'ambiente con particolare riferimento all'inquinamento delle acque e dell'aria ed allo smaltimento dei rifiuti urbani, speciali e tossici nocivi.

1. Articolo 7 Penali, sospensione e risoluzione del contratto

2. La stipula dei contratti e degli atti tra privati, indicati all'art. 2, comma 4 in assenza della clausola di cui alla lettera b), costituisce grave inadempimento contrattuale che comporta a carico del soggetto gestore di Unità d'Offerta il pagamento di una penale di importo pari al 3% del budget negoziato, salvo il risarcimento del maggior danno, con diritto della ATS di compensare i crediti derivanti dall'applicazione delle penali con le somme eventualmente dovute al soggetto gestore di Unità d'Offerta in virtù del contratto.
3. In presenza dell'inadempimento di cui al precedente comma, il contratto potrà essere risolto di diritto, ai sensi e per gli effetti dell'articolo 1456 cod. civ., e potrà essere disposta la revoca dell'accreditamento.
4. Fatte salve le responsabilità di natura civile, penale e amministrativa, nonché le sanzioni previste dalle disposizioni nazionali e regionali vigenti, la revoca dell'autorizzazione all'esercizio o dell'accreditamento determina l'automatica e contestuale risoluzione del contratto, fermo restando la necessità di assicurare la continuità assistenziale degli utenti. Parimenti, la sospensione dell'autorizzazione all'esercizio o dell'accreditamento determina l'automatica e contestuale sospensione dell'efficacia del contratto.
5. In ipotesi di inadempimenti concernenti gli elementi essenziali del contratto, l'ATS contesta per iscritto l'inadempimento, assegnando al soggetto gestore d'Unità d'Offerta un termine di 10 giorni per fornire le proprie giustificazioni. Trascorso inutilmente tale termine o in caso di non accoglimento delle giustificazioni presentate nei termini, l'ATS può applicare per la prima violazione una penale dello 0,50 % del budget, ferme le ulteriori eventuali sanzioni e conseguenze previste dalla vigente normativa. In caso di reiterate violazioni potrà essere applicata una penale in misura sino al 2% del budget.
6. In caso di inadempimenti gravi e reiterati concernenti gli elementi essenziali del contratto, purché contestati per iscritto con le modalità di cui al comma precedente il contratto può essere sospeso dall'ATS da un minimo di tre ad un massimo di 12 mesi o direttamente risolto, ferma restando la necessità di assicurare agli utenti la continuità assistenziale.
7. In tutte le ipotesi di sospensione le prestazioni eventualmente rese non produrranno in ogni caso effetti obbligatori nei confronti di ATS.
8. Costituisce causa di risoluzione del contratto la condanna definitiva per uno dei reati di cui al Capo II, Titolo II del codice penale a carico del legale rappresentante del soggetto gestore d'Unità d'Offerta, laddove il soggetto gestore, a seguito della condanna, non provveda alla sollecita adozione di atti di completa e concreta dissociazione dalla condotta penalmente sanzionata.
9. Nel caso in cui sussistano o emergano successivamente alla sottoscrizione del contratto le cause di divieto, decadenza o sospensione previste dalla normativa antimafia, il contratto si intende automaticamente risolto.
10. Resta in ogni caso fermo quanto già previsto all'art. 3, comma 3.
11. La definitiva effettiva cessazione dell'attività per decisione del soggetto gestore, di cui all'art. 1 comma 5, comporta la risoluzione di diritto del presente contratto.

Articolo 8 Clausola di manleva

1. Il soggetto gestore di Unità d’Offerta assume ogni responsabilità per qualsiasi danno causato da propria omissione, negligenza o altra inadempienza nell’esecuzione delle prestazioni contratte e si obbliga ad esonerare il SSN da eventuali pretese risarcitorie di terzi nei confronti di questo avanzate a causa di fatti, omissioni o eventi derivanti dall’esecuzione del contratto, nel limite massimo di euro 2.000.000 per sinistro.

Articolo 9 Clausola di salvaguardia

1. Con la sottoscrizione del contratto il soggetto gestore di Unità d’Offerta accetta il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione del sistema di finanziamento, dei controlli e delle sanzioni.
2. Le parti sono consapevoli che il presente contratto non può essere oggetto di condizioni o di riserve relative al sistema di finanziamento, dei controlli e delle sanzioni.

Art. 10 Durata

1. Il presente contratto ha validità annuale coincidente con l’anno solare (1/1/2024 – 31/12/2024) ed è prorogato sino alla stipula del nuovo contratto per l’anno successivo. I rapporti economici intercorrenti durante il periodo di proroga (1/1 – 30/4 dell’anno successivo) sono passibili di rettifica al momento della sottoscrizione del nuovo contratto, secondo le regole sopravvenute, fermo restando l’importo economico massimo delle prestazioni da erogare in tale periodo che non può superare i 4/12 del budget dell’anno precedente.

Art. 11 Trattamento dei dati personali

1. Le parti si autorizzano reciprocamente al trattamento dei dati personali in relazione ad adempimenti connessi al rapporto contrattuale, nel rispetto dei principi generali di cui all’ art. 5 del Reg. UE n. 679/2016 (Regolamento) applicabili al trattamento di dati personali, per ciascun trattamento di propria competenza, e delle disposizioni di cui al Decreto Legislativo n.196/2003, così come modificato dal Decreto Legislativo n.101/2018.
2. L’ATS e il soggetto gestore d’Unità d’Offerta, per le finalità proprie del presente contratto, agiscono entrambi in qualità di titolari del trattamento.
3. Le parti si impegnano a trattare i dati personali nello svolgimento delle attività definite dal presente contratto osservando le seguenti disposizioni e istruzioni:
 - a) utilizzare, anche per conto del proprio personale dipendente, i dati personali degli assistiti necessari all’instaurazione dei flussi informativi tra il soggetto gestore di Unità d’Offerta e l’Agenzia ovvero di Regione Lombardia, per le sole finalità imposte dal presente contratto e dalla disciplina in materia;
 - b) assumere, in proprio e anche per il fatto dei propri dipendenti e collaboratori, ogni responsabilità al riguardo, affinché ogni dato personale, informazione o documento di cui dovesse venire a conoscenza o in possesso non vengano, comunque, in alcun modo e in qualsiasi forma, comunicati o divulgati a Terzi, né vengano utilizzati per fini diversi da quelli di stretta attinenza alle attività oggetto del presente contratto;
 - c) osservare rigorosamente la massima riservatezza in ordine all’attività svolta e ai risultati conseguiti nonché in merito a ogni dato personale o informazione di cui dovesse venire a conoscenza;

- d) assicurarsi di essere dotata di modelli appropriati per l'identificazione e la revisione delle modalità di trattamento dei dati e per tempestivamente segnalare violazioni di dati personali ai sensi dell'art. 33 e 34 del Regolamento UE;
 - e) rispettare le prescrizioni di tipo tecnico ed organizzativo in merito alle misure di sicurezza previste nell'art. 32 del Regolamento UE;
 - f) verificare che le misure di sicurezza adottate possano essere ritenute idonee a prevenire i rischi di distruzione o perdita dei dati, anche accidentale, nonché di accesso non autorizzato o di trattamento non consentito o, comunque, non conforme alle finalità della raccolta.
4. Il soggetto gestore di Unità d'Offerta, inoltre:
- a) raccoglie il consenso al trattamento dei dati, laddove previsto dalla vigente normativa e accerta che il consenso al trattamento dei dati sia espresso mediante un atto positivo inequivocabile con il quale l'interessato manifesta l'intenzione libera, specifica, informata e inequivocabile di accettare il trattamento dei dati personali che lo riguardano, assicurandosi che il consenso sia applicabile a tutte le attività di trattamento svolte per la stessa o le stesse finalità; il consenso da parte dell'interessato deve essere prestato per tutte le finalità oggetto del presente contratto, anche per conto di ATS ;
 - b) prima di effettuare la raccolta dei dati relativamente a tutte le finalità oggetto del presente contratto, anche per conto di ATS, fornisce l'informativa agli interessati, ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE;
 - c) si impegna ad ottemperare ai requisiti di cui al Regolamento UE, in particolare con riferimento alla nomina del Responsabile della Protezione dei Dati (DPO - art. 37), all'adozione del Registro delle attività di trattamento (art. 30) e agli adempimenti in caso di notifica di violazioni dei dati personali all'Autorità di Controllo (art. 33).

Art. 12 Imposta di bollo

1. L'imposta di bollo, se dovuta, è a carico del soggetto gestore di Unità d'Offerta.

Art. 13 Norma di rinvio e adeguamento

1. Per tutto quanto non previsto si fa rinvio alle disposizioni nazionali e regionali vigenti in materia.
2. In caso di sopravvenienza di disposizioni legislative o regolamentari regionali, nonché di adozione di provvedimenti amministrativi regionali incidenti sul contenuto del presente contratto, lo stesso deve intendersi automaticamente modificato ed integrato.
3. In tali casi il soggetto gestore di Unità d'Offerta ha facoltà, di recedere dal contratto, a mezzo di formale comunicazione da notificare all'ATS e alla Direzione regionale competente per materia, con congruo preavviso al fine di assicurare la continuità assistenziale degli utenti.
4. Il contratto si adegua altresì alle sopravvenute disposizioni imperative di carattere nazionale senza che maggiori oneri derivino per l'ATS. Anche in tal caso il soggetto gestore di Unità d'Offerta può recedere dal contratto nei termini di cui al comma 3.
5. Le parti danno atto che, al fine di rispondere alle esigenze dell'emergenza Covid 19, i servizi oggetto del presente contratto potranno essere assicurati attraverso forme alternative a quelle previste dalla specifica normativa di esercizio e accreditamento, sulla base delle apposite indicazioni nazionali e regionali emanate per rispondere alle eventuali sopravvenute esigenze dettate dall'evolversi del quadro epidemiologico.

Art. 14 Foro competente

1. Per le sole controversie derivanti dall'interpretazione del presente contratto è competente il Foro corrispondente alla sede legale dell'ATS.

Letto, confermato, datato e sottoscritto digitalmente.

Ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 1341, comma 2 c.c. si approvano espressamente le seguenti clausole:

art. 4, comma 2

art. 8 Clausola di manleva

art. 9 Clausola di salvaguardia

ALL. A – Scheda di budget

GENZIA DI TUTELA DELLA SALUTE

SCHEDA ASSETTO ACCREDITATO E CONTRATTUALIZZATO - BUDGET DEFINITIVO

			Codice CUDES	
			Codice CUDES UOCP	
UOCP livello domiciliare		UOCP livello residenziale		UOCP livello day hospital
			Codice CUDES UCP-DOM	
			Parte integrante e sostanziale del contratto sottoscritto in data	
	Validità dal			al
			Riferimenti provvedimento ATS	

STRUTTURA

Tipologia

Denominazione

NOTE GESTORE

Denominazione sociale

Comune sede legale

Legale
Rappresentante
(od altro soggetto munito di rappresentanza legale)

Codice Fiscale

Partita IVA

POSTI / TRATTAMENTI

Accreditati		A contratto	
		di cui inattivi per piano programma/sospesi per altre attività	
		di cui nuclei Stati Vegetativi	
		di cui nuclei Alzheimer	

BUDGET DI PRODUZIONE

<i>complessivo contrattato</i>	
<i>(solo per Riabilitazione/Cure Intermedie) di cui Riabilitazione</i>	
<i>(solo per Riabilitazione/Cure Intermedie) di cui Cure Intermedie</i>	
<i>(solo per cure palliative) di cui cure palliative domiciliari</i>	
<i>(solo per cure palliative) di cui cure palliative residenziali</i>	

Letto, confermato, datato e sottoscritto digitalmente

ATS _____

Il Direttore Generale (o suo Delegato)

FIRMATO DIGITALMENTE

Ente Gestore

Il Legale Rappresentante (od altro soggetto munito di rappresentanza legale)

FIRMATO DIGITALMENTE

APPENDICE 5.3.**SCHEMI DI CONTRATTO PER MISURE, POST ACUTA E SPERIMENTAZIONI****CONVENZIONE PER LA DEFINIZIONE DEI RAPPORTI GIURIDICI ED ECONOMICI PER LA REALIZZAZIONE DELLA SPERIMENTAZIONE AFFERENTE ALL'AREA DELLA RIABILITAZIONE AMBULATORIALE E DIURNA TERRITORIALE EXTRA OSPEDALIERA PER MINORI DISABILI DI CUI ALLA DGR IX/3239/2012 e s.m.i.**

CIG. N. _____

tra

L'Agenzia di Tutela della Salute di (...) (di seguito ATS), con sede legale nel Comune di (...) in (...), Codice Fiscale (...), Partita Iva (...), nella persona del Direttore Generale, o suo delegato, dott./dott.ssa (...) noto/a a (...) il (...), domiciliato/a per la carica presso la sede della ATS

e

L'Ente Titolare degli interventi per la realizzazione della sperimentazione (...) (di seguito Ente) con sede legale nel Comune di (...) in (...), Codice Fiscale (...)/ Partita Iva (...), nella persona di (...) nato/a a (...) in qualità di legale rappresentante od altro soggetto munito di potere di rappresentanza legale per la sperimentazione denominata con sede nel Comune diin via.....n.,

PREMESSO CHE

- con D.G.R. n. IX/3239 del 04/04/2012 sono state approvate le “Linee guida per l’attivazione delle sperimentazioni nell’ambito delle politiche del welfare” e definite le aree di intervento sperimentali sulle quali intervenire in ogni singolo territorio, nonché le modalità per la presentazione delle proposte di sperimentazione;
- con D.G.R. X/499/2013 “Determinazioni in ordine alle sperimentazioni realizzate ai sensi della D.G.R. 4 aprile 2012, n. 3239 – Linee guida per l’attivazione di sperimentazioni nell’ambito delle politiche di Welfare: indicazioni a conclusione del periodo sperimentale”, sono state:
 - individuate le azioni migliorative per ogni ambito di attività in cui sono state attivate le sperimentazioni ex D.G.R. n. 3239/2012;
 - allineate alla D.G.R. 3239/2012, per ogni effetto modificativo o integrativo, le azioni sperimentali attive su territorio in quanto debitamente autorizzate e coerenti con la D.G.R. 3239/2012, volte a garantire risposte a persone non accolte o accolte solo parzialmente dall’attuale rete d’offerta sociosanitaria;
 - con DGR N° X /2022 del 01/07/2014 “Determinazioni in ordine all'evoluzione delle attività innovative ai sensi delle DD.G.R.3239/2012 e 499/2013. Fase transitoria” sono stati comunicati gli esiti delle azioni migliorative attuate ed è stato previsto che tale sperimentazione potesse essere stabilizzata solo a conclusione del processo di riordino delle unità di offerta di riabilitazione rivolte all’età evolutiva;
 - con DGR n. X/3363 del 1/04/2015 “Determinazioni conseguenti alle DDGR n. 2022/2014 e 2989/2014-allegato c” è stato approvato il proseguimento della sperimentazione;

- con DGR n. X/4086 del 25/09/2015 “Determinazioni conseguenti alla DGR n. 3363/2015 avente ad oggetto: “determinazioni conseguenti alle DDGR n.2022/2014 e n.2989/2014- allegato c”. Indicazioni per la stabilizzazione delle azioni innovative” è stata prevista la stabilizzazione della sperimentazione nell’ambito del II pilastro del welfare;
- i successivi provvedimenti annuali di regolazione del Servizio Sociosanitario Regionale hanno disposto la prosecuzione delle predette attività sperimentali;
- la DGR /.... del “..... ” ha definito la prosecuzione delle sperimentazioni socio sanitarie in area disabilità per l’anno fino alla conclusione dell’iter relativo alla riabilitazione in età evolutiva area sociosanitaria;

• **PREMESSO altresì CHE**

la stipula del presente contratto è subordinata al rispetto delle norme in materia di tracciabilità dei flussi finanziari;

SI STIPULA QUANTO SEGUE

Art. 1 - Oggetto

La presente convenzione è diretta a disciplinare i rapporti giuridici ed economici discendenti in capo all’ATS e all’Ente Titolare relativamente al progetto sperimentale denominato..... approvato con DGR n. del..... (di seguito progetto) , cui è stato attribuito il codice progetto.....

Art. 2 Obblighi dell’Ente

L’Ente si impegna ad attuare le azioni che costituiscono l’oggetto del progetto di cui all’art 1;

L’Ente dichiara che la retta giornaliera, se prevista, praticata ai beneficiari del progetto al momento della presente convenzione è pari a euro/die

L’Ente, ai fini del riconoscimento della remunerazione degli interventi realizzati in attuazione del progetto, si obbliga all’adempimento del debito informativo diretto alla relativa rendicontazione economica e quali/quantitativa in conformità a quanto previsto all’art. 4 della presente convenzione.

L’Ente è tenuto a comunicare all’ATS e alla D.G. Welfare l’eventuale cessazione dell’attività, con preavviso di almeno n. 60 giorni, garantendo comunque la continuità delle prestazioni per tale periodo.

L’Ente Titolare è inoltre tenuto a:

- garantire la continuità assistenziale fino alla durata della presente convenzione per gli utenti, già in carico o valutati idonei all’ingresso nel progetto per l’anno di riferimento, compatibilmente con le risorse disponibili nel budget assegnato;
- non interrompere l’erogazione delle prestazioni a favore dei soggetti beneficiari senza adeguata motivazione e tempestivo preavviso, fatto salvo situazioni di forza maggiore;
- comunicare tempestivamente all’ATS eventuali rinunce o sospensioni dei progetti autorizzati;
- garantire il possesso e il mantenimento dei requisiti richiesti dalle normative vigenti per la tipologia di unità di offerta all’interno del quale viene erogata l’attività sperimentale di cui al progetto;
- comunicare tempestivamente all’ATS ogni eventuale variazione che dovesse incidere

sull'organizzazione.

Art. 3 Obblighi dell'ATS

L'ATS controlla e monitora l'andamento del progetto secondo indirizzi e strumenti indicati dalla D.G. Welfare, ed è responsabile della trasmissione dei flussi informativi a Regione, nel rispetto delle modalità e delle tempistiche previste e avendo cura di verificare la completezza e la qualità dei dati.

L'ATS assicura le funzioni proprie di vigilanza e controllo di appropriatezza delle strutture accreditate afferenti nel rispetto di quanto definito nel proprio Piano dei Controlli approvato.

L'ATS fornisce all'Ente Titolare, secondo le indicazioni regionali, gli strumenti per la rendicontazione economica e quanti - qualitativa delle attività erogate, verifica le rendicontazioni ricevute e procede ad assolvere al debito informativo con Regione, avvalendosi delle apposite schede di rendicontazione trasmesse dalla Direzione Generale competente.

L'ATS, a seguito della verifica delle prestazioni erogate, provvede a riconoscere all'Ente Titolare la remunerazione prevista per l'attività svolta, entro 30 gg. dal ricevimento della documentazione contabile.

Art. 4 Budget di risorse

Il budget massimo di risorse assegnate per la durata della presente convenzione è di euro (...) e comprende le risorse per remunerare le prestazioni rese a far data dal al

Al superamento della soglia di budget indicata non sarà riconosciuta alcuna ulteriore remunerazione a carico del Fondo Sanitario Regionale. L'eventuale modifica del budget può essere oggetto di rideterminazione concordata tra ATS e l'Ente secondo le modalità e le tempistiche definite con atto della Direzione Generale competente.

Art. 5 Debito informativo

L'Ente è tenuto alla rendicontazione quantitativa, economica e qualitativa dell'attività effettuata avvalendosi degli strumenti forniti dalla Direzione Generale Welfare per la rendicontazione dei progetti, secondo la cadenza temporale individuata dall'ATS, che deve comunque garantire il rispetto delle scadenze dei flussi informativi nei confronti di Regione Lombardia.

Art. 6 Responsabile dell'attuazione della convenzione

L'ATS individua quale responsabile della corretta attuazione della convenzione il sig./la Sig.ra _____ a cui l'Ente si rivolgerà per eventuali problemi di carattere organizzativo, gestionale e amministrativo.

L'Ente individua quale responsabile dell'attuazione delle attività di progetto il/la Sig/a cui l'ATS si rivolgerà per eventuali problemi di carattere organizzativo, gestionale e amministrativo.

Art. 7 Durata della convenzione

La presente convenzione ha validità annuale coincidente con l'anno solare (1/1 – 31/12) ed è prorogato sino alla stipula della nuova convenzione per l'anno successivo. I rapporti economici intercorrenti durante il periodo di proroga (1/1 – 30/4 dell'anno successivo) sono passibili di rettifica al momento della sottoscrizione della nuova convenzione, secondo le regole sopravvenute, fermo restando l'importo economico massimo delle prestazioni da erogare in tale periodo che non può superare i 4/12 del budget dell'anno precedente.

La cessazione anticipata dell'attività da parte dell'Ente richiede un preavviso di almeno 60 giorni e comporta l'impegno per lo stesso a garantire la continuità delle prestazioni per il periodo necessario a ricollocare i beneficiari presso altra struttura.

Art. 8 Vigilanza dell'ATS

Compete all'ATS la vigilanza sull'applicazione dei contenuti della presente convenzione e relativi adempimenti. L'inosservanza delle clausole costituisce motivo di non remunerazione delle prestazioni da parte dell'ATS; nei casi più gravi la convenzione può essere risolta, previa formale diffida.

Art. 9 Risoluzione

La presente convenzione può essere risolta nei casi di mancato rispetto delle clausole dovuto a grave inadempimento.

L'ATS si riserva la facoltà di risolvere anticipatamente tale convenzione in caso di inattività dell'Ente ovvero in caso di gravi inadempienze e violazione degli obblighi contrattuali non risolti a seguito di formale diffida.

La presente convenzione è risolta immediatamente e automaticamente qualora dovessero essere comunicate dalla prefettura o da altro organo certificatore, successivamente alla stipula, informazioni interdittive di cui al D.lgs. 159/2011 s.m.i.

La presente convenzione è altresì risolta immediatamente e automaticamente a seguito di provvedimento che dispone la revoca o la decadenza dall'accreditamento.

Art. 10 Controversie

Per ogni controversia che dovesse insorgere sulla interpretazione e sulla applicazione della presente convenzione è competente il Foro di

Art. 11 Trattamento dei dati personali e consenso al trattamento dei dati

Ai sensi del Regolamento Europeo sulla protezione dei dati personali n. 2016/679 e del D. Lgs. n. 196/2003 novellato dal D. Lgs. n. 101/2018 l'ATSe l'Ente sono autonomi titolari del trattamento dei dati personali relativi a terzi trattati in esecuzione della presente convenzione. Nel trattamento dei dati, compresi quelli relativi ai contraenti, le parti si impegnano ad ottemperare agli obblighi previsti dal Reg. UE 2016/679 e dal D. Lgs. n. 196/2003 così come modificato dal D. Lgs 101/18 e a tutte le altre disposizioni vigenti in materia di protezione dei dati personali.

Le parti si impegnano a trattare i dati personali nello svolgimento delle attività definite dalla presente convenzione osservando le seguenti disposizioni e istruzioni:

- a) utilizzare, anche per conto del proprio personale dipendente, i dati personali degli assistiti necessari all'instaurazione dei flussi informativi tra il soggetto gestore di Unità d'Offerta e l'Agenzia ovvero di Regione Lombardia, per le sole finalità imposte dalla presente convenzione e dalla disciplina in materia;
- b) assumere, in proprio e anche per il fatto dei propri dipendenti e collaboratori, ogni responsabilità al riguardo, affinché ogni dato personale, informazione o documento di cui dovesse venire a conoscenza o in possesso non vengano, comunque, in alcun modo e in qualsiasi forma, comunicati o divulgati a Terzi, né vengano utilizzati per fini diversi da quelli di stretta attinenza alle attività oggetto della presente convenzione;

- c) osservare rigorosamente la massima riservatezza in ordine all'attività svolta e ai risultati conseguiti nonché in merito a ogni dato personale o informazione di cui dovesse venire a conoscenza;
- d) assicurarsi di essere dotata di modelli appropriati per l'identificazione e la revisione delle modalità di trattamento dei dati e per tempestivamente segnalare violazioni di dati personali ai sensi dell'art. 33 e 34 del Regolamento UE;
- e) rispettare le prescrizioni di tipo tecnico ed organizzativo in merito alle misure di sicurezza previste nell'art. 32 del Regolamento UE;
- f) verificare che le misure di sicurezza adottate possano essere ritenute idonee a prevenire i rischi di distruzione o perdita dei dati, anche accidentale, nonché di accesso non autorizzato o di trattamento non consentito o, comunque, non conforme alle finalità della raccolta.

L'Ente..... inoltre:

- a) raccoglie il consenso al trattamento dei dati, laddove previsto dalla vigente normativa e accerta che il consenso al trattamento dei dati sia espresso mediante un atto positivo inequivocabile con il quale l'interessato manifesta l'intenzione libera, specifica, informata e inequivocabile di accettare il trattamento dei dati personali che lo riguardano, assicurandosi che il consenso sia applicabile a tutte le attività di trattamento svolte per la stessa o le stesse finalità; il consenso da parte dell'interessato deve essere prestato per tutte le finalità oggetto della presente convenzione, anche per conto di ATS ;
- b) prima di effettuare la raccolta dei dati relativamente a tutte le finalità oggetto della presente convenzione, anche per conto di ATS, fornisce l'informativa agli interessati, ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE;
- c) si impegna ad ottemperare ai requisiti di cui al Regolamento UE, in particolare con riferimento alla nomina del Responsabile della Protezione dei Dati (DPO - art. 37), all'adozione del Registro delle attività di trattamento (art. 30) e agli adempimenti in caso di notifica di violazioni dei dati personali all'Autorità di Controllo (art. 33).

Art. 12 Recepimento di disposizioni regionali e norme di rinvio

Le parti danno atto che la presente convenzione si intende automaticamente risolta, modificata o integrata, per effetto di sopravvenute indicazioni regionali, il cui contenuto deve essere formalmente reso noto dalla ATS all'Ente, con la chiara indicazione dei termini relativi alle diverse eventuali obbligazioni.

Per quanto non espressamente disciplinato dalla presente convenzione, si rinvia alle disposizioni del Codice Civile.

Letto, confermato, datato e sottoscritto digitalmente

Letto, confermato, datato e sottoscritto digitalmente.

Per l'ATS _____

Il Direttore Generale _____

Per l'Ente _____

Il Legale Rappresentante: _____

CONVENZIONE PER LA DEFINIZIONE DEI RAPPORTI GIURIDICI ED ECONOMICI PER LA REALIZZAZIONE DELLA SPERIMENTAZIONE “CASE MANAGEMENT” DI CUI ALLA D.G.R. X/392/2013 e s.m.i.

CIG. N. _____

tra

L’Agenzia di Tutela della Salute di (...) (di seguito ATS), con sede legale nel Comune di (...) in (...), Codice Fiscale (...), Partita Iva (...), nella persona del Direttore Generale, o suo delegato, dott./dott.ssa (...) noto/a a (...) il (...), domiciliato/a per la carica presso la sede della ATS

e

L’ Ente Titolare degli interventi per la realizzazione della sperimentazione (...) (di seguito Ente) con sede legale nel Comune di (...) in (...), Codice Fiscale (...)/ Partita Iva (...), nella persona di (...) nato/a a (...) in qualità di legale rappresentante od altro soggetto munito di potere di rappresentanza legale per la sperimentazione denominata con sede nel Comune diin via.....n.,

PREMESSO CHE

- la DGR n. X/392 del 12.07.2013 “Attivazione di interventi a sostegno delle famiglie con la presenza di persone con disabilità, con particolare riguardo ai disturbi pervasivi dello sviluppo e dello spettro autistico” ha dato avvio agli interventi di case management a favore delle persone con disturbo dello spettro autistico e delle loro famiglie elencando le attività che costituiscono il nucleo centrale dell’operatività;
- la DGR n. X/4086 del 25.09.2015 “Determinazioni conseguenti alla DGR n. 3363/2015 avente ad oggetto: “Determinazioni conseguenti alle DD.GR n. X/2022/2014 e X/2989/2014 – Allegato C”. Indicazioni per la stabilizzazione delle azioni innovative” ha avviato il processo di stabilizzazione delle sperimentazioni;
- i successivi provvedimenti annuali di regolazione del Servizio Sociosanitario Regionale hanno disposto la prosecuzione delle predette attività sperimentali;
- la DGR /.... del “.....” ha definito la prosecuzione delle sperimentazioni socio sanitarie in area disabilità per l’anno fino alla conclusione dell’iter relativo alla riabilitazione in età evolutiva area sociosanitaria;

PREMESSO altresì CHE

la stipula del presente contratto è subordinata al rispetto delle norme in materia di tracciabilità dei flussi finanziari;

SI STIPULA QUANTO SEGUE**Art. 1 Oggetto**

La presente convenzione è diretta a disciplinare i rapporti giuridici ed economici discendenti in capo all’ATS e all’Ente Titolare degli interventi per la realizzazione delle misure di cui alla DGR n. 392 del 12/07/2013 e successivi provvedimenti attuativi ed estensivi relativamente all’ambito della sperimentazione denominata “Case Management” relativamente al progetto sperimentale denominato “.....” (di seguito progetto), approvato con atto, cui è stato attribuito il codice progetto.....

Art. 2 Obblighi dell'Ente

L'Ente si impegna ad attuare le azioni che costituiscono l'oggetto del progetto di cui all'art 1;

L'Ente, ai fini del riconoscimento della remunerazione degli interventi realizzati in attuazione del progetto, si obbliga all'adempimento del debito informativo diretto alla relativa rendicontazione economica e quali/quantitativa in conformità a quanto previsto all'art. 4 della presente convenzione.

L'Ente è tenuto a comunicare all'ATS e alla D.G. Welfare l'eventuale cessazione dell'attività di cui al progetto, con preavviso di almeno n. 60 giorni, garantendo comunque la continuità delle prestazioni per tale periodo.

L'Ente Titolare è inoltre tenuto a:

- garantire la continuità assistenziale fino alla durata della presente convenzione per gli utenti, già in carico o valutati idonei all'ingresso nel progetto, compatibilmente con le risorse disponibili nel budget assegnato;
- non interrompere l'erogazione delle prestazioni a favore dei soggetti beneficiari del progetto senza adeguata motivazione e tempestivo preavviso, fatto salvo situazioni di forza maggiore;
- di comunicare tempestivamente all'ATS eventuali rinunce o sospensioni dei progetti autorizzati;
- garantire il possesso e il mantenimento dei requisiti richiesti dalle normative vigenti per la tipologia di unità di offerta all'interno del quale viene erogata l'attività sperimentale di cui al progetto;
- comunicare tempestivamente all'ATS ogni eventuale variazione che dovesse incidere sull'organizzazione.

Art. 3 Obblighi dell'ATS

L'ATS controlla e monitora l'andamento del progetto secondo indirizzi e strumenti indicati dalla D.G. Welfare, ed è responsabile della trasmissione dei flussi informativi a Regione, nel rispetto delle modalità e delle tempistiche previste e avendo cura di verificare la completezza e la qualità dei dati.

L'ATS fornisce all'Ente Titolare, secondo le indicazioni regionali, gli strumenti per la rendicontazione economica e quanti - qualitativa delle attività erogate, verifica le rendicontazioni ricevute e procede ad assolvere al debito informativo con Regione, avvalendosi delle apposite schede di rendicontazione trasmesse dalla Direzione Generale competente.

L'ATS, a seguito della verifica delle prestazioni erogate, provvede a riconoscere all'Ente Titolare la remunerazione prevista per l'attività svolta, entro 30 gg. dal ricevimento della documentazione contabile.

Art. 4 Budget di risorse

Il budget massimo di risorse assegnate per la durata della presente convenzione è di euro (...) e comprende le risorse per remunerare le prestazioni rese a far data dal al

Al superamento della soglia di budget indicata non sarà riconosciuta alcuna ulteriore remunerazione a carico del Fondo Sanitario Regionale. L'eventuale modifica del budget può essere oggetto di rideterminazione concordata tra ATS e l'Ente secondo le modalità e le tempistiche definite con atto della Direzione Generale competente.

Art. 5 Debito informativo

L'Ente è tenuto alla rendicontazione quantitativa, economica e qualitativa dell'attività effettuata avvalendosi degli strumenti forniti dalla Direzione Generale Welfare per la rendicontazione dei progetti, secondo la cadenza temporale individuata dall'ATS, che deve comunque garantire il rispetto delle scadenze dei flussi informativi nei confronti di Regione Lombardia.

Art. 6 Responsabile dell'attuazione della convenzione

L'ATS individua quale responsabile della corretta attuazione della convenzione il sig./la Sig.ra _____ a cui l'Ente si rivolgerà per eventuali problemi di carattere organizzativo, gestionale e amministrativo.

L'Ente individua quale responsabile dell'attuazione delle attività di progetto il/la Sig/a cui l'ATS si rivolgerà per eventuali problemi di carattere organizzativo, gestionale e amministrativo.

Art. 7 Durata della convenzione

La presente convenzione ha validità annuale coincidente con l'anno solare (1/1 – 31/12) ed è prorogato sino alla stipula della nuova convenzione per l'anno successivo. I rapporti economici intercorrenti durante il periodo di proroga (1/1 – 30/4 dell'anno successivo) sono passibili di rettifica al momento della sottoscrizione della nuova convenzione, secondo le regole sopravvenute, fermo restando l'importo economico massimo delle prestazioni da erogare in tale periodo che non può superare i 4/12 del budget dell'anno precedente.

La cessazione anticipata dell'attività da parte dell'Ente richiede un preavviso di almeno 60 giorni e comporta l'impegno per lo stesso a garantire la continuità delle prestazioni per il periodo necessario a ricollocare i beneficiari presso altra struttura.

Art. 8 Vigilanza dell'ATS

Compete all'ATS la vigilanza sull'applicazione dei contenuti della presente convenzione e relativi adempimenti. L'inosservanza delle clausole costituisce motivo di non remunerazione delle prestazioni da parte dell'ATS; nei casi più gravi la convenzione può essere risolta, previa formale diffida.

Art. 9 Risoluzione

La presente convenzione può essere risolta nei casi di mancato rispetto delle clausole dovuto a grave inadempimento.

L'ATS si riserva la facoltà di risolvere anticipatamente tale convenzione in caso di inattività dell'Ente Titolare ovvero in caso di gravi inadempienze e violazione degli obblighi contrattuali non risolti a seguito di formale diffida.

La presente convenzione è risolta immediatamente e automaticamente qualora dovessero essere comunicate dalla prefettura o da altro organo certificatore, successivamente alla stipula, informazioni interdittive di cui al D.lgs. 159/2011 s.m.i.

La presente convenzione è altresì risolta immediatamente e automaticamente a seguito di provvedimento che dispone la revoca o la decadenza dall'accreditamento.

Art. 10 Controversie

Per ogni controversia che dovesse insorgere sulla interpretazione e sulla applicazione della presente convenzione è competente il Foro di

Art. 11 Trattamento dei dati personali e consenso al trattamento dei dati

Ai sensi del Regolamento Europeo sulla protezione dei dati personali n. 2016/679 e del D. Lgs. n. 196/2003 novellato dal D. Lgs. n. 101/2018 l'ATS e l'Ente sono autonomi titolari del trattamento dei dati personali relativi a terzi trattati in esecuzione della presente convenzione. Nel trattamento dei dati, compresi quelli relativi ai contraenti, le parti si impegnano ad ottemperare agli obblighi previsti dal Reg. UE 2016/679 e dal D. Lgs. n. 196/2003 così come modificato dal D. Lgs 101/18 e a tutte le altre disposizioni vigenti in materia di protezione dei dati personali.

Le parti si impegnano a trattare i dati personali nello svolgimento delle attività definite dalla presente convenzione osservando le seguenti disposizioni e istruzioni:

- a) utilizzare, anche per conto del proprio personale dipendente, i dati personali degli assistiti necessari all'instaurazione dei flussi informativi tra il soggetto gestore di Unità d'Offerta e l'Agenzia ovvero di Regione Lombardia, per le sole finalità imposte dalla presente convenzione e dalla disciplina in materia;
- b) assumere, in proprio e anche per il fatto dei propri dipendenti e collaboratori, ogni responsabilità al riguardo, affinché ogni dato personale, informazione o documento di cui dovesse venire a conoscenza o in possesso non vengano, comunque, in alcun modo e in qualsiasi forma, comunicati o divulgati a Terzi, né vengano utilizzati per fini diversi da quelli di stretta attinenza alle attività oggetto della presente convenzione;
- c) osservare rigorosamente la massima riservatezza in ordine all'attività svolta e ai risultati conseguiti nonché in merito a ogni dato personale o informazione di cui dovesse venire a conoscenza;
- d) assicurarsi di essere dotata di modelli appropriati per l'identificazione e la revisione delle modalità di trattamento dei dati e per tempestivamente segnalare violazioni di dati personali ai sensi dell'art. 33 e 34 del Regolamento UE;
- e) rispettare le prescrizioni di tipo tecnico ed organizzativo in merito alle misure di sicurezza previste nell'art. 32 del Regolamento UE;
- f) verificare che le misure di sicurezza adottate possano essere ritenute idonee a prevenire i rischi di distruzione o perdita dei dati, anche accidentale, nonché di accesso non autorizzato o di trattamento non consentito o, comunque, non conforme alle finalità della raccolta.

L'Ente..... inoltre:

- a) raccoglie il consenso al trattamento dei dati, laddove previsto dalla vigente normativa e accerta che il consenso al trattamento dei dati sia espresso mediante un atto positivo inequivocabile con il quale l'interessato manifesta l'intenzione libera, specifica, informata e inequivocabile di accettare il trattamento dei dati personali che lo riguardano, assicurandosi che il consenso sia applicabile a tutte le attività di trattamento svolte per la stessa o le stesse finalità; il consenso da parte dell'interessato deve essere prestato per tutte le finalità oggetto della presente convenzione, anche per conto di ATS ;
- b) prima di effettuare la raccolta dei dati relativamente a tutte le finalità oggetto della presente convenzione, anche per conto di ATS, fornisce l'informativa agli interessati, ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE;
- c) si impegna ad ottemperare ai requisiti di cui al Regolamento UE, in particolare con riferimento

alla nomina del Responsabile della Protezione dei Dati (DPO - art. 37), all'adozione del Registro delle attività di trattamento (art. 30) e agli adempimenti in caso di notifica di violazioni dei dati personali all'Autorità di Controllo (art. 33).

Art. 12 Recepimento di disposizioni regionali e norme di rinvio

Le parti danno atto che la presente convenzione si intende automaticamente risolta, modificata o integrata, per effetto di sopravvenute indicazioni regionali, il cui contenuto deve essere formalmente reso noto dalla ATS all'Ente con la chiara indicazione dei termini relativi alle diverse eventuali obbligazioni.

Per quanto non espressamente disciplinato dalla presente convenzione, si rinvia alle disposizioni del Codice Civile.

Letto, confermato, datato e sottoscritto digitalmente

Letto, confermato, datato e sottoscritto digitalmente.

Per l'ATS _____

Il Direttore Generale _____

Per l'Ente _____

Il Legale Rappresentante: _____

CONTRATTO PER LA DEFINIZIONE DEI RAPPORTI GIURIDICI ED ECONOMICI PER LA REALIZZAZIONE DELLE MISURE DI CUI ALLA D.G.R. N. X/7769/18 E S.M.I “INTERVENTI A SOSTEGNO DELLA FAMIGLIA E DEI SUOI COMPONENTI FRAGILI AI SENSI DELLA D.G.R.116/2013: TERZO PROVVEDIMENTO ATTUATIVO” – MISURA “RSA APERTA”.

CIG. N. _____

Tra

l’Agenzia di Tutela della Salute (...) (di seguito ATS), con sede legale nel Comune di (...) in(...) n. (...), codice fiscale (...) partita IVA (...), nella persona del Direttore Generale, o suo delegato, (...) nato/a a (...) il (...), domiciliato per la carica presso la sede della ATS

e

il soggetto gestore (...) (di seguito soggetto gestore), con sede legale nel Comune di (...) in(...) n. (...), codice fiscale (...) partita IVA (...), nella persona di (...) nato/a a (...) il (...), codice fiscale (...), in qualità di legale rappresentante od altro soggetto munito di potere di rappresentanza legale.

Premesso che Regione Lombardia con la D.G.R. n. X/7769/18 e s.m.i. ha:

- revisionato il sistema complessivo delle misure ex D.G.R. n. 856/2013 ed ex D.G.R. n. 2942/14 volte ad assicurare ai soggetti fragili e alle loro famiglie interventi flessibili e integrati;
- definito la RSA Aperta come misura caratterizzata per l’offerta di interventi di natura prioritariamente sociosanitaria, finalizzati a supportare la permanenza a domicilio di persone affette da demenza certificata o di anziani di età pari o superiore a 75 anni in condizioni di non autosufficienza;
- stabilito specifici criteri di ammissibilità e di incompatibilità per l’accesso e la fruizione alla misura;
- previsto la valutazione multidimensionale come prerequisito per l’accesso delle persone alla misura, la stesura del progetto individuale (PI), la predisposizione del piano di assistenza individuale (PAI) e il monitoraggio e il controllo costante delle prestazioni erogate;

Premesso altresì che Regione Lombardia con la D.G.R. /..... del ha confermato:

- la prosecuzione della RSA Aperta per l’anno;
- La RSA aperta concorre, nell’ambito del sistema delle cure domiciliari, all’implementazione del numero di prese in carico in assistenza domiciliare legato all’obiettivo di investimento di PNRR 1.2: Casa come primo luogo di cura e telemedicina sub-investimento 1.2.1 –;
- che l’erogazione della RSA Aperta, fermo restando le regole specifiche di ciascun intervento (eleggibilità/prestazioni erogabili/iter di accesso) è compatibile con la fruizione da parte dell’assistito dell’ADI ordinaria (tutti i profili assistenziali e prestazionali) a condizione che i soggetti responsabili dei rispettivi PAI definiscano una programmazione organica degli interventi al fine di evitare duplicazioni e/o sovrapposizioni;
- che il budget massimo di risorse per ciascun beneficiario della misura pari ad euro 4.000, al netto della valutazione multidimensionale, da rapportare al periodo effettivo di ogni presa in carico, non deve essere più considerato a livello di assistito quale vincolo massimo al fine del riconoscimento delle prestazioni.

Premesso inoltre che il soggetto gestore:

- per la struttura ----- (Denominazione struttura, indirizzo e CUDES), (in caso di Ente unico devono essere inserite le specifiche di tutte le U.d.O) è in possesso di tutti i requisiti richiesti dalla vigente normativa ed è disponibile ad erogare gli interventi previsti dalla misura RSA Aperta.

- **PREMESSO altresì CHE**

la stipula del presente contratto è subordinata al rispetto delle norme in materia di tracciabilità dei flussi finanziari;

TUTTO CIÒ PREMESSO

LE PARTI CONVENGONO E STIPULANO QUANTO SEGUE

Articolo 1. Oggetto del contratto

Il presente contratto ha per oggetto l'erogazione delle prestazioni previste dalla D.G.R. n. X/7769/18 e s.m.i., con remunerazione a carico del Fondo Sanitario Regionale, a favore dei cittadini residenti in Lombardia che in esito alla valutazione risultino beneficiari.

Il presente contratto definisce i rapporti giuridici ed economici derivanti dall'erogazione delle prestazioni riferibili alla misura RSA APERTA.

Nel caso di messa a disposizione di posti letto per interventi di "sollevio" a favore di persone affette da demenza, specificare per ogni Udo, il numero dei posti letto.

Ai sensi della D.G.R. n. X/7769/2018 e s.m.i il presente contratto ha valore per l'intero territorio regionale.

Articolo 2. Obblighi del soggetto gestore

Il Soggetto gestore, a seguito del recepimento della richiesta di attivazione della misura, presentata dal cittadino, nel rispetto di quanto previsto dalla D.G.R. n. X/7769/18, dalla D.G.R.X/125/18, dalla D.G.R.X/491/18 e dalla D.G.R. XI/ 4773 del 26.05.2021 si impegna ad effettuare:

la verifica dei requisiti di accesso alla valutazione e la rilevazione di eventuali incompatibilità alla misura;

- la valutazione multidimensionale, secondo le modalità stabilite, per le persone che risultano ammissibili alla misura;
- la stesura del Progetto individuale (PI) e del relativo Piano di Assistenza Individuale (PAI), nei limiti delle risorse previste per la misura;
- il monitoraggio del Progetto individuale, provvedendo altresì alle eventuali rivalutazioni del bisogno nei casi in cui si rendessero necessarie.

Il soggetto gestore si impegna altresì a garantire, nel pieno rispetto di quanto disposto dai citati provvedimenti regionali, l'attuazione del Progetto individuale, condiviso con l'interessato o suo Amministratore di sostegno e con il care giver di riferimento, e l'erogazione delle prestazioni stabilite nel PAI.

In particolare, si impegna a:

- a) rispettare tutti gli adempimenti e i requisiti previsti dalla normativa vigente, ivi compreso, laddove prevista, la capienza massima strutturale consentita per la misura;

- b) erogare le prestazioni previste nell'ambito e nel limite massimo delle risorse stabilite per ogni beneficiario;
- c) fornire all'ATS le motivazioni in caso di superamento del limite di cui al punto b);
- d) garantire presso la propria sede la presenza di elenco aggiornato del personale impiegato per l'attività oggetto del presente contratto, completo della specifica della professionalità e del rapporto di lavoro dei singoli operatori;
- e) aggiornare, sentita la famiglia, il Progetto individuale e il relativo PAI;
- f) approntare e mantenere aggiornato il Fisas del beneficiario, secondo le indicazioni delle D.D. G.R. sopra richiamate;
- g) assolvere al debito informativo regionale nei confronti della ATS di ubicazione della struttura con cui è sottoscritto il presente contratto, dando atto che il debito informativo analitico costituisce lo strumento fondamentale anche per le rendicontazioni economiche e che pertanto l'ATS non procederà alla remunerazione di quelle prestazioni non correttamente rendicontate;
- h) trasmettere alla ATS di ubicazione della struttura, entro il giorno 10 del mese successivo al periodo di riferimento, la rendicontazione delle prestazioni effettuate e la relativa fattura;
- i) non interrompere l'erogazione delle prestazioni a favore dei soggetti beneficiari senza debito preavviso e adeguata motivazione;
- j) comunicare la cessazione dell'attività all'ATS di ubicazione della struttura, in caso di rinuncia all'erogazione della misura, provvedendo altresì alla redazione di nota di dimissione per tutti i beneficiari;
- k) informare la persona beneficiaria di cui all'art. 4 degli eventi che comportano la rivalutazione/sospensione/conclusione della presa in carico attraverso la misura;
- l) garantire la riservatezza delle informazioni riferite alle persone che fruiscono delle prestazioni e applicare la vigente normativa in materia di trattamento dei dati;
- m) accettare espressamente il sistema di finanziamento, vigilanza e controllo, in osservanza delle regole di erogazione della misura stabilite da Regione Lombardia;
- n) comunicare tempestivamente alla ATS ogni eventuale variazione che dovesse incidere sull'organizzazione.

Articolo 3. Compiti della ATS

L'ATS assicura il governo e il monitoraggio del budget per la misura. Al fine di programmare il corretto utilizzo delle risorse economiche, l'ATS definisce il budget per ogni erogatore. Il budget è riferito alla produzione erogata a favore di tutti i cittadini lombardi e non solo alla quota relativa ai consumi dei propri residenti.

L'ATS si impegna a svolgere un costante monitoraggio dell'utilizzo delle risorse, tenendo conto dell'andamento dei livelli di domanda e di consumo di risorse nei diversi ambiti territoriali e da parte dei diversi erogatori nel corso dell'anno, sempre entro il limite massimo delle risorse assegnate alla ATS per la misura. L'eventuale modifica dell'importo indicato nella scheda di budget di cui all'allegato al contratto può essere oggetto di rideterminazione concordata tra ATS e soggetto gestore secondo le modalità e le tempistiche definite con atto della Direzione Generale competente.

L'ATS monitora l'impatto della compatibilità della fruizione da parte dell'assistito della RSA Aperta

dell'ADI ordinaria (tutti i profili assistenziali e prestazionali) attraverso l'analisi dei flussi delle due attività - RSA Aperta e ADI;

L'ATS è responsabile della trasmissione dei flussi informativi a Regione, nel rispetto delle tempistiche previste e avendo cura di verificare la completezza e la qualità dei dati relativi all'intero territorio.

L'ATS provvede, a fronte delle prestazioni effettivamente erogate, al pagamento delle stesse entro sessanta giorni dal ricevimento della fattura, previa verifica del corretto adempimento del debito informativo regionale.

L'ATS assicura le funzioni proprie di vigilanza e controllo di appropriatezza sia sulla presa in carico che sulle prestazioni erogate.

Articolo 4. Soggetti beneficiari

I soggetti beneficiari delle prestazioni oggetto del presente contratto sono cittadini residenti in Lombardia, ammessi secondo le modalità di valutazione indicate dalla D.G.R. n. X/7769/18 e s.m.i.

La misura si rivolge a:

- Persone con demenza: presenza di certificazione rilasciata da medico specialista geriatra/neurologo di strutture accreditate/equipe ex U.V.A. ora CDCD;
- Anziani non autosufficienti: età pari o superiore a 75 anni, riconosciuti invalidi civili al 100%.

Per ogni persona beneficiaria è previsto uno specifico "budget" annuale, da rapportare al periodo di presa in carico, definito per il 2021 in euro 4.000, da considerarsi non più quale vincolo massimo al fine del riconoscimento delle prestazioni.

Articolo 5. Regole di definizione del budget e sistema di remunerazione

L'ATS procede alla sottoscrizione del contratto con l'erogatore che ha aderito alla misura e provvede alla definizione di un budget di produzione riferito alla totalità degli assistiti, compresi quelli residenti in altre ATS lombarde.

Il budget di risorse assegnato all'unità di offerta è indicato nell'allegata Scheda di Budget, parte integrante del presente contratto

Verranno remunerate le prestazioni effettivamente rese entro il limite complessivo del budget assegnato. In assenza di specifica disposizione dell'ATS al superamento del budget non sarà riconosciuta ulteriore remunerazione a carico del FSR.

Articolo 6. Corrispettivo, modalità e termini di pagamento

L'ATS provvederà al pagamento degli interventi rendicontati dal soggetto gestore, secondo quanto previsto dalla D.G.R. n. X/7769/18 e s.m.i., a fronte delle prestazioni effettivamente erogate a tutti i beneficiari lombardi, tenuto conto che la misura non è erogabile per persone residenti in altre Regioni.

Il debito informativo analitico costituisce lo strumento fondamentale per le rendicontazioni economiche. La ATS non procede alla remunerazione delle prestazioni non correttamente rendicontate.

Al fine della remunerazione delle prestazioni rese, entro il giorno 10 del mese successivo a quello di consuntivazione, il soggetto gestore deve inviare all'ATS la fattura con dettaglio delle prestazioni erogate.

L'ATS, entro trenta giorni dal ricevimento della fattura, del debito informativo e del rendiconto, può chiedere chiarimenti che il soggetto gestore è tenuto a fornire, insieme alla documentazione eventualmente necessaria, entro trenta giorni dalla data di ricevimento della richiesta.

Per il pagamento delle fatture oggetto del presente contratto si applica quanto previsto dall'art.31 c.4 e 7 del D.L. 69/2013 convertito con legge n. 98/2013.

Articolo 7 Vigilanza della ATS sugli adempimenti contrattuali

Compete alla ATS la vigilanza sull'applicazione dei contenuti del presente contratto e relativi adempimenti. L'inosservanza delle clausole costituisce motivo di non remunerazione delle prestazioni da parte dell'ATS; nei casi più gravi il contratto può essere risolto, previa formale diffida

Articolo 8. Durata del contratto

Il presente contratto ha validità annuale coincidente con l'anno solare (1/1 – 31/12) ed è prorogato sino alla stipula del nuovo contratto per l'anno successivo.

I rapporti economici intercorrenti durante il periodo di proroga (1/1 – 30/4 dell'anno successivo) sono passibili di rettifica al momento della sottoscrizione del nuovo contratto, secondo le regole sopravvenute, fermo restando l'importo economico massimo delle prestazioni da erogare in tale periodo che non può superare i 4/12 del budget dell'anno precedente.

Articolo 9. Clausola di salvaguardia

Con la sottoscrizione del contratto il soggetto gestore accetta il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione del sistema di finanziamento, e dei controlli

Le parti sono consapevoli che il presente contratto non può essere oggetto di condizioni o di riserve relative al sistema di finanziamento, dei controlli e delle sanzioni.

Art. 10 Trattamento dei dati personali

Le parti si autorizzano reciprocamente al trattamento dei dati personali in relazione ad adempimenti connessi al rapporto contrattuale, nel rispetto dei principi generali di cui all' art. 5 del Reg. UE n. 679/2016 (Regolamento) applicabili al trattamento di dati personali, per ciascun trattamento di propria competenza, e delle disposizioni di cui al Decreto Legislativo n.196/2003, così come modificato dal Decreto Legislativo n.101/2018.

L'ATS e il Soggetto gestore, per le finalità proprie del presente contratto, agiscono entrambi in qualità di titolari del trattamento.

Le parti si impegnano a trattare i dati personali nello svolgimento delle attività definite dal presente contratto osservando le seguenti disposizioni e istruzioni:

- utilizzare, anche per conto del proprio personale dipendente, i dati personali degli assistiti necessari all'instaurazione dei flussi informativi tra il soggetto gestore e l'Agenzia ovvero di Regione Lombardia, per le sole finalità imposte dal presente contratto e dalla disciplina in materia;
- assumere, in proprio e anche per il fatto dei propri dipendenti e collaboratori, ogni responsabilità al riguardo, affinché ogni dato personale, informazione o documento di cui dovesse venire a conoscenza o in possesso non vengano, comunque, in alcun modo e in qualsiasi forma, comunicati o divulgati a Terzi, né vengano utilizzati per fini diversi da quelli di stretta attinenza alle attività oggetto del presente contratto;

-
- osservare rigorosamente la massima riservatezza in ordine all'attività svolta e ai risultati conseguiti nonché in merito a ogni dato personale o informazione di cui dovesse venire a conoscenza;
 - assicurarsi di essere dotata di modelli appropriati per l'identificazione e la revisione delle modalità di trattamento dei dati e per tempestivamente segnalare violazioni di dati personali ai sensi dell'art. 33 e 34 del Regolamento UE;
 - rispettare le prescrizioni di tipo tecnico ed organizzativo in merito alle misure di sicurezza previste nell'art. 32 del Regolamento UE;
 - verificare che le misure di sicurezza adottate possano essere ritenute idonee a prevenire i rischi di distruzione o perdita dei dati, anche accidentale, nonché di accesso non autorizzato o di trattamento non consentito o, comunque, non conforme alle finalità della raccolta.

Il soggetto gestore, inoltre:

- raccoglie il consenso al trattamento dei dati, laddove previsto dalla vigente normativa e accerta che il consenso al trattamento dei dati sia espresso mediante un atto positivo inequivocabile con il quale l'interessato manifesta l'intenzione libera, specifica, informata e inequivocabile di accettare il trattamento dei dati personali che lo riguardano, assicurandosi che il consenso sia applicabile a tutte le attività di trattamento svolte per la stessa o le stesse finalità; il consenso da parte dell'interessato deve essere prestato per tutte le finalità oggetto del presente contratto, anche per conto di ATS ;
- rima di effettuare la raccolta dei dati relativamente a tutte le finalità oggetto del presente contratto, anche per conto di ATS, fornisce l'informativa agli interessati, ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE;
- si impegna ad ottemperare ai requisiti di cui al Regolamento UE, in particolare con riferimento alla nomina del Responsabile della Protezione dei Dati (DPO - art. 37), all'adozione del Registro delle attività di trattamento (art. 30) e agli adempimenti in caso di notifica di violazioni dei dati personali all'Autorità di Controllo (art. 33).

Art. 11. Recepimento di disposizioni regionali e norme di rinvio

Le parti danno atto che il presente contratto si intende automaticamente modificato o integrato per effetto di sopravvenute normative regionali, il cui contenuto deve essere formalmente reso noto dalla ATS al soggetto gestore, con la chiara indicazione dei termini relativi alle diverse eventuali obbligazioni.

Per ogni aspetto non disciplinato dal presente contratto si fa rinvio al codice civile e alla normativa di settore.

Articolo 12. Controversie

Per ogni controversia che dovesse insorgere sull'interpretazione, applicazione, esecuzione, validità o efficacia del presente contratto è competente il Foro provinciale in cui ha sede legale la ATS che sottoscrive il contratto.

Articolo 13. Clausola risolutiva espressa

Il presente contratto è risolto immediatamente e automaticamente qualora dovessero essere comunicate dalla prefettura o da altro organo certificatore, successivamente alla stipula del contratto, informazioni interdittive di cui al D.lgs. 159/2011 s.m.i.

Il presente contratto è altresì risolto immediatamente e automaticamente a seguito di provvedimento che dispone la revoca o la decadenza dall'accreditamento.

Letto, confermato, datato e sottoscritto digitalmente

ALLEGATO- SCHEDA DI BUDGET MISURA RSA APERTA

AGENZIA DI TUTELA DELLA SALUTE _____

SCHEDA DI NEGOZIAZIONE E FORMALIZZAZIONE DEL BUDGET

	<i>Codice CUDES</i>	
<i>Parte integrante e sostanziale del contratto sottoscritto in data</i>		
<i>Validità dal</i>	1/1/.....	<i>al</i>
<i>Riferimenti provvedimento ATS</i>		

STRUTTURA

<i>Tipologia</i>	
<i>Denominazione</i>	

ENTE GESTORE

<i>Denominazione sociale</i>	
<i>Comune sede legale</i>	
<i>Legale Rappresentante (od altro soggetto munito di rappresentanza legale)</i>	

BUDGET DI PRODUZIONE

<i>complessivo contrattato</i>	
--------------------------------	--

Letto, confermato, datato e sottoscritto digitalmente

DENOMINAZIONE DELL'ATS

Il Direttore Generale (o suo delegato)

ENTE GESTORE

Il Legale Rappresentante (od altro soggetto munito di
rappresentanza legale)

SCHEMA ACCORDO CONTRATTUALE PER LA REALIZZAZIONE DELLA SPERIMENTAZIONE DEL MODELLO INNOVATIVO DI ASSISTENZA E PRESA IN CARICO DELLA PERSONA AFFETTA DA DEMENZA “VILLAGGIO ALZHEIMER” AI SENSI DELLA D.G.R. N.XI/1046/2018

CIG. N. _____

Tra

l’Agenzia di Tutela della Salute (...) (di seguito ATS), con sede legale nel Comune di (...) in via (...) n. (...), codice fiscale (...) partita IVA (...), nella persona del Direttore Generale, o suo delegato, dott. (...) nato a (...) il (...), domiciliato per la carica presso la sede della ATS

e

il Soggetto Gestore (...) titolare della struttura riconosciuta idonea per l’attività qualificata come Villaggio Alzheimer (di seguito Gestore), con sede legale nel Comune di (...) in (...), CF (...) / P.IVA (...), nella persona di (...), nato/a a (...) il (...) C.F. (...), in qualità di legale rappresentante od altro soggetto munito di potere di rappresentanza legale.

Premesso altresì che Regione Lombardia con la D.G.R. /..... del

ha stabilito per il la prosecuzione dei progetti attivati nel 2020 per la sperimentazione del modello innovativo di assistenza e presa in carico delle persone affette da demenza rappresentato dal Villaggio Alzheimer così come definito dalla D.G.R n. XI/1046/2018;

ha previsto di inserire nella rilevazione dei dati di attività anche la sperimentazione Villaggio Alzheimer avviata nel 2023 in attuazione della DGR XII/850/2023;

ha confermato che la remunerazione delle giornate di degenza avviene attraverso una tariffa che, in questa fase sperimentale, viene fissata in 41,5 euro/die e, comunque, entro il limite invalicabile delle risorse regionali previste;

ha stabilito che per i progetti approvati le ATS devono sottoscrivere apposito accordo contrattuale ed assicurare le funzioni proprie di vigilanza e controllo in ordine ai requisiti previsti dalla sperimentazione;

Premesso infine che con Deliberazione dell’ATS (...) n. (...) del (...) è stato approvato il progetto proposto da (...) denominato (...)

• PREMESSO altresì CHE

la stipula del presente contratto è subordinata al rispetto delle norme in materia di tracciabilità dei flussi finanziari;

SI STIPULA QUANTO SEGUE

Art. 1. Oggetto

Il Gestore (...) si impegna a realizzare il progetto (“...”) avente sede nel Comune di (...) Via/Piazza (...) n. (...), quale sperimentazione ai sensi della D.G.R. n. XI/1046/2018 approvato con Deliberazione dell’ATS n. (...) del (...).

Articolo 2. Posti messi a disposizione

Il Gestore mette a disposizione n. (...) posti ubicati nella sede indicata nel progetto approvato.

Art. 3. Obblighi dell'Ente Titolare

Il Gestore:

- a) garantisce il rispetto degli standard definiti dalla D.G.R. n. XI/1046/2018 – punto 6.7.1. “Villaggio Alzheimer”, così come integrati dalla DGR n. XI/5340/2021;
- b) realizza il progetto nel rispetto delle modalità, degli obiettivi e dei contenuti di quanto approvato con la sopra richiamata Deliberazione ATS;
- c) assicura la piena informazione degli utenti circa l'organizzazione del Villaggio Alzheimer, le modalità di funzionamento e di accesso, le prestazioni erogate, i servizi compresi nella retta, l'ammontare della retta, garantendone il costante aggiornamento e la loro accessibilità al pubblico;
- d) comunica eventuali variazioni motivate del progetto, che, in ogni caso, devono essere coerenti con la sperimentazione approvata e non comportare oneri aggiuntivi a carico del sistema sociosanitario regionale, alla ATS cui compete l'approvazione della rimodulazione progettuale, condizione necessaria per il prosieguo della attività;
- e) comunica alla ATS e alla D.G. Welfare l'eventuale cessazione dell'attività progettuale, con preavviso di almeno n.30 giorni, garantendo comunque la continuità delle prestazioni per tale periodo;
- f) adempie al debito informativo come meglio specificato nel successivo art. 6.

Articolo 4. Obblighi della ATS

L'ATS:

- fornisce all'Ente Titolare gli strumenti per la rendicontazione economica e quanti-qualitativa delle attività erogate, previsti dalle disposizioni regionali;
- riconosce all'Ente titolare la tariffa per la remunerazione delle giornate di presenza, nel rispetto del limite invalicabile delle risorse assegnate all'ATS per la sperimentazione; per quanto riguarda il riconoscimento delle assenze e delle giornate di ammissione/dimissione si rimanda alla normativa generale in materia di residenzialità per anziani secondo quanto stabilito nelle regole di gestione annuali del SSR;
- definisce i percorsi e le procedure per l'accesso dei cittadini alla sperimentazione e concorre al monitoraggio dell'appropriatezza degli inserimenti rispetto agli obiettivi del progetto;
- assicura le funzioni proprie di vigilanza e controllo in ordine ai requisiti previsti dalla sperimentazione;
- comunica tempestivamente alla Direzione Generale Welfare eventuali anomalie riscontrate nelle rendicontazioni;
- eroga al Gestore la remunerazione prevista per l'attività sperimentale svolta entro 60 gg. dal ricevimento della fattura, previa verifica positiva delle prestazioni erogate;
- trasmette a cadenza semestrale alla D.G. Welfare una relazione finalizzata alla valutazione, attraverso indicatori mirati, dell'efficacia e della qualità della sperimentazione.

Articolo 5. Budget di risorse

Per la realizzazione del progetto oggetto del presente accordo Regione definisce Il budget massimo di risorse assegnate tenuto conto del numero dei posti messi a disposizione e della tariffa di euro 41,5 giornalieri.

Il budget comprende le risorse per remunerare le effettive giornate di degenza per l'anno di riferimento del presente accordo contrattuale a favore di tutti i cittadini residenti in Lombardia.

In caso di superamento della soglia di budget indicata non sarà riconosciuta alcuna ulteriore remunerazione a carico del Fondo Sanitario Regionale.

Art. 6. Debito informativo

L'Ente Titolare è tenuto alla rendicontazione trimestrale quantitativa, economica e qualitativa dell'attività effettuata secondo le indicazioni fornite da Regione per la rendicontazione del progetto.

Art. 7. Referente del progetto

L'Ente Titolare individua quale responsabile dell'attuazione della sperimentazione il /la Sig/a (...).

Art. 8. Durata della sperimentazione

Il presente contratto ha validità annuale coincidente con l'anno solare (1/1 – 31/12) ed è prorogato sino alla stipula del nuovo contratto per l'anno successivo.

I rapporti economici intercorrenti durante il periodo di proroga (1/1 – 30/4 dell'anno successivo) sono passibili di rettifica al momento della sottoscrizione del nuovo contratto, secondo le regole sopravvenute, fermo restando l'importo economico massimo delle prestazioni da erogare in tale periodo che non può superare i 4/12 del budget dell'anno precedente

Art. 9. Risoluzione

La ATS, d'intesa con la Regione, si riserva la facoltà di risolvere anticipatamente il presente accordo contrattuale in caso di inattività del gestore, ovvero in caso di gravi inadempienze e violazione degli obblighi contrattuali non risolti a seguito di formale diffida.

Art. 10 Controversie

Per ogni controversia che dovesse insorgere sulla interpretazione e sulla applicazione del presente accordo contrattuale è competente il Foro di (...).

Art. 11. Trattamento dei dati personali e consenso informato

L'Ente Titolare applica le misure previste dal D.L. vo n.196 del 30/06/03 e s.m.i. per il trattamento dei dati personale e idonee procedure per l'informazione agli assistiti e per l'acquisizione del loro consenso alle prestazioni.

Art. 12. Recepimento di disposizioni regionali e norme di rinvio

Le parti danno atto che il presente protocollo si intende automaticamente modificato o integrato per effetto di sopravvenute disposizioni regionali, che devono essere formalmente rese note dalla ATS al soggetto gestore, con la chiara indicazione dei termini relativi alle diverse eventuali obbligazioni.

Articolo 13. Clausola risolutiva espressa

La presente convenzione è risolta immediatamente e automaticamente qualora dovessero essere comunicate dalla prefettura o da altro organo certificatore, successivamente alla stipula della stessa,

informazioni interdittive di cui al D.lgs. 159/2011 s.m.i.

Articolo 14. Norma di rinvio

Per quanto non espressamente disciplinato dal presente protocollo, si rinvia alle disposizioni del Codice Civile.

(...), data

Letto, confermato e sottoscritto.

Luogo e data

Il Direttore Generale della ATS
del Soggetto Gestore

Il Legale Rappresentante

CONTRATTO PER LA DEFINIZIONE DEI RAPPORTI GIURIDICI ED ECONOMICI PER LA REALIZZAZIONE DELLA MISURA RESIDENZIALITÀ ASSISTITA PER RELIGIOSI DI CUI ALLA D.G.R. N. X/4086/2015.

Cig. _____

Tra

l'Agenda di Tutela della Salute (...) (di seguito ATS), con sede legale nel Comune di (...) in(...) n. (...), codice fiscale (...) partita IVA (...), nella persona del Direttore Generale, o suo delegato, (...) nato/a a (...) il (...), domiciliato per la carica presso la sede della ATS

e

il soggetto gestore (...) (di seguito soggetto gestore), con sede legale nel Comune di (...) in(...) n. (...), codice fiscale (...) partita IVA (...), nella persona di (...) nato/a a (...) il (...), codice fiscale (...), in qualità di legale rappresentante od altro soggetto munito di potere di rappresentanza legale.

Premesso che Regione Lombardia con la D.G.R. n. X/4086/2015 ha:

- definito la misura come intervento di sostegno e supporto a religiosi e religiose anziane fragili atto a garantire la possibilità di permanenza nel proprio ambiente di vita/comunità, mediante l'erogazione di voucher, graduato in relazione al livello di fabbisogno e alternativo all'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e ad altre forme di assistenza sociosanitaria;
- stabilito specifici criteri di ammissibilità e di incompatibilità per l'accesso e la fruizione alla misura;
- previsto la valutazione multidimensionale come prerequisito per l'accesso alla misura, la stesura del progetto individuale (PI) e del piano di assistenza individuale (PAI), condivisi con il soggetto beneficiario e il familiare/care giver, nonché il monitoraggio e il controllo costante delle prestazioni erogate;

Premesso che per la misura Residenzialità Assistita per Religiosi la ASST di ubicazione della struttura:

- effettua la valutazione multidimensionale delle persone che risultano in possesso dei requisiti di accesso alla misura ed elabora il Progetto individuale;
- assegna il voucher ai soggetti beneficiari, sulla base delle condizioni e delle disposizioni contenute nei provvedimenti regionali citati in premessa;
- monitora il Progetto individuale, provvedendo altresì alle eventuali rivalutazioni del bisogno nei casi in cui si rendessero necessarie.

Premesso altresì che Regione Lombardia con la D.G.R. /..... del ha confermato:

- confermato la prosecuzione della Residenzialità assistita per religiosi per l'anno
- rinviato a quanto già stabilito in ordine agli oneri della misura, posti a carico dell'ATS di ubicazione della comunità religiosa;
- rimandato alle ATS il compito di mantenere costante il monitoraggio delle attività e del relativo utilizzo delle risorse economiche, in funzione sia dell'appropriatezza dei servizi resi, sia dell'equilibrio economico.

Premesso inoltre che il soggetto gestore:

- è (abilitato all'esercizio o accreditato o impegnato in progetti sperimentali innovativi autorizzati dalla Regione, inserire gli estremi dell'atto);
- per la struttura _____ (Denominazione struttura, indirizzo) è in possesso di tutti i requisiti richiesti dalla vigente normativa e ha espresso la disponibilità ad erogare la misura Residenzialità assistita per religiosi per n. ____ posti letto, secondo le modalità previste dalla D.G.R. n. 4086/15.

- **PREMESSO altresì CHE**

la stipula del presente contratto è subordinata al rispetto delle norme in materia di tracciabilità dei flussi finanziari;

TUTTO CIÒ PREMESSO

LE PARTI CONVENGONO E STIPULANO QUANTO SEGUE

Articolo 1. Oggetto del contratto

Il presente contratto ha per oggetto l'erogazione delle prestazioni previste dalla D.G.R. n. X/4086/2015, con remunerazione a carico del Fondo Sanitario Regionale, a favore dei cittadini residenti in Lombardia che, in esito alla valutazione, risultino beneficiari.

Il presente contratto definisce i rapporti giuridici ed economici derivanti dall'erogazione delle prestazioni riferibili alla misura "Residenzialità assistita per religiosi" ed in particolare Interventi e prestazioni sociosanitarie di sostegno e supporto alla persona e alla sua famiglia - comunità per garantire la permanenza dei religiosi e religiose anziani fragili assistiti nel proprio contesto abituale di vita.

Articolo 2. Obblighi del soggetto gestore

Il Soggetto gestore si impegna al pieno rispetto di quanto disposto per la misura dalla D.G.R. n. 4086/2015 e s.m.i., garantendo l'erogazione delle prestazioni oggetto del presente contratto.

In particolare, si impegna a:

- a) rispettare tutti gli adempimenti ed i requisiti minimi sperimentali previsti per la misura del presente contratto;
- b) prestare la propria attività su richiesta del soggetto beneficiario del voucher;
- c) erogare le prestazioni previste nell'ambito e nel limite massimo dell'importo previsto dal voucher;
- d) redigere e aggiornare il Piano di Assistenza Individuale (PAI);
- e) mantenere aggiornato il diario (o registro o elenco) delle prestazioni erogate, secondo le indicazioni regionali;
- f) certificare il numero, la professionalità ed il rapporto di lavoro del personale impiegato per l'attività, oggetto del presente contratto;
- g) assolvere al debito informativo regionale nei confronti della competente ATS, dando atto che il debito informativo analitico costituisce lo strumento fondamentale per le rendicontazioni economiche e che pertanto l'ATS non procederà alla remunerazione di quelle prestazioni non correttamente rendicontate;
- h) trasmettere alla ATS, entro il giorno 10 del mese successivo al trimestre di riferimento, la

rendicontazione delle prestazioni effettuate e la relativa fattura, ovvero secondo modalità e strumenti definiti dalla medesima ATS;

- i) non interrompere l'erogazione delle prestazioni a favore dei soggetti beneficiari senza debito preavviso e adeguata motivazione;
- j) informare il soggetto di cui all'art. 4 degli eventi che comportano la rivalutazione/sospensione/conclusione del voucher;
- k) garantire la riservatezza delle informazioni riferite alle persone che fruiscono delle prestazioni e applicare la vigente normativa in materia di trattamento dei dati;
- l) accettare espressamente il sistema di finanziamento, vigilanza e controllo, in osservanza delle regole di erogazione della misura stabilite da Regione Lombardia;
- m) comunicare tempestivamente alla ATS ogni eventuale variazione che dovesse incidere sull'organizzazione.

Articolo 3. Compiti della ATS

L'ATS si impegna a definire il budget destinato all'erogazione della misura, oggetto del presente contratto e assicura il corretto utilizzo delle risorse economiche.

L'ATS garantisce il governo e il costante monitoraggio del budget per la misura.

L'ATS è responsabile della trasmissione dei flussi informativi a Regione, nel rispetto delle tempistiche previste e avendo cura di verificare la completezza e la qualità dei dati.

L'ATS provvede, a fronte delle prestazioni effettivamente erogate, al pagamento delle prestazioni entro sessanta giorni dal ricevimento della fattura, previa verifica del corretto adempimento del debito informativo regionale.

L'ATS assicura le funzioni proprie di vigilanza e controllo di appropriatezza sia sulla presa in carico che sulle prestazioni erogate.

Articolo 4. Soggetti beneficiari

I soggetti beneficiari delle prestazioni oggetto del presente contratto sono cittadini residenti in Lombardia, ammessi alla misura secondo le modalità di valutazione ed i criteri indicati e previsti dalla D.G.R. n. X/4086/15.

La misura si rivolge a religiosi e religiose anziani che, in relazione a diverse forme di bisogno, sono assistiti presso le loro dimore abituali, quali conventi e comunità religiose.

Articolo 5. Corrispettivo, modalità e termini di pagamento

La ATS, a fronte delle prestazioni effettivamente erogate, provvede al pagamento dei voucher rendicontati dal soggetto gestore, secondo l'entità e le modalità stabilite dalla D.G.R. n. 4086/2015, entro sessanta giorni dal ricevimento della fattura, previa verifica del corretto adempimento del debito informativo regionale.

L'utilizzo del voucher, nel limite massimo del valore assegnato, avviene sulla base del Piano di Assistenza Individuale (PAI) e delle prestazioni effettivamente rese dalla struttura all'utente. Il voucher ha comunque validità erogativa entro e non oltre il 31/12 dell'anno di riferimento del presente contratto.

La ATS, entro trenta giorni dal ricevimento della fattura, del debito informativo e del rendiconto, può

chiedere chiarimenti che il soggetto gestore è tenuto a fornire, insieme alla documentazione eventualmente necessaria, entro trenta giorni dalla data di ricevimento della richiesta.

Per il pagamento delle fatture oggetto del presente contratto si applica quanto previsto dall'art.31 c.4 e 7 del D.L. 69/2013 convertito con legge n. 98/2013.

Articolo 6. Vigilanza della ATS sugli adempimenti contrattuali

Compete alla ATS la vigilanza sull'applicazione dei contenuti del presente contratto e relativi adempimenti. L'inosservanza delle clausole costituisce motivo di non remunerazione delle prestazioni da parte dell'ATS; nei casi più gravi il contratto può essere risolto, previa formale diffida.

Articolo 7. Durata del contratto

Il presente contratto ha validità annuale coincidente con l'anno solare (1/1 – 31/12). La cessazione anticipata dell'attività da parte del soggetto gestore richiede un preavviso di almeno trenta giorni e comporta l'impegno per lo stesso a garantire la continuità delle prestazioni per il periodo necessario a ricollocare i beneficiari presso altra struttura.

Articolo 8. Recepimento di disposizioni regionali e norme di rinvio

Le parti danno atto che il presente contratto si intende automaticamente modificato o integrato per effetto di sopravvenute normative regionali, il cui contenuto deve essere formalmente reso noto dalla ATS al soggetto gestore, con la chiara indicazione dei termini relativi alle diverse eventuali obbligazioni.

Per ogni aspetto non disciplinato dal presente contratto si fa rinvio al codice civile e alla normativa di settore.

Articolo 9. Controversie

Per ogni controversia che dovesse insorgere sull'interpretazione, applicazione, esecuzione, validità o efficacia del presente contratto è competente il Foro provinciale in cui ha sede legale la ATS che sottoscrive il contratto.

Articolo 10. Clausola risolutiva espressa

Il presente contratto è risolto immediatamente e automaticamente qualora dovessero essere comunicate dalla Prefettura o da altro organo certificatore, successivamente alla stipula del contratto, informazioni interdittive di cui al D.lgs. 159/2011 s.m.i.

Il presente contratto è altresì risolto immediatamente e automaticamente a seguito di provvedimento che dispone la declaratoria di decadenza dell'abilitazione all'esercizio/accreditamento.

Letto, confermato, datato e sottoscritto digitalmente

SCHEMA REGIONALE DI CONVENZIONE PER LA DEFINIZIONE DEI RAPPORTI GIURIDICI ED ECONOMICI TRA ATS E COMUNI DERIVANTI DALL'ATTUAZIONE DELL'INTERVENTO A FAVORE DI MINORI VITTIME DI ABUSI/GRAVI EPISODI DI MALTRATTAMENTO PER I QUALI SIANO STATI ATTIVATI PROCEDIMENTI DI PROTEZIONE A CURA DELL'AUTORITA' GIUDIZIARIA

TRA

l'Agenzia di Tutela della Salute (...) (di seguito ATS), con sede legale nel Comune di (...) in via (...) n. (...), codice fiscale (...) partita IVA (...), nella persona del Direttore Generale, o suo delegato, dott. (...) nato a (...) il (...), domiciliato per la carica presso la sede della ATS

E

l'Ente capofila dell'Accordo di Programma per la realizzazione del piano di zona (...) (di seguito denominato semplicemente Ente) ovvero il Comune di titolare della funzione di tutela del minore (nel caso in cui le obbligazioni derivanti dalla Convenzione siano direttamente assunte dal Comune e non dall'Ente capofila) (di seguito denominato semplicemente Ente) codice fiscale (...) partita IVA (...) nella persona del sig. (...) nato a (...) il (...) residente nel Comune di (...) via (...) n. (...) codice fiscale (...) in qualità di legale rappresentante od altro soggetto munito di potere di rappresentanza

PREMESSO

che con D.G.R. n. X/7626 del 28/12/2017, nel quadro di quanto previsto nei LEA per la misura comunità per minori vittime di abuso o maltrattamento di cui ai provvedimenti attuativi della D.G.R. n.116/2013

- è stata confermata la misura comunità per minori vittime di abuso o grave maltrattamento, finalizzata a sostenere interventi di protezione, assistenza e recupero dei minori vittime di abusi/gravi episodi di maltrattamento, attuata in regime residenziale presso strutture residenziali per l'accoglienza dei minori autorizzate ai sensi della D.G.R. 16 febbraio 2005 - n. 20762, in possesso di tutti i requisiti di cui alle D.D.G.R. n. 856/2013 e n. 2942/2014 e successive integrazioni, individuandole nelle comunità educative e nelle comunità familiari;
- sono stati aggiornati i criteri di eleggibilità alla misura, indicando eleggibili i minori vittime di abusi/violenza/gravi episodi di maltrattamento per i quali:
 - 1) è stato disposto un decreto di protezione da parte dell'autorità giudiziaria;
 - 2) in tale provvedimento sia presente un riferimento, diretto o indiretto, a valutazioni di rilievo socio sanitario, prodotte o da produrre da parte dei servizi competenti, che consenta di collocare la situazione del minore/i interessato/i nella casistica dei destinatari della misura;
- sono stati introdotti indicatori per l'appropriatezza e la valutazione della qualità dell'inserimento del minore in struttura residenziale;
- è stato ridefinito il contributo economico a carico del FSR;

che con D.G.R. n. X/7626 del 28/12/2017 è stato approvato il presente schema di convenzione diretto a disciplinare i rapporti giuridici ed economici tra l'ATS e l'Ente in funzione dell'attuazione dell'intervento;

che la D.G.R. /..... delha confermato per l'anno la prosecuzione della misura comunità per minori vittime di abuso o grave maltrattamento;

CONSIDERATO

che l'Ente capofila dell'Accordo di Programma per la realizzazione del piano di zona (indicare denominazione Ente capofila) sottoscrive la presente convenzione per conto di tutti i Comuni afferenti all'Ambito territoriale (indicare i Comuni per esteso) al fine di facilitare il raccordo con l'Agenzia di Tutela della Salute (...) (indicare denominazione ATS) e il coordinamento delle attività derivanti dall'attuazione dei sopra citati provvedimenti regionali (capoverso da non inserire nel caso di Convenzione sottoscritta da parte di singolo Comune)

SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE

Art. 1 Oggetto della convenzione

1. Oggetto della presente convenzione è la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra l'ATS e l'Ente per il riconoscimento di un importo giornaliero a carico del Fondo Sanitario Regionale non superiore al 50% della retta giornaliera sostenuta dall'Ente e comunque entro l'importo massimo di 70 (settanta)euro/die per inserimenti di durata superiore ai tre mesi e di euro 35 (trentacinque)euro/die per inserimenti di durata uguale o inferiore ai tre mesi, a fronte dell'erogazione delle prestazioni di cui all'art. 3 a favore dei minori che si trovano nelle condizioni di cui all'art. 2 della presente convenzione.
2. La presente convenzione è pertanto finalizzata a garantire un appropriato inserimento in comunità, la qualità della presa in carico del minore vittima di abusi/violenze/gravi episodi di maltrattamento e a ridurre i fattori di rischio, riconoscendo all'Ente un contributo per le prestazioni erogate da professionalità specialistiche, nell'ambito del progetto educativo assistenziale individualizzato in presenza degli indicatori di cui all'Allegato 1 della D.G.R. n. X/7626 del 28/12/2017 e rendicontato dall'Ente stesso.

Art. 2 Minori destinatari dell'intervento

1. L'intervento è indirizzato a favore di minori vittime di abusi/violenze/ gravi episodi di maltrattamento per i quali nel provvedimento di allontanamento e protezione da parte dell'autorità giudiziaria siano inseriti riferimenti diretti o indiretti, a valutazioni di rilievo socio sanitario, prodotte o da produrre da parte dei servizi competenti, che consenta di collocare la situazione del minore/i interessato/i dal provvedimento nella casistica dei destinatari della misura.
2. L'intervento di protezione, assistenza e recupero a favore di minori vittime di abusi/violenza/gravi episodi di maltrattamento è attuato in regime residenziale presso strutture residenziali abilitate ai sensi della D.G.R. 16 febbraio 2005 - n. 20762 "Definizione dei requisiti minimi strutturali e organizzativi per l'autorizzazione al funzionamento dei servizi sociali di accoglienza residenziale per minori" e in possesso di tutti i requisiti di cui alle D.D.G.R. n. 856/2013 e n. 2942/2014 e successive integrazioni, individuate nelle comunità educative e nelle comunità familiari.
3. L'intervento è garantito anche in relazione alle ipotesi di collocamento del minore presso strutture residenziali ubicate sul territorio di altre Regioni, a condizione che le stesse esercitino l'attività in conformità alle disposizioni in vigore nella Regione di ubicazione.

Art. 3 Prestazioni oggetto dell'intervento

Ai minori, secondo quanto previsto dal progetto individualizzato, devono essere garantiti:

- a) gli interventi propri dell'unità d'offerta;
 - b) le prestazioni specialistiche, sanitarie, sociosanitarie e socioeducative (ad esempio trattamenti psicoterapici, sostegno psicologico, accompagnamento dell'educatore, ecc.) indicate nel Progetto Quadro e nel PEI volte a:
 - rimuovere le situazioni di pregiudizio della salute psicofisica del minore;
 - superare le difficoltà e il disagio affettivo e relazionale ristabilendo le condizioni per il recupero di una crescita armoniosa e serena;
 - sostenere il minore in tutte le fasi della presa in carico, ivi compreso l'accompagnamento nelle fasi processuali;
- rendicontate con il flusso informativo di Regione Lombardia e valutate da ATS con gli indicatori di appropriatezza e qualità di cui alla D.G.R. n. X/7626 del 28/12/2017.

Art. 4 Impegni e compiti dell'Ente

1. L'Ente garantisce le attività di coordinamento necessarie all'attuazione di quanto disposto dalla presente convenzione per conto di tutti i Comuni afferenti all'Ambito territoriale. (capoverso da non inserire nel caso di Convenzione sottoscritta da parte di singolo Comune)
2. In particolare, l'Ente si impegna a:
 - sottoscrivere la presente convenzione per conto dei Comuni afferenti all'Ambito territoriale (capoverso da non inserire nel caso di Convenzione sottoscritta da parte di singolo Comune);
 - trasmettere all'ATS territorialmente competente - entro le scadenze previste al successivo articolo 6 - la rendicontazione completa di tutti i dati richiesti dal flusso informativo definito da Regione Lombardia in relazione alla presa in carico dei minori vittime di abusi/violenza/gravi episodi di maltrattamento che presentano le caratteristiche di eleggibilità di cui al precedente articolo 2;
 - mettere a disposizione dell'ATS, ai fini del riconoscimento del contributo, la seguente documentazione comprovante la situazione specifica di ciascun minore rendicontato nel flusso informativo regionale di cui all'art. 6:
 - decreto dell'Autorità Giudiziaria Minorile e/o altri documenti in possesso del Comune attestante che il collocamento in struttura residenziale è stato determinato dalle condizioni che costituiscono requisito giuridico necessario per l'eleggibilità all'intervento, come previsto dalla norma dell'art. 2 della presente convenzione;
 - il Progetto Quadro (ex Circ. n. 1 del 15/1/2014 ex DG Famiglia Solidarietà Sociale e Volontariato) e il Progetto Educativo Individualizzato (PEI) definito dalla struttura residenziale e condiviso dal Comune all'interno dei quali siano rinvenibili gli indicatori di cui all'Allegato 1 della D.G.R. n. X/7626 del 28/12/2017;
 - la documentazione che attesti il possesso degli indicatori di qualità delle prestazioni sociosanitarie previsti nel medesimo Allegato 1.
3. L'Ente è responsabile di quanto dichiarato e della documentazione messa a disposizione dell'ATS.

Art. 5 Impegni e compiti dell'ATS

1. L'ATS si impegna a:
 - verificare eventuali anomalie contenute nel flusso regionale di cui all'art. 6;
 - verificare la coerenza della rendicontazione e della documentazione a supporto della richiesta di contributo - decreto dell'Autorità Giudiziaria Minorile, relazione dei servizi sociali comunali, altra documentazione - in funzione del rispetto delle condizioni di eleggibilità e degli indicatori di appropriatezza e qualità dell'intervento previsti dalla D.G.R. n. 7626/17;
 - verificare le effettive giornate di presenza del minore presso la struttura residenziale, così come dichiarato nella rendicontazione, attraverso l'Ente e/o il Comune;
 - chiedere all'Ente eventuale documentazione integrativa ai fini dell'istruttoria.
2. La ATS, per ogni periodo di rendicontazione trimestrale di cui al successivo articolo 6, conclude il procedimento entro 30 giorni dal ricevimento delle relative evidenze istruttorie.
3. La ATS determina il valore del contributo in applicazione dell'art. 7, comma 2, della presente convenzione.
4. La ATS provvede altresì:
 - ad effettuare controlli sulla presenza del minore presso la struttura residenziale e sull'attuazione del Piano educativo individualizzato;
 - a garantire un'attività specifica di controllo sull'appropriatezza della presa in carico dei minori, tenuto conto dei requisiti di eleggibilità definiti dalla D.G.R. n. 7626/17 e dell'effettiva erogazione delle prestazioni sociosanitarie che ne costituiscono l'oggetto;
 - a disporre l'abbattimento della remunerazione nei confronti dell'Ente, in tutte le ipotesi di accertata inappropriatazza

Art. 6 Modalità di rendicontazione

1. La rendicontazione delle presenze del minore di cui all'art. 2, è effettuata attraverso l'utilizzo del flusso informativo definito dalla DG Welfare denominato "Comunità per minori".
2. Ciascun Comune direttamente, o attraverso l'Ente, inoltra alla ATS i dati previsti dal flusso "Comunità per Minori" con cadenza trimestrale, ovvero in tempo utile alle scadenze regionali previste per l'assolvimento del medesimo debito informativo.
3. Nel caso in cui due Comuni partecipino al pagamento della retta di uno stesso minore, il debito informativo relativo al flusso "Comunità per Minori" viene assolto da parte del Comune titolare della tutela, a cui verranno pertanto corrisposti per intero da parte dell'ATS i contributi previsti dalla presente convenzione. Sarà cura ed obbligo di tale Comune raccordarsi con gli altri Comuni interessati per la regolazione diretta di eventuali quote parti spettanti.

Art. 7 Modalità di liquidazione del contributo

1. Le Parti convengono che l'adempimento degli obblighi di cui all'art. 4 e 6 della presente convenzione, costituisce condizione giuridica necessaria per la liquidazione da parte dell'ATS del contributo regionale all'Ente secondo l'importo calcolato in applicazione dell'art. 1, fatto salvo in ogni caso il limite di cui al comma 2 del presente articolo.
2. La ATS determina il valore del contributo di cui all'art. 1 e liquida l'importo spettante all'Ente a

conclusione della fase di istruttoria e previo corretto assolvimento del debito informativo regionale. L'assolvimento del debito informativo di cui al precedente art. 6 mediante l'alimentazione dei dati nel flusso regionale denominato "minori in comunità" e l'invio alla ATS della documentazione di cui all'art. 4, costituiscono condizione giuridica necessaria per procedere al riconoscimento del contributo regionale. L'entità complessiva di quanto l'ATS potrà riconoscere all'Ente in attuazione della presente convenzione rientra in ogni caso nei limiti dell'importo compatibile con il livello di assegnazione definito da Regione per l'ATS in relazione all'attuazione della Misura.

3. L'ATS gestisce il processo di liquidazione del contributo secondo la tempistica di seguito indicata:
 - entro 30 giorni dal ricevimento della rendicontazione, completamento della fase di istruttoria, durante la quale l'ATS potrà chiedere chiarimenti o integrazioni documentali;
 - entro 60 giorni dal completamento della fase istruttoria, liquidazione del contributo all'Ente, previa emissione di debita fattura o altro documento equivalente.
4. Il pagamento dovrà essere effettuato con le modalità previste dalla vigente normativa sul sistema di tesoreria unica (art. 35, commi 8-13 d. lgs n. 1/2012 e circolare della Ragioneria Generale dello Stato n. 11 del 24.03.2012) per gli Enti che rientrano nel sistema. Per gli Enti che non rientrano nel sistema di tesoreria unica, il pagamento sarà effettuato su c/c bancario comunicato dall'Ente.

Art. 8 Durata della convenzione

La presente convenzione ha validità annuale coincidente con l'anno solare (1/1 – 31/12)

Art. 9 Regime di riservatezza e protezione dei dati sensibili

1. Le parti, e per esse i relativi dipendenti e collaboratori, sono tenute ad osservare la massima riservatezza nei confronti di terzi non autorizzati in ordine a fatti, informazioni, cognizioni, documenti ed oggetti di natura riservata di cui vengano a conoscenza in virtù della presente convenzione.
2. Le parti si impegnano, per quanto di competenza, al rispetto della disciplina normativa in materia di trattamento dei dati personali.

Art. 10 Trattamento dati personali

1. Ai sensi dell'art. 29 del D. Lgs. n. 196/2003 e s.m.i, l'ATS assume la qualifica di responsabile del trattamento per i dati trattati di titolarità dell'Ente, nella persona di.....
2. Il Responsabile del trattamento:
 - dichiara di essere consapevole che i dati che tratta nell'espletamento del servizio/incarico ricevuto sono dati personali e quindi, come tali, essi sono soggetti all'applicazione del Codice per la protezione dei dati personali;
 - si obbliga ad ottemperare agli obblighi previsti dal D.Lgs.196/2003 e s.m.i anche con riferimento alla disciplina ivi contenuta rispetto ai dati personali sensibili e giudiziari;
 - si impegna a nominare, ai sensi dell'art.30 del D.Lgs.196/2003 e s.m.i, i soggetti incaricati del trattamento stesso e di impartire loro specifiche istruzioni relative al trattamento dei dati loro affidato;

- si impegna a comunicare all'Ente ogni eventuale affidamento a soggetti terzi di operazioni di trattamento di dati personali di cui è titolare l'Ente, affinché quest'ultimo ai fini della legittimità del trattamento affidato, possa nominare tali soggetti terzi responsabili del trattamento;
 - si impegna a nominare ed indicare all'Ente una persona fisica referente per la "protezione dei dati personali";
 - si impegna a relazionare annualmente sullo stato del trattamento dei dati personali e sulle misure di sicurezza adottate e si obbliga ad allertare immediatamente l'altra parte in caso di situazioni anomale o di emergenze;
 - consente l'accesso dell'altra parte contraente o di suo fiduciario al fine di effettuare verifiche periodiche in ordine alla modalità dei trattamenti ed all'applicazione delle norme di sicurezza adottate.
3. Eventuali specificazioni potranno essere declinate con apposito disciplinare allegato alla convenzione (per trattamento di dati sensibili o giudiziari o tipologie di flussi di dati particolarmente complessi) o lettera/linee guida del titolare.

Art. 11 Recepimento di normative regionali

Le parti danno atto che la presente convenzione si intende automaticamente modificata o integrata per effetto di sopravvenute normative regionali il cui contenuto deve essere formalmente reso noto dalla ATS all'Ente, con la chiara indicazione dei termini relativi alle diverse eventuali obbligazioni.

Art. 12 Risoluzione della convenzione

1. Nel caso di inosservanza delle clausole della presente convenzione, la risoluzione della stessa si intende regolata dalle vigenti norme previste dal Codice Civile in materia di risoluzione del contratto.
2. Le parti possono recedere dalla presente convenzione mediante preavviso di tre mesi, da comunicare con lettera raccomandata con avviso di ricevimento all'altra parte.

Art. 13 Foro competente

Le parti interessate concordano di definire, in modo amichevole, qualunque controversia che possa nascere dall'interpretazione e dall'esecuzione della presente convenzione. Per ogni controversia si elegge competente il Foro provinciale sede dell'ATS che sottoscrive la convenzione.

Art. 14 Norme di rinvio

Per quanto non espressamente disciplinato dalla presente convenzione, si rinvia alle disposizioni del Codice Civile e alla normativa di settore.

Luogo e data

Letto, confermato e sottoscritto

(firme)

Allegato 6 – ATTORI, ORGANIZZAZIONE E PROCESSI

6.1. IL PIANO DI SVILUPPO DEL POLO TERRITORIALE

Centralità del distretto nell'attuale contesto demografico ed epidemiologico nell'ambito del processo programmatico legato all'erogazione e al monitoraggio dei lea a livello locale nella logica di sviluppo della nuova sanità territoriale espressa dal PNRR e dal DM 77/2022

È in corso in Lombardia l'attuazione dei grandi investimenti previsti dal PNRR per la nascita e lo sviluppo progressivo della nuova sanità territoriale, con quasi 2 miliardi di risorse. Una nuova sanità territoriale che nasce appunto dalla grande stagione di riforma/evoluzione del quadro normativo comunitario, nazionale e regionale che ha preso avvio durante la pandemia e che è ancora in corso quale risposta alla crisi emergenziale rappresentata dal Covid e che si è tradotta nell'adozione di fondamentali Piani, leggi e decreti, e in particolare:

- L.R. 22/2021 a completamento dello sviluppo della nuova sanità territoriale in Lombardia avviato con L.R. 23/2015;
- Legge 234/2021: finanziaria 2022 con la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali;
- PNRR La Missione 6 salute (M6) che contiene tutti gli interventi a titolarità del Ministero della Salute suddivisi in due componenti:
 - M6C1 – Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale (con oltre 953 mln/euro);
 - Case della Comunità e presa in carico della persona;
 - Casa come primo luogo di cura e telemedicina (277 mln/Euro, per 216 case di comunità);
 - Casa come primo luogo di cura (ADI) (488 mln/Euro);
 - Implementazione delle Centrali operative territoriali (COT) (34 mln/Euro, per 104 COT);
 - Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici (1 mld/Euro);
 - Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità) (151 mln/Euro, per 71 OdC), per promuovere la riduzione dei ricoveri inappropriati ed i percorsi di deospedalizzazione (patto per la salute 2014/2016);
- M6C2 – Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario (oltre 618 mln/euro)
 - Aggiornamento tecnologico e digitale;
 - Formazione, ricerca scientifica e trasferimento tecnologico
- DM 120 del 29/04/2022 in GU 24 maggio 2022 approvazione Linee guida organizzative contenenti il “Modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare”
- DM 77 del 23/05/2022 in GU 22 giugno 2022 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”;

- DM 256 del 21/09/2022 in GU 2 novembre 2022 “Approvazione delle Linee Guida per i servizi di telemedicina – Requisiti funzionali e livelli di servizio”;
- Linee di indirizzo infermiere di famiglia/comunità Ex l. 17 luglio 2020 n. 77;
- Legge Delega sulla Disabilità n. 227/2022, L.R. 25/2022;
- Legge Delega sulla Non Autosufficienza n. 33/2023.

Una riforma che ha messo al centro il territorio e il peso del distretto andando a tracciare una linea di sviluppo nella cui costruzione, come già sottolineato, siamo tutti impegnati al fine di realizzare le migliori condizioni di contesto strutturale e organizzativo per la gestione in chiave di prevenzione proattiva della cronicità (inteso come obiettivo di miglioramento degli esiti intermedi di salute delle cronicità legate all’età, continuità assistenziale, flessibilità) e preparandoci ex ante a gestire eventuali future condizioni di nuova emergenza sanitaria attraverso:

- la creazione delle nuove articolazioni organizzative distrettuali (CdC, COT, OdC);
- l’importante rafforzamento dell’assistenza domiciliare, con la previsione della presa in carico del 10% della popolazione over 65 anni entro il 2026;
- lo sviluppo della telemedicina per la gestione della cronicità;
- lo sviluppo del FSE;
- l’integrazione tra il sistema delle unità d’offerta sociosanitarie sviluppatasi in questi 20 anni in Regione Lombardia con le nuove articolazioni distrettuali introdotte dal DM 77/2022, con la medicina generale, con ambulatori specialistici accessibili nelle case di comunità, con gli ospedali di Comunità.

La Regione sta quindi lavorando alla costruzione dei livelli organizzativi, e alla messa a punto dei dispositivi digitali e dei dispositivi giuridici per la realizzazione dell’integrazione tra gli attori dell’assistenza sanitaria – sociosanitaria - socioassistenziale nell’ambito delle articolazioni organizzative territoriali previste dal PNRR per concorrere a produrre, nell’ambito delle 86 comunità distrettuali, i valori della continuità assistenziale, dell’inclusione, della coesione, della qualità della vita delle persone e delle famiglie nella logica della presa in carico e quindi della **continuità assistenziale fondata sulla proattività, prossimità, personalizzazione e flessibilità** che la L.R. 22/2021 e il DM 77/2022 pongono al centro del lavoro del distretto.

In questo ambito di progressiva implementazione della nuova sanità territoriale occorre nel 2024 definire il percorso di attuazione della norma di cui **all’art 7, comma 17 ter della L.R. 33/2009**, introdotto dalla L.R. 22/2021, che prevede che *“La ASST, con periodicità triennale, tramite la direzione sociosanitaria e i direttori di distretto, sentita la conferenza dei sindaci che esprime parere obbligatorio, e attuando idonee procedure di consultazione delle associazioni di volontariato, di altri soggetti del terzo settore e delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative presenti nel territorio, predispone il piano di sviluppo del polo territoriale (PPT) con specifica e analitica declinazione e dettaglio su base distrettuale. Il PPT definisce la domanda di salute territoriale, la programmazione e progettazione dei servizi erogativi, assicurando l’integrazione delle funzioni e delle prestazioni sociali con quelle sanitarie e sociosanitarie distrettuali”*.

Quindi la norma prevede pertanto che ogni ASST deve produrre con cadenza triennale un Piano di Sviluppo legato al Polo Territoriale. E che il Piano di Sviluppo del Polo Territoriale:

- è un documento programmatico che definisce, da un lato, la domanda di salute territoriale e, dall’altro, la programmazione e progettazione dei servizi erogativi (quindi la risposta, l’offerta);

nella programmazione e progettazione della risposta il Piano deve assicurare l'integrazione delle funzioni e delle prestazioni sociali con quelle sanitarie e sociosanitarie distrettuali;

- è analiticamente dettagliato per distretto.

Dal punto di vista degli attori coinvolti nel processo di programmazione dei PPT di ASST, la norma richiama:

- la conferenza dei sindaci di ASST che esprime parere obbligatorio;
- le associazioni di volontariato, gli altri soggetti del terzo settore presenti nel territorio.
- le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative presenti nel territorio.

La norma prevede quindi che Piano di Sviluppo del Polo Territoriale di ASST deve costituire l'oggetto di uno specifico parere obbligatorio da parte della conferenza dei sindaci. Rispetto al terzo settore chiede che vengano garantite idonee procedure di consultazione. E che analoghe procedure di consultazione vengano attuate con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative presenti nel territorio. Rispetto al terzo settore, tuttavia, tale norma va letta nel più generale sistema della L.R. 33/2009 come riformata con L.R. 22/2021. Il terzo settore impegnato sul territorio dei distretti di ASST costituisce già una risposta – sussidiaria e frutto della solidarietà organizzata a livello locale dalla comunità - alla domanda di salute in senso ampio del distretto. Tale risposta deve essere quindi essere considerata e valorizzata nell'ambito della programmazione e progettazione della risposta in termini di LEA alla domanda di salute del distretto, in una logica anche di integrazione con i LEPS di ambito sociale. Tale principio è chiaramente espresso anche al paragrafo 4.3 della proposta di Piano sociosanitario integrato lombardo 2023 – 2027 approvata con DGR XII/1518/2023, laddove si prevede che *“Per ottenere una vera presa in carico multidimensionale e di lungo termine occorre promuovere nuove e condivise modalità di intervento per una transitional care non solo sociosanitaria ma anche sociale. Occorre infatti armonizzare la programmazione dei Piani di Zona (PDZ) con i nuovi Piani di Sviluppo del Polo Territoriale (PPT) (LLRR 33/200954 e 22/20213) anche attraverso la co-programmazione e co-progettazione col terzo settore (LR 33/200940 e DLgs 117/201755). Questo è indispensabile per assicurare una regia che dia reale efficacia ai progetti individuali definiti dalle equipe di valutazione insieme agli enti gestori scelti dalla persona e dalla famiglia. Le ASST e le ATS devono attivarsi affinché nei distretti si sviluppino la capacità sia di individuare e valorizzare le risorse formali, informali e del terzo settore, sia di co-progettare con esse un welfare di prossimità. Con la condivisione di tutte le informazioni aumenterà il valore preventivo ed inclusivo del progetto individuale che le Equipe di Valutazione Multidimensionale (EVM) definiscono con la persona e la sua famiglia”*.

L'art 7, comma 17 ter della L.R. 33/2009 costituisce pertanto una norma di fondamentale importanza e che offre l'occasione di un reale processo di integrazione programmatoria anche con l'ambito del sociale, cercando di armonizzare tempi e contenuti della programmazione. Si caratterizza come un dispositivo funzionale a sviluppare la capacità di lettura e di risposta al bisogno delle persone in condizione di cronicità e/o fragilità e delle loro famiglie nell'ambito delle comunità distrettuali, attraverso processi di integrazione interistituzionale volti a cogliere e valorizzare pienamente le risorse informali e del terzo settore presenti sul territorio quale espressione di welfare di prossimità al servizio del progetto di vita e dei progetti individuali delle persone e delle famiglie. Gli strumenti da utilizzare a tal fine sono quelli di cui al DLgs 117/2017, legati alla co – programmazione e poi co – progettazione.

In questo ambito, attraverso la co – programmazione con il terzo settore le ASST, sotto la regia delle relative ATS, dovranno lavorare:

- affinché il terzo settore partecipi alla programmazione distrettuale portando nell’ambito delle nuove articolazioni organizzative del distretto il contributo anche di innovazione che nasce dalla solidarietà organizzata e spontanea a livello locale perché la sua azione sia coordinata e sintonica con i piani e i programmi promossi dalle istituzioni locali in ambito sociale e sanitario, potenziando l’inclusione della persona e della famiglia sul territorio stesso, sviluppando prossimità, qualità;
- per armonizzare il processo di programmazione triennale dei PPT delle ASST con quello legato ai Piani di Zona degli Ambiti Territoriali Sociali, in termini di tempistiche di approvazione, di durata della programmazione, dei contenuti legati all’integrazione della risposta socio-sanitaria con quella socio-assistenziale di competenza degli enti locali.

Le ASST, sotto la regia delle ATS, nell’ambito della programmazione triennale del PPT, procedono in particolare a programmare per distretto le azioni per concorrere a garantire che, ogni livello di assistenza incroci e organizzi correttamente la risposta ai bisogni di riferimento, senza “*splafonare*” il proprio carico su livelli diversi e, quindi, inappropriati, e in particolare a tal fine dovranno:

- **programmare la presa in carico della cronicità e/o fragilità a livello distrettuale, lavorando secondo il quadro regolatorio definito al capitolo “Cure e riabilitazione” del presente allegato** e dove, in particolare, è previsto che **“l’obiettivo di presa in carico di una percentuale, definita per ciascun livello di cronicità, di pazienti cronici, verrà inserito nell’accordo integrativo regionale (AIR), il quale dovrà prevedere le modalità di assegnazione dell’obiettivo al singolo MMG, alle AFT, attraverso le ASST che lo declineranno sui distretti e successivamente sulle AFT, quale somma degli obiettivi dei MMG che vi appartengono”**; in questo contesto, rispetto agli assistiti in condizione di cronicità e/o fragilità collegare la programmazione del PPT:
 - alle modalità per il raggiungimento dell’obiettivo di PNRR sul potenziamento delle cure domiciliari;
 - allo sviluppo della telemedicina, secondo il quadro regolatorio di riferimento;
- prevedere e governare i processi di dimissione e ammissione protetta dal/verso il setting ospedaliero, garantendo piena applicazione a quanto previsto nel capitolo “Cure e riabilitazione” del presente allegato laddove si prevede che “le strutture ospedaliere pubbliche e private dovranno prendere inoltre in carico i pazienti all’atto delle dimissioni assicurando su tutti i presidi del territorio le prenotazioni delle prestazioni prescritte per il percorso di cura” intese come prestazioni di specialistica, di farmaceutica, di assistenza domiciliare; in particolare si prevede che tali strutture garantiscano la dimissione protetta mediante raccordo con la Casa di Comunità e la COT del distretto di residenza dell’assistito ad es. ai fini dell’attivazione delle cure domiciliari;
- declinare il principio organizzativo centrale nel DM 77/2022 secondo cui il domicilio fisico/digitale della persona è il luogo a cui devono prioritariamente puntare i servizi e gli interventi fisici e digitali della risposta distrettuale al bisogno; ordinare quindi e organizzativamente sviluppare in concreto l’accesso alla rete dei servizi distrettuali a partire da questo principio;
- **all’interno delle Case di Comunità e degli Ospedali di Comunità:**
 - accompagnare proattivamente il paziente e la sua famiglia e integrarsi con gli altri operatori che nell’ambito dei diversi setting assistenziali (di medicina generale, di Case di comunità, di Ospedale di Comunità, di specialistica ambulatoriale, allo stesso ospedale, alle cure domiciliari, alle unità d’offerta socio-sanitarie territoriali) lo seguono e lo assistono lungo il percorso di gestione della propria cronicità e fragilità affinché il percorso sia proattivo, prossimo e personalizzato;

- realizzare progetti di cura personalizzati a lungo termine, ponendosi l'obiettivo del miglioramento della qualità di vita della persona e della razionalizzazione dell'uso delle risorse, cercando di prevenire disabilità e non autosufficienza, attraverso il miglioramento degli esiti intermedi di salute; questo anche nel quadro dell'evoluzione in corso sul FSE quale fondamentale supporto tecnologico alla condivisione e alla circolazione di dati clinici per ottimizzare il percorso di cura della persona e di quello sulla telemedicina legata ai diversi target di cronicità; il trattamento nel lungo termine presuppone infatti non solo la continuità assistenziale (quindi durata), ma anche l'integrazione degli interventi sociosanitari (interventi che durano a lungo e che devono essere integrati); tale processo, in un contesto spesso di multi morbilità, richiede l'intervento di diverse figure professionali che non devono affiancarsi, bensì integrarsi all'interno di un unico percorso di cura, non lavorare a silos, secondo percorsi clinici e assistenziali paralleli ma integrando il proprio agire professionale all'interno di un solo percorso clinico e assistenziale, altrimenti c'è il rischio di duplicazioni diagnostiche e terapeutiche;
- coinvolgere direttamente il paziente promuovendo il suo empowerment, perché il soggetto cronico/fragile possa attuare, con l'aiuto del Medico di Medicina Generale e del sistema delle unità d'offerta sociosanitarie misure di self-audit (automonitoraggio), cioè capacità di autogestione delle proprie condizioni di cronicità, perseguendo il proprio migliore invecchiamento, e quindi la migliore qualità di vita per sé e la propria famiglia e, contestualmente, la migliore sostenibilità di sistema;
- considerare il domicilio come setting di cura e assistenza indissolubilmente legato al resto della filiera dei livelli essenziali: livello ambulatoriale, diurno, residenziale, indispensabili per accompagnare la risposta alla naturale evoluzione del bisogno di cura e assistenza della persona e della famiglia lungo il naturale ciclo di vita, nella logica del continuum assistenziale; pensando che la cronicità/fragilità richiede di pensare anche a bisogni di carattere psico-sociale/socio-relazionale (fatica emotiva/assistenziale del caregiver, contesti relazionale intra-famigliari problematici, etc.), che rendono i percorsi estremamente variabili al mutare della natura e della tipologia dei bisogni stessi nel tempo;
- definire le modalità per l'attuazione del quadro regolatorio in corso di approvazione e attuativo della Legge Delega sulla Disabilità L. 277/2021, con particolare riferimento al progetto di vita per la persona con disabilità e la sua famiglia e per l'attuazione del quadro regolatorio legato alla Legge Delega sulla Non Autosufficienza n. 33/2023;
- ricomporre il contributo degli attori formali e informali della filiera operanti nel distretto, posto che la sussidiarietà è un valore fondante del nostro modello, che valorizza l'iniziativa delle reti solidaristiche, la naturale proattività delle comunità territoriali;
- definire/facilitare il raccordo con le unità di offerta sanitarie e sociosanitarie del distretto funzionale all'esercizio delle funzioni della COT, affinché il distretto di ASST operi in rete con le UDO sociosanitarie del territorio di riferimento nella risposta al bisogno;
- **proseguire e raggiungere gli obiettivi di PNRR legati allo sviluppo delle cure domiciliari; e in questo ambito sinergicamente integrare, laddove necessario, la risposta sociosanitaria erogata attraverso l'ADI, o il progetto di sorveglianza domiciliare dei MMG, la RSA Aperta, le cure palliative domiciliari o l'assistenza domiciliare di carattere sociale, con il contributo derivante dal coinvolgimento del volontariato attivo a livello locale per ulteriori azioni di supporto capaci di facilitare il mantenimento della persona al domicilio.**

Al fine di avviare l'attuazione di quanto previsto dal presente paragrafo, **si programma pertanto l'adozione entro il mese di marzo 2024 di specifiche Linee guida per le ASST ai fini della stesura dei Piani di sviluppo del Polo Territoriale da parte delle ASST sotto la regia delle ATS, quali driver per l'attuazione del processo di community building a livello territoriale funzionale a concorrere all'attuazione della nuova sanità territoriale prevista dal DM 77/2022 attraverso la definizione dei temi prioritari del primo triennio di programmazione dei PPT 2025/2027, nel quadro degli indirizzi del PRSS e del PSSR in corso di approvazione e degli altri strumenti di programmazione regionale in ambito sanitario.** La definizione dei piani di sviluppo del Polo territoriali da parte delle ASST sarà attuata attraverso un percorso di programmazione distrettuale che, sotto il profilo delle tempistiche e degli ambiti dell'integrazione sociosanitaria e sociale, sarà attuato in una logica di armonizzazione con il processo legato alla programmazione sociale dei Piani di Zona degli Ambiti Territoriali Sociali 2025-2027, in funzione del pieno concorso dei due processi allo sviluppo integrato dei servizi territoriali sanitari, sociosanitari e sociali a favore della presa in carico della persona e della famiglia nella logica della prossimità, proattività, personalizzazione, flessibilità. Con successivo atto, da adottarsi entro il 31 marzo 2024, saranno pertanto approvate le Linee di indirizzo che riguarderanno il triennio 2025-2027 dei PPT, prevedendo la definitiva approvazione dei Piani di Sviluppo del Polo Territoriale da parte delle ASST entro la stessa tempistica prevista per la sottoscrizione degli ADP dei PDZ, al **31 dicembre 2024**.

6.2 ESCLUSIVITA' DEL CONTRATTO DEI DIRETTORI GENERALI

La presenza regolare in azienda del direttore costituisce presupposto essenziale per garantire il buon andamento della gestione aziendale, deve pertanto essere escluso l'esercizio di ulteriori attività che incidano negativamente sul vincolo di esclusività e più in generale sul corretto esercizio della funzione di Direttore Generale.

Si ribadisce l'obbligo di rilevazione della presenza per tutti i componenti della Direzione Strategica.

Eventuali attività professionali potranno essere svolte, previa autorizzazione da parte della Direzione Generale Sanità, nel rispetto dei termini di seguito precisati:

- a) assenza di conflitti di interesse, con particolare riferimento ad attività professionali in ambito sanitario e socio sanitario;
- b) non incidenza, anche in termini orari, della prestazione sulla qualità e completezza della funzione di Direttore Generale, che deve essere assolutamente preponderante rispetto ad altre attività, anche in termini di effettiva presenza in Azienda. A tal fine eventuali attività dovranno avere assolutamente carattere residuale, anche dal punto di vista economico, della prestazione extra;
- c) non nocimento al prestigio e al decoro della funzione di Direttore Generale, riscontrabile qualora le ulteriori attività si prestino ad apprezzamenti disonorevoli, non dovendo mai compromettere il rapporto fiduciario con l'amministrazione e i suoi amministratori in attività;

Pertanto, saranno autorizzate unicamente attività caratterizzate dall'occasionalità (non più di 40 ore/anno e comunque non più di 10 ore/mese) e il cui svolgimento sia effettuato a titolo gratuito.

Nella richiesta di autorizzazione preventiva, da richiedere per ogni singola attività, dovranno essere indicate espressamente le ore di impegno richieste e dichiarata la gratuità.

Nel caso di attività per le quali vi è una designazione o una nomina da parte di Regione Lombardia, connessa all'attività di direzione in essere, ferma restando la gratuità l'autorizzazione si intende

concessa e l'attività non soggiace al limite orario sopra indicato. Il Direttore generale dovrà comunque comunicare l'avvio dell'attività.

Il rispetto di quanto sopra stabilito concorre alla valutazione complessiva dell'incarico del Direttore generale.

Per quanto attiene alla partecipazione dei Direttori generali a convegni (a qualsiasi titolo) gli stessi sono obbligati a fornirne comunicazione preventiva alla Direzione Generale Welfare.

6.3 FORMAZIONE MANAGERIALE

Per quanto concerne la formazione manageriale dei Direttori Generali, Amministrativi, Sanitari e Socio-Sanitari delle Agenzie di Tutela della Salute e delle Aziende Socio-Sanitarie Territoriali lombarde si conferma quanto previsto dalla DGR N° XI / 1905 del 15/07/2019.

Conseguentemente sono integrati i trattamenti economici dei Direttori Generali, Amministrativi, Sanitari e Socio-Sanitari dal 2024 al 2026, ai sensi del D.P.C.M. n. 502/95, per la frequenza dei corsi di cui al paragrafo 3.5 dell'Allegato A della DGR N. XI/1459/2019 nelle seguenti misure:

- a) per il Direttore Generale di un importo massimo annuo di euro 5.164,47,
- b) per il Direttore Amministrativo, Sanitario, Socio-Sanitario di un importo massimo annuo di euro 3.615,19.

6.4 COLLABORAZIONE TRA REGIONE E ENTI SANITARI

Alla Regione è affidato il compito di realizzare, per il tramite dell'assessorato competente in tema di sistema sociosanitario e con il concorso degli enti del servizio sanitario, gli obiettivi di tutela della salute e la definizione e attuazione delle politiche sanitarie nel territorio di propria competenza.

A tal fine ai direttori generali delle strutture sanitarie pubbliche vengono assegnati obiettivi di mandato e specifici obiettivi aziendali annuali, individuati sulla base degli atti di programmazione regionale, la cui realizzazione rende necessaria una forte sinergia e condivisione tra la Direzione Generale Welfare e l'intera direzione strategica aziendale.

In tale ottica la competente direzione generale regionale potrà avvalersi anche della professionalità dei componenti delle direzioni strategiche degli enti sanitari pubblici, sulla base delle specifiche competenze degli stessi e/o delle specificità, anche di carattere territoriale, poste di volta in volta dalle singole tematiche.

6.5 TRASPARENZA – PUBBLICAZIONE DATI PATRIMONIALI E REDDITUALI DEI DIRIGENTI EX ART. 14 D.LGS. N. 33/2013

Si fa riferimento alla dibattuta applicazione dell'art. 14, comma 1, lettera f) del D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 *“Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”*, concernente la pubblicazione dei dati economico-patrimoniali dei dirigenti, oggetto della Sentenza

Allegato 6 – AREA ATTORI, ORGANIZZAZIONE E PROCESSI

della Corte Costituzionale n. 20/2019, della Delibera ANAC n. 586 del 26 giugno 2019, delle note regionali prot. nn. A1.2019.0331519 del 10.10.2019 e A1.2019.0332483 del 11/10/2019 e delle sentenze del TAR Lazio nn. 12288/2020 e n. 6045/2021, per specificare quanto segue in risposta alle richieste di chiarimenti pervenute sulla tematica.

Come noto, l’auspicato riordino della materia ad opera del regolamento previsto dal decreto milleproroghe 2020 (DL 162/2019 art. 1, comma 7), ad oggi non risulta attuato.

Recentemente l’Autorità Nazionale Anticorruzione, con Atto del Presidente del 8 novembre 2023 - fasc. n. 4862.2023 – ha ritenuto, anche a seguito della giurisprudenza sopra richiamata, che *“allo stato la delibera n. 586 del 26.06.2019 resta validamente applicabile nei confronti della dirigenza strategica del Servizio sanitario Nazionale (e cioè direttore sanitario, direttore amministrativo e direttore generale) e dei direttori di Dipartimento, per i quali occorre procedere alla pubblicazione dei dati reddituali e patrimoniali, con esclusione dei soli direttori di struttura complessa”*.

Alla luce di quanto sopra, si ritiene di interpellare le Autorità centrali in ordine alle modalità attuative di quanto stabilito.

ACRONIMO	SIGNIFICATO
ACSS	Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario Lombardo
ADI	Assistenza Domiciliare Integrata
AFT	Assistente di Funzione Territoriale
AIR	Accordo Integrativo Regionale
AREU	Agenzia Regionale Emergenza Urgenza
ATS	Agenzie di Tutela della Salute
COT	Centrali Operative Territoriali
DG	Direzione Generale
DM	Decreto Ministeriale
FSE	Fascicolo Sanitario Elettronico
GU	Gazzetta Ufficiale
LR	Legge Regionale
M6C1	Missione 6 Componente 1
M6C2	Missione 6 Componente 2
MMG	Medico di Medicina Generale
PDZ	Piani di Zona
PNRR	Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza
PPT	Piano di Sviluppo del Polo Territoriale
PRSS	Programma Regionale di Sviluppo Sostenibile
PSSR	Piano Socio Sanitario Regionale
RSA	Residenza Sanitaria Assistenziale

7.1. COSTI DEL PERSONALE E RINNOVI CONTRATTUALI

Si conferma anche per l'anno 2024 la determinazione del budget unico per il personale dipendente a tempo indeterminato e determinato.

Oltre alla dotazione iniziale da BPE potranno essere assegnate ulteriori risorse disponibili per il reclutamento di personale necessario, secondo i principali criteri sotto riportati:

- reclutamento del personale per la realizzazione dei piani di riordino, territoriale ed ospedaliero, previsti dall'art. 1 e 2 del decreto Legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito con legge 17 luglio 2020, n. 77;
- ridefinizione delle dotazioni organiche ai fini dell'accreditamento delle ASST quali soggetti autorizzati all'erogazione diretta dell'Assistenza Domiciliare Integrata;
- reclutamento del personale per la progressiva realizzazione del Piano Pandemico Regionale e del Piano Regionale 2022–2025 per la tutela della Salute e sicurezza dei luoghi di lavoro in materia di Prevenzione veterinaria;
- adeguamento dei fabbisogni di personale delle ASST di riferimento degli Istituti Penitenziari e delle REMS, in attuazione delle disposizioni regionali in materia.

7.1.0.1. Fondi contrattuali. Gli Enti del SSR sono tenuti ad una corretta quantificazione dei Fondi contrattuali anche con riferimento alle recenti disposizioni normative in materia di assunzioni e ai rinnovi contrattuali. Ai fini di un'uniforme applicazione delle disposizioni in materia si invitano gli Enti al rispetto delle Linee Guida per la determinazione della spesa delle assunzioni integrative e dei Fondi contrattuali di cui al successivo punto 2.

7.1.0.2. Indennità di vacanza contrattuale. Fatta salva l'anticipazione di contratto erogata nel dicembre 2023 ai dipendenti a tempo indeterminato, gli Enti del SSR sono tenuti ad erogare mensilmente la suddetta anticipazione, ai sensi della legge di bilancio 2024, al restante personale (tempo determinato e convenzionato universitario). L'anticipazione di contratto non assorbe l'IVC che deve pertanto essere comunque erogato a tutto il personale, sia esso a tempo indeterminato, tempo determinato e convenzionato universitario.

7.1.0.3. Accantonamenti per rinnovi contrattuali. I competenti uffici regionali forniranno indicazioni al fine di prevedere l'accantonamento delle quote riguardanti i rinnovi contrattuali dei Dirigenti del SSN triennio 2019/2021 ove gli stessi risultassero ancora non sottoscritti. Quanto agli accantonamenti per i rinnovi contrattuali di tutte le aree triennio 2022/2024 di competenza 2023, la quantificazione degli stessi verrà comunicata come di consueto.

7.1.0.4. Personale gravante sulle voci di costo "beni e servizi". Nel 2024, verrà individuato un budget per il reclutamento di personale il cui costo grava su "beni e servizi", e precisamente:

- consulenze sanitarie, sociosanitarie, non sanitarie;

- collaborazioni coordinate continuative sanitarie e non sanitarie, se prorogate dalla normativa nazionale;
- indennità a personale universitario;
- prestazioni di lavoro interinale sanitario e non sanitario;
- prestazioni occasionali di lavoro e altre prestazioni sanitarie, sociosanitarie e non sanitarie.

Il reclutamento di tale personale dovrà essere limitato a particolari condizioni organizzative che devono essere sempre esplicitate, anche alla luce del fatto che, ove possibile, dovranno essere privilegiate le assunzioni di personale dipendente.

Il ricorso al lavoro somministrato dovrà essere limitato a quelle figure professionali e alle condizioni organizzative per le quali si evidenziano sostanziali difficoltà alla copertura dei fabbisogni tramite il ricorso all'ordinario rapporto di lavoro subordinato, quali i picchi stagionali e la necessità di sostituzione di breve periodo estemporanea ed immediata. In nessun caso il lavoro somministrato può essere confuso con le esternalizzazioni; pertanto, i relativi contratti non possono essere di durata annuale.

In ogni caso il ricorso a personale gravante sulla voce beni e servizi dovrà essere limitato ai casi previsti per legge, anche con riferimento alle liste d'attesa ed alle specifiche disposizioni regionali.

7.1.0.5. Personale della ricerca. Con riferimento allo status giuridico dei ricercatori operanti nel settore pubblico, si rammentano i contenuti della Legge n. 205/2017 con la quale si è inteso garantire e promuovere il miglioramento della qualità e dell'efficienza dell'attività di ricerca sanitaria e fornire un'organica disciplina dei rapporti di lavoro del personale del Sistema Sanitario Nazionale (art. 1, commi 422 – 434).

La norma ha istituito un ruolo non dirigenziale della ricerca sanitaria e delle attività di supporto alla ricerca presso gli IRCCS pubblici con apposite procedure riservate per l'assunzione di tale personale; in merito, si rimanda a quanto disposto nel CCNL triennio 2016/2018 sottoscritto in data 11/7/2019.

Eventuali ulteriori indicazioni potranno essere fornite in occasione della sottoscrizione del nuovo CCNL 2019-2021 per il personale della ricerca sanitaria.

7.1.0.6. Prestazioni aggiuntive. Premesso che tale istituto deve essere utilizzato in conformità agli Accordi Sindacali in applicazione dei CCNL, Accordi a suo tempo approvati con specifiche deliberazioni della Giunta Regionale, si richiama gli enti sociosanitari pubblici ad un'attenta programmazione delle risorse attribuite in sede di Bilancio Preventivo 2024.

In ogni caso deve essere garantita la continuità dell'attività, con riferimento sia alle liste d'attesa, sia ai servizi di pronto soccorso, sia ai servizi di degenza, ivi comprese la medicina d'urgenza e le terapie semi intensive/intensive.

In ottemperanza all'art. 14 della LR. n. 4/2023, per il comparto (es. tecnici della prevenzione, assistenti sanitari, etc.) che prestano turni aggiuntivi nell'ambito della vigilanza in tema salute e sicurezza sui luoghi di lavoro si stabilisce una tariffa di 50 euro, con successivo provvedimento sarà stabilita, altresì, in conformità ai vigenti contratti, la tariffa per i dirigenti parimenti impegnati in prestazioni aggiuntive.

7.2. LINEE GUIDA PER LA DETERMINAZIONE DELLA SPESA DELLE ASSUNZIONI INTEGRATIVE E DEI FONDI CONTRATTUALI

7.2.1. INCREMENTI VARIABILI DI ASSUNZIONI EX ARTICOLO 11 DEL DECRETO LEGGE N. 35/2019

Le assunzioni disposte nel rispetto del PTFP 2023-2025, risultanti aggiuntive rispetto al numero di unità in servizio al 31/12/2018 sono finanziate, previa autorizzazione regionale, dalle risorse ex articolo 11 del Decreto Legge n 35/2019.

Tale finanziamento è destinato alla corresponsione dei trattamenti retributivi fondamentali ed accessori unitamente agli oneri riflessi a carico dell'amministrazione e sarà oggetto di specifiche rilevazioni/monitoraggi regionali durante l'anno.

In merito al trattamento accessorio, l'art. 11 sopra richiamato e la circolare del Mef del 07/08/2020, avente ad oggetto "Richiesta di parere relativamente alla gestione dei vincoli di spesa del personale a seguito della disciplina di cui all'articolo 11 del Decreto-Legge 30 aprile 2019, n. 35 e successive modifiche ed integrazioni", indicano che il limite di cui all'art. 23 del decreto 75/2017 sia adeguato, in aumento in conseguenza di assunzioni aggiuntive rispetto al personale in servizio alla data del 31/12/2018 - ovvero in diminuzione, in corrispondenza di cessazioni di personale - per garantire l'invarianza del valore medio pro-capite della retribuzione accessoria complessiva registrato nell'anno 2018.

La misura dell'incremento del limite a seguito dell'assunzione a tempo pieno di una singola unità di personale, è quantificato dal rapporto tra le seguenti due grandezze:

- fondo per la contrattazione integrativa 2018, come certificato dal Collegio dei revisori dei conti ai sensi dell'articolo 40-bis, primo comma del decreto legislativo n. 165/2001 e come trasmesso ai fini della compilazione della Tabella 15 "Fondi per la contrattazione integrativa" del Conto Annuale 2018, valutato al netto delle poste variabili che non rilevano ai fini della verifica del limite in oggetto (es. risorse non utilizzate fondi anni precedenti, incentivi per le funzioni tecniche di cui all'articolo 113 del decreto legislativo n. 50/2016, eccetera);
- personale in servizio al 31 dicembre 2018 (teste) destinatario del fondo di cui al punto precedente (andrà quindi a titolo esemplificativo compreso il personale a tempo determinato, il personale con rapporto di lavoro part-time, il personale comandato presso l'amministrazione che accede al fondo, ed escluso il personale comandato esternamente all'amministrazione che non vi accede, ecc.);
- La quantificazione che precede trasmessa in una specifica rilevazione regionale rimane valida per tutte le assegnazioni relative al decreto 35/2019 a partire dal 2023.
- Si precisa che la metodologia individuata dalle singole aziende per l'eventuale implementazione dei trattamenti accessori per gli esercizi dal 2019 al 2022, antecedenti alle presenti linee guida, deve essere adeguata a partire dall'anno 2023.

Il limite ex art. 23 del D Lgs. 75/2017 va adeguato annualmente in aumento in modo proporzionale agli incrementi di personale individuati dalla norma in eccesso rispetto al personale in servizio alla data del 31.12.2018.

Ai fini della individuazione delle unità presenti nell'anno di riferimento, si ritiene necessario considerare l'effettiva presenza in servizio rilevata sulla base dei cedolini stipendiali erogati al personale che accede ai fondi della contrattazione integrativa. In base a tale approccio 12 cedolini stipendiali corrispondono ad una unità di personale a tempo pieno in servizio nell'anno. Pertanto il

numero dei cedolini stipendiali dei dipendenti che accedono alle risorse accessorie individuate dalla norma diviso 12 restituisce il numero di dipendenti in servizio nell'anno di riferimento utile ai fini dell'applicazione della norma in questione, ferma restando la necessità di ricondurre gli stessi al tempo pieno, rapportando i cedolini con la percentuale di part-time del dipendente in servizio (a titolo esemplificativo, due dipendenti in part-time al 50% corrispondono alla fine dell'anno ad un dipendente a tempo pieno).

Si specifica che per anno di riferimento (2019 e successivi) si intende anno solare e le risorse accessorie sono esclusivamente quelle di competenza del medesimo anno; pertanto, la liquidazione di fondi contrattuali arretrati (relativi a anni precedenti) per il personale cessato non devono essere conteggiati fra i cedolini utili al calcolo.

Esempio anno 2023

Per l'anno riferimento 2023 il numero cedolini liquidati da considerare sono quelli di competenza 2023 quindi a mero titolo esemplificativo al netto di cedolini erogati a personale cessato ante 2023, cedolini liquidati a personale in aspettativa/congedi non retribuiti nel 2023 a cui sono liquidate competenze accessorie ante 2023.

La quantificazione dell'incremento di unità di personale in servizio nell'anno di riferimento è determinata, a seguito di opportune verifiche operate a consuntivo, dalla differenza tra il numero di cedolini stipendiali effettivamente erogati nell'anno di riferimento diviso 12 (numero dei dipendenti su base annua) e le corrispondenti unità di personale in servizio al 31 dicembre 2018 (vedi IV paragrafo a relativo rapporto due grandezze - punto b), arrotondate al secondo decimale ove necessario.

Esempio

Unità in servizio al 31/12/2018 (teste): 150

Fondo per la contrattazione integrativa 2018: 500.000,00

Valore pro-capite del trattamento accessorio: euro 3.333,33

Unità in servizio al 31/12/2023 (numero di cedolini stipendiali effettivamente erogati nell'anno di riferimento n. 1980/12): 165 unità

Unità aggiuntive: $165-150=15$

*Aumento fondo: $15*3.333,33=49.999,95$*

7.2.1.1. Aggiornamento del valore medio pro capite del trattamento accessorio

7.2.1.2. Il valore medio pro-capite del trattamento accessorio 2018 del personale del comparto, alla luce delle disposizioni del CCNL 2016-2018 e del nuovo CCNL 2019-2021, è rivalutato per tutte le aziende per un importo pari a euro 389,44 corrispondente alla somma degli incrementi contrattuali previsti dall'art. 80 comma 3 lettera a) del CCNL 2016-2018 e dagli art. 101 comma 1, 102 comma 5 e 103 comma 7 del CCNL 2019-2021 (91,00+145,53+68,41+84,50).

7.2.1.3. Ripartizione del valore pro capite tra i Fondi contrattuali. Si evidenzia che il complessivo valore medio pro-capite per area contrattuale deve essere suddiviso per quota fra i relativi fondi contrattuali al fine di garantire uno sviluppo equilibrato negli stessi. La suddivisione delle quote fra i fondi viene definita una sola volta e rimane valida per tutte le assegnazioni relative al decreto 35/2019 a partire dal 2023.

7.2.1.4. Assegnazione finanziamento. L'attribuzione delle risorse del decreto per il 2023 è previsto in sede di assestamento e sarà oggetto di verifica e assegnazione definitiva in sede di preconsuntivo. Il valore definito in sede di preconsuntivo 2023 sarà altresì oggetto di assegnazione nel corso dell'anno 2024, con la previsione di verifica intermedia in sede di assestamento 2024 e individuazione dei valori definitivi in sede di preconsuntivo 2024.

7.2.2. INCREMENTI STABILI DI ASSUNZIONI

Sono considerati incrementi stabili di assunzioni quelli previsti dalla seguente normativa:

- D.L. 34/2020 - art. 1 comma 4 (unità di personale dedicato a ADI)
- D.L. 34/2020 - art. 1 comma 5 e DM 77/2022 (IFEC)
- D.L. 34/2020 - art. 1 comma 8 (unità di personale dedicato a Centrali Operative Regionali)
- D.L. 34/2020 - art. 2 comma 1 (unità di personale dedicato a Terapie intensive)
- D.L. 34/2020 - art. 2 comma 5 (unità di personale dedicato a Trasporti per trasferimenti secondari)
- D.L. 73/2021 - art. 50 comma 1 (unità di personale dedicato a Servizi di prevenzione per la sicurezza negli ambienti e nei luoghi di lavoro)

Tali finanziamenti sono finalizzati ad assunzioni di personale a tempo indeterminato per finalità vincolate e destinati alla copertura dei trattamenti retributivi fondamentali ed accessori unitamente agli oneri riflessi a carico dell'amministrazione e saranno oggetto di specifiche rilevazioni/monitoraggi regionali durante l'anno.

Per quanto relativo al trattamento accessorio, la metodologia proposta per il calcolo del valore pro-capite dello stesso validata per gli incrementi previsti dal decreto 35/2019, deve essere utilizzata anche per il decreto 34/2020, il decreto 73/2021 e per eventuali successivi nuovi provvedimenti legislativi che prevedono incrementi di personale e che saranno comunque oggetto di specifica autorizzazione regionale e di integrazioni delle rilevazioni regionali.

Anche per queste assunzioni è previsto che il valore pro capite del trattamento accessorio 2018 del personale del comparto alla luce del nuovo CCNL 2019-2021 sia rivalutato per tutte le aziende per un importo pari a euro 389,44.

Si precisa che al fine di definire il numero di unità destinate al finanziamento di cui al D.L. 35/2019, il conteggio del personale in servizio nell'anno di riferimento risultante dal calcolo dei cedolini

erogati (con la metodologia sopra definita) va considerato al netto delle assunzioni stabili disposte dalla normativa individuata nel presente capitolo.

Esempio

Unità in servizio al 31/12/2018 (teste) 150

Unità in servizio al 31/12/2023 (numero di cedolini stipendiali effettivamente erogati nell'anno di riferimento n. 1980/12): 165 unità

Unità aggiuntive finanziate da risorse stabili ex lege: 12

Unità aggiuntive D.L. 35/2019: $165-150-12=3$

FTE* 2023 (A)	NUMERO TESTE 31/12/2018 (B)	FTE* DL34/DM77/DL 73 (C)	FTE* DL35/2019 (A-B-C)
165	150	12	3

*da calcolarsi con il metodo dei cedolini

7.2.2.1. Assegnazioni finanziamenti. Il finanziamento previsto, in seguito a monitoraggio dello specifico reclutamento, progressivamente nei prossimi 3 esercizi, sarà assegnato in via definitiva sulla base delle effettive assunzioni e con riferimento al numero massimo autorizzato da Regione e indicato in sede di PTFP e successivi aggiornamenti. Le assegnazioni annuali progressive di risorse avranno carattere di stabilità anche per quanto relativo all'incremento dei fondi contrattuali. In considerazione della finalità vincolata, eventuali cessazioni negli anni successivi rispetto alle assunzioni effettuate nei tre anni dovranno essere considerate quale turn-over della dotazione stabile.

7.2.3. I FONDI CONTRATTUALI DA CCNL

7.2.3.1 Si considerano stabili i fondi contrattuali storicamente costituiti secondo i dettati contrattuali sottoscritti negli anni.

Tali fondi sono oggetto di una specifica rendicontazione nel template e devono essere rappresentati separatamente rispetto alle integrazioni di risorse previste dalla seguente normativa:

- D.L. 30-4-2019 n. 35 art. 11
- D.L. 19-5-2020 n. 34 - art. 1 comma 4
- D.L. 19-5-2020 n. 34 - art. 1 comma 5 e DM 77/2022
- D.L. 19-5-2020 n. 34 - art. 1 comma 8
- D.L. 19-5-2020 n. 34 - art. 2 comma 1
- D.L. 19-5-2020 n. 34 - art. 2 comma 2
- D.L. 25-5-2021 n. 73 - art. 50 comma 1
- L. 27-12-2017 n. 205 art.1 comma 435 e comma 435 bis
- L. 30-12-2018 n. 145 art. 1 comma 527 (certificazioni INAIL)
- D. Lgs. n. 178/2012 art. 6 comma 7 e DGR n. XI/1864 del 09.07.2019 (personale ESACRI)

Si precisa che l'indennità di P.S. prevista all'art. 107 comma 4 del CCNL 2019-2021 del personale del comparto è inserita stabilmente nel Fondo Premialità e condizioni di lavoro.

A seguito della liquidazione delle quote definite dall'art. 107 comma 4, successivamente rideterminate nella DGR XI/7846 del 31/01/2023 avente ad oggetto: "l'approvazione verbale di confronto tra la delegazione di parte pubblica e le oo.ss. del comparto sanità in merito all' indennità di pronto soccorso di cui all'articolo 1, comma 293 della l. 30 dicembre 2021 n. 234", gli eventuali residui rispetto all'assegnazione regionale, oggetto di specifica individuazione, confluiranno nelle risorse destinate alla premialità per l'anno di riferimento del personale destinatario dell'indennità.

7.2.4. INTEGRAZIONI ANNUALI DEI FONDI CONTRATTUALI

7.2.4.1 Si considerano risorse integrative dei fondi contrattuali quelle previste dalle seguenti normative:

- L. 27-12-2017 n. 205 art.1 comma 435 e comma 435 bis
- L. 30-12-2018 n. 145 art. 1 comma 527 (certificazioni INAIL)

I finanziamenti di cui alla L. 27-12-2017 n. 205 art.1 comma 435 e comma 435 bis si consolidano di anno in anno sui fondi contrattuali di competenza, diversamente dai finanziamenti di cui alla L. 30-12-2018 n. 145 art. 1 comma 527 che non si consolidano nella parte stabile dei fondi in quanto oggetto di assegnazioni annuali.

7.2.5. ULTERIORI INTEGRAZIONI ANNUALI DEI FONDI CONTRATTUALI RILEVATI NEL CONTO ANNUALE

7.2.5.1 Si considerano in questa sezione le risorse quantificate ai sensi di legge dalle singole aziende che, pur non rientrando nell'assegnazione regionale del budget del personale, sono oggetto di rendicontazione nelle tabelle 15 del Conto Annuale quali a solo titolo esemplificativo gli incentivi tecnici e i compensi dell'avvocatura.

7.2.5.2 In tale sezione deve essere inoltre indicata la RIA, oggetto di decurtazione ai sensi dell'art. 23 del D. Lgs. 75/2017.

7.2.6. TRASFERIMENTI DI PERSONALE

Al fine di definire il numero di unità destinate al finanziamento di cui al D.L. 35/2019, l'eventuale trasferimento di personale fra aziende sanitarie, avvenuto con decreti di assegnazione regionale, non deve essere considerato ai fini del calcolo del valore medio pro-capite del trattamento accessorio 2018 del personale del comparto.

In analogia con quanto definito al paragrafo 2, al fine di definire il numero di unità destinate al finanziamento di cui al D.L. 35/2019, il conteggio del personale in servizio nell'anno di riferimento risultante dal calcolo dei cedolini erogati (con la metodologia sopra definita) va considerato al netto dei trasferimenti (in entrata o in uscita) disposti dai decreti di assegnazione.

7.2.6.1. Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori e AREU. A seguito della costituzione della Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori e dell'Agenzia Regionale Emergenza Urgenza - AREU, i relativi fondi contrattuali sono stati costituiti prevedendone l'implementazione progressiva negli anni per giungere ai valori definitivi stabiliti nelle rispettive delibere di costituzione, fatto salvo l'incremento dei fondi stessi in caso di attivazione, implementazione e consolidamento delle funzioni assegnate secondo la vigente disciplina dei CCNL.

7.2.7. FONDI CONTRATTUALI E LIMITE EX ART. 23 DEL DECRETO LEGISLATIVO 25 MAGGIO 2017, N. 75.

La retribuzione accessoria è soggetta alla verifica del limite disposto dall'articolo 23, comma 2 del decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 75 che prevede " [...] a decorrere dal 1° gennaio 2017, l'ammontare complessivo delle risorse destinate annualmente al trattamento accessorio del personale, anche di livello dirigenziale, di ciascuna delle amministrazioni pubbliche di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, non può superare il corrispondente importo determinato per l'anno 2016".

Si sottolinea che al fine di evitare che le nuove assunzioni si traducano in una penalizzazione della retribuzione accessoria del personale già in servizio, i finanziamenti previsti dalle norme richiamate nei capitoli precedenti sono da intendersi in deroga al predetto limite.

7.2.7.1. Certificazione dei fondi. Ai sensi dell'art. 40-bis del D.LGS. 165/2001 il controllo sulla compatibilità dei costi della contrattazione collettiva integrativa con i vincoli di bilancio e quelli derivanti dall'applicazione delle norme di legge, con particolare riferimento alle disposizioni inderogabili che incidono sulla misura e sulla corresponsione dei trattamenti accessori è effettuato dal Collegio Sindacale.

È prevista, da parte del Collegio sindacale, la certificazione dei fondi contrattuali al momento della costituzione provvisoria ad inizio anno e successivamente in sede di Bilancio consuntivo.

Gli specifici accordi sindacali, successivi alla costituzione provvisoria, che implicano eventuali movimentazioni stabili dei fondi contrattuali, nel rispetto dell'art. 23 del D. Lgs. 75/2017 e comunque a invarianza complessiva degli stessi, dovranno essere comunicati ai competenti uffici regionali previa validazione dell'accordo da parte del Collegio Sindacale.

7.3. FLUSSI INFORMATIVI DEL PERSONALE

Si conferma l'importanza di provvedere ad una corretta compilazione di tutti i flussi informativi derivanti da disposizioni nazionali, con particolare riferimento al Conto Annuale, l'Allegato al CE e l'elenco nazionale dei dirigenti di struttura complessa del ruolo sanitario, e regionali, con particolare riferimento a Flu.Per e modello A - bilancio, al fine di assicurare il raccordo delle informazioni presenti nei diversi flussi del personale, anche in considerazione del fatto che gli stessi sono utilizzati per la definizione di indicatori di efficienza, efficacia ed economicità degli enti sanitari, nonché ai fini del computo dei fabbisogni di personale.

Si sottolinea quindi l'importanza della coerenza dei dati contenuti nel Conto annuale rispetto ai dati di costo rilevati nel Bilancio in nota integrativa, nel Modello A e nel Flu.per., nonché la coerenza dei dati di Flu.per. con le anagrafiche HSP ministeriali e correlati flussi di produzione anche al fine del progetto di definizione del fabbisogno di personale.

Si ricorda infine che la qualità dei dati dei flussi informativi sopra menzionati saranno oggetto di specifiche verifiche da parte dei competenti Uffici della Direzione Generale Welfare.

Si dispone infine che il mancato rispetto delle scadenze di invio dei flussi sarà valutato, nei termini specificati da apposita DGR, ai fini della valutazione dei Direttori Generali.

7.4. WELFARE AZIENDALE

Si confermano le disposizioni contenute nello specifico paragrafo contenuto nell'allegato 11 della DGR n. 7758/2022.

7.5. PIANI DI ORGANIZZAZIONE AZIENDALE STRATEGICI

Le linee guida regionali per l'adozione dei Piani di Organizzazione Aziendali Strategici (POAS), adottate con DGR XI/6278 dell'11 aprile 2022, hanno stabilito che il POAS ha valenza triennale e può essere aggiornato annualmente qualora subentrino motivate situazioni ed esigenze particolari, considerando la necessità prevalente di conservare la stabilità degli assetti organizzativi già deliberati.

I termini per la presentazione annuale della richiesta di variazione, prevista dalla sopra citata DGR 6278/22, saranno definiti con specifiche indicazioni della Direzione Generale Welfare. Non sono pertanto ricevibili richieste di variazione presentate al di fuori dei termini stabiliti dalla Direzione Generale Welfare.

Si conferma il monitoraggio trimestrale della copertura di tutte le strutture previste dai POAS 2022-2024, attraverso la piattaforma POAS Web. I dati dovranno essere inseriti entro il giorno 15 del mese successivo al trimestre di riferimento.

7.6. COPERTURA DEI POSTI E DELLE STRUTTURE COMPLESSE PREVISTI IN DOTAZIONE ORGANICA

I limiti autorizzati cui deve riferirsi il Collegio Sindacale nelle sue verifiche sono rappresentati dai valori di costo e di dotazione organica inseriti nel nuovo PTFP 2024-2026. In ogni caso il costo costituisce un limite invalicabile, non possono pertanto essere disposte assunzioni che comportino, a regime, l'incremento dei costi oltre il limite assegnato, ivi compreso il valore dei Fondi contrattuali.

Risulta necessaria l'autorizzazione da parte della DG Welfare per la copertura delle strutture complesse.

Sono fatte salve e mantengono validità, per tutto il 2024, le autorizzazioni rilasciate per le coperture dei Distretti; per quanto riguarda le altre strutture le autorizzazioni già rilasciate mantengono validità fino al 30 giugno 2024.

In via ordinaria le autorizzazioni alla copertura delle strutture verranno rilasciate sulla base di una programmazione semestrale di copertura; le richieste singole verranno processate solo in casi eccezionali.

Con riferimento alle aspettative per incarichi di cui al D. Lgs n. 502/92, si invitano le Aziende al rispetto delle disposizioni di cui all'art. 3-bis, comma 11, del medesimo decreto legislativo. Nel periodo di fruizione di tale aspettativa l'azienda può provvedere alle sostituzioni per la durata dell'aspettativa concessa così come previsto dall'art 22 comma 5 del CCNL 19 dicembre 2019. Al rientro in servizio dall'aspettativa, il dirigente sostituito completa il proprio periodo di incarico ed è soggetto alla verifica e valutazione di cui al Capo VIII del CCNL 19 dicembre 2019.

Stante la *ratio* della normativa sopra riportata, essendo l'aspettativa disposta anche a tutela degli Enti sociosanitari pubblici, questi ultimi dovranno provvedere al contestuale congelamento di un corrispondente posto in organico per la durata della stessa così da consentire al dirigente, al momento del rientro, di proseguire il proprio incarico senza alcun cambiamento. Tale disposizione vale anche qualora nel POAS siano state modificate le Strutture Complesse coperte da titolare in aspettativa ex D.lgs. 502/92: qualora le strutture siano state soppresse si dovrà “congelare” un posto della corrispondente graduazione.

7.7. PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ ED ORGANIZZAZIONE

Si confermano le disposizioni contenute nello specifico paragrafo contenuto nell'allegato 11 della DGR n. 7758/2022.

7.8. PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE

Il PTFP 2024/2026 contiene, come di consueto, la programmazione del personale dipendente, del personale con contratto atipico, dei convenzionati universitari e dei convenzionati specialisti ambulatoriali e medicina dei servizi.

La programmazione proposta per i PTFP 2024/2026 dovrà tenere del potenziamento dei servizi territoriali recepiti nelle DGR regionali.

Si precisa che in sede di redazione del PTFP dovranno essere considerate, ai fini del computo degli FTE e COSTI autorizzati, anche dei costi su beni e servizi per sopperire alla carenza di personale che, di fatto, comportano una diminuzione di FTE e costi del personale dipendente.

Il Piano triennale dei fabbisogni 2024–2026 riporta per ogni anno:

- il fabbisogno di personale (espresso in FTE), strutturato e non strutturato, deve essere esplicitato nei numeri e nelle professionalità necessarie al funzionamento dell'Ente;
- il costo derivante dall'adozione del fabbisogno di cui sopra, non deve superare il budget annuale;
- la dotazione organica (espressa in teste), relativa al solo personale a tempo indeterminato, determinato e convenzionati universitari necessario per svolgere l'attività ordinaria, include anche il personale previsto nel Piano ospedaliero e territoriale di cui al DL 34/2020 che si struttura nel tempo.

Si specifica che è previsto per l'anno 2023 di esplicitare la consistenza del personale nei punti sopra elencati riportando i valori consuntivati e non di programmazione. Pertanto:

- il fabbisogno di personale in FTE è pari al calcolo degli FTE anno 2023, secondo la metodologia già nota;
- i costi sono pari ai valori dell'assestamento di bilancio 2023 ovvero alla stima a chiudere 2023;
- deve essere indicato, infine, il personale dipendente e universitario attivo al 31.12.2023.

Il PTFP deve essere proposto prevedendo le annualità 2024, 2025 e 2026 in continuità con l'anno 2023; potranno essere incrementate solo le teste ed i costi utili per completare gli standard previsti dal DM 77/2022 per centrali operative territoriali, case di comunità, e ospedali di comunità in base alla programmazione approvata con DGR n 7515 del 15 dicembre 2022

La DG Welfare, nell'ambito dei programmi strategici avviati e che intende avviare, riconosce l'importante e fondamentale ruolo svolto e garantito sia dall'Agenzia Regionale Emergenza Urgenza – AREU (ex art. 16 della L.R. 33/2009) sia dall'Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario Lombardo – ACSS (ex art. 11 della L.R. 33/2009).

In tale contesto, e per consentire alle sopra citate Agenzie di far fronte e gestire coerentemente con gli obiettivi regionali tutte le funzioni assegnate, si prevede che alle stesse vengano riconosciute le necessarie risorse compatibili al raggiungimento delle finalità di interesse regionale, ciò in un'ottica sia di potenziamento sia, e soprattutto, di consolidamento delle Agenzie regionali stesse.

L'approvazione regionale costituisce autorizzazione del piano delle assunzioni utili alla copertura della dotazione organica prevista nell'annualità 2024, nei limiti previsti dai costi e degli FTE autorizzati; per le annualità 2025 e 2026 ha invece un valore esclusivamente programmatico, senza autorizzazione di assunzione o di spesa. Si ribadisce che, se parte della dotazione organica è coperta con personale gravate su beni e servizi, deve essere cura delle Aziende trasferire i costi da beni e servizi a personale al venir meno del personale flessibile a favore dell'incremento del personale strutturato.

Il PTFP 2024 – 2026, comprensivo delle tabelle degli attivi e degli FTE e Costi 2023, anche in ottemperanza al DM 132/2022 “Regolamento recante definizione del contenuto del Piano Integrato di Attività e Organizzazione”, dovrà essere predisposto dalle singole ATS, ASST e Fondazioni IRCCS di diritto pubblico sulla base delle indicazioni e dei costi assegnati dalla DG Welfare a seguito delle proposte degli Enti formulate nel corso del mese di novembre 2023.

La proposta, nei termini approvati e con i costi autorizzati, dovrà essere adottata dall'ente nell'apposito atto deliberativo da armonizzarsi con l'approvazione del PIAO, validato, per quanto di competenza, dai propri Collegi dei Revisori e inviato agli uffici della DG Welfare entro il 29 febbraio 2024, per l'approvazione regionale definitiva e gli atti conseguenti.

Sono previsti 3 differenti format del PTFP, trasmessi agli Enti dalla DG Welfare, a seconda che l'ente sia una ATS, una ASST o una Fondazione IRCCS di diritto pubblico.

Tutti e tre i format sono composti da 8 fogli:

- a. CONSISTENZA AL 31.12.2023
- b. FTE E COSTI 2023
- c. Dotazione Organica 2024
- d. FTE E COSTI 2024
- e. Dotazione Organica 2025
- f. FTE E COSTI 2025
- g. Dotazione Organica 2026
- h. FTE E COSTI 2026

CONSISTENZA Dotazione Organica – Attivi al 31.12.2023. In questa tabella dovranno essere riportati i numeri riferiti al personale in servizio, dipendente e convenzionato universitario, attivi al 31.12.2023, espressi in teste. Il dettaglio in cui suddividere il personale corrisponde alla suddivisione proposta per la dotazione organica anni 2024-2025-2026, pertanto si rimanda al relativo paragrafo per la suddivisione. Si precisa che, il personale deve essere allocato rispetto alla propria UO giuridica di afferenza e qualora sussista il caso di personale distribuito su più aree del format proposto, per lo

stesso si provvederà a calcolarlo come FTE, approssimando poi tale valore con l'intero più vicino, facendo comunque attenzione a rispettare i numeri del complessivo degli attivi al 31.12.2023.

CONSISTENZA Dotazione Organica – FTE E COSTI 2023. Come precisato nel paragrafo precedente, anche la tabella degli FTE e COSTI 2023 dovrà riportare i dati reali dell'anno 2023.

Proposta di Dotazione Organica per l'anno 2024-2026. Dotazioni organiche, FTE E COSTI 2024-2025-2026, sono rappresentati in apposite tabelle, predisposte dalla DG Welfare. Si ricorda che il budget di costo rappresenta un limite di spesa invalicabile. Le Tabelle differiscono a seconda che si tratti di ATS, ASST e IRCCS. Nel seguito vengono riportati i criteri per l'approvazione della dotazione organica 2024, espressa in teste, per ATS, ASST e IRCCS. Si ricorda che personale convenzionato, personale a tempo determinato e personale flessibile concorrono al completamento della dotazione organica, solo per le finalità consentite dalla legge (es. liste d'attesa o progetti finalizzati ed autorizzati da DG Welfare) può essere assunto personale ulteriore rispetto alla dotazione organica.

ATS. Si confermano le disposizioni contenute nello specifico paragrafo contenuto nell'allegato 11 della DGR n. 7758/2022, fatte salve ulteriori disposizioni contenute nella l.r. 14 novembre 2023, n. 4.

Veterinaria. Si indica il riequilibrio delle dotazioni del Dipartimento Veterinario come segue:

ENTE	DO 2024
321 – ATS CITTA' METROPOLITANA MILANO	116
322 - ATS DELL'INSUBRIA	60
323 - ATS DELLA MONTAGNA	47
324 - ATS DELLA BRIANZA	51
325 - ATS DI BERGAMO	69
326 - ATS DI BRESCIA	109
327 - ATS DELLA VAL PADANA	157
328 - ATS DI PAVIA	38

Le ATS sono tenute ad aggregarsi tra loro per il reclutamento di personale veterinario con una ATS capofila per l'espletamento dei suddetti concorsi aggregati per la Lombardia.

Prevenzione. Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria. Si confermano i valori di riferimento della 7757/2023

Il Dipartimento di igiene e prevenzione sanitaria è a sua volta stato disaggregato per le seguenti aree:

- **MEDICINA PREVENTIVA NELLE COMUNITA** (a sua volta distinta in Screening e Vaccinazioni),
- **IGIENE ALIMENTI E NUTRIZIONE**
- **IGIENE E SANITA` PUBBLICA**
- **PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE FATTORI DI RISCHIO COMPORTAMENTALI**

- PREVENZIONE E SICUREZZA AMBIENTI DI LAVORO

- Altro del Dipartimento di Prevenzione (che comprende staff del Direttore DIPS e personale del laboratorio)

Nella copertura dei posti di dotazione organica prevista sono già comprese le persone coinvolte nelle Unità Operative a valenza regionale; indicativamente si raccomanda di individuare due o tre operatori per Unità Operativa. All'interno delle singole aree sono previsti i seguenti parametri identificati con DGR 7757/2023:

- SC SIAN = avere uno standard per popolazione almeno superiore alla mediana regionale pari a 4,2 ogni 100.000 abitanti e comunque auspicabile fino a 5,2
- SC Igiene Pubblica = avere uno standard per popolazione almeno superiore alla mediana regionale pari a 4,2 ogni 100.000 abitanti e comunque auspicabile fino a 5,2
- SC MPC, divisa come segue:
 - Area Sorveglianza Malattie Infettive: mantenere un parametro pari a 2,5 ogni 100.000 abitanti; tale parametro concorre a soddisfare quanto richiesto dal DM aprile 2020 per l'area di sorveglianza pari a 1 ogni 10.000 abitanti (10/100.000), la quota parte restante di 7,5/100.000 abitanti è fornita dalle ASST.
 - Area Screening: mantenere un parametro pari a 1,7 ogni 100.000 abitanti (attuale dato indicativo di riferimento regionale)
- SC Promozione della Salute: mantenere un parametro pari a 1 dipendente ogni 100.000 abitanti (media regionale).
- SC Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di lavoro: garantire le assunzioni previste nelle dotazioni organiche di cui alla tabella allegata alla fine del presente paragrafo, finalizzati ad assicurare gli standard della DGR 6869/2022. Si ricorda che sono previsti dalla DGR 438/2022 ulteriori 134 operatori per cui sono in corso approfondimenti normativi e se positivi saranno implementati nel corso dell'anno.

Premesso che nel FSN sono presenti risorse aggiuntive per 52 milioni di euro dedicate al PANFLU nella tabella seguente sono indicate le risorse di personale aggiuntive per il 2024 dedicate al PANFLU per un totale fino a 3 milioni di euro a valere sul FSN dedicato al PANFLU (vedere allegato prevenzione). Sono altresì riconosciute unità di personale alle UO a valenza regionale Epidemiologia e prevenzione di ATS Milano all'area PSAL di ATS Milano per la formazione PANFLU alle aziende e SIAN di ATS Brianza.

RISORSE AGGIUNTIVE PIANO PANDEMICO E PIANI EMERGENZA PREVENZIONE E UO VALENZA REGIONALI	N totale	Di cui destinate alle UO A VALENZA REGIONALI o aree dedicate
321-ats milano	11	6 4 uo epidem 2 PSAL
322-ats insubria	3	
323-ats montagna	2	
324-ats brianza	7	2 sc sian e 2 sc sistemi informativi
325-ats bergamo	3	
326-ats brescia	3	
327-ats valpadana	2	
326-ats pavia	2	
RL	33	

Visto quanto sopra sono approvate le seguenti dotazioni organiche come richieste dalle ATS sottolineando la necessaria riallocazione di personale da area “Altro dipartimento DIPS” alle SC al momento al di sotto delle soglie previste, analogamente nelle dotazioni organiche andranno identificate chiaramente le risorse dedicate all’area “laboratori di prevenzione” (entro gennaio 24). Inoltre, al fine di garantire una corretta rendicontazione, è necessario identificare chiaramente in voce “personale aggiuntivo PANFLU” le risorse acquisite con tali risorse e di norma assegnate alle SC del DIPS e alle UO a valenza regionale.

	MEDICINA PREVENTIVA NELLE COMUNITA'		IGIENE ALIMENTI E NUTRIZIONE	IGIENE E SANITA' PUBBLICA	PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE FATTORI DI RISCHIO COMPORTAMENTALI	PREVENZIONE E SICUREZZA AMBIENTI DI LAVORO	ALTRO DEL DIPS (staff e laboratorio di prevenzione)	Personale aggiuntivo Piano Pandemico e altri piani di Emergenza	di cui 4 dedicate alla SC epidemiologia e 2 alla SC PSAL	di cui 2 dedicate alla SC sian e 2 alla SC sistemi informativi	TOTALE PREVENZIONE
	SCREENING	MALATTIE INFETTIVE									
321-ats milano	50	61	139	143	27	245	144	11			820
322-ats insubria	22	36	53	44	26	91	30	3			305
323-ats montagna	9	11	25	14	14	30	33	2			138
324-ats brianza	20	25	50	50	15	78	37	7			282
325-ats bergamo	19	28	46	46	11	67	42	3			262
326-ats brescia	22	22	44	58	14	88	57	3			308
327-ats valpadana	14	23	45	39	14	90	16	2			243
326-ats pavia	14	5	27	30	7	53	7	2			145
RL	170	211	429	424	128	742	366	33			2503

ASST. Si confermano le disposizioni contenute nello specifico paragrafo contenuto nell'allegato 11 della DGR n. 7758/2022;

Polo Ospedaliero. Rispetto alla Dotazione Organica del Polo Ospedaliero, è stata prevista un'ulteriore suddivisione delle aree omogenee di personale, in sintonia con quanto disposto dal “Decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze di adozione della metodologia per la definizione del fabbisogno di personale degli enti del Servizio Sanitario Nazionale”. Dal totale del personale del Polo ospedaliero dovranno essere scorporati:

- pronto soccorso
- terapia intensiva, blocco operatorio e AREU;
- area medica

- area chirurgica

Polo Territoriale. Si confermano le disposizioni contenute nello specifico paragrafo contenuto nell'allegato 11 della DGR n. 7758/2022, fatti salvi gli incrementi previsti per legge e da specifiche disposizioni regionali.

Prevenzione. Per le SC vaccinazioni vista la media regionale di 8,6 operatori ogni 100.000 abitanti di cui 1,4 medici e 6,4 sanitari si raccomanda di riportare valore inferiori a tali parametri almeno al valore delle medie regionali. Premesso che nel FSN sono presenti risorse aggiuntive per 52 milioni di euro dedicate al PANFLU nella tabella seguente sono indicate le risorse di personale aggiuntive per il 2024 dedicate al PANFLU per un totale fino a 21 milioni di euro a valere sul FSN vincolato al PANFLU (vedere allegato prevenzione). Al fine di garantire una corretta rendicontazione è necessario identificare chiaramente in voce "personale aggiuntivo PANFLU" le risorse acquisite con tali risorse e di norma assegnate alle SC come da tabella sottostante.

ASST_DESCRIZIONE	LABORATORI PERSONALE AGGIUNTIVO PER PIANO PANDEMICO	VACCINAZIONI PERSONALE AGGIUNTIVO PER PIANO PANDEMICO	AREA DIREZIONI PERSONALE AGGIUNTIVO PER GESTIONE PIANO PANDEMICO E ALTRI PIANI DI EMERGENZA	UO A VALENZA REGIONALE/CENTRI DI RIFERIMENTO PERSONALE AGGIUNTIVO PER GESTIONE PIANO PANDEMICO E ALTRI PIANI DI EMERGENZA	TOTALE PERSONALE AGGIUNTIVO PIANO PANDEMICO E ALTRI
ASST NIGUARDA	1	3	1	3	Centro Regionale di Coordinamento della Medicina di Laboratorio 8
ASST SANTI PAOLO E CARLO	1	7	1		9
ASST FATEBENEFRATELLI SACCO	4	12	1	5	UO Valenza Regionale (3 area vaccinazioni e 2 malattie infettive) 22
ASST OVEST MILANESE	1	7	1		9
ASST RHODENSE	1	7	1		9
ASST NORD MILANO	1	4	1		6
ASST MELEGNANO E MARTESANA	1	9	1		11
ASST LODI	1	4	1		6
ASST SETTE LAGHI	1	6	1		8
ASST VALLE OLONA	1	7	1		9
ASST LARIANA	1	9	1		11
ASST VALTELLINA E ALTO LARIO	1	3	1		5
ASST VALCAMONICA	1	1	1		3
ASST LECCO	1	5	1		7
ASST BRIANZA	1	14	1		16
ASST PAPA GIOVANNI XXIII	1	3	1		5
ASST BERGAMO OVEST	1	8	1		10
ASST BERGAMO EST	1	6	1		8
ASST SPEDALI CIVILI	1	8	1		10
ASST FRANCIACORTA	1	4	1		6
ASST GARDA	1	6	1		8
ASST CREMONA	1	3	1		5
ASST MANTOVA	1	6	1		8
ASST CREMA	1	2	1		4
ASST PAVIA	1	7	1		9
IRCCS San Matteo PAVIA	4		1		5
IRCCS POLICLINICO MILANO	1		1	2	Coordinamento terapia intensiva 4
IRCCS BESTA	1		1		2
IRCCS INT	1		1		2
IRCCS San Gerardo dei Tintori MONZA	1		1		2
	36	151	30	10	227

IRCCS. Si confermano le disposizioni contenute nello specifico paragrafo contenuto nell'allegato 11 della DGR n. 7758/2022.

Dirigenza delle professioni sanitarie. Ai fini di una migliore definizione delle dotazioni organiche riferite alla Dirigenza delle professioni sanitarie e di una ottimale strutturazione delle SC previste

dalle linee guida POAS, ferme restando le strutture previste dai POAS stessi, si invitano le Aziende a tener conto nei bandi concorso per la dirigenza della natura manageriale dell'incarico e di un'equa ripartizione delle dirigenze tra le professionalità presenti.

FABBISOGNI E COSTI. Si confermano le disposizioni contenute nello specifico paragrafo contenuto nell'allegato 11 della DGR n. 7758/2022.

Si precisa, inoltre che, ai sensi del comma 1 dell'art. 1 della l.r. 33/2009, il servizio sanitario, sociosanitario e sociale regionale integrato lombardo promuove e tutela la salute ed è costituito dall'insieme di funzioni, risorse, servizi, attività, professionisti e prestazioni che garantiscono l'offerta sanitaria e sociosanitaria della Regione e la sua integrazione con quella sociale di competenza delle autonomie locali.

L'esercizio dell'attività sanitaria volta al perseguimento di un interesse costituzionalmente garantito e a tutela rafforzata, in quanto la Costituzione stessa definisce il diritto alla salute quale diritto fondamentale del singolo e della collettività, non può pertanto considerarsi in concorrenza con l'attività svolta da operatori economici privati che, nella loro attività commerciale, forniscono servizi medici ed infermieristici alle strutture pubbliche attraverso il mero reclutamento di professionisti sanitari.

L'esercizio dell'attività sanitaria e della relativa professione nell'ambito delle strutture pubbliche del sistema sanitario nazionale non può, quindi, trovare limitazioni in eventuali pattuizioni sottoscritte dai professionisti sanitari con tali operatori, in quanto nel bilanciamento degli interessi coinvolti quello prevalente non può che essere quello della tutela della salute e dell'interesse della collettività.

Diversamente potrebbe trovare, invece, applicazione in ambito civilistico un eventuale limitazione tra soggetti che esercitano la medesima attività commerciale e che, avendo stessa natura e medesime finalità, si trovano in concorrenza fra loro.

Peraltro, in considerazione della difficoltà per le strutture erogatrici di reclutare il personale, il Legislatore ha recentemente introdotto limiti normativi e regolamentari, anche di natura temporale, indirizzati alle strutture pubbliche, alla possibilità di ricorrere all'esternalizzazione dei servizi medici ed infermieristici proprio al fine di permettere alle medesime strutture di dotarsi di professionisti in grado di perseguire quelle finalità pubbliche che l'ordinamento attribuisce al sistema sanitario.

In tale contesto appare quindi grave e non giustificabile, anche sotto il profilo della tutela dei professionisti interessati, prevedere disposizioni volte ad inibire o limitare l'esercizio della relativa attività nelle strutture del servizio sanitario pubblico che, per esigenze eccezionali e straordinarie, si sono viste costrette ad esternalizzare i relativi servizi sanitari, rivolgendosi a detti operatori, anche in considerazione del fatto che, ai sensi della normativa ora vigente, trattasi di una soluzione ad esaurimento in breve tempo e a regime non più praticabile.

Legittimare simili pattuizioni, estendendole anche ad attività svolte presso soggetti pubblici che non hanno natura concorrenziale con quella svolta dagli operatori di cui trattasi tralasciando la lesione dei diritti dei professionisti, significherebbe mettere ancora più in difficoltà il sistema sanitario pubblico che ormai da anni incontra grosse difficoltà nel reperimento di professionisti sanitari e mettere di conseguenza a rischio la capacità di fornire adeguate risposte al bisogno di salute espresso dalla collettività.

Inoltre, va evidenziato che eventuali clausole limitative come quelle sopra descritte non possono trovare applicazione nei confronti di professionisti nel caso in cui questi ultimi partecipino a selezioni pubbliche, a qualsiasi titolo, bandite da strutture pubbliche.

7.9. RICONOSCIMENTO QUALIFICHE SANITARIE CONSEGUITE ALL'ESTERO

ai sensi dell'articolo 13 del decreto-legge 17 marzo 2020 n. 18 e s.m.i. e all'articolo 6 -bis del decreto-legge 23 luglio 2021, n. 105 e s.m. i.

Il sistema attuale registra un incremento della domanda di prestazioni sanitarie differenziate sia per numero sia per tipologia (si pensi all'attenzione per l'area territoriale e domiciliare). Regione Lombardia ha in corso l'attività di riconoscimento temporaneo delle qualifiche conseguite all'estero, ai sensi dell'articolo 13 del decreto-legge 17 marzo 2020 n. 18, convertito in legge, con modificazioni dalla legge 24 aprile 2020, n. 27, che prevede l'istruttoria delle istanze in capo alle ATS come da delibera n. 7515 del 15/12/2022 e decreto dirigenziale n. 1154 del 31/01/2023.

Con Decreto-Legge 30 marzo 2023, n. 34 (convertito in Legge 26 maggio 2023, n. 56) è stato previsto che, con intesa da adottarsi in sede di Conferenza permanente per rapporti tra lo Stato Regioni Province autonome, sia definita la disciplina per l'esercizio temporaneo dell'attività lavorativa in deroga al riconoscimento delle qualifiche professionali sanitarie conseguite all'estero.

Fatte salve le disposizioni che saranno approvate dalla Conferenza Stato Regioni, stante la necessità di far fronte a specifiche carenze di personale salvaguardando la qualità del nostro SSR, si prevedono accordi internazionali con paesi esteri, anche in sinergia con le Università per la formazione specifica.

Si rende inoltre opportuno, sulla base dell'Intesa che verrà approvata, avviare procedure per il riconoscimento delle eventuali specializzazioni mediche conseguite all'estero equiparabili in via semplificata alle specializzazioni italiane attraverso specifici accordi con paesi esteri anche extra UE.

Nelle more dell'adozione dell'Intesa di cui al comma 2 dell'art 15 del D.L. 30 marzo 2023, n. 34 (convertito in Legge 26 maggio 2023, n. 56) nonché dei relativi provvedimenti attuativi, si applicano le disposizioni recate all'articolo 6 -bis del decreto-legge 23 luglio 2021, n. 105, convertito, con modificazioni, dalla legge 16 settembre 2021, n. 126 e all'articolo 13 del decreto-legge 17 marzo 2020 n. 18, convertito in legge, con modificazioni dalla legge 24 aprile 2020, n. 27. Verranno mantenute, fino alla scadenza di legge, le prese d'atto effettuate nel corso dell'anno 2023 e 2024, nonché le prese d'atto effettuate in data antecedente ma, in quest'ultimo caso, solo ed esclusivamente in presenza di un contratto di lavoro.

Fino all'entrata in vigore dell'Intesa di cui sopra si mantiene la validità della procedura di riconoscimento approvata con DGR n. 7515 del 15/12/2022 e decreto dirigenziale n. 1154 del 31/01/2023.

7.10. . FORMAZIONE DEL PERSONALE SSR

7.10.1 Formazione Continua in Medicina ECM – CPD. La formazione continua è opportunità e stimolo per la crescita di tutto il sistema salute ed è obbligo per tutti i professionisti sanitari che devono accrescere la propria formazione e competenza professionale.

Il Sistema Lombardo ECM-CPD, attraverso i suoi provider accreditati, deve continuare a svilupparsi proponendo nuovi percorsi formativi blended fortemente improntati al digitale da affiancare alla formazione tradizionale analogica.

È quindi indispensabile che gli uffici formazione vengano adeguatamente valorizzati e dotati delle necessarie risorse tecnologiche, umane e didattico-metodologiche.

Ai provider del Sistema lombardo ECM-CPD è perciò richiesta:

- la realizzazione, anche in collaborazione con PoliS Lombardia, strutture del S.S.R. e altri provider accreditati, di percorsi formativi “blended” con lo sviluppo delle funzioni di E-learning;
- il rispetto della normativa ECM e di quanto previsto nel “Manuale di accreditamento per l’erogazione di eventi ECM-CPD Regione Lombardia”;
- l’inserimento dei piani formativi sul "Sistema gestionale lombardo ECM – Sviluppo professionale continuo" entro il termine stabilito da D.G. Welfare;
- la realizzazione di almeno il 50% degli eventi previsti dai piani formativi accreditati;
- la regolare trasmissione dei flussi relativi ai crediti formativi da assegnare ai professionisti;
- la collaborazione, finalizzata allo sviluppo del Sistema gestionale lombardo ECM, anche attraverso il supporto all’attività della Commissione regionale per la formazione continua e dell’Osservatorio regionale della qualità dell’educazione continua in medicina;
- la promozione di attività per favorire la partecipazione del personale alle attività formative e l’attivazione di verifiche in merito al rispetto dell’obbligo formativo in capo ai professionisti sanitari.

Nuove tematiche regionali e nazionali: con l’aggiornamento degli atti di pianificazione nazionali e regionali, sono aggiornate e deliberate alcune ulteriori specifiche tematiche sui cui contenuti si ritiene strategico promuovere la progettazione di eventi formativi e in virtù dei quali si riconosce a titolo di premialità un numero di crediti aggiuntivi a favore dei professionisti sanitari. Alcune di queste vengono promosse a livello nazionale mentre altre sono proposte specificamente da Regione Lombardia. Queste sono:

TIPO TEMATICA	TITOLO TEMATICA SPECIALE
REGIONALE	Reti di prossimità: nuove modalità di presa in carico dei pazienti cronici e fragili e azioni a potenziamento della medicina generale.
	Tutela della salute e sicurezza del lavoratore.
	Approccio one health: promozione di stili di vita e ambienti favorevoli alla salute, prevenzione dei fattori di rischio comportamentali delle malattie cronico degenerative e delle dipendenze.
	Azioni formative a sostegno delle capacità relazionali.
	Applicazione ai percorsi formativi ECM-CPD di metodologie per la misurazione delle ricadute organizzative.*
	Nuovi paradigmi dell’area emergenza urgenza per Regione Lombardia.
NAZIONALE	Strumenti per la sanità digitale.
	Fertilità.
	Piano strategico operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu 2021–2023). Aspetti scientifici, tecnico-operativi, giuridico-normativi e di gestione delle emergenze.
	Vaccini e strategie vaccinali.
	Responsabilità professionale.

	Gestione delle situazioni che generano violenza nei confronti dell'operatore sanitario.
	Antimicrobico-resistenza.
	Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale.
	Formazione in infezioni ospedaliere.
	Utilizzo della cannabis terapeutica nelle pratiche di gestione del dolore.
	L'infezione da Coronavirus 2019 nCoV.
	La medicina di genere.

* Per quanto attiene alla tematica regionale “Applicazione ai percorsi formativi ECM-CPD di metodologie per la misurazione delle ricadute organizzative” questa rappresenta una scelta strategica di Regione Lombardia e riguarda la progettazione, erogazione e monitoraggio degli esiti dei percorsi formativi erogati. I crediti aggiuntivi non potranno sommarsi al bonus previsto per le altre tematiche regionali/nazionali.

7.10.2 Formazione personale dell'Area Professionale Tecnica ed Amministrativa. In considerazione della sempre maggiore complessità delle funzioni e delle attività da svolgere, nel 2024 si deve perseguire l'obiettivo di garantire un'effettiva offerta formativa specifica rivolta alle risorse umane dei ruoli professionale, tecnico e amministrativo, sia come formazione al ruolo sia come aggiornamento professionale, tale obiettivo dovrà essere assicurato, a livello aziendale e regionale, tramite:

- la progettazione di percorsi formativi mirati;
- la stipula di accordi convenzionali con gli ordini professionali che già prevedono un sistema di crediti formativi;
- la presenza di iniziative di formazione per il personale tecnico-amministrativo nei piani di formazione aziendali;
- l'introduzione di obiettivi specifici di formazione e crescita professionale nella valutazione annuale e pluriennale delle risorse umane appartenenti all'Area PTA.

7.11. . PROGETTO REGIONALE BODYCAM

Alla luce della costante crescita dei casi di violenza perpetrati nei confronti degli operatori sanitari del soccorso, Regione Lombardia, con DGR XI/6341/2022 e DGR XI/6503/2022 ha approvato il progetto presentato da AREU per la dotazione degli operatori di soccorso di wearable device “bodycam”, stanziando un importo complessivo di euro 1.464.153,00 AREU.

L'utilizzo delle bodycam, da parte delle équipe di soccorso sanitario extraospedaliero, potrà avvenire su base volontaria ed esclusivamente per le seguenti finalità:

- garantire, unitamente alle normali procedure operative adottate da AREU, la sicurezza sul lavoro dell'équipe di soccorso;
- dissuadere i soggetti dal mettere in atto comportamenti aggressivi/violenti;
- documentare i prodromi e l'eventuale agito violento nei confronti del/i componente/i dell'équipe di soccorso.

Al fine di dare attuazione a tale progetto regionale, tutte le ASST e IRCCS convenzionati con AREU per l'attività di emergenza urgenza extraospedaliera, ai sensi della DGR XI/2703/2019, sono tenuti a stipulare, entro il mese di marzo 2024, un apposito accordo sindacale, ai sensi dell'art. 4 della L. 300/1970 (Statuto dei Lavoratori), sulla base dello schema-tipo messo a disposizione dall'Agenzia regionale, trattandosi di strumenti dall'utilizzo dei quali potrebbe potenzialmente derivare, ai sensi della citata normativa, la possibilità di un controllo a distanza dell'attività degli operatori del soccorso stessi.

7.12. OSSERVATORIO DEL PERSONALE

In ottemperanza a quanto indicato nella DGR XII/1518/2023 relativa all'approvazione della proposta di Piano Sociosanitario Integrato Lombardo 2023-2027, sarà istituito, per l'anno 2024, un Osservatorio del personale che rilevi organico in essere e flussi di ingresso e di uscita per le seguenti dimissioni:

- soggetto erogatore
- pubblico/privato
- segmento di offerta
- tipologia contrattuale (lavoro dipendente, interinale, libero professionale, altro)
- profilo professionale:
- specialità in ambito medico
- professione ruolo sanitario
- professione sanitaria
- altri profili non sanitari
- profilo soggettivo: età, anzianità;
- causali uscita: trasferimento/dimensioni/pensionamento

7.13. ULTERIORI DETERMINAZIONI

Con riferimento alla DGR n. 1514/2023 si precisa che, in sede di prima applicazione, non rientrano tra i servizi di cui al punto 1 del provvedimento medesimo quelli erogati all'interno dei penitenziari.

La tabella di cui all'allegato 2 della DGR n. 1514/2023 è integrata prevedendo per le figure infermieristiche la tariffa di 30 euro.

ACRONIMO	SIGNIFICATO
ACSS	Agenzia Regionale Socio-Sanitaria
AREU	Agenzia Regionale Emergenza Urgenza
ASST	Azienda Socio-Sanitaria Territoriale
ATS	Agenzia Tutela della Salute
CCNL	Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro
DG	Direzione Generale
DGR	Deliberazione della Giunta Regionale
DIPS	Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria
DL	Decreto-legge
DLGS	Decreto Legislativo
DM	Decreto Ministeriale
ECM-CPD	Educazione Continua in Medicina
ESACRI	Enti di Servizio per l'Assistenza Continuativa e Residenziale per l'Infanzia
FLU.PER.	Flusso Personale
FSE	Fascicolo Sanitario Elettronico
FSN	Fondo Sanitario Nazionale
FTE	Full Time Equivalent
GU	Gazzetta Ufficiale
IFEC	Integrazione Funzionale delle Equipe di Cure
INAIL	Istituto Nazionale Assicurazione Infortuni sul Lavoro
IRCCS	Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
PANFLU	Piano di Pandemia Influenzale
POAS	Piano di Organizzazione Aziendale Strategico
PSA	Peste Suina Africana
PTFP	Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale
RIA	Riserva di Amministrazione
SC	Struttura Complessa
SSR	Servizio Sanitario Regionale
UE	Unione Europea
UO	Unità Operativa

Allegato 8 – DIGITALIZZAZIONE**8.1. SISTEMI INFORMATIVI E SANITÀ DIGITALE****8.1.1. TELEMEDICINA – ATTUAZIONE E DIFFUSIONE DEI PRIMI SERVIZI STRUTTURATI DI TELEMEDICINA**

Con DGR XII/1475 del 4 dicembre 2023 è stato approvato il Modello Organizzativo di Telemedicina di Regione Lombardia che definisce gli indirizzi strategici, le linee di applicazione e gli ambiti organizzativi che devono essere tenuti in considerazione nella complessa fase di prima applicazione e progressiva diffusione dei servizi di Televisita, Teleconsulto, Teleassistenza e Telemonitoraggio su tutto il territorio lombardo a partire dal secondo semestre del 2024.

Regione Lombardia metterà a disposizione di tutti gli Enti Sociosanitari pubblici, di tutti i Medici di Medicina Generale, dei Pediatri di Libera Scelta, degli operatori delle Case di Comunità e degli Ospedali di Comunità, delle Farmacie territoriali e di tutti gli altri attori che contribuiscono al processo di cura e assistenza la nuova Infrastruttura Regionale di Telemedicina che, in cooperazione applicativa con la Piattaforma Nazionale di Telemedicina, consentirà la progressiva diffusione dei servizi di Telemedicina su tutto il territorio regionale, in modalità sicura, strutturata e integrata con i sistemi informativi nazionali, regionali e locali esistenti.

Nell'ambito degli obiettivi definiti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, Regione Lombardia ha assunto l'impegno di gestire progressivamente 200.000 pazienti cronici con il supporto di servizi di Telemedicina e, in particolare, con i servizi di Telemonitoraggio entro la fine del 2026. Tale obiettivo prevede che nel 2024 vengano gestiti almeno 40.000 pazienti cronici con progressivo incremento negli anni 2025 e 2026.

Al fine di avviare nella modalità più efficace possibile la diffusione dei servizi di Televisita, Teleconsulto, Teleassistenza e Telemonitoraggio progressivamente su tutto il territorio regionale è necessario che, sin dai primi giorni del 2024, vengano avviate le seguenti attività da parte di tutte le ASST e IRCCS pubblici:

- Completamento dell'adozione da parte di tutte le ASST e IRCCS pubblici del Sistema di Gestione Digitale del Territorio e diffusione presso tutte le Case di Comunità con registrazione e monitoraggio in tempo reale delle attività svolte nell'ambito della presa in carico dei pazienti cronici, dell'Assistenza Domiciliare, dei percorsi di Dimissione Protetta e dei servizi di assistenza infermieristica. È, inoltre, necessario attivare nel più breve tempo possibile le prime funzionalità che il Sistema di Gestione Digitale del Territorio ha messo a disposizione per supportare il funzionamento delle Centrali Operative Territoriali, anche prevedendo eventuali funzionalità aggiuntive, qualora necessarie.
- Il Sistema di Gestione Digitale del Territorio sarà nativamente integrato alla nuova Infrastruttura Regionale di Telemedicina per facilitare l'introduzione solida e strutturata dei servizi di Televisita, Teleassistenza, Teleconsulto e Telemonitoraggio nei diversi percorsi assistenziali di ambito territoriale.

- **La completa e sistematica diffusione del Sistema di Gestione Digitale del Territorio a tutte le Case di Comunità rappresenta, pertanto, un passaggio imprescindibile** e necessario per preparare la prima attivazione dei servizi di Telemedicina in modalità strutturata sul territorio regionale.
- Tutte le ASST e IRCCS pubblici saranno, pertanto, chiamati a garantire entro e non oltre il primo trimestre 2024 la registrazione sistematica di tutte le attività sociosanitarie e amministrative erogate presso le Case di Comunità attraverso le funzionalità e servizi digitali resi disponibili dal Sistema di Gestione Digitale del Territorio. L'attivazione e la progressiva diffusione del sistema presso tutte le Case di Comunità verrà monitorata attraverso le "dashboard" informative, già messe a disposizione di tutti gli Enti, che potranno essere ulteriormente perfezionate e potenziate per raggiungere un livello di analisi necessario a monitorare in tempo reale la completa diffusione dei servizi digitali su tutto il territorio e a dimensionare concretamente i volumi delle diverse tipologie di servizi sociosanitari erogati.
- Applicazione progressiva da parte di tutte le ASST e IRCCS pubblici del Modello Organizzativo Regionale di Telemedicina che definisce le strategie e linee di indirizzo per la progressiva diffusione strutturata dei servizi di Telemedicina su tutto il territorio. Ciascuno degli Enti Sociosanitari dovrà definire entro il primo semestre 2024 i percorsi strutturati di Telemedicina (Televisita, Teleconsulto, Teleassistenza e Telemonitoraggio) che saranno progressivamente implementati nel corso del secondo semestre 2024 nel rispettivo territorio e predisporre le integrazioni tra i sistemi applicativi locali e la nuova Infrastruttura Regionale di Telemedicina.
- Avvio presso tutte le ASST e IRCCS pubblici dei percorsi di Telemonitoraggio dei pazienti cronici necessari a garantire il raggiungimento degli obiettivi 2024 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. Gli obiettivi definiti nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza prevedono che nel 2024 vengano gestiti a livello regionale 40.000 pazienti cronici con servizi di Telemedicina e, in particolare, con il servizio di Telemonitoraggio a livello regionale. Le modalità con le quali gli Enti Sociosanitari saranno chiamati a identificare il numero e la tipologia di assistiti cronici che si impegnano a gestire nel secondo semestre del 2024 sul proprio territorio con il supporto dei servizi di telemedicina e, in particolare, del servizio di Telemonitoraggio sarà definito con successivo e specifico provvedimento entro il primo trimestre 2024.

I progetti di Telemedicina già attivi sul territorio e le sperimentazioni in corso o di nuova attuazione condotti dagli Enti Sanitari, dalle Farmacie territoriali e dalle Cooperative di Medici di Medicina Generale proseguiranno senza alcuna interruzione e si integreranno con la nuova Infrastruttura Regionale di Telemedicina nelle modalità da definire caso per caso.

La DGW coordina e monitora l'applicazione omogenea del modello di telemedicina sviluppato dalla regione Lombardia e attraverso le ATS assicura la verifica dei tempi e delle modalità realizzative. Mensilmente sono effettuati specifici incontri di stato avanzamento lavori guidati e coordinati dalla DGW.

8.1.2. CUP UNICO REGIONALE

Con DGR XII/514 del 26 giugno 2023, Regione Lombardia ha approvato il progetto per la realizzazione del nuovo CUP Unico Regionale da mettere a disposizione di tutti gli Enti Sociosanitari pubblici e privati per la gestione trasparente e in tempo reale dell'offerta di prestazioni di specialistica ambulatoriale e facilitare l'accesso ai servizi da parte dei cittadini.

Il progetto prevede l'affidamento del servizio di implementazione di un nuovo sistema applicativo, unico e centralizzato a livello regionale, per la gestione completa dell'offerta di prestazioni

ambulatoriali completo dei servizi professionali necessari alla sua puntuale configurazione, alla migrazione dei dati presenti nei sistemi locali, alla integrazione con i sistemi applicativi regionali e locali e al supporto per la sua messa in esercizio.

Dalle prime settimane del 2024 verranno avviate le attività tecniche ed organizzative per la definizione del nuovo modello di gestione dell'offerta dei servizi ambulatoriali per tutti gli Enti Sanitari pubblici e privati, indipendentemente dalla sequenza di avvio del nuovo sistema, con il coinvolgimento, sin dalle prime fasi progettuali, di tutte le ATS e della ACSS.

Tutte le ASST e IRCCS pubblici e ATS saranno, pertanto, impegnate nelle attività di preparazione per l'attuazione del nuovo modello di configurazione delle agende e per la definizione del piano di migrazione degli appuntamenti già presenti sugli archivi dei sistemi locali attualmente in uso e che saranno progressivamente dismessi a favore del nuovo CUP Unico Regionale. Le attività saranno completate entro il primo trimestre del 2024 per consentire l'avvio delle prime strutture pubbliche e private a partire dal mese di giugno 2024.

Con la collaborazione di tutti gli Enti Sanitari e delle ATS, verranno definite entro il mese di gennaio 2024 le prime strutture pubbliche e private presso le quali il nuovo sistema verrà concretamente attivato dando priorità ad una logica di copertura territoriale al fine di razionalizzare l'offerta di prestazioni ambulatoriali e semplificare l'accesso ai servizi da parte dei cittadini. Verrà, pertanto, definito il cronoprogramma degli avvisi del nuovo sistema CUP Unico Regionale presso gli Enti Sanitari pubblici e privati individuati.

8.1.3. CARTELLA CLINICA ELETTRONICA REGIONALE E DIGITALIZZAZIONE DELLE STRUTTURE OSPEDALIERE

Nel corso del 2024 prosegue la programmazione ed esecuzione degli interventi di potenziamento del livello di digitalizzazione delle strutture ospedaliere sedi di DEA previsti nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. In particolare, le ASST e IRCCS pubblici saranno fortemente impegnati nell'attuazione concreta delle seguenti progettualità:

8.1.3.1. Prosecuzione del programma di diffusione del nuovo sistema di **cartella clinica elettronica regionale**, unico e centralizzato a livello regionale, da applicare a 19 ASST e oltre 50 strutture ospedaliere. nel corso del 2024 tutte le ASST e IRCCS pubblici dovranno avviare il percorso di attuazione della nuova cartella clinica elettronica. entro il mese di febbraio 2024 verrà definito in modalità condivisa il programma delle attivazioni della cartella clinica elettronica presso i diversi enti sanitari coinvolti con indicazione delle tempistiche di avvio e completa diffusione.

8.1.3.2. Avvio del nuovo sistema per la gestione centralizzata dei servizi di **laboratorio analisi** che coinvolge 13 ASST e del nuovo servizio regionale "**order manager**" che coinvolge tutte le ASST. entro il mese di marzo 2024 verrà definito in modalità condivisa il programma delle attivazioni del nuovo sistema di laboratorio analisi e del servizio "order manager" presso ciascuno degli enti coinvolti che avverrà a partire dal mese di giugno 2024.

8.1.3.3. Nel secondo semestre del 2024, al termine della procedura di affidamento centralizzata, verrà programmata la prima introduzione dei sistemi di **digital pathology** con digitalizzazione sistematica dei vetrini anatomici presso tutte le ASST e IRCCS pubblici. tutte le ASST e IRCCS pubblici, pertanto, parteciperanno attivamente alle attività di preparazione e configurazione del nuovo sistema di gestione dei laboratori di anatomia patologica e predisporranno entro il 30 giugno 2024 la programmazione degli acquisti dei dispositivi necessari per l'avvio dei servizi di digitalizzazione presso le rispettive organizzazioni sanitarie.

8.1.3.4. Progettazione e introduzione di nuovi sistemi per l'**automazione della logistica del farmaco** presso 20 ASST con gestione centralizzata dei processi di magazzino farmaceutico e integrazione del processo di prescrizione e somministrazione gestito nell'ambito della cartella clinica elettronica. Le ASST e IRCCS pubblici coinvolti nel progetto di automazione della logistica definiranno il proprio progetto esecutivo entro il primo semestre 2024 per consentire la sua attuazione nel 2025, al termine delle procedure di affidamento che saranno condotte centralmente.

8.1.3.5. Attuazione definitiva del progetto di informatizzazione della "relazione di soccorso" di AREU in uso ai mezzi di soccorso, previa attivazione da parte di ARIA della piattaforma di integrazione dei flussi informativi tra ospedali e sistema regionale di emergenza urgenza extraospedaliera, con specifico riferimento alla possibilità di trasmettere in modo informatico da parte di AREU, le relazioni di soccorso predisposte dalle équipes sul territorio ai sistemi gestionali di Pronto Soccorso.

8.1.4. FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO

Il potenziamento del Fascicolo Sanitario Elettronico rappresenta uno degli obiettivi strategici di sanità digitale a livello nazionale e regionale. I nuovi servizi digitali che saranno messi a disposizione dovranno semplificare le procedure di accesso ai servizi da parte dei cittadini e mettere in condizione i professionisti sanitari di disporre delle informazioni cliniche in modalità protetta e automatica per supportare lo svolgimento delle attività di cura e assistenza. Nel corso del 2024 le ASST e gli IRCCS, con il supporto e il monitoraggio da parte delle ATS, dovranno programmare ed attuare le seguenti attività di potenziamento del Fascicolo Sanitario Elettronico:

8.1.4.1. **Completamento delle attività di adeguamento dei sistemi di alimentazione del FSE con dati strutturati.** Nel 2023 sono stati avviati gli interventi tecnici per l'adeguamento dell'infrastruttura tecnologica centrale e dei sistemi applicativi in uso presso gli Enti Sanitari per la produzione e gestione dei referti strutturati in formato CDA2 e firmati con firma remota Pades come definito dalle Linee Guida Nazionali per l'attuazione del Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0. Nonostante i significativi sforzi tecnici e organizzativi effettuati a tutti i livelli e i discreti risultati complessivamente raggiunti, la diffusione delle nuove funzionalità applicative e l'applicazione delle nuove tecnologie di firma digitale hanno soddisfatto solo parzialmente le aspettative iniziali. Pertanto, sin dai primi giorni del 2024 è necessario intensificare gli sforzi da parte di tutte le ASST e IRCCS per completare il percorso di diffusione dei servizi di alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0. In particolare, si ritiene necessario completare l'adeguamento dei sistemi applicativi ed estendere la diffusione dei servizi secondo le seguenti tempistiche:

- completamento degli interventi di adeguamento funzionale di tutti gli applicativi che producono referti di Laboratorio, referti di Radiologia, verbali di Pronto Soccorso e lettere di dimissione e completa diffusione e attivazione entro la fine del mese di marzo 2024;
- completamento degli interventi di adeguamento funzionale di tutti gli applicativi che producono referti ambulatoriali e completa diffusione e attivazione entro la fine del mese di giugno 2024.

8.1.4.2. **Alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico con immagini digitali.** Tra le diverse iniziative di potenziamento dei servizi digitali del Fascicolo Sanitario Elettronico rientra la alimentazione delle immagini digitali da parte degli Enti Sanitari pubblici e privati. Pertanto, tutte le ASST e IRCCS dovranno predisporre e configurare i propri sistemi PACS locali per garantire l'alimentazione in tempo reale del Fascicolo Sanitario Elettronico con le immagini digitali Dicom prodotte presso le proprie strutture sanitarie entro il mese di giugno 2024.

Inoltre, al termine delle procedure di affidamento dei nuovi servizi di gestione delle immagini digitali nell'ambito del FSE che saranno condotte centralmente, le ASST e IRCCS dovranno attivare i servizi di alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico con tutte le immagini Dicom secondo la programmazione che sarà condivisa centralmente e comunque entro la fine del 2024.

8.1.4.3. Attuazione del Piano Operativo per l'incremento delle competenze digitali. Il potenziamento dei servizi digitali del Fascicolo Sanitario Elettronico prevede che, oltre agli interventi tecnici necessari ad incrementare il patrimonio informativo sociosanitario, venga programmato ed attuato un piano di formazione e comunicazione strutturato rivolto a tutti gli operatori dei servizi sociosanitari al fine di incrementare il livello complessivo di competenze digitali. Tutte le ASST, IRCCS e ATS dovranno, pertanto, partecipare attivamente alle attività di definizione dei contenuti di formazione e comunicazione e contribuire concretamente all'espletamento delle attività formative secondo la pianificazione che verrà proposta a livello regionale e condivisa con tutti gli Enti.

8.1.5. SICUREZZA INFORMATICA

Nel corso del 2023 è proseguito il piano di miglioramento del livello di sicurezza informatica e di protezione dei dati degli Enti Sanitari pubblici con il coordinamento regionale e il supporto specialistico di Aria. Il "framework" adottato a livello regionale per la valutazione del livello di sicurezza informatica degli Enti Sanitari è stato applicato regolarmente e ha fornito utili informazioni per misurare l'efficacia degli interventi effettuati, per identificare gli ambiti di miglioramento e per programmare i prossimi interventi di livello locale e centrale.

Considerati i buoni risultati complessivamente raggiunti grazie all'applicazione del "framework" adottato a livello regionale e all'attuazione di interventi di livello locale e centrale con il coordinamento e la supervisione specialistica di Aria, nel corso del 2024 verrà riproposta la medesima metodologia di lavoro per proseguire il percorso di continuo miglioramento del livello di sicurezza informatica complessivo degli Enti Sanitari e dell'intero sistema informativo sociosanitario. Pertanto, tutte le ASST, IRCCS, AREU, ACSS e ATS, con il coordinamento di Aria Spa, saranno chiamate a predisporre un piano di miglioramento del livello di sicurezza informatica e a programmare ed effettuare gli interventi tecnici e organizzativi necessari. In particolare, entro il primo trimestre 2024, tutte le ASST, ATS, ACSS e AREU dovranno predisporre, con il supporto di Aria Spa, il piano di miglioramento del livello di sicurezza informatica e la programmazione degli interventi tecnici e organizzativi da svolgere nel corso del 2024 che dovrà contenere almeno i seguenti elementi:

8.1.5.1. Descrizione degli interventi tecnici e organizzativi di livello locale e centrale che si intende programmare ed attuare nel 2024 con individuazione delle aree di miglioramento attese e stima del livello di miglioramento per ciascun intervento.

8.1.5.2. Pianificazione delle attività di formazione che si intendono svolgere durante il 2024 e rivolte al personale sanitario, tecnico e amministrativo.

7.1.5.3. Analisi dei costi per l'attuazione degli interventi tecnici ed organizzativi di livello locale ed allocazione delle risorse economiche necessarie.

Gli Enti sanitari, ASST, IRCCS, AREU e ATS dovranno attuare entro la fine del 2024 tutte le attività di formazione e tutti gli interventi tecnici e organizzativi di livello locale e centrale previsti da ciascun rispettivo piano di miglioramento.

Gli Enti sanitari, ASST, IRCCS, AREU e ATS dovranno, inoltre applicare il "framework" di valutazione del livello di sicurezza informatica della propria infrastruttura informatica entro la fine

Allegato 8 – AREA DIGITALIZZAZIONE

del 2024 per verificare e misurare oggettivamente l'eventuale miglioramento apportato dall'attuazione dei diversi interventi attuati.

Allegato 8 – AREA DIGITALIZZAZIONE

ACRONIMO	SIGNIFICATO
DGR	Deliberazione della Giunta Regionale
ASST	Azienda Socio-Sanitaria Territoriale
ATS	Agenzia di Tutela della Salute
IRCCS	Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
CUP	Centro Unico di Prenotazione
PACS	Picture Archiving and Communication System
ACSS	Azienda Centrale Servizi Sanitari
ARIA	Agenzia Regionale per l'Innovazione e gli Acquisti in Sanità
FSE	Fascicolo Sanitario Elettronico
DICOM	Digital Imaging and Communications in Medicine

Allegato 9 –RICERCA, MEDICINA DI GENERE E INTERNAZIONALIZZAZIONE

9.1. RICERCA

Come declinato nel Piano Regionale di Sviluppo di regione Lombardia (approvato a giugno 2023), e in ottemperanza a quanto indicato nella DGR XII/1518/2023 relativa all’approvazione della proposta di Piano Sociosanitario Integrato Lombardo 2023-2027, la priorità sarà definire e sviluppare nuove tecnologie, modelli di assistenza e di erogazione di servizi nel settore della salute.

Le priorità di ricerca e sviluppo saranno orientate su vari *asset* declinati in:

9.1.1. Sistemi avanzati di diagnostica remota, telemedicina e dispositivi miniaturizzati per la diagnostica rapida portatile, in sinergia con altre tecnologie intelligenza artificiale (AI), robotica, *cloud computing*, *IoT*, *Additive Manufacturing*, Realtà virtuale, aumentata e *mixed reality*, dispositivi e prodotti innovativi per la salute prodotti con metodi resilienti e sostenibili grazie all’adozione di tecnologie e processi di produzione innovativi (ad esempio protesi personalizzate, ortesi, ecc.)

9.1.2. Sistemi avanzati di diagnostica basati anche su tecnologie omiche, anche attraverso lo sviluppo di tecnologie predittive e piattaforme *big data*, *machine learning*

9.1.3. Ambito psicologico-neuroscientifico con sviluppo di nuove strategie, anche tecnologicamente mediate, di potenziamento o mantenimento cognitivo nell’ambito terapeutico e della gestione del paziente. Ad esempio, lo sviluppo di applicazioni avanzate di telemedicina per effettuare prestazioni quali televisita, telemonitoraggio e teleassistenza attraverso soluzioni e piattaforme digitali accompagnate a strategie per l’aumento della *digital health literacy* tra operatori e cittadini. , l’obiettivo è che ciò favorisca percorsi di integrazione tra ospedale e territori e quindi la diffusione di applicazioni digitali e di *IoT* per gli ambienti di vita in ottica di monitoraggio dello stato di salute, del decorso di una patologia o del progresso di una terapia in corso

9.1.4. Nuovi metodi di analisi, gestione e utilizzo dei *big data* relativi alle informazioni sanitarie e cliniche, che garantiscano elevati livelli di sicurezza e contribuiscano a migliorare la ricerca, la qualità delle cure e l’efficacia del sistema sanitario con particolare attenzione alla possibilità di utilizzo nell’ambito delle cure e dell’assistenza domiciliari (cfr. Allegato 11, Attuazione, monitoraggio, valutazione e attività epidemiologiche)

9.1.5. CAR-T e terapie avanzate (terapie innovative e avanzate nell’ambito di immunoterapia, terapie cellulari, terapie geniche): fondamentale la Rete di collaborazione tra IRCCS

9.1.6. Nuovi farmaci innovativi di origine biologica o derivati da approcci biomolecolari, per la cura di malattie rare, malattie trasmissibili e non trasmissibili o diffuse, per gli *unmet medical need*

9.1.7. Nuovi modelli e tecnologie innovative per la gestione e lo sviluppo di clinical trials, anche tramite simulazioni computazionali personalizzate (In Silico Trial), per velocizzare lo sviluppo di dispositivi e terapie innovative

9.1.8. Nuovi modelli di analisi, segmentazione e monitoraggio dell'esperienza dei pazienti, dei loro livelli di engagement ed empowerment per la partecipazione nel processo di cura, in particolare nell'ambito della riabilitazione

9.1.9. Sviluppo di tecnologie innovative per la riabilitazione: robotica, mecatronica e neuromodulazione per la riabilitazione motoria e cognitiva (con particolare attenzione allo sviluppo dell'interazione uomo-macchina per favorire approccio collaborativo e massimizzare l'accettazione della tecnologia da parte del paziente.

9.2. RICERCA, INNOVAZIONE E SAPERE SCIENTIFICO

9.2.1 Progetti Europei

Nel corso del 2024 il tema della progettazione europea sarà sviluppato con la prosecuzione dei progetti europei e Joint Action in corso, con l'avvio di altri nuovi progetti e con il supporto ad altre UO della Direzione nella preparazione e gestione amministrativa di progetti di propria competenza corso intorno alle seguenti azioni:

Si vuole garantire il coordinamento di nuove iniziative inerenti alla 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 demenza, salute mentale, malattie cardiovascolari ed al diabete;

Si vuole curare lo sviluppo della 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.

Le progettualità dei servizi innovativi verranno realizzate con strumenti e metodologie flessibili e dinamiche che prevedono tecniche di Co-creazione e Co-design che permetteranno il coinvolgimento di tutti gli attori della filiera (PA, aziende, enti di ricerca e cittadini).

9.2.2. Ricerca

- Collaborazione della DG Welfare con la DG Ricerca, Università e Innovazione nel sostegno all'attività di ricerca della Fondazione Regionale per la Ricerca Biomedica (FRRB) finanziata attraverso l'indizione di bandi, nonché attraverso 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").
- Messa a disposizione di FRRB per il 2024 di risorse fino a € 27.700.000,00, previo rinnovo dell'Accordo di Collaborazione in scadenza il 31.12.2023 e approvazione del Piano di Azione 2024.
- Le risorse destinate al Piano di Azione saranno erogate secondo le modalità definite nell'Accordo. La quota destinata ai costi di funzionamento è riconosciuta fino ad un massimo di € 1.700.000,00 e sarà esattamente quantificata con la delibera di approvazione del Piano di Azione.

9.2.3. 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).
- Stanziamento di € 240.000,00 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.

9.2.4. Sistema Bibliotecario Biomedico Lombardo (SBBL)

- È obiettivo della Direzione Generale Welfare consolidare e diffondere il sapere e la conoscenza scientifica tra gli operatori del SSR anche attraverso il Sistema Bibliotecario Biomedico Lombardo (SBBL).
- Si riconferma il ruolo dell'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda di Milano quale Ente attuatore del Centro di riferimento regionale per la gestione di SBBL per il 2024.
- Il finanziamento pubblico di SBBL sarà rappresentato da un contributo regionale pari a 1.850.000 € e da una quota a carico di ATS, ASST, IRCCS pubblici, AREU, ACSS Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario Lombardo non superiore a 2.300.000 €. Dette quote per il 2024 sono state calcolate in relazione:
 - all'inserimento di nuovi enti pubblici nei contratti (es. dell'Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario Lombardo, DG Welfare)
 - al passaggio alle ASST dei Medici di Medicina generale e degli specializzandi in Medicina generale
 - alla sottoscrizione di nuove risorse, che rispondono a bisogni informativi segnalati e all'incremento fisiologico dei prezzi da parte degli editori che si attesta intorno al 5% annuo.
 - alla trasformazione di contratti editoriali dalla sola funzione "read" di lettura dei full-text a quella "read e publish" che include la copertura economica di un numero definito di APCs - Article Processing Charges per la pubblicazione in open access da parte degli enti pubblici

- alla creazione di un progetto per un repository di Regione Lombardia, gestito da SBBL, per tutte le pubblicazioni con affiliazione degli enti pubblici (ATS, ASST, IRCCS, AREU, DG Welfare, ACSS, ARPA Lombardia).
- La quota a carico delle singole Aziende pubbliche sarà calcolata sulla base dei servizi disponibili e della dimensione delle singole strutture (dati dell'ultimo flusso FLUPER disponibile) e troverà evidenza nei bilanci delle stesse.
- Le strutture pubbliche aderenti a SBBL dovranno verificare, prima di acquisire o rinnovare abbonamenti in ambito clinico-scientifico-assistenziale ma anche tecnico-giuridico-amministrativo, che gli stessi non siano già stati attivati da SBBL o comunque disponibili a prezzi più competitivi, al fine di evitare duplicazioni di costi. Per procedere gli enti dovranno confrontarsi con il CRR.
- La quota degli enti privati che parteciperanno ai contratti sarà calcolata sulla base dei servizi resi disponibili e in relazione alle dimensioni delle singole strutture.
- Le quote verranno definite con decreto della DG Welfare.
- Verrà potenziata la rete delle strutture pubbliche aderenti anche fuori Regione Lombardia sulla base di convenzioni ad hoc stipulate dal Centro di Riferimento regionale secondo un modello approvato dalla Giunta Regionale che definirà le tariffe nelle more di revisione del regolamento vigente che disciplina l'organizzazione e il funzionamento del sistema. Tale apertura consentirà sia di arricchire il patrimonio bibliografico presente sia di apportare nuove risorse al sistema.

9.2.5. Progetti di cooperazione internazionale ed interventi sanitari umanitari

- Prosecuzione degli interventi sanitari per motivi umanitari a favore di cittadini provenienti da Paesi extracomunitari che non possono ricevere nei Paesi di provenienza cure adeguate, sia su istanza di Associazioni no profit secondo le indicazioni della DGR n. X/898/2013, sia del Decreto della DG Welfare n. 8749/2014.
- 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.
- Conferma per il 2024 per le suddette finalità, delle risorse previste negli anni scorsi, pari ad un massimo di € 1.400.000.

9.3 MEDICINA DI GENERE

9.1.10. PREMESSA

La Regione Lombardia considera la Medicina di Genere fondamentale ed utile per migliorare la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni erogate dal SSR, pertanto ha recepito con Deliberazione della Giunta Regionale N° XI / 5153 Seduta del 02/08/2021 il "Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere" adottandone i principi con l'intento di declinarli nelle proprie strutture sanitarie. La DG welfare intende quindi garantire continuità e favorire l'implementazione alle azioni di promozione e sviluppo della medicina di genere, considerando la specificità di sesso-genere un obiettivo irrinunciabile e strategico per erogare un sistema sanitario fondato sull'appropriatezza ed equità dei percorsi terapeutici assistenziali, capaci di ridurre i costi e gli errori nella pratica sanitaria. Infatti, un sistema sanitario evoluto ed innovativo, in grado di assicurare la tutela della salute e del

benessere, non può prescindere dal considerare l'importanza dell'intersezione dei determinanti di salute legati al sesso e al genere di appartenenza. Solo valorizzando e declinando l'intersezionalità intesa come influenza tra sesso e genere è possibile comprendere e prendere atto dell'influenza dei differenti ruoli sociali rivestiti da donne e uomini nel tutelare la propria salute. L'intersezionalità sesso-genere è capace di agire e modificare gli stili di vita, lo stato di salute, l'incidenza e il decorso delle patologie cronico-degenerative, infettive, tumorali, la tossicità ambientale e farmacologica, le patologie lavoro-correlate, la salute mentale, la disabilità, l'accesso ai servizi sanitari, gli ambiti della prevenzione tra cui gli screening e le vaccinazioni, l'uso di farmaci e dei dispositivi medici, l'atteggiamento nei confronti della malattia, la percezione del dolore e l'adesione alle prescrizioni medico-sanitarie. In tale ottica si inserisce la medicina di genere con lo scopo di abbattere l'erronea convinzione che lo stato di salute sia saldamente ancorato esclusivamente alla dimensione della corporeità e della biologia senza valorizzare sia i determinanti legati al genere sia l'intersezione bidimensionale del sistema sesso-genere. La letteratura scientifica internazionale afferma che lo studio e il riconoscimento delle differenze tra uomo e donna è un passo necessario ed obbligatorio per superare le disuguaglianze e promuovere l'equità delle cure, considerando che maschi e femmine non sono uguali di fronte alla stessa malattia e che tale diversità influisce profondamente sul modo in cui una patologia si sviluppa, viene diagnosticata, curata e anche affrontata dal paziente. Bisogna sottolineare che la medicina di genere riguarda tutte le specialità del sapere sanitario e costituisce una dimensione trasversale ed interdisciplinare della medicina. Si rende pertanto necessario l'inserimento dei principi della medicina di genere in ambito sanitario per garantire l'appropriatezza e la personalizzazione delle cure, nonché l'equità. La declinazione di tali principi rappresenta una opportunità strategica per consentire l'erogazione di prestazioni sanitarie sempre più rispettose e rispondenti ai bisogni di salute della popolazione. La medicina di genere è diventata una realtà imprescindibile ed indispensabile e costituisce una integrazione trasversale di specialità e competenze sanitarie e deve essere considerata una esigenza irrinunciabile dei servizi sanitari attuali. La medicina di genere fonda le sue basi sulle differenze dello stato di salute e di malattia tra un uomo, una donna, un bambino e un anziano e si prefigge di limitare e abbattere le disuguaglianze di accesso e cura affinché tutti, donne, uomini, bambini ed anziani possano ricevere il migliore trattamento possibile in funzione della specificità di sesso e di genere. Inoltre, in un sistema sanitario multifattoriale la medicina di genere, deve tener conto anche delle malattie professionali e dell'incidenza infortunistica in ambito lavorativo nei due sessi per mettere in evidenza le differenze tra uomini e donne nei contesti lavorativi, prendendo in considerazione tutti quei fattori sociali connessi all'ambiente di lavoro e di vita che possono diversamente incidere sulla sicurezza e sulla salute degli uni e delle altre. Infatti, il tema dell'equità nei sistemi sanitari e nella tutela della salute è fondamentale per riconoscere in maniera oggettiva in quali ambiti si manifestino le disuguaglianze e, di conseguenza, quali debbano essere le azioni positive capaci di costruire la vera equità nel sistema della sanità e rendere più evidenti le complesse interazioni reciproche tra sesso, genere e salute. Un sistema sanitario di qualità fondato su specifici indicatori di genere, favorendo l'appropriatezza dei programmi di cura, limiterà sprechi e costi sanitari, assicurerà la sostenibilità economica delle spese sanitarie e ridurrà inoltre gli errori. La medicina di genere merita quindi una attenzione specifica in quanto capace di garantire anche i principi di equità e rispetto della persona umana, propri di un Sistema Sanitario innovativo.

Focus sui principali obiettivi della Medicina di genere

Al fine di dare continuità all'attuazione del Piano per l'applicazione e la diffusione della medicina di genere in ottemperanza dell'art. 3, legge 11 gennaio 2018, comma n. 3, si deve continuare a porre attenzione alla corretta declinazione delle quattro aree individuate nel piano stesso come di seguito indicato:

- A. Percorsi clinici (prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione)
- B. Ricerca e innovazione
- C. Formazione e aggiornamento professionale
- D. Comunicazione e informazione

9.1.11. OBIETTIVI DA PERSEGUIRE

In coerenza con le suddette aree e per ottemperare al piano stesso, è auspicabile e raccomandato che vengano declinate in tutte le ASST, ATS e d IRCCS le azioni positive specifiche sotto riportate:

- Raccordo e condivisione delle attività introdotte dalle strutture sanitarie ATS, ASST ed IRCCS, al fine di realizzare un sistema di rete in grado di promuovere e garantire lo sviluppo omogeneo della medicina di genere e lo scambio di esperienze e conoscenze, assicurando i collegamenti non solo con i referenti della Medicina di Genere delle altre istituzioni sanitarie lombarde, ma anche con il gruppo di approfondimento tecnico istituito da regione Lombardia
- Promozione di percorsi sanitari personalizzati ed appropriati di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione che tengano conto sia della differenza di sesso e genere, sia della interazione tra le due variabili.
- Sviluppo di soluzioni innovative di accesso ai servizi e alle cure con lo scopo di favorire la tutela della salute.
- Definizione e attuazione di percorsi di sensibilizzazione e di formazione degli operatori sanitari verso il determinante genere, al fine di garantire l'equità della presa in carico mediante attivazione di Corsi ECM obbligatori che affrontino le specifiche tematiche specialistiche in ottica di sesso e genere.
- Sviluppo della ricerca in tutti gli ambiti sanitari dalla prevenzione alla riabilitazione, passando attraverso la diagnosi e la terapia.
- Promozione e diffusione della conoscenza della medicina di genere coinvolgendo la popolazione generale, i media, i giornalisti, le istituzioni scolastiche, gli avvocati, le istituzioni politiche territoriali e tutti i professionisti che si occupano di tutela della salute.
- Promozione di campagne di informazione sulle differenze di genere in sanità, indirizzate alla popolazione generale e ai pazienti avvalendosi di diversi canali comunicativi, sia tradizionali sia innovativi.
- Divulgazione di materiale informativo dedicato alla medicina di genere sui siti web istituzionali, aziendali, utilizzando un linguaggio rispettoso delle differenze di sesso e genere.
- Implementare attività di prevenzione in ottica di genere in tutti gli ambiti sociosanitari e individuare fattori di rischio genere specifici in tutte le aree della medicina.

9.1.12. IMPLEMENTAZIONE DELLE ATTIVITÀ INERENTI ALLA MEDICINA DI GENERE

In ottemperanza a quanto previsto nel Piano per l'applicazione e la diffusione della medicina di genere la DG welfare ha identificato un referente in ogni istituzione sanitaria lombarda e ha rinnovato il gruppo di approfondimento tecnico regionale cui ha affidato molteplici obiettivi tra i quali: dare impulso alla realizzazione di un sistema di rete per la promozione e lo sviluppo della medicina di genere sul territorio lombardo, monitorare e implementare l'applicazione del Piano stesso attraverso la redazione annuale di un documento riassuntivo delle attività declinate, compilare la scheda di monitoraggio che sarà inoltrata al Ministero della salute e all'Osservatorio nazionale. Inoltre, il gruppo di approfondimento tecnico, in ottemperanza alle macroaree presenti nel Piano per la diffusione della medicina di genere, dovrà implementare i seguenti obiettivi:

- Promuovere la centralità dell'approccio di genere nelle strutture sociosanitarie territoriali lombarde
- Favorire la cultura sanitaria in ottica di genere
- Promuovere percorsi assistenziali di diagnosi e cura orientati al genere
- Promuovere la ricerca e l'attività scientifica gender oriented
- Promuovere eventi formativi volti a sensibilizzare i professionisti del sistema sanitario regionale lombardo
- Collaborare con le istituzioni Universitarie italiane
- Collaborare con le istituzioni europee
- Promuovere eventi divulgativi sulla salute di genere sul territorio dedicati anche alla popolazione
- Individuare obiettivi da declinare sui direttori generali con l'intento di favorire la cultura sanitaria di genere nelle istituzioni sanitarie.

9.1.13. COMPITI DEI REFERENTI AZIENDALI

- Promuovere e sviluppare la Medicina di genere a livello aziendale mediante un approccio inter e multidisciplinare al fine di garantire la personalizzazione dei percorsi di cura
- Strutturare attività coerenti con i principi generali del Piano per l'applicazione e la diffusione della medicina di genere relativi a percorsi clinici di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, ricerca e innovazione, comunicazione e informazione
- Inserire la medicina di genere nei piani formativi aziendali per favorire l'aggiornamento professionale del personale operante nelle strutture sanitarie
- Valorizzare il sistema di rete per lo scambio di esperienze e conoscenze sulla medicina di genere, garantendo la partecipazione e i collegamenti con i referenti della medicina di genere delle altre istituzioni sanitarie e con il gruppo di approfondimento tecnico regionale
- Monitorare le attività relative alla medicina di genere
- Predisporre la relazione annuale con particolare riferimento alle attività declinate in ambito medicina di genere, anche mediante compilazione della scheda di monitoraggio.

9.1.14. AZIONI DI MONITORAGGIO DELLA MEDICINA DI GENERE

Il monitoraggio costituisce uno strumento essenziale per misurare gli esiti delle progettualità introdotte, nonché per la valutazione degli interventi attuati. Il controllo e l'osservazione favoriscono un confronto periodico tra quanto effettivamente realizzato e quanto predisposto nella fase di pianificazione. L'importanza del monitoraggio si focalizza sull'analisi degli esiti, attraverso i quali si potrà formulare un giudizio di merito sulle scelte che condizioneranno i possibili scenari futuri. Inoltre, dalle risultanze emerse sarà possibile riformulare e riorganizzare le future attività di programmazione regionale. Il monitoraggio delle azioni di promozione, applicazione e diffusione della medicina di genere previste nel Piano sarà effettuato dal Gruppo di approfondimento Tecnico di regione Lombardia già rinnovato nel 2023. Le attività relative alla declinazione della medicina di genere saranno monitorate soprattutto mediante la compilazione della scheda di monitoraggio che ogni referente aziendale dovrà compilare annualmente.

Si riporta in **Appendice 9.1.** la scheda di monitoraggio fornita dal Ministero della Salute:

9.1.15. Implementazione delle attività di formazione, comunicazione e informazione per favorire e diffondere la conoscenza della medicina di genere

Nel Piano Formativo Nazionale per la Medicina di Genere, in attuazione dell'art. 3, comma 4, della Legge 3/2018, viene ribadito che le Regioni e le Aziende Sanitarie devono avere un ruolo cruciale nella diffusione capillare della formazione e dell'aggiornamento dei professionisti sanitari attraverso l'implementazione dei piani di formazione regionali e aziendali. Tali interventi formativi, al fine di garantire una piena diffusione delle conoscenze della *gender medicine*, dovrebbero sfociare in una modifica della pratica clinico-assistenziale mirata al rispetto delle differenze di genere. La realizzazione di attività formative dedicate agli operatori sanitari è uno strumento essenziale per il miglioramento professionale e costituisce il presupposto per la corretta applicazione e introduzione della medicina di genere. L'attività di comunicazione e informazione della popolazione gioca un ruolo strategico fondamentale in quanto aiuta alla diffusione della conoscenza delle tematiche proprie della medicina di genere, inoltre facilita la corretta circolazione delle informazioni dei fattori che incidono sulla salute e sullo stato di benessere, favorendo la consapevolezza dell'importanza della preservazione del proprio stato di salute. Si raccomanda pertanto di provvedere ad un potenziamento delle azioni positive per assicurare l'inserimento della medicina di genere nei Piani formativi aziendali al fine di favorire e consolidare il processo di crescita individuale e della collettività scientifica, rendendo gli operatori sanitari maggiormente consapevoli della centralità della medicina di genere nei processi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, che prediligono una medicina personalizzata ed appropriata attenta ai determinanti biologici e sociali che agiscono sulle differenze di sesso-genere.

9.2. COLLABORAZIONI INTERNAZIONALI

Le linee principali che si intendono perseguire in ambito internazionale sono:

- **Scambi di conoscenze e migliori pratiche:** La Regione Lombardia può collaborare con altre regioni o paesi per scambiare conoscenze ed esperienze relative alle pratiche sanitarie, ai sistemi di sanità pubblica e ai protocolli di gestione delle emergenze, all'utilizzo innovativo delle tecnologie.
- **Progetti di sviluppo sanitario:** La Regione Lombardia vuole contribuire in progetti di sviluppo sanitario in paesi in via di sviluppo, e nei paesi europei contribuendo a migliorare l'accesso alle cure mediche, la formazione del personale sanitario e l'infrastruttura sanitaria.
- **Ricerca e collaborazione scientifica:** La cooperazione internazionale può anche coinvolgere la collaborazione nella ricerca medica e scientifica, condividendo dati, risultati di studi e partecipando a progetti di ricerca con partner internazionali.
- **Risposta a emergenze sanitarie:** In situazioni di emergenza sanitaria globale, come epidemie o pandemie, la Regione Lombardia deve collaborare con organizzazioni internazionali e altre regioni per coordinare le risposte e condividere risorse e informazioni.
- **Programmi di scambio di studenti e professionisti della sanità:** La cooperazione internazionale sanitaria deve programmi di scambio di studenti di medicina, infermieri e altri professionisti della sanità per consentire loro di acquisire esperienza all'estero o contribuendo a formare studenti nei paesi in via di sviluppo incrementando lo scambio di professionalità e di esperienze.

La Lombardia, forte del proprio sistema sanitario che vede la collaborazione tra strutture pubbliche e private) vuole anche incentivare progettualità di attrazione sanitaria e di supporto sanitario alla attrattività turistica ed economica della regione, assicurando sempre un continuo sviluppo della regione e delle sue potenzialità e cercando soluzioni di sviluppo di interazione tra sanità e aspetti wellness. In questi termini anche lo sviluppo di soluzioni innovative e “disruptive” che coinvolgano tutte le sue eccellenze dal sistema della ricerca, dello sviluppo tecnologico, universitario e professionale per continuare ad essere competitiva a livello internazionale.

Allegato 9 – AREA RICERCA, MEDICINA DI GENERE E INTERNAZIONALIZZAZIONE

ACRONIMO	SIGNIFICATO
AI	Intelligenza Artificiale
CAR-T	Terapie a cellule T modificate geneticamente
DG	Direzione Generale
DGR	Deliberazione di Giunta Regionale
ECM	Educazione Continua in Medicina
IoT	Internet Of Things
IRCCS	Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

APPENDICE 4.1.

**Piano per l'applicazione e la diffusione
della Medicina di Genere**
(in attuazione dell'articolo 3, comma 1, Legge 3/2018)

**SCHEMA DI MONITORAGGIO
DELLE ATTIVITÀ NELLE REGIONI ITALIANE**

Regione	
Codice regione	
Data di compilazione della scheda	
REFERENTE REGIONALE	
Nome e Cognome	
Telefono	
Email	
Affiliazione	
Ruolo	
Profilo professionale	
ATTI UFFICIALI PER LA MEDICINA DI GENERE	
Esistono atti ufficiali regionali o aziendali che contemplino l'approccio di genere?	
Esistono atti ufficiali di recepimento del Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere?	
TAVOLO REGIONALE PER LA MEDICINA DI GENERE	
Istituzione del tavolo	
Data di istituzione	
Esiste un atto ufficiale di istituzione del tavolo?	
Componenti del tavolo tecnico regionale	
Il tavolo si è già riunito?	
Attività programmate	
Indicatori stabiliti	
Esiste una rete di referenti locali per la medicina di genere?	
PERCORSI CLINICI: PREVENZIONE	
STRUTTURE O SERVIZI DEDICATI	
Presenza di strutture e/o servizi dedicati	
Numero di strutture e/o servizi dedicati	
Descrizione	

PIANI E PROGRAMMI	
Descrizione	
ALTRO	
Descrizione	
PERCORSI CLINICI: DIAGNOSI	
STRUTTURE O SERVIZI DEDICATI	
Presenza di strutture e/o servizi dedicati	
Numero di strutture e/o servizi dedicati	
Descrizione	
PIANI E PROGRAMMI	
Descrizione	
ALTRO	
Descrizione	
PERCORSI CLINICI: CURA	
STRUTTURE O SERVIZI DEDICATI	
Presenza di strutture e/o servizi dedicati	
Numero di strutture e/o servizi dedicati	
Descrizione	
PIANI E PROGRAMMI	
Descrizione	
ALTRO	
Descrizione	
PERCORSI CLINICI: RIABILITAZIONE	
STRUTTURE O SERVIZI DEDICATI	
Presenza di strutture e/o servizi dedicati	
Numero di strutture e/o servizi dedicati	
Descrizione	
PIANI E PROGRAMMI	
Descrizione	
ALTRO	
Descrizione	
ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI	
Descrizione	
ATTIVITÀ FORMATIVE PER GLI OPERATORI	
EVENTI ORGANIZZATI SUL TERRITORIO REGIONALE	
La formazione in medicina di genere è prevista nel Piano Formativo Regionale?	
La formazione in medicina di genere è prevista nei Piani Formativi Aziendali?	
Elenco degli eventi organizzati nel periodo di riferimento	

ALTRO	
Descrizione	
FORMAZIONE IN AMBITO UNIVERSITARIO	
Descrizione	
ATTIVITÀ DI RICERCA E INNOVAZIONE	
Sono stati attivati bandi di ricerca e innovazione regionali sulla medicina di genere?	
Sono stati individuati strumenti operativi per promuovere l'informazione sulle opportunità di finanziamento sui temi della medicina di genere e la creazione di reti collaborative per partecipare a "Joint Action"?	
Sono presenti nella vostra regione centri o gruppi di ricerca coinvolti nella medicina di genere?	
Sono stati presentati progetti di ricerca e innovazione sulla medicina di genere nel periodo di riferimento?	
Elenco dei progetti presentati nel periodo di riferimento	
Convegni e seminari scientifici organizzati nel periodo di riferimento	
Elenco degli eventi organizzati nel periodo di riferimento	
Report/manuali nel periodo nel periodo di riferimento	
Elenco dei report/manuali nel periodo di riferimento	
Altre pubblicazioni nel periodo nel periodo di riferimento	
Elenco delle pubblicazioni nel periodo di riferimento	
MONITORAGGIO E SORVEGLIANZA	
Sono stati prodotti report epidemiologici con dati stratificati per sesso?	
Presenza di programmi di monitoraggio e sorveglianza specifici sulla medicina di genere	
Sono stati condotti studi farmaco-epidemiologici con particolare attenzione alle differenze di genere?	
ALTRO	
Descrizione	
ATTIVITÀ DI COMUNICAZIONE E INFORMAZIONE	

Sono state condotte indagini sulla conoscenza della popolazione generale in merito alle differenze di genere nella salute?	
SITI WEB	
È stata attivata sul sito regionale un'area dedicata alla medicina di genere?	
Numero di siti web online nel periodo di riferimento prodotti da strutture, aziende o servizi posti all'interno del territorio regionale dedicati al tema della medicina di genere	
Elenco dei siti web online nel periodo di riferimento	
CAMPAGNE DI INFORMAZIONE	
Sono state organizzate campagne di informazione a livello locale? Quante nel periodo di riferimento?	
Elenco delle campagne di informazione nel periodo di riferimento	
ALTRO	
Descrizione	
PRINCIPALI CRITICITÀ DA SEGNALARE	
Descrizione	
ATTIVITÀ PREVISTE PER IL PROSSIMO ANNO	
Descrizione	
COMMENTI/PROPOSTE/ULTERIORI INFORMAZIONI	
Descrizione	

Allegato 10 – INVESTIMENTI, ACQUISTI E INTERNAL AUDITING

10.1 INVESTIMENTI REGIONALI IN CONTO CAPITALE DESTINABILI AL FINANZIAMENTO DEL SISTEMA SOCIOSANITARIO REGIONALE

Nell'ambito della programmazione strategica regionale degli investimenti sanitari sono individuate le priorità relative all'utilizzo della quota in conto capitale delle risorse destinabili al finanziamento del Sistema Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2024, indicata nel quadro del sistema per l'anno 2024 per complessivi 350 milioni di euro, assicurati dagli accantonamenti già previsti in GSA, al fine di rendere uniforme la programmazione degli investimenti per il perseguimento degli obiettivi prioritari, in coerenza con il Programma Regionale di Sviluppo Sostenibile della XII Legislatura di cui alla D.C.R. n. XII/42 del 20 giugno 2023, secondo gli indirizzi di seguito indicati, in ogni caso con riserva di variazione delle predette indicazioni in ragione di nuove e non prevedibili esigenze, ovvero con successive rimodulazioni tra gli importi indicati.

Gli ambiti programmatori prioritari sono i seguenti:

10.1.1. Piani di investimento aziendali per il 2024 finalizzati al MANTENIMENTO DI STRUTTURE, IMPIANTI E APPARECCHIATURE per un importo indicativo minimo di 40 milioni di euro, in linea con gli anni precedenti;

10.1.2. INTEGRAZIONE E COMPLETAMENTO DI OPERE PREVISTE NELLA PROGRAMMAZIONE STRATEGICA REGIONALE oggetto di Accordi di Programma, Accordi di Programma Quadro e specifici programmi di investimento per un importo indicativo di 50 milioni di euro;

10.1.3. PIANI DI INCREMENTO DEI LIVELLI DI SICUREZZA ANTINCENDIO E SICUREZZA SISMICA (zone a media e alta sismicità) dei presidi di riferimento delle ASST e IRCCS di diritto pubblico per un importo indicativo di 40 milioni di euro;

10.1.4. COFINANZIAMENTO REGIONALE NECESSARIO PER IL PROGRAMMA DI INVESTIMENTI A VALERE SUI FONDI EX ART. 20 LEGGE 67/88 RELATIVO AL II STRALCIO, di cui alla DGR n. XII/378 del 29/05/2023 per un importo indicativo di € 18.054.665,16;

10.1.5. COFINANZIAMENTO REGIONALE DEGLI INTERVENTI PREVISTI DAL PNRR/PNC e POR regionale e specifici provvedimenti regionali e finanziamento regionale delle ulteriori strutture territoriali (CDC/ODC/COT) previste nella programmazione regionale e progetti integrativi nell'ambito del potenziamento e riorganizzazione della rete territoriale dei servizi sanitari – Case di Comunità di Malnate, Castelleone e Arcore - in coerenza con la programmazione sanitaria regionale;

10.1.6. INTEGRAZIONE INTERVENTI DEL PIANO DI POTENZIAMENTO EX ART.2 DL 34/2020;

10.1.7. INTERVENTI STRATEGICI AFFERENTI ALL'AREA SALUTE MENTALE, NPIA, disabilità e dipendenze nell'ambito del potenziamento e della riorganizzazione della rete territoriale dei servizi sanitari;

10.1.8. INTERVENTI URGENTI DI NATURA STRAORDINARIA ED EVENTUALI URGENZE IMPREVISTE in corso d'esercizio, per un importo indicativo di € 1.945.334,84;

10.1.9. HUB PER LE EMERGENZE IN COMUNE DI GALLARATE;

10.1.10. COFINANZIAMENTO REGIONALE PER LA REALIZZAZIONE DEL NUOVO OSPEDALE DI BUSTO ARSIZIO E GALLARATE, in attuazione dell'Accordo di Programma sottoscritto in data 24 ottobre 2023, da Regione Lombardia, Provincia di Varese, Comune di Busto Arsizio, Comune di Gallarate, Azienda Sociosanitaria Territoriale (ASST) della Valle Olona, Agenzia di Tutela della Salute (ATS) dell'Insubria ed approvato con DPGR 27 ottobre 2023 n. 102, per un importo di 200 milioni di euro.

10.2 ULTERIORI INDICAZIONI OPERATIVE PER L'ATTUAZIONE DEGLI INVESTIMENTI

Richiamato quanto stabilito con DGR n. XI/6760 del 25 luglio 2022 in ordine al fatto che tutti gli interventi di edilizia sanitaria pubblica ricompresi nel Piano Operativo Regionale (POR), essendo soggetti ad una disciplina di carattere speciale dettata a livello nazionale derogano alle procedure regionali dei finanziamenti e degli investimenti in Sanità di cui alla "Guida pratica per la redazione dei progetti e l'attuazione degli investimenti" adottata con Decreto della D.G. Welfare n. 19173 del 30 dicembre 2019, si ritiene opportuno precisare che, in conseguenza della deroga, gli Enti del SSR individuati come Soggetti Attuatori Esterni e Stazioni Appaltanti, indipendentemente dall'importo degli stessi, non devono sottoporre ad approvazione regionale né i progetti da porre a base di gara né le eventuali varianti, entrambi soggetti alla sola approvazione da parte della Stazione Appaltante.

10.3 ACQUISTI SSR

Regione Lombardia coordina e monitora, per l'anno 2024, l'organizzazione del sistema degli acquisti regionale, già descritto nella Delibera n. XI/7758 del 28/12/2022, con il quadro normativo dettato dal legislatore nazionale in tema di acquisti degli Enti Sanitari. Gli obiettivi principali che la Regione/DG Welfare vuole perseguire nel corso del 2024 sono i seguenti:

- massimizzare i benefici della centralizzazione della spesa garantendo la copertura dei fabbisogni espressi dagli Enti Sanitari; per lo scopo, si dovrà addivenire alla più ampia aggregazione a fini acquisitivi, anche avvalendosi dell'attività dei Consorzi da svolgersi in stretta sinergia e con la supervisione di ARIA;
- omogeneizzare gli acquisti effettuati dagli enti sanitari con l'obiettivo di migliorare la qualità dei servizi resi ai cittadini;
- incrementare la qualità delle forniture e migliorare le tempistiche di attuazione degli acquisti;
- potenziare la struttura della rete degli acquisti Regionale.

10.3.1. IL SISTEMA DEGLI ACQUISTI DEL SSR

10.3.1.1. Soggetti operanti nel sistema

Al fine di perseguire i suddetti obiettivi strategici, coerentemente con il quadro normativo nazionale e regionale in tema di acquisti degli Enti Sanitari, la struttura della rete degli acquisti regionale nel corso del 2024 si evolverà per integrare sempre più efficacemente i vari livelli disponibili nella rete, garantendo la cooperazione fattiva tra tutti i soggetti coinvolti nel ciclo degli acquisti:

- ARIA S.p.A. (di seguito anche solo ARIA), soggetto aggregatore regionale
- Consorzi
- Singoli Enti del SSR lombardo.

I vari livelli della rete, coordinati dalla Direzione Generale Welfare, dovranno perseguire un ottimale equilibrio nella suddivisione della programmazione integrata, al fine di evidenziare le procedure da centralizzare in termini di costo/opportunità, tenendo conto dei vincoli normativi inerenti alle competenze esclusive dei Soggetti Aggregatori (DPCM 11/07/2018).

Al fine di raggiungere un livello ottimale di soddisfacimento delle reali esigenze avvertite dai singoli Enti del SSR, in considerazione delle peculiarità e complessità del sistema sanitario che rende opportuno il coinvolgimento di rappresentanti delle realtà territoriali, non solo in fase di programmazione, ma anche di monitoraggio dell'andamento della progettazione, aggiudicazione ed esecuzione delle procedure di gara, ove ritenuto di particolare rilevanza, la Direzione Generale Welfare potrà delegare l'espletamento di tali attività, anche per beni e servizi compresi nelle categorie merceologiche e relative soglie di spesa previste dai DPCM ai sensi dell'articolo 9, comma 3, del decreto-legge 24 aprile 2014, n. 66, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 luglio 2014, n. 89, alle Strutture Sanitarie pubbliche, in luogo del Soggetto Aggregatore regionale ARIA S.p.A.

10.3.1.2. Sistema di e-procurement (SINTEL)

La piattaforma SINTEL consente agli Enti del Sistema Sanitario Regionale (e più in generale a tutti gli Enti della Pubblica Amministrazione attivati all'utilizzo del sistema) in completa autonomia e gratuitamente, lo svolgimento delle procedure di acquisto.

Già l'articolo 1 comma 6 ter della L.R. n. 33/2007 ha introdotto l'obbligo di utilizzo della piattaforma telematica Sintel per gli acquisti effettuati in via autonoma dagli Enti del Sistema Regionale a prescindere dall'importo, con esclusione dei casi preventivamente comunicati e adeguatamente motivati.

Anche in ossequio alle disposizioni di cui al "Libro I – Parte II Della Digitalizzazione del ciclo di vita dei contratti" del decreto legislativo n. 36/2023 Codice dei contratti pubblici, si ribadisce l'importanza dell'utilizzo della piattaforma SINTEL per l'espletamento delle procedure autonome indette dagli Enti del SSR a prescindere dall'importo.

Considerato che i dati inseriti sulla piattaforma SINTEL vengono utilizzati per alimentare/verificare i dati necessari alla creazione di flussi ministeriali/regionali (flusso contratti, relazione trimestrale acquisti, verifica semestrale delle proroghe, scarico dei dati per la definizione degli incentivi funzioni tecniche) **si richiama l'attenzione alla corretta e completa compilazione di tutti i campi previsti in SINTEL**

10.3.1.3. Ambiti di aggregazione

Con l'obiettivo di pervenire ad una programmazione integrata di Sistema, come definita dall'art.5 della DGR n. X/3440 del 24/04/2015, il Tavolo tecnico degli Appalti definisce la programmazione degli acquisti di ARIA e degli Enti Sanitari. Alla luce della normativa nazionale, si conferma l'obbligo di acquisto da parte degli Enti Sanitari per il tramite del Soggetto Aggregatore regionale – ARIA S.p.A. – o in subordine nazionale – Consip S.p.A. – di beni e servizi compresi nelle categorie merceologiche e relative soglie di spesa previste dai DPCM ai sensi dell'articolo 9, comma 3, del decreto-legge 24 aprile 2014, n. 66, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 luglio 2014, n. 89:

- Farmaci;
- Vaccini;
- Stent;
- Ausili per incontinenti (ospedalieri e territoriali);
- Protesi d'anca;
- Medicazioni generali;
- Defibrillatori;
- Pacemaker;
- Aghi e siringhe;
- Servizi integrati per la gestione delle apparecchiature elettromedicali;
- Servizi di pulizia per gli enti del Servizio Sanitario Nazionale;
- Servizi di ristorazione per gli enti del Servizio Sanitario Nazionale;
- Servizi di lavanderia per gli enti del Servizio Sanitario Nazionale;
- Servizi di smaltimento rifiuti sanitari;
- Vigilanza armata;
- Facility management immobili;
- Pulizia immobili;
- Guardiania;
- Manutenzione immobili e impianti;
- Guanti (chirurgici e non)
- Suture
- Ossigenoterapia
- Diabetologia territoriale
- Servizio di trasporto scolastico (N/A sistema sanitario)
- Manutenzione strade-servizi e forniture.

Per le esigenze di approvvigionamento in tali ambiti merceologici, qualora non sia già attiva una Convenzione ARIA o Consip, è necessario richiedere ad ARIA, in qualità di soggetto aggregatore, l'approvazione per esperire la relativa procedura di acquisto autonoma, prevedendo le opportune clausole contrattuali di recesso anticipato, al fine di soddisfare i propri fabbisogni.

Per gli acquisti su ambiti merceologici diversi da quelli individuati dal DPCM 11 luglio 2018, l'aggregazione è comunque definita all'interno della D.G.R. di Pianificazione aggregata ad esito dei lavori del Tavolo Tecnico regionale degli Appalti.

Gli Enti Sanitari dovranno verificare, anche in tale caso, che siano disponibili Convenzioni attive Aria e, in subordine, Consip. Qualora le Convenzioni ARIA e Consip non siano attive, ma sull'ambito merceologico richiesto sia già stata programmata un'iniziativa ARIA, l'Ente potrà approvvigionarsi autonomamente con un contratto ponte, previa autorizzazione da parte di ARIA,

fino alla data di attivazione dell’iniziativa ARIA, inserendo apposita clausola di risoluzione anticipata vincolata a tale data.

La predetta autorizzazione da parte del Soggetto Aggregatore sarà resa entro il termine di 15 giorni dalla richiesta da parte dell’Ente, decorso il quale si intende rilasciata.

In un’ottica di semplificazione, si riporta di seguito la tabella, cui si rinvia integralmente, che riassume i percorsi autorizzativi previsti per le varie tipologie di approvvigionamento e le indicazioni operative in ordine agli obblighi di acquisto e comunicazione a carico dei singoli Enti del Servizio Sanitario regionale i quali:

- sono chiamati a trasmettere tempestivamente e puntualmente i propri fabbisogni ad ARIA S.p.A., entro le scadenze comunicate, attraverso la Piattaforma regionale di E-Procurement e nello specifico Modulo Programmazione, con partecipazione attiva alla relativa fase ed alla successiva di pianificazione dell’approvvigionamento;
- sono tenuti a verificare il percorso di acquisto disponibile in ragione del relativo ambito merceologico;
- per tutte le tipologie di approvvigionamento, dovranno comunicare l’intenzione di procedere all’acquisto di beni e servizi secondo le indicazioni e modulistica indicate nella seguente tabella:

	Tipo di approvvigionamento	Modulo da compilare	E-mail destinatario	E- mail in conoscenza
DPCM	DPCM 11 luglio 2018	Farmaceutica: “Modulo per richiesta prodotti farmaceutici” Altre categorie: “Modulo per richiesta di beni e servizi (non farmaceutici)”	Farmaceutica: spesafarmaci@ariaspa.it Altre categorie: gare@ariaspa.it	Acquisti_SSR@regione.lombardia.it
Non DPCM	Programmazione ARIA con delega/fabbisogno già formalmente fornito	“Modulo per richiesta di beni e servizi (non farmaceutici)”	gare@ariaspa.it	Acquisti_SSR@regione.lombardia.it
	Programmazione ARIA con delega/fabbisogno non fornito	“Modulo per richiesta di beni e servizi (non farmaceutici)”	gare@ariaspa.it	Acquisti_SSR@regione.lombardia.it
	Programmazione Ente/Consorzio (non programmato da ARIA e non presente in Consip)	“Modulo per richiesta di beni e servizi (non farmaceutici)”	gare@ariaspa.it	Acquisti_SSR@regione.lombardia.it
	Gara non programmata (nessuno dei casi precedenti)	“Modulo per richiesta di beni e servizi (non farmaceutici)”	gare@ariaspa.it	Acquisti_SSR@regione.lombardia.it

I sopracitati moduli sono scaricabili dal sito di ARIA > Home > Bandi e Convenzioni > Eprocurement > Strumenti di Supporto > Guide e manuali oppure dal seguente link:

<https://www.ariaspa.it/wps/portal/Aria/Home/bandi-convenzioni/eprocurement/strumenti-di-supporto/guide-e-manuali>.

Le procedure sopra descritte consentiranno di svolgere efficacemente le attività di monitoraggio e di autorizzazione di competenza di ARIA S.p.A. e di Regione Lombardia, consentendo di migliorare la razionalizzazione della spesa pubblica e l'intero sistema degli acquisti sanitari, in favore della collettività e dei singoli pazienti.

Verrà attuato da parte di RL con la collaborazione di ARIA, un sistema di monitoraggio del comportamento di acquisto degli Enti Sanitari atto a verificare il livello di adesione alle convenzioni ARIA con l'obiettivo di aumentare il livello di aggregazione regionale raggiunto, migliorare la qualità dei servizi e delle forniture e al contempo effettuare valutazioni sui trend di spesa degli enti sanitari. I risultati che emergeranno costituirà elemento di valutazione dei risultati dei Direttori Generali.

10.3.1.4. Collaborazione e interazione tra i vari livelli della struttura a rete degli acquisti regionale

Al fine di perseguire la massima integrazione del Sistema acquisti regionale, gli Enti del SSR Lombardo dovranno partecipare attivamente alle diverse fasi del ciclo degli acquisti:

- **Fase di Programmazione:** al fine di garantire un tempestivo svolgimento delle gare necessario per assicurare una sempre maggiore la copertura dei fabbisogni attraverso acquisti centralizzati, gli Enti sanitari sono tenuti a:
 - trasmettere al Soggetto Aggregatore regionale (ARIA S.p.A.), entro le scadenze comunicate, i propri fabbisogni di acquisto. Dette trasmissioni dovranno avvenire attraverso la Piattaforma regionale di eProcurement e nello specifico Modulo Programmazione;
 - cooperare con il Soggetto Aggregatore regionale, con l'obiettivo di aumentare i livelli di omogeneizzazione delle forniture e dei servizi adottati dal Sistema Sanitario e al contempo migliorare la qualità dei servizi resi ai cittadini, partecipando allo svolgimento di Gare Centralizzate secondo le modalità stabilite dal sistema di convenzionamento Ente Sanitario – ARIA a tale scopo messo a punto da ARIA.
- **Fasi di Progettazione e Pubblicazione:** gli Enti devono assicurare la propria partecipazione allo svolgimento dei lavori di progettazione delle gare. In particolare, devono fornire i nominativi di propri professionisti ai fini della relativa la partecipazione ai Tavoli Tecnici regionali incaricati della predisposizione dei capitolati tecnici e dei correlati atti di gara. Tali Enti devono inoltre trasmettere tempestivamente, attraverso l'apposito modulo della piattaforma regionale di eProcurement (moduli Fabbisogni On Line – FOL e Sistema Regionale Farmaci – SRF) i fabbisogni specifici in risposta alle richieste di ARIA. Tali fabbisogni saranno considerati da ARIA per la definizione delle basi d'asta delle gare e per la determinazione dei massimali specifici che verranno assegnati ai singoli Enti Sanitari (vedi Fase di Esecuzione).
- **Fase di Affidamento:** è indispensabile che gli Enti forniscano tempestivamente un elenco di nominativi utili alla composizione delle Commissioni di valutazione affinché sia rispettata una pianificazione efficace delle sedute di ogni Commissione giudicatrice, in linea con eventuali vincoli normativi. È altresì indispensabile la partecipazione costante dei Commissari alle sedute di gara per pervenire in tempo utile alle aggiudicazioni.
- **Fase di Esecuzione:** con l'obiettivo generale di garantire continuità di fornitura al Sistema Sanitario nel suo complesso:

- agli Enti Sanitari verrà messo a disposizione nelle Convenzioni Centralizzate un quantitativo (denominato Massimale Specifico) calcolato in funzione dei fabbisogni dagli stessi comunicati in sede di Programmazione/Progettazione delle gare;
- gli Enti Sanitari sono tenuti ad emettere, per ciascun acquisto di beni e servizi, gli Ordinativi di Fornitura (OdF) e le relative Richieste di Consegna (RdC) attraverso le apposite funzioni della Piattaforma Regionale di eProcurement (Moduli Fabbisogno on line – FOL e Sistema Regionale Farmaci – SRF);
- con cadenza quadrimestrale i massimali specifici delle iniziative ARIA assegnati agli Enti e non utilizzati potranno essere ridotti da ARIA;
- gli Enti Sanitari comunicheranno sistematicamente ad ARIA, attraverso apposito modulo NECA, le relative contestazioni inerenti all'esecuzione delle Convenzioni Centralizzate;
- gli Enti Sanitari sono tenuti a rispondere nei tempi previsti alle rilevazioni di customer satisfaction svolte da ARIA;
- gli Enti Sanitari dovranno garantire la corretta applicazione delle clausole sociali previste nelle Convenzioni Centralizzate e rispondere alle richieste sul tema ricevute da ARIA.

10.3.2. SISTEMA REGIONALE DI MONITORAGGIO BENI E SERVIZI

10.3.2.1. Dispositivi medici

Viene confermato quanto previsto nelle precedenti regole di sistema.

10.3.2.2. Flusso consumi Dispositivi Medici

Viene confermato quanto previsto nelle precedenti regole di sistema. Gli indicatori degli adempimenti LEA prevedono:

- La trasmissione dei dati di tutte le aziende sanitarie riferite a tutti i mesi del periodo Gennaio-Dicembre 2024.
- Nel caso di non invio di consumi da parte degli enti, in una mensilità, dovrà essere inviata nota formale da parte della Direzioni Aziendale alla UO Acquisti SSR e innovazione tecnologica attestante il mancato invio e la motivazione.
- La spesa rilevata nel periodo Gennaio-Dicembre 2024 deve coprire il 75% dei costi rilevati dal Modello di Conto Economico (voci B.1.A.3.1. Dispositivi medici e B.1.A.3.2. Dispositivi medici impiantabili attivi).
- Il metodo di calcolo può essere variato dal Comitato LEA.

10.3.2.3. Flusso Contratti

Viene confermato quanto previsto nelle precedenti regole di sistema. Gli indicatori degli adempimenti LEA prevedono:

- La percentuale di numeri di repertorio, presenti sia nel flusso consumi sia nel flusso contratti con riferimento ai contratti attivi per l'anno 2024, è migliorata rispetto ai dati consolidati 2020 se si verifica una delle seguenti condizioni:
 - le Regioni che nel 2020 hanno una percentuale maggiore o uguale al 70% continuano ad avere una percentuale maggiore o uguale al 70% anche per l'anno 2024;
- Il metodo di calcolo può essere variato dal Comitato LEA.

Dal 1° gennaio 2023 è in essere un nuovo sistema di rilevazione che permette di integrare i dati dei Contratti con le informazioni già presenti in altri Sistemi regionali facilitando quindi la rendicontazione per le Aziende; tale sistema consiste nell'istituzione di un nuovo flusso da inviare tramite la piattaforma SMAF, denominato Flusso Contratti Regionale che traccia tutti i contratti stipulati dalle Aziende per qualsiasi prodotto/servizio, al pari di quanto inserito precedentemente nell'Osservatorio Acquisti.

10.3.2.4. Monitoraggio Servizi non sanitari.

Viene confermato quanto previsto nelle precedenti regole di sistema.

10.3.2.5. Flusso informativo per il monitoraggio delle grandi apparecchiature sanitarie in uso presso le strutture sanitarie pubbliche, private accreditate e private non accreditate.

Come stabilito dal decreto del 22 aprile 2014, l'alimentazione del flusso informativo è obbligatorio per le strutture sanitarie pubbliche, private accreditate e private non accreditate. Si richiede pertanto che le aziende procedano alla corretta alimentazione del flusso informativo NSIS ed aggiornamento delle grandi apparecchiature già inserite seguendo le istruzioni già presenti nel portale ministeriale sia per le strutture pubbliche che per le strutture private. Le ATS verificheranno il corretto e completo caricamento delle grandi apparecchiature delle strutture private accreditate e non accreditate.

Eventuali nuove categorie di apparecchiature soggette a rilevazione saranno stabilite dal Ministero della Salute.

I dati provenienti da questo flusso verranno utilizzati anche dalla commissione ASAT di DG Welfare in termini di verifica delle istanze presentate per l'acquisizione/sostituzione delle grandi apparecchiature.

10.3.2.6. Proroghe dei contratti di appalto

Viene confermato quanto previsto nelle precedenti regole di sistema con riguardo alle proroghe, per le quali la nuova formulazione contenuta nell'art. 120 del D.Lgs. 36/2023 (ex art. 106 del D.Lgs. 50/2016) distingue tra:

- proroghe contrattuali di cui al comma 10, predeterminate dalla Stazione Appaltante, previste dagli atti di procedura e che concorrono alla determinazione dell'importo stimato;
- proroghe tecniche di cui al comma 11, per cause non imputabili alla Stazione Appaltante, atte a garantire continuità di servizio e fornitura nelle more di conclusione della procedura di gara e per il tempo strettamente necessario.

L'obiettivo è la riduzione del numero di proroghe, indipendentemente dalla natura specifica, anche a fronte della riorganizzazione della rete degli acquisti prevista dalle presenti regole. Direzione Generale Welfare richiederà a tutti gli Enti per l'anno 2024 una verifica semestrale delle procedure d'acquisto effettuate con proroghe di contratti esistenti in conformità al quadro normativo esistente. La stessa dovrà essere inviata, con la relazione trimestrale sugli acquisti, entro il 15 luglio 2024 e il 15 gennaio 2025 a chiusura rispettivamente del I e II semestre.

10.3.2.7. Rilevazione trimestrale degli acquisti

Dal 2023, contestualmente all'introduzione del nuovo flusso contratti di cui al precedente punto c., è stato attivato in Piattaforma Sintel il nuovo modulo per la compilazione e l'invio dei dati relativi alla relazione in materia di acquisti. Tale modalità consente agli Enti del SSR lombardo di raccogliere e comunicare alla Direzione Generale Welfare i dati relativi alle adesioni a gare ARIA

e CONSIP, gare aggregate ed aggiudicazione di gare autonome con riguardo al periodo trimestrale di riferimento, ricavando in automatico alcuni dei dati richiesti mediante accesso diretto alle proprie procedure di gara presenti in Piattaforma Sintel.

10.3.2.8. Procedure negoziate per forniture e servizi ritenuti infungibili e/o esclusivi ai sensi dell'articolo 76 del D.Lgs. 36/2023

Richiamando integralmente quanto declinato, relativamente all'oggetto, in D.G.R. n. XI/491/2018, l'art. 76 del D.Lgs. 36/2023 prevede, confermando quanto già previsto all'art. 63 del D.Lgs. 50/2016, le casistiche al ricorrere delle quali le amministrazioni aggiudicatrici possono aggiudicare gli appalti pubblici mediante una procedura negoziata senza la previa pubblicazione di un bando di gara.

Il legislatore, nelle ipotesi individuate, stabilisce uno specifico obbligo, in capo alle amministrazioni procedenti, di **fornire, nel primo atto della procedura, adeguata motivazione della sussistenza dei presupposti per il ricorso alla procedura negoziata senza previa pubblicazione di un bando di gara.**

La procedura prevista dall'articolo 76 ha carattere eccezionale per cui le aziende del Sistema Socio-Sanitario Regionale devono tenere conto, nelle loro strategie e scelte di acquisto, del carattere tassativo delle ipotesi in cui il legislatore ha concesso la facoltà di farvi ricorso. Ne consegue che i presupposti fissati dalla legge debbano essere accertati con il massimo rigore dalle aziende e interpretati in modo restrittivo.

Sul tema restano ferme le indicazioni dell'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) di cui a delibera n. 950 del 13 settembre 2017, di rilascio delle linee guida n. 8 – **Ricorso a procedure negoziate senza previa pubblicazione di un bando nel caso di forniture e servizi ritenuti infungibili** – con l'intento di fornire indicazioni alle amministrazioni aggiudicatrici e agli operatori economici in ordine alle condizioni che si debbono realizzare affinché il ricorso alle procedure in parola possa ritenersi legittimo. Il provvedimento dell'ANAC è altresì focalizzato sugli accorgimenti e le cautele che le stazioni appaltanti sono chiamate ad adottare al fine di evitare di generare situazioni nelle quali le scelte di acquisto assunte in un determinato momento vincolino le decisioni future dell'amministrazione (cosiddetto fenomeno del lock-in, ossia infungibilità che origina dalle decisioni passate del contraente e/o dal comportamento strategico da parte dell'operatore economico).

Considerata dunque la rilevanza della tematica, l'attenzione alla stessa rivolta dalla Autorità Nazionale Anticorruzione e le previsioni contenute nei piani nazionali e aziendali di prevenzione della corruzione in materia di trasparenza delle procedure amministrative e di adozione di misure efficaci, anche di natura regolamentare, finalizzate alla prevenzione del rischio di corruzione nell'ambito di aree considerate a maggior rischio, tra cui figura l'area "contratti pubblici", si è ritenuto opportuno elaborare le presenti direttive (linee guida) con la finalità di supportare le Aziende sanitarie e socio sanitarie del sistema SIREG nella definizione di percorsi efficaci, appropriati e trasparenti nella gestione delle procedure negoziate senza previa pubblicazione di un bando di gara, al ricorrere dei presupposti di legge.

La stessa ANAC, nelle sue linee guida, ha chiarito le differenze tra i concetti di infungibilità ed esclusività: l'esclusiva attiene all'esistenza di privative industriali, secondo cui solo il titolare di un diritto di esclusiva (brevetto) può sfruttare economicamente un certo prodotto o servizio, mentre un bene o un servizio è infungibile se è l'unico che può garantire il soddisfacimento di un certo fabbisogno.

La precisazione è importante, perché può accadere che un bene/un servizio possa essere sostituibile ad un altro, soggetto a privativa industriale, in quanto il primo consente comunque di soddisfare il medesimo bisogno garantito dal secondo. Al contrario si può verificare l'ipotesi in cui un bene/un servizio sia infungibile pur non incidendo sullo stesso alcun brevetto. Sul punto ANAC precisa che, riferendosi l'esclusiva ad un prodotto o ad un processo, l'esistenza di un diritto esclusivo non implica che il bisogno del contraente non possa essere soddisfatto in modo adeguato anche ricorrendo ad altri prodotti o processi. Peraltro, anche in presenza di un diritto esclusivo potrebbero esistere distributori indipendenti o operatori economici che accedono al bene, i quali possono offrire, in concorrenza tra loro, un determinato prodotto o servizio.

Le presenti linee guida si propongono di fornire indicazioni circa le modalità da seguire nei casi in cui le stazioni appaltanti, al ricorrere dei presupposti individuati dal legislatore nel Codice dei Contratti Pubblici, all'articolo 76, decidano di attivare procedure negoziate senza previa pubblicazione di bando, finalizzate alla acquisizione di beni e servizi infungibili e in regime di esclusività tecnica. Ai sensi del predetto articolo 76 del D.Lgs. 36/2023, e ss.mm.ii, nel caso di appalti pubblici di lavori, forniture e servizi, la procedura negoziata senza previa pubblicazione del bando può essere utilizzata nei seguenti casi:

- art. 76, comma 2 lett. b) nn 2 e 3:
 - *“quando i lavori, le forniture o i servizi possono essere forniti unicamente da un determinato operatore economico per una delle seguenti ragioni: la concorrenza è assente per motivi tecnici, la tutela di diritti esclusivi, inclusi i diritti di proprietà intellettuale”*
- art. 76, comma 3:
 - *“Le eccezioni di cui al comma 2, lettera b), numeri 2) e 3) si applicano solo quando non esistono altri operatori economici o soluzioni alternative ragionevoli e l'assenza di concorrenza non è il risultato di una limitazione artificiale dei parametri dell'appalto.”*

Assume particolare rilevanza l'individuazione e l'esplicitazione nell'atto amministrativo delle ragioni che inducono la stazione appaltante a dare corso a procedure di acquisizione di beni/servizi, in deroga al principio generale della libera concorrenza, precisando che ricade nella piena responsabilità della stazione appaltante la valutazione in ordine alla infungibilità e/o esclusività di un bene/di un servizio con accertamento preliminare delle condizioni presupposte.

Con riguardo alle modalità di acquisizione di beni/servizi per i quali sia stata accertata la natura di infungibilità/esclusività, si riportano gli step procedurali da seguire, da considerarsi comuni a tutte le procedure di acquisizione di beni/servizi in regime di infungibilità/esclusività,

In primo luogo, il Responsabile della funzione acquisti dovrà acquisire dal Responsabile della Struttura utilizzatrice del bene/fruttrice del servizio una relazione motivata dalla quale risulti chiaramente non solo l'esclusività, sul piano commerciale, del prodotto/servizio individuato, bensì anche l'infungibilità dello stesso, sul piano dell'efficacia funzionale e dell'utilizzo del know how necessari a garantire il risultato, tali da definire il contraente individuato come l'unico in grado di fornire il prodotto o fornire il servizio. Occorre evidenziare che **la dichiarazione di esclusività e infungibilità deve essere resa con riferimento all'oggetto della prestazione da acquisire e non al prodotto/servizio ritenuto “più adatto”.**

Il Responsabile della funzione acquisti dovrà fornire alla Direzione Strategica, con cadenza trimestrale (o semestrale) una rendicontazione sintetica in ordine alle acquisizioni di beni/servizi infungibili, che dovrà essere trasmessa anche al Responsabile per la Prevenzione della Corruzione.

In caso di procedure di acquisizione di valore superiore all'importo di cui all'art. 50, comma 1, lett. b) del D.Lgs. 36/2023 - € 140.000,00 (nuova soglia prevista per gli affidamenti diretti di servizi e forniture) ed inferiore alla soglia di rilevanza europea, il Responsabile della funzione acquisti avvia un'indagine preventiva per verificare l'effettiva sussistenza sul mercato di un unico operatore economico in grado di svolgere la prestazione richiesta.

L'indagine è condotta:

1) Mediante consultazione della reportistica del Ministero della Salute NSIS - Data Warehouse Regionale;

2) Laddove possibile, mediante confronto con acquisti effettuati dai consorzi di acquisto/dalle singole aziende in ordine a esigenze terapeutiche, diagnostiche, cliniche, tecnologiche, organizzative identiche;

3) Mediante la pubblicazione di avvisi esplorativi di mercato volti a verificare l'esistenza sul mercato di proposte e/o soluzioni alternative a quella conosciuta, con espressa indicazione dei seguenti elementi:

- la descrizione della funzione intesa a soddisfare il fabbisogno. Esempio: dispositivo atto a [.....] con la compiuta indicazione degli outcome che si vogliono ottenere;
- il fabbisogno e i costi presuntivi;
- la volontà di procedere mediante procedura negoziata senza previa pubblicazione di un bando, ex. art. 76 D.Lgs. 36/2023, laddove il mercato interpellato non offra soluzioni alternative.

Qualora la procedura indetta ai sensi dell'art. 76 consista nell'acquisizione di dispositivi medici, l'esito dell'indagine andrà sottoposto all'esame della Commissione aziendale per i Dispositivi Medici, la quale darà atto a verbale dell'esito delle verifiche e, ricorrendone le condizioni, procederà a rilasciare, per la sua competenza, parere positivo/parere negativo in ordine alla sussistenza della condizione di infungibilità del bene/servizio richiesto. Tale Commissione, inoltre, dovrà intervenire, nel caso di presentazione di più candidature alternative da parte di uno o più operatori economici, relazionando in merito alla possibilità di avviare una procedura comparativa ai sensi del Codice, ovvero alla permanenza delle condizioni che legittimano l'avvio della procedura negoziata senza previa pubblicazione di bando di cui all'articolo 76 del D.Lgs. 36/2023. Infine, detta Commissione, in caso di dubbio in ordine alla infungibilità del bene/del servizio, potrà avviare un confronto con figure professionali esperte interne all'Azienda (sempre che queste ultime non siano già componenti della Commissione di riferimento) e con il soggetto utilizzatore che ha inoltrato la richiesta.

Per beni/servizi per i quali non è competente la Commissione Dispositivi Medici (ad esempio prodotti ITC o attrezzature economiche), l'esame delle candidature è affidato ad organismi creati all'uopo dalle aziende ovvero a figure professionali interne all'azienda, competenti per materia (ad esempio, nel caso dei prodotti ITC, il responsabile della gestione dei Sistemi Informativi Aziendali).

In caso di procedure di acquisizione di valore superiore alla soglia di rilevanza europea, fermo quanto sopra declinato, in ragione del valore ingente delle forniture, oltre a dover garantire forme di pubblicità più adeguate in fase di consultazione preliminare di mercato, si dovrà svolgere in modo più rigoroso la valutazione in ordine all'infungibilità/esclusività del bene/servizio, anche attraverso più fasi di confronto e contraddittorio tra i professionisti/organismi aziendali deputati (es, ingegnere clinico, esperto informatico, farmacista, Commissione Dispositivi medici, ecc.) e

il responsabile dell'Unità Operativa generatrice del fabbisogno. In aggiunta al confronto-contraddittorio, si potrà valutare **l'opportunità di conseguire una second opinion specialistica, non vincolante, mediante interpello di professionisti/organismi terzi competenti nella materia (ad esempio Commissione Regionale HTA);**

10.3.3. Incentivi per le funzioni tecniche ex art. 45 D.LGS. 36/2023

Vengono confermate le indicazioni previste dalla DGR 2672 del 16/12/2019 allegato n. 1, relativamente ai termini generali per l'individuazione delle procedure assoggettabili all'applicazione dell'incentivo e ai criteri per la costituzione del fondo con riguardo a servizi e forniture, con evidenza degli adeguamenti discendenti dall'entrata in vigore del D.Lgs 36/2023 nella formulazione dell'art. 45.

Il nuovo dettato normativo introdotto dal succitato articolo, applicabile, per l'anno 2023, con riguardo alle procedure acquisitive avviate a far tempo dal 01/07/2023 e in particolare l'Allegato I.10, riproduce in modo più analitico e preciso il contenuto del comma 1 dell'art. 113 D.Lgs. 50/2016, elencando in modo tassativo le attività tecniche a carico degli stanziamenti previsti per le singole procedure.

Nell'ambito delle **novità normative introdotte dall'art. 45 D.Lgs. 36/2023**, si citano l'estensione della disciplina dell'incentivo a tutte le procedure ed agli affidamenti diretti (compresi i contratti di concessione), nonché agli appalti relativi a servizi o forniture per i quali sia nominato il direttore dell'esecuzione.

Con riguardo alla prima fattispecie estensiva vale a dire l'applicazione dell'incentivo a tutte le procedure e a prescindere dall'importo non essendo prevista dal nuovo dettato normativo una soglia minima al di sotto della quale le procedure non possano costituire oggetto di incentivo, occorre considerare l'opportunità di introdurre limiti al riconoscimento dello stesso al fine di evitare l'espansione incontrollata della spesa.

In linea con gli orientamenti giurisprudenziali in materia e sulla scorta di quanto declinato nella *Relazione illustrativa al nuovo codice degli appalti* del Consiglio di Stato del dicembre 2022 in coerenza con il disposto dell'art. 17 del D.lgs 36/2023, si ritiene che l'affidamento diretto, non costituendo procedura comparativa in senso stretto, possa dar luogo al riconoscimento dell'elemento premiante solo nel caso in cui fosse il risultato di un confronto concorrenziale, anche informale, e/o di una procedura sostanzialmente competitiva a cui l'Ente abbia dato luogo (contemplando, altresì, l'ipotesi dell'indagine di mercato/manifestazione di interesse), elementi che dovranno emergere nella motivazione della determinazione a contrarre.

In coerenza con il dettato della legge, si ritiene, pertanto, debbano essere escluse ai fini dell'applicazione dell'incentivazione:

- sulla base ed in linea a quanto declinato al paragrafo precedente, gli affidamenti diretti di servizi e forniture non preceduti da confronto concorrenziale, procedura sostanzialmente competitiva, indagine di mercato/manifestazione di interesse;
- affidamenti di servizi e forniture in regime di proroga, in relazione ad entrambe le fattispecie di cui all'art. 120, commi 10 e 11 D.Lgs. 36/2023;
- affidamenti di servizi e forniture in esito a procedure negoziate senza previa pubblicazione di bando qualora gli stessi possano essere offerti da un unico operatore economico, sussistendo le seguenti fattispecie riferite a infungibilità/esclusività ai sensi dell'art. 76, comma 2, lett. b), nn. 2 e 3 D.Lgs. 36/2023:

- *la concorrenza è assente per motivi tecnici;*
 - *la tutela di diritti esclusivi, inclusi i diritti di proprietà intellettuale.*
- affidamenti in adesione postuma a procedure singole.

Dal 2024 sarà disponibile un applicativo che consentirà l'elaborazione dei dati necessari alla definizione del fondo per gli incentivi delle funzioni tecniche.

Le assegnazioni relative agli incentivi per le funzioni tecniche previste dall'art. 45 del D.lgs. 36/2023 (ex art. 113 del D.lgs. 50/2016) avvengono, previa verifica dei dati relativi alle procedure comunicate dagli Enti del SSR idonee all'ammissione all'incentivo, tramite gli strumenti di e-procurement Sintel per le procedure autonome e aggregate, NECA per quanto riguarda gli affidamenti in adesione alle convenzioni ARIA (Ordinativi di Fornitura) e dal Cruscotto CONSIP per quanto riguarda le adesioni alle convenzioni Consip o alle procedure di acquisto effettuate dagli enti su Mepa.

È pertanto necessario che gli Enti compilino correttamente tutti i dati richiesti dal portale Sintel, che nel corso del 2023 è stato opportunamente implementato con questo obiettivo.

Con riferimento alle procedure aggregate si richiede la compilazione, da parte dell'ente capofila, non solo dei campi relativi non solo agli enti aggregati ma anche alla rispettiva quota di aggregazione.

10.3.4. HTA (HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT)

Con la legge regionale n. 23/2015 Regione Lombardia si è dotata di un programma di HTA per il supporto all'uso informato e consapevole dei Dispositivi Medici e delle altre tecnologie sanitarie, realizzato da più soggetti coordinati dalla DG Welfare.

Inoltre, con la Legge Regionale n. 22/2021, Regione Lombardia, in collaborazione con le singole strutture sanitarie, ha adottato un sistema di mappatura delle tecnologie del SSL al fine di programmare le acquisizioni in relazione ai fabbisogni, anche tenendo conto delle metodologie di valutazione HTA.

Attualmente Direzione Generale Welfare sta implementando la riorganizzazione dell'attività dell'HTA regionale, estendendo ancor di più la partecipazione ai lavori a tutti gli stakeholder.

Obiettivo generale del programma regionale lombardo di valutazione delle tecnologie sanitarie è facilitare la diffusione e la continua implementazione nella pratica clinica delle tecnologie più efficaci, sicure ed efficienti in sostituzione o in alternativa a tecnologie meno efficaci, sicure ed efficienti, secondo modalità condivise, trasparenti, monitorabili e verificabili.

Il processo di valutazione si applica alle tecnologie innovative, emergenti o a quelle in via di sviluppo che potrebbero avere un impatto sul SSR, ma anche alle tecnologie che modificano o ampliano la loro destinazione d'uso.

In particolare, al fine di identificare le tecnologie sulle quali effettuare attività di prioritizzazione e conseguente valutazione, l'UO Acquisti SSR e Innovazione Tecnologica prenderà in esame le richieste che perverranno dai principali stakeholder, tra i quali ATS, ASST, gli I.R.C.C.S. pubblici o privati e Reti di Patologia, secondo modalità strutturate e formali in tempi monitorati e con risultati sottoposti a consultazione pubblica.

Sulla base degli argomenti giudicati prioritari, attraverso un'analisi dalle informazioni recepite mediante le segnalazioni ed integrate con verifiche informative da parte del Centro Regionale di

HTA, istituito presso la UO Acquisti SSR e Innovazione Tecnologica, le ASST/IRCCS afferenti alla Rete Assessment e i referenti delle Reti di Patologia potranno essere coinvolti nella realizzazione di rapporti tecnici di HTA.

Al fine di individuare raccomandazioni per l'uso delle tecnologie oggetto di valutazione, verrà istituita una Commissione HTA multidisciplinare con il compito di produrre un giudizio di appropriatezza d'uso tramite un processo deliberativo informato da evidenze.

L'output del processo genererà elementi informativi destinati a diversi attori del sistema sanitario: D.G. Welfare e sue strutture interne, ARIA, ASST/IRCSS.

10.4 INTERNAL AUDITING

Si richiamano i contenuti della DGR n. XI/6387/2022 (Regole 2022) e della DGR n. XI/6026/2022 (Linee guida adozione POAS), al fine in particolare di garantire l'attuazione concreta della segregazione delle funzioni.

Si raccomanda di rafforzare ulteriormente il "commitment" da parte della Direzione Generale, in maniera tale da mettere in condizione la Funzione Internal Auditing di contribuire al miglioramento dei processi ed al raggiungimento degli obiettivi aziendali.

Proseguiranno le iniziative formative regionali e l'attività di coordinamento della rete da parte di ORAC nell'ambito delle funzioni di cui all'art. 3, comma 1, lettera h) della Legge regionale n.13/2018.

In tal senso si prevede nel 2024 la possibilità di partecipazione dei Responsabili Internal Audit (RIA) a corsi di formazione specifici, su diversi temi, fra i quali si segnala il Percorso Attuativo della Certificabilità dei bilanci (PAC).

Si ribadisce l'invito agli Enti a sviluppare il più possibile le attività di networking, al pari di esperienze già in atto in altri settori, con la disponibilità al reciproco supporto tecnico-specialistico sulle tematiche specifiche oggetto di audit, per potenziare le conoscenze e mettere a fattor comune professionalità già acquisite in ambiti specifici.

Accanto ad una rete interaziendale dovrà essere costantemente mantenuta ed alimentata una rete intra-aziendale, in stretta sinergia con le altre funzioni aziendali dedite ai controlli. L'obiettivo cui tendere progressivamente dovrà infatti essere la creazione di una Funzione RIA dotata di autonomia e indipendenza, provvista di risorse stabili e professionalmente competenti, incardinata sotto la Direzione Generale ed in stretto e costante coordinamento con la funzione RPCT, Controllo di Gestione e Qualità, al fine di creare un sistema integrato e coordinato dei controlli.

LRIA dovrà inoltre garantire un monitoraggio dei rischi adeguato, in rapporto ad organizzazione e attività dell'ente ed operare su pianificazione annuale e, in prospettiva, triennale.

Adempimenti ricorrenti:

- entro il 31 gennaio, il RIA trasmetterà la Pianificazione dell'anno in corso dell'attività di audit
- entro il 31 gennaio il RIA dovrà procedere all'invio di una relazione annuale di monitoraggio delle attività di audit effettuate nell'anno precedente
- entro il 31 luglio il RIA dovrà trasmettere una relazione semestrale di monitoraggio sullo stato di attuazione delle attività di audit effettuate al 30 giugno dell'anno in corso

Dovranno inoltre essere trasmessi prontamente da parte dei RIA gli aggiornamenti relativi alla collocazione organizzativa, alle procedure e alla dotazione della propria funzione.

I format e i contenuti delle relazioni sulle attività di audit effettuate sono stabiliti e trasmessi alle Aziende dalla Funzione di audit regionale.

La trasmissione della pianificazione annuale dell'attività di audit, delle relazioni di monitoraggio semestrali e degli eventuali aggiornamenti dovrà essere effettuata alla Struttura Audit, mediante l'invio alla casella e-mail: audit@regione.lombardia.it.

Allegato 10 – AREA INVESTIMENTI, ACQUISTI E INTERNAL AUDITING

ACRONIMO	SIGNIFICATO
ANAC	Autorità Nazionale Anticorruzione
ARIA	Azienda Regionale per l'Innovazione e gli Acquisti
ATS	Agenzia di Tutela della Salute
ATS	Agenzia Tutela della Salute
CdC	Case di Comunità
COT	Centrali Operative Territoriali
DG	Direzione Generale
DGR	Deliberazione della Giunta Regionale
DL	Decreto-legge
DPCM	Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri
DPGR	Deliberazione della Presidenza della Giunta Regionale
FOL	Moduli Fabbisogno on line
GSA	Gestione Sociosanitaria di Area
HTA	Health Technology Assessment
LEA	Livelli Essenziali di Assistenza
NPIA	Nuclei di Psichiatria per l'Infanzia e l'Adolescenza
NSIS	Sistema Informativo Sanitario Nazionale
OdC	Ospedali di Comunità
PNRR	Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza
POR	Piano Operativo Regionale
SMAF	Sistema di Monitoraggio delle Attività di Fornitura
SRF	Sistema Regionale Farmaci
SSR	Sistema Socio-Sanitario Regionale

Allegato 11 – ATTUAZIONE, MONITORAGGIO, VALUTAZIONE ED EPIDEMIOLOGIA

11.1. CENTRO OPERATIVO PER L'UTILIZZO DEI DATI SANITARI E SOCIOSANITARI

11.1.1. ATTIVAZIONE

In ottemperanza a quanto indicato nella DGR XII/1518/2023 relativa all'approvazione della proposta di Piano Sociosanitario Integrato Lombardo 2023-2027, sarà istituito, per l'anno 2024, il Centro Operativo per l'Utilizzo dei Dati Sanitari e Sociosanitari con funzioni di supporto nella stesura delle delibere regionali (analisi dei bisogni che la corrispondente azione intende soddisfare; stratificazione dei beneficiari del SSR in funzione dei bisogni di salute e previsione dell'evoluzione dei bisogni stessi quale strumento per indirizzare gli interventi; migliori evidenze scientifiche disponibili che giustificano l'azione; robusto piano di (i) monitoraggio dell'implementazione (attuazione) di quell'azione secondo quanto deliberato, (ii) valutazione del suo impatto (ovvero la misura del raggiungimento dei risultati previsti), (iii) identificazione delle criticità emerse nel corso della sua implementazione e/o nel raggiungimento dei risultati auspicati e (iv) previsione di azioni flessibili in grado di adattare le azioni, e loro implementazione, per realizzare un sistema virtuoso di miglioramento continuo della capacità di raggiungere gli obiettivi prefissati). Al Centro inoltre verranno assegnate funzioni nell'ambito di ridefinizione delle regole di accesso al patrimonio informativo regionale, di interconnessione con altri dati e di valutazione centralizzata dei protocolli relativi a studi osservazionali non farmacologici. Infine, un'ulteriore funzione del Centro sarà quella di acquisire elementi sui determinanti delle disuguaglianze sociali e territoriali di accesso alle cure, identificare i segmenti della popolazione e le aree territoriali più disagiate, proporre le linee di azione più adeguate a ridurre l'azione, monitorarne l'applicazione e valutarne l'impatto attraverso l'istituzione dell'Osservatorio delle disuguaglianze sanitarie.

Le seguenti azioni ne consentiranno l'attivazione del corso del 2024:

11.1.1.1. Stesura manifesto e condivisione con stakeholder (Direttori UOC/UOS di Epidemiologia delle ATS, Esperti accademia e IRCCS, Rappresentanti società scientifiche)

11.1.1.2. Definizione dell'organigramma, della composizione e delle collaborazioni

11.1.1.3. Costituzione del comitato di valutazione protocolli studi osservazionali

11.1.1.4. Costituzione del comitato dell'osservatorio delle disuguaglianze sanitarie

11.1.1.5. Stesura delibera regionale

11.1.1.6. Attivazione operativa

11.1.2. AZIONI E COMPITI

11.1.2.1. Messa a punto di un sistema di indicatori dei processi di erogazione delle cure

- 11.1.2.2. Area di raccordo tra ricerca e monitoraggio: validazione indicatori di processo
- 11.1.2.3. Supporto alle delibere regionali
- 11.1.2.4. Monitoraggio attuazione e valutazione dell'impatto e delle criticità delibere regionali
- 11.1.2.5. Revisione regole per l'accesso al patrimonio informativo regionale da parte di organismi di ricerca/altri Enti
- 11.1.2.6. Stesura secondo rapporto epidemiologico annuale Lombardia (REAL_2024)
- 11.1.2.7. Sviluppo di una dashboard per la rappresentazione e la restituzione di REAL_2024
- 11.1.2.8. Stesura dei bollettini epidemiologici regionali
- 11.1.2.9. Attività di valutazione dei protocolli studi osservazionali
- 11.1.2.10. Supporto alle Unità Organizzative della DG Welfare.

11.2. OSSERVAZIONE EPIDEMIOLOGICA

11.2.1. GOVERNO DEI LEA, VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE QUALI/ QUANTITATIVE DEL SSR

11.2.1.1. Predisposizione del Questionario LEA e delle integrazioni eventualmente necessarie in base all'esito delle istruttorie effettuate dagli Uffici Ministeriali, ai fini della valutazione di Regione Lombardia rispetto all'erogazione dei LEA in condizioni di appropriatezza e di efficienza nell'utilizzo delle risorse.

11.2.1.2. Monitoraggio e valutazione degli indicatori "core" del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) – ai fini della verifica degli adempimenti LEA - relativi ai tre macro-livelli di assistenza (prevenzione collettiva e sanità pubblica; assistenza distrettuale; assistenza ospedaliera) - comprendenti indicatori per la valutazione 2023 di nuova introduzione derivanti dal Programma Nazionale Esiti.

11.2.1.3. Monitoraggio e valutazione dei percorsi diagnostico-terapeutico assistenziali previsti dal NSG-PDTA – ai fini della verifica degli adempimenti LEA - (BPCO, scompenso cardiaco, diabete, tumore operato della mammella nella donna, tumori operati del colon e del retto), recependo le modifiche della metodologia per il calcolo previste per la valutazione 2023.

11.2.1.4. Valutazione comparativa delle performance quali-quantitative degli Enti erogatori e delle strutture territoriali del SSR integrando gli indicatori previsti dal NSG con alcuni indicatori prodotti da altri sistemi di valutazione, quali il Programma Nazionale Esiti (con focus su volumi di attività chirurgica a elevata complessità, accesso alle procedure tempo-dipendenti, appropriatezza clinico-organizzativa, esiti, equità delle cure) e il Network delle Regioni del MeS Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa (con focus su indagine di clima organizzativo interno, sperimentazione di indicatori di monitoraggio dei percorsi di presa in carico dei pazienti cronici, rilevazione dell'esperienza dei pazienti lungo il percorso di presa in carico assistenziale).

11.2.1.5. Inserimento degli indicatori NSG, NSG-PDTA, PNE, Network a livello regionale e per ATS/Ente Erogatore nel Portale di Governo di Regione Lombardia.

11.2.1.6. Avvio di percorsi di verifica dell'appropriatezza nella codifica dei flussi che alimentano la costruzione degli indicatori, di audit clinico-organizzativi e di interventi di qualificazione e formazione dei professionisti sanitari, programmati in base ai dati restituiti dal sistema di indicatori

e dal monitoraggio della performance. La programmazione, l'organizzazione e l'esecuzione degli audit avverranno anche mediante il diretto coinvolgimento delle ATS competenti territorialmente.

11.2.1.7. Elaborazione di indicazioni metodologiche regionali sull'analisi dei dati / indicatori e la produzione di reportistica da parte delle strutture SSR (Enti erogatori, ATS).

11.2.2. REGISTRI

11.2.2.1. Registro Tumori Regionale e Registro Nazionale Tumori. Integrazione organizzativa e funzionale del Registro Tumori Regionale (istituito con DGR n. 6818 del 02/08/2022), attraverso specifico provvedimento deliberativo, ai fini del recepimento del Decreto Ministeriale 1° agosto 2023 ad oggetto "Registro nazionale tumori". Confermando il modello "a rete" del Registro Tumori Regionale, verranno ulteriormente definiti i compiti del Centro di Riferimento Regionale e le relazioni funzionali con il network degli 8 Registri Tumori delle ATS, per ottemperare al coordinamento nazionale e all'adempimento LEA di invio dei relativi flussi da parte di Regione al Ministero della Salute.

11.2.2.2. Registro Regionale e Registro Nazionale degli impianti Protesici Mammari. Prosecuzione dell'alimentazione del Registro nazionale degli impianti protesici mammari attraverso il relativo Registro Regionale istituito ai sensi della DGR n° XII/795 del 31/07/2023. Organizzazione di incontri con gli attori di sistema regionali coinvolti (tra cui Direzioni Strategiche, Specialisti Chirurghi, Dipartimenti competenti delle ATS) al fine di condividere gli elementi di forza e le criticità emerse nel primo anno di attività del Registro.

11.2.3. AZIONI COLLABORATIVE CON GLI OSSERVATORI EPIDEMIOLOGICI DELLE ATS – anche in collaborazione con UO Prevenzione

11.2.3.1. Registro Tumori Regionale - Progetto operativo finanziato dal Ministero della Salute. Nell'ambito del network dei Registri Tumori delle 8 ATS coordinato dal Centro di Riferimento Regionale istituito presso la UO Osservatorio Epidemiologico Regionale e Flussi Informativi (di seguito denominata UO OER), prosecuzione e sviluppo da parte delle ATS del Progetto operativo "Miglioramento del controllo di qualità dei dati prodotti dal network dei Registri Tumori di popolazione della Lombardia in un'ottica di benchmark nazionale ed internazionale" (DGR n. XI/7147 del 17/10/2022), approvato dal Ministero della Salute in data 8/03/2022 ai sensi del DM 12 agosto 2021. Nell'ambito del progetto, nel 2024 verrà rilasciato un Manuale di indicatori per la valutazione di qualità dei dati prodotti dal Registro Regionale, prototipo a livello nazionale, e verranno implementati gli strumenti informativi per la gestione e il calcolo degli indicatori sul territorio regionale.

11.2.3.2. Realizzazione dei portali di "Profilo Salute" delle ATS e del relativo modello regionale. Realizzazione entro il 2024 da parte di ciascuna ATS di una mappatura territoriale della struttura della popolazione relativamente alle caratteristiche demografiche e al profilo di rischio, tramite un modello sviluppato dalla UO a valenza regionale Epidemiologia e Prevenzione di ATS Milano; Coordinamento e validazione del sistema di indicatori da parte della UO OER in relazione al bisogno informativo regionale e implementazione sul portale della UO OER del modello a valenza regionale derivante dai dati aggregati delle singole ATS.

11.2.3.3. Sequele post acute dell'infezione da SARS-CoV-2 (PASC). Realizzazione entro il 2024 da parte di ciascuna ATS di una analisi territoriale sulla prevalenza di soggetti con PASC (post-acute sequelae of SARS-CoV-2 infection) al fine di stimare - in funzione del burden di malattia determinato dalle specifiche caratteristiche epidemiologiche con cui si è sviluppata l'epidemia nei diversi territori

regionali – il carico assistenziale dei prossimi anni e l’adeguamento del sistema di offerta con la possibilità di definire percorsi diagnostico terapeutici strutturati.

11.2.3.4. Profilo di rischio cardiovascolare. Implementazione di progetti / studi da parte delle ATS volti allo sviluppo di modelli di predizione del rischio cardiovascolare in popolazione finalizzati a migliorare i progetti di presa in carico e la riduzione degli eventi cardiovascolari anche mediante lo sviluppo di interventi di promozione della salute.

11.2.3.5. Sorveglianza sindromica. Partecipazione delle ATS al Sistema di sorveglianza sindromica implementato da Regione Lombardia per il PANFLU, con l’obiettivo generale di identificare precocemente l’insorgenza di eventi avversi / epidemici nel territorio di competenza, attraverso l’applicazione di un protocollo condiviso che prevede tre fasi: automazione del recupero dati, elaborazione dei dati con i modelli statistici, sviluppo dashboard Tableau collegate alla sorveglianza territoriale. L’attività prevede l’efficientamento dei sistemi di acquisizione dei flussi informativi sanitari in real time a livello regionale e territoriale.

11.2.4. GOVERNO E MONITORAGGIO DEI TEMPI/LISTE DI ATTESA - RICOVERI

11.2.4.1. Flussi delle rilevazioni periodiche ex ante dei tempi di attesa (MTA e ALPI). Gli Enti Erogatori pubblici e privati accreditati a contratto sono tenuti a rispettare tempistiche e modalità di trasmissione dei flussi delle rilevazioni periodiche ex ante (MTA) programmate secondo il calendario regionale e nazionale (quest’ultimo esteso anche alle prestazioni ambulatoriali rese in attività libero-professionale intramoenia e solvenza - ALPI).

Nelle more dell’evoluzione in termini di standardizzazione e ampliamento dei flussi informativi per il monitoraggio dei tempi di attesa da parte del Ministero della Salute, si ravvisa la necessità di migliorare la qualità e la completezza del flusso informativo MTA regionale, anche al fine di consentire l’effettuazione di controlli mirati da parte della DG Welfare: nel 2024 sarà introdotto nel flusso l’obbligo di valorizzare il numero di ricetta e di trasmettere, oltre alle prestazioni prenotate dalla struttura, anche quelle effettuate dal call center regionale sulle agende della struttura.

Gli Enti erogatori saranno tenuti a partecipare ad incontri periodici regionali con i propri referenti aziendali), finalizzati ad affrontare le criticità emerse nell’invio e nell’analisi dei dati e condividere azioni di miglioramento.

Si segnala che il monitoraggio in modalità ex-ante dei tempi di attesa delle prestazioni prenotate in ALPI (come previsto da PNGLA 2019-2021) sarà monitorato a fini informativi dal Ministero della Salute per il tramite di Agenas nel Questionario LEA anno 2023.

11.2.4.2. Rispetto dei Tempi di attesa dei ricoveri chirurgici programmati. In attuazione degli obiettivi prioritari del PRSS della XII Legislatura finalizzati a garantire a tutti i cittadini piena accessibilità alle prestazioni sanitarie, si definiscono per l’anno 2024 i seguenti obiettivi di performance del rispetto dei tempi massimi di attesa per i ricoveri chirurgici programmati, fissati in modo coerente per il raggiungimento dei target a dicembre 2027:

	<i>baseline (da PRSS)</i>	<i>target 2024</i>	<i>target 2027 (da PRSS)</i>
% di rispetto dei tempi di attesa nei ricoveri chirurgici oncologici programmati - classe di priorità A	83%	85%	90%

Allegato 11 – AREA ATTUAZIONE, MONITORAGGIO, VALUTAZIONE ED
EPIDEMIOLOGIA

% di rispetto dei tempi di attesa nei ricoveri chirurgici non oncologici programmati - tutte le classi di priorità	79%	82%	90%
--	-----	------------	-----

Il monitoraggio mensile del livello di target raggiunto da parte degli Enti erogatori, reso disponibile dalla DG Welfare con la produzione di report regionali specifici per Ente, accorpati per ATS territoriale di riferimento (Portale di Governo regionale), consentirà l’individuazione di aree critiche e la richiesta di relativi piani di miglioramento.

11.2.4.3. Piano Operativo Regionale per il contenimento dei Tempi di Attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero. In continuità con le azioni intraprese nel 2023 (di cui alla DGR n° XII/511 del 26/06/2023 e DGR n° XII/780 del 31/07/2023), nel 2024 si prevede l’adozione di un Piano operativo regionale per il contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero.

In particolare, il volume delle prestazioni aggiuntive di ricovero, analogamente a quello delle prestazioni ambulatoriali, verrà definito per ciascun erogatore sulla base di Piani Operativi trasmessi dalle ATS alla Direzione Generale Welfare, concernenti i ricoveri chirurgici programmati di cui al PNGLA o altri al di fuori del PNGLA rilevati critici a livello locale, che consentano di offrire un case mix in grado di garantire l’erogazione di prestazioni di area oncologica e non oncologica più critici per tempi di attesa

11.2.4.4. Monitoraggio della tenuta delle liste di attesa per ricoveri chirurgici programmati. Prosecuzione del monitoraggio regionale con trasmissione dei dati a cadenza almeno trimestrale da parte di ASST, IRCCS di diritto pubblico e ATS (per Enti privati accreditati a contratto) relativi all’attività di pulizia delle liste di attesa, su cui incidono sia le prestazioni erogate sia fattori quali la scelta di altri erogatori da parte dei pazienti, il mutamento delle loro condizioni cliniche o il loro decesso.

11.2.4.5. Recepimento regionale dei due documenti “Linee di indirizzo” ministeriali sui tempi di attesa: “Linee di indirizzo – Requisiti e monitoraggio delle sezioni dedicate ai tempi di attesa sui siti Web di Regioni, Province autonome e aziende sanitarie” e “Linee di indirizzo per la gestione delle liste di attesa per ricoveri programmati nelle strutture sanitarie e corretta tenuta delle agende di prenotazione”, adottati con Decreto del Ministero della Salute.

11.2.4.6. Progetto ministeriale “Applicazione di modelli organizzativi per il Governo delle Liste di Attesa per i ricoveri chirurgici programmati”. Rinnovo e ampliamento del Gruppo di Lavoro regionale coinvolto nel Progetto Ministeriale “Applicazione di modelli organizzativi per il Governo delle Liste di Attesa per i ricoveri chirurgici programmati”, finalizzato a diffondere a livello nazionale una metodologia uniforme per il governo integrato delle Liste di Attesa per prestazioni chirurgiche programmate, che al momento coinvolge in Lombardia i referenti di quattro Ospedali Pilota (ASST Crema, ASST GOM Niguarda, **ASST Spedali Civili di Brescia**, ASST Papa Giovanni XXIII di Bergamo).

Nel 2024 il progetto verrà ulteriormente sviluppato al fine di implementare nuovi modelli di monitoraggio sull’utilizzo delle risorse assegnate, effettuare un’analisi sistematica di dati, produrre indicatori di processo e di esito relativi agli eventi che caratterizzano il percorso peri-operatorio del paziente. Verrà contestualmente attivato a livello regionale un percorso formativo e di confronto all’interno del Gruppo di lavoro e delle strutture ad essi afferenti.

11.2.4.7. Si procede al formale recepimento delle “Linee di indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato” di cui all’accordo tra il Governo, le Regioni e le Province

autonome di Trento e Bolzano del 9 luglio 2020 repertorio atti 102/CSR, prodotto nell'ambito del progetto di ricerca ministeriale di "Riorganizzazione dell'attività chirurgica per setting assistenziali e complessità di cure", che ha rappresentato il progetto precursore di quello attuale, cui avevano partecipato due dei 4 ospedali pilota ora coinvolti (ASST Crema e ASST GOM Niguarda). Nel corso del 2024 le linee guida verranno implementate estendendole, attraverso la previsione di azioni, adempimenti e obiettivi, a tutti gli Enti erogatori regionali.

11.2.4.8. Progetto di ricerca: Determinanti delle liste di attesa. Obiettivi (i) misurare i tempi tra una prestazione e quella successiva; (ii) stimare la prevalenza di backlog per ogni prestazione e non solo nei pazienti in attesa di ricevere l'intervento chirurgico; (iii) verificare dove (per quale prestazione) si concentrano le problematiche; (iv) valutare come il processo si è modificato durante l'emergenza pandemica e soprattutto verificare se e per quale prestazione la domanda si è ridotta e di quanto; v) valutare l'impatto della riduzione della domanda e dell'offerta sugli esiti clinici; vi) fornire, sulla base delle informazioni raccolte attraverso la metodologia descritta, strumenti organizzativi alle Strutture Sanitarie Regionali che erogano prestazioni al fine di migliorare l'accessibilità e soddisfare i bisogni di salute dei cittadini; (v) identificare i determinanti socioeconomici del gap tra prenotazione ed erogazione (ad esempio attraverso l'analisi ecologica della relazione tra indice di deprivazione della sezione di censimento di residenza della donna e entità del gap tra prenotazione ed erogazione).

11.3. DATI E FLUSSI INFORMATIVI

11.3.1. OPEN DATA, PORTALE EPIDEMIOLOGICO, ACCESSO AL PATRIMONIO INFORMATIVO REGIONALE

11.3.1.1. Implementazione del Portale dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale e sezione Open data e del Portale di Governo. Aggiornamento periodico dei dati relativi alle prestazioni sanitarie erogate in Lombardia (ricoveri, prestazioni specialistica ambulatoriale, accessi al Pronto Soccorso) resi disponibili in modalità Open Data ad utenti esterni dal Portale della UO OER (liberamente accessibili, scaricabili e riutilizzabili in conformità con condizioni di licenza d'uso). Integrazione del Portale della UO OER con sezioni specifiche in funzione delle attività prioritarie svolte anche in collaborazione con gli Enti del SSR, tra cui l'analisi del profilo di salute della popolazione lombarda, al fine di promuovere la capacità di lettura, conoscenza e condivisione degli indicatori ai vari livelli del SSR, e di comprensibilità e fruizione degli stessi per la popolazione. Revisione e sviluppo del Portale di Governo di Regione Lombardia con gli indicatori NSG, NSG-PDTA, PNE, Network a livello regionale e per ATS/Ente Erogatore, al fine di sviluppare un "sistema integrato di indicatori" che consenta di individuare criticità nei percorsi clinico-assistenziali e obiettivi prioritari di miglioramento delle performance per singolo Ente Erogatore/ATS.

11.3.1.2. Evoluzione del sistema di accesso ai dati sanitari regionali per finalità di programmazione regionale. In attuazione degli obiettivi prioritari del PRSS della XII Legislatura, ulteriore promozione di progetti da parte di Enti di ricerca e altri Enti abilitati, in collaborazione con la DG Welfare, nell'ottica di perseguire le finalità istituzionali di programmazione, gestione, controllo e valutazione dell'assistenza sanitaria. Diffusione regionale dei risultati prodotti mediante rendicontazione intermedia e finale.

Implementazione della piattaforma denominata "Workflow DaaS" per il miglioramento e la semplificazione dei processi di gestione amministrativa delle domande di accreditamento e convenzionamento e di monitoraggio dei progetti.

Richiamando anche l'azione 11.1.2.5, revisione della normativa regionale di riferimento e produzione di un provvedimento deliberativo regionale in materia, in risposta alla necessità di aggiornare la procedura e le regole per lo svolgimento delle analisi sul Patrimonio informativo sociosanitario regionale nell'ambito delle funzioni istituzionali di tutela della salute dei cittadini, anche tramite il coinvolgimento di Enti esterni.

Promozione di iniziative innovative per l'applicazione di Tecniche di data Privacy Enhancement (PET) a progetti che utilizzano "categorie particolari" di dati del patrimonio informativo del Welfare lombardo e utilizzo di algoritmi di apprendimento automatico.

11.3.2. FLUSSI INFORMATIVI SANITARI

In riferimento ai debiti informativi legati ai flussi sanitari, per il 2024 si conferma che dovranno essere garantiti i relativi obblighi informativi in termini di completezza e qualità, che costituiranno adempimenti LEA (sezione C – Obblighi Informativi - del Questionario LEA).

Si confermano le attività di competenza della DG Welfare in materia di Governo dei flussi informativi sanitari e di gestione delle relative banche dati per finalità di programmazione (supervisione dati, analisi procedure e monitoraggio dei dati).

11.3.2.1. Variazione dei modelli di rilevazione dei dati delle attività gestionali delle strutture sanitarie. Nelle more della pubblicazione del decreto ministeriale del 22 dicembre 2023 recante "Variazione dei modelli di rilevazione dei dati delle attività gestionali delle strutture sanitarie", a decorrere da gennaio 2024 gli Enti del SSR sono tenuti ad inviare alla Regione le informazioni richieste con i nuovi modelli riportati in Allegato 1 del Decreto (FLS.11, FLS.12, FLS.18, FLS.21, STS.11, STS.14, STS.21, STS.24, HSP.11, HSP.11-bis, HSP.12, HSP.13, HSP.14, HSP.22-bis, HSP.24, RIA.11), che sostituiscono quelli utilizzati per la rilevazione degli anni precedenti disciplinati con il Decreto del Ministero della salute 5 dicembre 2006. Le modalità per la compilazione e la sottoscrizione dei modelli sono riportate nelle note esplicative che accompagnano ciascuno di essi. Si precisa che l'aggiornamento dei modelli da parte del Ministero della Salute è finalizzato in particolare alla rilevazione delle modifiche organizzative derivanti dal Decreto Ministeriale n. 77/2022. Da gennaio 2024 Regione Lombardia dovrà comunicare e mantenere aggiornate le anagrafiche delle reti ospedaliere e territoriali, nonché delle Aziende Sanitarie attraverso l'applicazione "Monitoraggio della rete di assistenza" del NSIS. Al fine di favorire un'omogenea applicazione del Decreto sul territorio regionale e di individuare modalità operative che consentano un efficientamento del sistema di trasmissione dei flussi a livello regionale, verrà attivato un gruppo di lavoro regionale con ATS ed Enti erogatori.

11.3.2.2. Flusso SDO e monitoraggio strutturato degli errori logico-formali. Implementazione di un sistema di monitoraggio integrato degli errori logico-formali restituiti dalle piattaforme ministeriali che recepiscono i flussi informativi dei ricoveri ospedalieri (SDO), finalizzato alla verifica e condivisione con gli Enti Erogatori di eventuali scostamenti tra le banche dati regionali e ministeriali e l'individuazione di elementi correttivi (ad esempio errori di codifica). L'avvio del monitoraggio è previsto con il flusso SDO, a seguire potranno essere interessati gli altri flussi sanitari. A partire da gennaio 2024, ogni modifica del flusso SDO riferita alle dimissioni del 2023, successiva alla scadenza ufficiale prevista il 22 febbraio 2024, non sarà riconosciuta ai fini della valorizzazione economica.

11.3.2.3. Implementazione Flusso Scheda di Dimissione Ospedaliera Riabilitativa (SDO R). Implementazione nei sistemi informativi regionali dei tracciati "flusso SDO R", in recepimento del DM 26 settembre 2023 n. 165 (GU n. 272 del 21.11.2023) ad oggetto "Regolamento recante modificazioni e integrazioni al regolamento recante norme concernenti l'aggiornamento della

disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati”, che disciplina l’integrazione del flusso SDO con i campi di contenuto riabilitativo. Con il supporto tecnico e informativo di Regione Lombardia, gli Enti Erogatori sono tenuti ad implementare il flusso nei propri sistemi informativi, garantendo qualità e completezza dei dati. Attivazione da parte della UO OER di un monitoraggio trimestrale finalizzato a valutare, per singolo Ente, il livello di implementazione della SDO-R laddove prevista (monitoraggio del dato trasmesso rispetto all’atteso) e condivisione delle criticità con gli Enti erogatori, anche in collaborazione con altre UUOO della DG Welfare per rispettiva competenza.

11.3.2.4. Evoluzione modalità di acquisizione del Flusso SDO. Si prevede l’evoluzione del sistema regionale di acquisizione dei flussi SDO su base mensile verso un sistema di gestione di informazioni in real time (giornaliero). L’attività rientra nell’ambito di un più ampio progetto di efficientamento dei sistemi di acquisizione dei flussi informativi (tra cui in particolare il sistema Ammissione, Trasferimento e Dimissione del paziente ricoverato - ADT), che dovranno consentire tempestivamente (in real time) a livello regionale e territoriale la conoscenza del movimento degenti e della prima diagnosi di accettazione.

11.3.2.5. Evoluzione Flusso EMUR PS (6 SAN) - prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza urgenza Pronto Soccorso. Nelle more della pubblicazione del decreto ministeriale di aggiornamento del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell’ambito dell’assistenza sanitaria in emergenza-urgenza (EMUR) (in fase di adozione) e relativo disciplinare tecnico, predisposto in relazione all’adozione del "Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu 2021-2023)", si prevede a decorrere da gennaio 2024:

- il passaggio a una rilevazione settimanale del flusso informativo di EMUR-PS, finalizzata a potenziare la capacità di risposta rapida ad allerte ed eventi inattesi, nonché individuare tempestivamente i focolai di potenziali nuovi patogeni respiratori;
- l’integrazione con il nuovo sistema di Gestione Accoglienza Flussi del Ministero con frequenza settimanale attraverso un canale di interoperabilità machine-to-machine (M2M).

Nelle more della pubblicazione del decreto ministeriale attuativo della Legge 5 maggio 2022, n. 53 recante "Disposizioni in materia di statistiche in tema di violenza di genere" (in fase di adozione) è prevista l’integrazione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell’ambito dell’assistenza sanitaria in emergenza-urgenza (EMUR) con un set di informazioni utili per la rilevazione della violenza di genere.

11.3.2.6. Integrazione flusso CEDAP (CERTIFICATO DI Assistenza al Parto). Implementazione della sezione definita “Medicina Materno Fetale” (MMF), ai sensi della DGR n° XII/1141 del 16/10/2023.

11.3.3. FLUSSI INFORMATIVI SOCIOSANITARI

In riferimento ai debiti informativi legati ai flussi sociosanitari, per il 2024 si conferma che dovranno essere garantiti i relativi obblighi informativi in termini di completezza e qualità, che costituiranno adempimenti LEA (sezione C – Obblighi Informativi – del Questionario LEA).

Si confermano le attività di competenza della DG Welfare in materia di Governo dei flussi informativi sociosanitari e di gestione delle relative banche dati per finalità di programmazione (supervisione dati, analisi procedure e monitoraggio dei dati).

Le azioni specifiche inerenti ai flussi informativi di area sociosanitaria previste per l'anno 2024 sono descritte in dettaglio nell'allegato 5.

- **11.4. TARIFFE**

11.4.0.1. Introduzione del Nuovo Nomenclatore dell'assistenza specialistica ambulatoriale allegato al DPCM 12.01.2017 (DGR N° XII/1239 del 30/10/2023 e successive integrazioni), con aggiornamenti successivi adottati con specifici provvedimenti deliberativi.

11.4.0.2. Rivalutazione del finanziamento di alcuni DRG riferiti a procedure assistenziali innovative o, al contrario, ormai obsolete, in diversi setting assistenziali (es. area materno-infantile, PMA).

Allegato 11 – AREA ATTUAZIONE, MONITORAGGIO, VALUTAZIONE ED
EPIDEMIOLOGIA

ACRONIMO	SIGNIFICATO
ADT	Ammissione, Trasferimento e Dimissione
AGENAS	Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali
ALPI	Attività Libero-Professionale Intramoenia
ASST	Azienda Socio-Sanitaria Territoriale
ATS	Agenzia Tutela della Salute
CEDAP	Certificato di Assistenza al Parto
COUDSS	Centro Operativo per l'Utilizzo dei Dati Sanitari e Sociosanitari
DG	Direzione Generale
DGR	Deliberazione della Giunta Regionale
IRCCS	Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
LEA	Livelli Essenziali di Assistenza
MMF	Medicina Materno Fetale
NGS	Nuovo Sistema di Garanzia
PANFLU	Piano Influenza Pandemica
PDTA	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
PNE	Programma Nazionale Esiti
PNGLA	Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa
PS	Pronto Soccorso
SDO	Scheda Dimissione Ospedaliera
SSR	Servizio Sanitario Regionale

Allegato 12 – FAMIGLIA, SOLIDARIETA' SOCIALE, DISABILITA' E PARI OPPORTUNITA'

12.1. INTEGRAZIONE DELLE POLITICHE SOCIO SANITARIE CON LE POLITICHE SOCIALI - RAFFORZAMENTO DELLA PROSSIMITA' E INTEGRAZIONE DELLE POLITICHE SOCIO SANITARIE CON LE POLITICHE SOCIALI

In linea con gli obiettivi del programma di governo della XII Legislatura, la Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale, Disabilità e Pari Opportunità, ha individuato alcuni driver di sviluppo trasversali al sistema dei servizi sociali e socio sanitari che guideranno l'azione del 2024:

- prossimità al territorio;
- promozione di una logica preventiva;
- integrazione e complementarietà dei servizi;
- protagonismo dei destinatari e degli attori (pubblici e privati).

In particolare, prossimità vuol dire rendere smart e innovare i servizi sostenendo e rafforzando a livello territoriale luoghi, spazi e reti di prossimità che vedono direttamente protagonisti le persone (giovani, adulti, anziani, nuclei familiari) e gli attori (enti pubblici, enti del terzo settore associazioni e aziende profit) nell'ottica di migliorare la capacità di rilevazione e lettura del bisogno e di anticipare e ridurre i tempi di intervento.

Rendere i servizi integrati e complementari significa favorire la programmazione e l'attuazione di processi e procedure di erogazione dei servizi in grado di **riconnettere gli interventi specifici e ricomporre l'offerta con il progetto e il corso di vita della persona** per ridurre il rischio di frammentazione dell'offerta e delle risorse. È fondamentale che i servizi sociali e socio sanitari lavorino in raccordo con i servizi per l'impiego, i servizi sanitari, le scuole e con i soggetti del terzo settore e di tutta la comunità. Questa collaborazione è infatti essenziale per costruire una risposta integrata ai bisogni delle persone, soprattutto quelle più fragili. Sono i servizi che devono “andare verso” le persone.

Altro elemento chiave sono le **esperienze di cittadinanza attiva** attraverso cui ognuno, in particolare i giovani e gli anziani, si senta chiamato in causa nella costruzione del benessere della comunità. In questo giocheranno un ruolo fondamentale i Centri per la famiglia, luogo dove famiglia e cittadini “si ritrovano”, quindi non solo luogo dove è possibile usufruire di servizi ma anche dove si realizza l'incontro e la condivisione.

Tra gli strumenti principali per l'attuazione degli obiettivi di legislatura un ruolo prioritario avrà l'attuazione del programma regionale del Fondo Sociale Europeo Plus (FSE+) per il settennio 2021-2027 (Decisione di esecuzione della Commissione C(2022)5302 final del 17 luglio 2022) attraverso cui verranno attivati interventi per favorire l'accesso ai servizi a supporto delle responsabilità genitoriali e di cura, alla prevenzione e al contrasto dell'esclusione sociale delle persone con disabilità e in condizioni di marginalità e al disagio di pre-adolescenti e adolescenti, confermando le modalità

operative ormai consolidate che puntano alla valorizzazione delle filiere territoriali e delle partnership pubblico-privato.

Nel 2024, inoltre, l'azione di Regione Lombardia continuerà ad orientarsi verso politiche che sostengano la promozione di servizi in grado di riconnettere l'offerta esistente col corso di vita della persona, abilitando le condizioni personali e ambientali utili a superare ogni barriera all'accesso e alla piena partecipazione di tutti alla vita sociale in condizioni di uguaglianza. Tra queste possono essere menzionate:

- la sperimentazione di modelli di servizi avanzati e innovativi secondo una logica di welfare generativo, capaci di costruire una visione di sviluppo delle politiche dell'invecchiamento attivo nel quadro di un patto di scambio tra anziani e giovani (patto transgenerazionale);
- la sistematizzazione delle reti esistenti (es. Centri per la famiglia) finalizzate a favorire la funzione preventiva e promozionale in una logica di welfare di iniziativa;
- il finanziamento di progetti e sperimentazioni a sostegno del progetto di vita individuale di ogni cittadino e della personalizzazione, anche nelle forme e nei tempi di erogazione, delle risposte offerte ai cittadini dai servizi;
- Potenziamento delle risposte al domicilio per le persone fragili anche attraverso un ulteriore integrazione dell'assistenza domiciliare integrata (ADI) con le forme di assistenza domiciliare a carattere sociale in capo ai Comuni;
- il potenziamento della comunicazione e dell'informazione rivolta ai cittadini.

Nell'ambito di queste priorità il coinvolgimento attivo delle ATS e delle ASST sarà determinante per una migliore definizione delle azioni a livello territoriale e l'agevolazione del raccordo tra servizi sociali e sociosanitari con gli ambiti territoriali.

La prosecuzione degli interventi, inoltre, a valere sulla missione 5 componente 2 del PNRR (rafforzamento dei servizi a supporto delle famiglie con minori in difficoltà; autonomia delle persone anziane; rafforzamento dei servizi socio-assistenziali domiciliari per favorire la deistituzionalizzazione; supervisione degli operatori sociali contrastare il fenomeno del burn out; autonomia delle persone con disabilità; housing sociale di carattere sia temporaneo che definitivo) costituirà un'occasione ulteriore per continuare a sviluppare l'innovazione sociale a livello territoriale e le esperienze di coprogettazione col terzo settore. Il coinvolgimento di ATS e ASST sarà decisivo, oltre che nel sostegno agli Ambiti Territoriali per l'avvio delle nuove azioni e alla collaborazione attraverso le equipe multidimensionali, anche nel favorire l'addizionalità e la complementarietà delle risorse al proprio interno e nella diffusione delle best practices in quei territori che non hanno ancora sperimentato questo tipo di interventi.

12.2. PROGRAMMI, PROGETTI E INTERVENTI A SOSTEGNO DELLE PERSONE CON DISABILITÀ

Il sistema complessivo dell'offerta di servizi ed interventi a favore delle persone con disabilità, spesso anche in condizione di fragilità, e delle loro famiglie è molto ricco ed articolato, fortemente orientato a mantenere il più possibile la persona nel proprio contesto di vita e a supportare la famiglia nell'azione quotidiana di assistenza.

Le politiche di intervento a favore delle persone con disabilità e delle loro famiglie devono orientare il focus dalla dimensione di «cura e protezione» al tema della «inclusione e delle scelte» delle persone con disabilità, dalla valutazione dei bisogni di protezione alla condivisione dei percorsi di vita, dalle abilità funzionali ai cicli di vita.

Ciò rende necessaria una forte sinergia tra le diverse azioni afferenti al comparto sanitario, sociosanitario e sociale, di competenza di diversi attori istituzionali (Stato, Regione, Ambiti Territoriali Sociali, Comuni, ATS e ASST), introducendo strumenti e strategie che consentano di offrire una risposta unitaria e integrata che riduca l'attuale frammentazione delle risposte.

La valutazione multidimensionale, la predisposizione del Progetto individuale e il Budget di progetto sono gli strumenti per promuovere percorsi integrati di presa in carico globale della persona con disabilità e del suo contesto familiare.

Le misure previste dai programmi - Fondo Non Autosufficienza, Fondo caregiver, Fondo “Dopo di Noi”, Fondo Inclusione Disabilità, politiche per l'inclusione scolastica degli studenti con disabilità sensoriale e interventi a supporto dell'inclusione sociale di giovani adulti con disabilità - devono necessariamente essere integrate e raccordate con l'insieme degli interventi sanitari, sociosanitari e sociali, affinché risorse e strumenti siano orientati a sostenere il Progetto predisposto per i diversi cicli di vita.

Il tema della disabilità richiede quindi un approccio trasversale capace di promuovere l'integrazione delle politiche e la ricomposizione delle risorse nell'ottica del Fondo Unico per la disabilità al fine di superare la frammentarietà delle competenze e delle risorse attuali all'interno di una programmazione complessiva. Regione Lombardia in quest'ottica si propone di diventare disability friendly sviluppando politiche e azioni sempre più trasversali, con particolare riferimento all'ambito sociosanitario, del lavoro e in tema di accessibilità intesa come condizione per il godimento dei diritti e delle libertà fondamentali di ogni persona e non solo delle persone con disabilità.

Prosegue anche nel 2024 il percorso di perfezionamento degli interventi di assistenza diretta fornita tramite i voucher sociosanitari della Misura B1 e voucher Autismo (rivolto ai minori in condizioni di disabilità gravissima di cui alla lettera g)) e dall'introduzione degli Interventi Integrativi Sociali.

Nell'ambito del percorso attuativo della Legge 112/2016, svoltosi in Regione Lombardia con l'attuazione dei programmi operativi (da ultimo DGR. N. XII/275/2023), è emersa la necessità di un aggiornamento dell'iter applicativo della norma relativamente alle istanze provenienti da persone con grave e gravissima disabilità con particolare riferimento alle persone con sindrome dello spettro autistico a basso funzionamento classificabili con il Livello 3 della classificazione del DSM-5 (ASD Liv.3 DSM-5).

Accogliendo le sollecitazioni espresse dalle associazioni dei familiari e dagli enti gestori dell'area della disabilità e in coerenza con le indicazioni del recente Piano Regionale Autismo D.G.R. n. XI/5415/2021, della Legge Delega sulla disabilità n. 277/2021 e delle Linee programmatiche nazionali sul Budget di Salute (rif. Accordo Stato Regioni - Rep. Atti n.104/CU del 6 luglio 2022), Regione Lombardia con DGR 7429/2022 ha avviato un percorso sperimentale per verificare le condizioni necessarie e concrete per garantire alle medesime l'effettiva percorribilità di progetti di coabitazione e di deistituzionalizzazione previsti dalla Legge 112/2016.

Tale sperimentazione, di durata, triennale prevede:

- un processo di progettazione individuale partecipata del percorso di vita adulta;
- un Budget personalizzato;

- una valutazione degli esiti di miglioramento della qualità di vita degli interessati e dei loro familiari.

Le tre progettualità hanno preso avvio nel maggio 2023 e vede il coinvolgimento di n. 20 persone con disabilità. Nel 2024 si procederà ad attivare una collaborazione con una Università con Centro studi dedicato all'autismo che insieme al Tavolo di monitoraggio DDN avvierà un'analisi del progetto pilota.

L'originalità del percorso sperimentale punta a definire, sul piano strutturale e operativo, un approccio in grado di coniugare, in una logica di appropriatezza, la presa in carico a

lungo termine con modelli di finanziamento a budget, sostenibili nel corso del tempo e fondati sull'integrazione delle risorse sociali e sanitarie, oltre che personali.

Per favorire la realizzazione e la diffusione sull'intero territorio regionale di un modello di **accoglienza e di assistenza medica al disabile grave** dedicato in modo particolare alle persone che presentano gravi problemi di comunicazione, sia per carenze di strumenti comunicativi che per deficit ideativi, è necessario che le ASST attivino, ai sensi dell'art. 2 comma 1, lett. n. octies) della l.r. 33/2009 e s.m.i., all'interno delle strutture sanitarie e sociosanitarie, percorsi di accoglienza per l'assistenza medica avanzata e la cura delle persone con disabilità preferibilmente attraverso modelli organizzativi già consolidati. Allo scopo è possibile anche la partecipazione e il coinvolgimento delle associazioni maggiormente rappresentative, in particolare per la loro funzione di "agevolatori" e con una presenza capillare sul territorio. Associazionismo e Volontariato costituiscono elementi fondamentali per aggiungere valore e completezza all'intervento sanitario e sociosanitario. Risulta pertanto prioritario promuovere una politica partecipativa che assegna loro un ruolo fondamentale all'interno dei percorsi **DAMA (Disabled Advanced Medical Assistance)**, proponendo quindi il coinvolgimento di volontari appositamente formati e motivati.

Tra le politiche di intervento a favore delle persone con disabilità e delle loro famiglie, che orientano il focus dalla dimensione di «cura» all'«inclusione» delle persone, Regione Lombardia annualmente garantisce e promuove l'attivazione di servizi di inclusione scolastica a favore di alunni/studenti con disabilità sensoriale per i corrispondenti anni scolastici.

Gli interventi, realizzati per l'inclusione scolastica sulla base dei progetti individuali, sono volti a sopperire alle difficoltà nella comunicazione e nella partecipazione che gli studenti possono incontrare nel raggiungimento dei risultati scolastici e formativi a causa di limitazioni visive e uditive.

I progetti individuali tengono conto delle indicazioni provenienti dai Servizi Sociali dei Comuni, dagli specialisti e dalle diverse realtà che, a vario titolo, si occupano dei bambini e dei ragazzi con disabilità sensoriale (istituti scolastici, aziende socio-sanitarie territoriali, ecc.), al fine di promuovere una cultura di effettiva inclusione.

Lo studente con disabilità sensoriale ha diritto agli interventi e ai servizi in relazione alla natura e alla consistenza della limitazione delle funzioni, alla capacità complessiva individuale residua e all'efficacia delle terapie riabilitative.

Prosegue anche per l'anno educativo 2023/2024 l'iter specifico di sperimentazione nidi rivolto ai bambini con disabilità sensoriale nella fascia di età 0-36 mesi (DGR 2426/19) attraverso una rete di rapporti consolidati tra i diversi attori (operatori dei nidi, degli Enti, dell'ATS e degli specialisti) al fine di garantire una maggiore e sempre più mirata attività informativa e comunicativa rivolta in particolare alle famiglie.

12.3. AREA INTEGRAZIONE CON LE RETI DI OFFERTA SOCIALE DEL TERRITORIO

12.3.1. INDICAZIONI IN MERITO ALLA PROGRAMMAZIONE SOCIALE TERRITORIALE PER L'ANNO 2024 E AL PERCORSO DI DEFINIZIONE DELLE LINEE DI INDIRIZZO PER IL TRIENNIO 2025-2027 DEI PIANI DI ZONA

La D.G.R. n.1473 del 04/12/2023 “Indicazioni In merito alla programmazione sociale territoriale per l’anno 2024 e al percorso di definizione delle linee di indirizzo per il triennio 2025-2027 dei Piani Di Zona”.

Il provvedimento fornisce e approva le indicazioni per la programmazione sociale territoriale nell’anno 2024 che costituisce così un anno di transizione per la definizione delle nuove linee di indirizzo per la programmazione del triennio 2025-2027 che verranno definite nei prossimi mesi in forma partecipata attraverso la collaborazione della Direzione con le ATS, ASST e gli Ambiti territoriali.

Si prevede il coinvolgimento degli Ambiti territoriali e delle ASST in un processo integrato e omogeneo di elaborazione dei Piani sociali di Zona e dei i Piani di Sviluppo dei Poli Territoriali (PPT) per il triennio 2025 -2027.

Viene formulata una prima proposta di contenuti da declinare nel nuovo triennio di programmazione sociale territoriale e in particolare:

- Messa a sistema e consolidamento delle linee di Policy avviate nella programmazione 2021-2023;
- Sinergia Ambiti-ASST: allineamento programmazione sociale dei piani di zona con la definizione dei Piani di Sviluppo territoriale (PPT) delle ASST;
- Declinazione dei LEPS nella programmazione sociale territoriale;
- Sostegno e sviluppo della Rete di Offerta Locale;
- Rafforzamento del ruolo e delle competenze degli uffici di piano;
- Evoluzione del “modello premiale”.

Vengono inoltre approvate le principali fasi e tempistiche che nel 2024 accompagneranno l’avvio del nuovo triennio di programmazione:

- Entro il 31 dicembre 2023: completamento dei progetti premiali triennali 2021-2023;
- Entro febbraio 2024 invio in regione delle rendicontazioni progettualità 2021-2023;
- Entro 31 luglio: conclusione valutazione progettualità e assegnazione delle quote premiali;
- Gennaio-marzo 2024: processo partecipato di definizione della Linee guida per la triennali 2025-2027;
- Aprile-dicembre 2024 predisposizione e approvazione dei Piani di Zona nei 91 ambiti sociali territoriali;
- Entro il 31 dicembre 2024: sottoscrizione degli AdP della nuova programmazione zonale per il triennio 2025-2027;
- Gennaio 2025: avvio della attuazione della nuova triennali 2025-2027.

12.4. AREA REVISIONE UNITÀ DI OFFERTA SOCIALE: SERVIZI EDUCATIVI DIURNI E RESIDENZIALI PER PERSONE CON DISABILITÀ

Nel 2024 proseguirà il processo di revisione delle caratteristiche e dei requisiti di funzionamento delle unità di offerta sociale con particolare riferimento ai servizi per persone con disabilità, come previsto dalla D.G.R. n. 7758 del 28/12/2022 “Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l’anno 2023 – (di concerto con gli Assessori Caparini E Lucchini) e dal successivo Decreto DG Welfare n. 11118 del 24/07/2023 che ha istituito il Tavolo tecnico interdirezionale "Rete d’offerta territoriale area disabilità" con il compito di definire i percorsi di sostegno alle persone con disabilità ponendo quale elemento centrale la realizzazione dei Progetti di vita e di rimodulare la rete delle unità di offerta sociosanitaria e sociale in una logica di integrazione, modularità e continuità dei percorsi.

Con particolare riferimento alle unità di offerta sociale per persone con disabilità, i lavori preliminari realizzati attraverso il confronto tra gli uffici della DG Famiglia in collaborazione con una rappresentanza dei principali stakeholder di riferimento (LEDHA, FAND, ANFFAS, ACI WELFARE) nonché da rappresentanti di ATS e ASST, oltre che della DG Welfare hanno condotto alla individuazione dei principali elementi di innovazione:

- Adozione di regole di accesso ai servizi fondate sul Progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato (art.14 L. 328/2000 e L. 227/2021 l.r. 25/2022) e sulla valutazione multidimensionale anche al fine di introdurre criteri di appropriatezza volti a meglio caratterizzare e distinguere le risposte all’interno del continuum di bisogni sociali e sociosanitari;
- qualificazione dei servizi come strutture di riferimento con standard adeguati a generare benessere, inclusione sociale e qualità della vita e introduzione di forme organizzative e gestionali flessibili in chiave di progetti individuali;
- possibilità di individuare modalità per la gestione di disabilità complesse all’interno della rete sociale.

12.5. AREA ATTIVITÀ DI CONTROLLO SULLE UNITÀ D’OFFERTA SOCIALI

12.5.1 Attività di verifica dei requisiti

L’attività ordinaria di vigilanza e controllo per le unità di offerta sociale proseguirà nel 2024 con le modalità disposte dalla D.G.R. n. 1046/2018 All. “Regole di gestione del servizio sociosanitario 2019”, § 17.4.

Le percentuali per le verifiche annuali del mantenimento dei requisiti di esercizio sono confermate nel 2024 per almeno il 25% delle unità d’offerta sociali.

Le ATS dovranno, altresì, garantire le verifiche sul 100% delle Comunicazioni Preventive di Esercizio pervenute in ordine all’attivazione di nuove unità di offerta.

A fronte di eventuali riprese della situazione pandemica, le verifiche saranno svolte utilizzando le modalità documentali e/o da remoto già praticate nel periodo pandemico.

12.6. RENDICONTAZIONE ATTIVITÀ SVOLTA

L'attività di vigilanza svolta dalle ATS, in attuazione del Piano dei controlli è oggetto di rendicontazione alla Direzione Generale Famiglia, Solidarietà sociale, Disabilità e Pari opportunità, attraverso una relazione sull'attività svolta nel 2023 da trasmettere entro il mese di giugno 2024 che espliciti quanto segue:

1. verifica sul 100% delle “Comunicazioni Preventive di Esercizio” pervenute;
2. numero e relativa percentuale delle “visite routinarie da campionamento” (almeno il 25%), effettuate sulle unità d'offerta sociali, suddivise per aree (prima infanzia, minori, disabili e anziani);
3. numero delle visite straordinarie effettuate a seguito di segnalazione/eventi straordinari, motivazione della segnalazione, esito finale ed area di riferimento;
4. criticità più significative riscontrate nelle varie aree ed eventuali azioni messe in atto, anche in collaborazione con gli Enti/organismi interessati.

La relazione, sull'attività svolta nel 2023, dovrà inoltre essere integrata con l'indicazione delle risorse umane impiegate e la metodologia di lavoro adottata.

Inoltre, le ATS. Fatte le opportune verifiche, dovranno trasmettere alla Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale, Disabilità e Pari opportunità, sempre entro il mese di giugno 2024, anche le relazioni di sintesi predisposte dagli Ambiti Territoriali sulle attività svolte nel 2023 dai Comuni singoli e/o associati, per lo svolgimento delle funzioni di messa in esercizio, mantenimento dei requisiti e accreditamento delle strutture socioassistenziali che evidenzino:

- la consulenza fornita agli Enti gestori, relativamente alle procedure di messa in esercizio e mantenimento dei requisiti;
- l'istruttoria inerente ad eventuali procedure di sanzione o di ricorso, in ordine al rispetto dei requisiti di messa in esercizio e accreditamento;
- le risorse umane impiegate e la metodologia di lavoro adottata;
- l'aggiornamento e l'alimentazione dei dati dell'Anagrafica Famiglia (AFAM).

Si conferma per il 2024 la prassi di collaborazione avviata tra Direzione Generale Famiglia, solidarietà sociale, disabilità e pari opportunità e i referenti per le attività di vigilanza sulle unità di offerta sociale volta alla semplificazione e all'omogenea applicazione delle modalità di verifica dei requisiti di esercizio su tutto il territorio regionale.

12.7. AREA FAMIGLIA E COMPONENTI FRAGILI

Nel 2024, in continuità con il 2023 e in attuazione al PRSS, proseguiranno le politiche rivolte a promuovere il benessere delle famiglie e di tutti i suoi componenti nelle diverse fasi del ciclo di vita individuando sistemi di intervento integrati e personalizzati.

Il sistema di interventi messo in campo rappresenta un sistema unitario – Sistema Famiglia Lombardo- che si caratterizza a seconda della fase del ciclo di vita della famiglia ed è volto a:

- accompagnare e supportare la famiglia e i suoi componenti lungo tutte le transizioni del ciclo di vita;
- sperimentare modalità più flessibili ed evolutive di individuazione dei bisogni e delle priorità a cui rispondere;
- rafforzare e sviluppare l'offerta di servizi;
- promuovere alleanze territoriali per una maggiore sinergia tra le risorse, gli attori, le iniziative in favore della famiglia promuovendo il welfare generativo e di iniziativa.

Gli interventi saranno orientati da un lato a strutturare interventi riparativi e di presa in carico di famiglie portatrici di fragilità e dall'altro a favorire il benessere e il protagonismo delle famiglie.

In particolare, gli interventi verranno promossi secondo la logica della sinergia con tutti i soggetti che a vario titolo supportano e orientano le famiglie e i suoi componenti.

Al fine di costruire interventi unitari e modulati in base al bisogno si rende necessario, pertanto, individuare strumenti di raccordo e sinergia tra tutte le tipologie di servizi.

In tal senso si dovrà sempre più favorire l'integrazione dei percorsi e dei servizi attraverso la valorizzazione degli strumenti già presenti sul territorio come, ad esempio, la coprogettazione con gli enti del terzo settore, le Cabine di Regia ATS/Ambiti, le Cabine di Regia delle ASST e il coordinamento dei Centri per la famiglia, delle Reti di conciliazione e dei Piani di azione per il contrasto al disagio dei minori da parte delle ATS.

In continuità con lo scorso anno, inoltre, verranno implementati gli interventi per contrastare il rischio di esclusione sociale delle persone in condizioni di fragilità con azioni finalizzate alla promozione del benessere, dell'autonomia e della piena partecipazione alla vita sociale e lavorativa.

Secondo la logica della trasversalità e dell'integrazione tra l'area sociale e sociosanitaria e al fine di favorire la realizzazione degli obiettivi rappresentati in questo documento, potranno essere sostenute iniziative progettuali, anche strutturali, che favoriscano l'adozione di modelli organizzativi di gestione integrata e coordinata degli interventi.

Tali iniziative potranno essere proposte e attuate anche dalle ATS attraverso l'utilizzo delle risorse disponibili nel bilancio aziendale di natura sociale a seguito della verifica del venir meno della loro finalità originaria.

Per l'attuazione delle politiche risulta strategica la collaborazione con le ATS e ASST attraverso un approccio integrato coordinato che favorisca la lettura multidimensionale del bisogno e la ricomposizione degli interventi.

In particolare, nel 2024 verranno implementati i seguenti interventi:

12.8. TAVOLO MINORI

In attuazione delle Regole 2023, è stato avviato un tavolo regionale relativo alle politiche per i minori. Il Tavolo è presieduto dall'Assessore alle Politiche per la Famiglia con funzioni di indirizzo strategico.

Il tavolo ha lo scopo principale di rendere maggiormente efficace il sistema di tutela dei minori nell'ottica di favorire l'appropriatezza degli interventi, ridurre i collocamenti in comunità nonché, nell'ambito dell'attuazione della Riforma Cartabia, evitare casi di separazione dalla madre e/o di collocamento in strutture non adeguate nelle ipotesi di violenza contro la madre e, quindi, di violenza assistita sul minore.

Alcuni dei principali temi che verranno approfonditi nel Tavolo sono i seguenti:

- ripensare i processi di presa in carico negli interventi e strumenti di tutela minori e accompagnamento all'autonomia, alla luce dell'evoluzione del sistema di giustizia minorile e del sistema sociosanitario promuovendo l'adozione di prassi condivise e integrate, anche attraverso la stesura e l'adozione di specifiche linee di indirizzo e indicazioni operative condivise con tutti gli attori coinvolti nella tutela dei minori;
- riorientare le caratteristiche della rete di unità di offerta che accoglie i minori provenienti da famiglie in difficoltà in funzione dei nuovi bisogni, promuovendo una cultura preventiva del disagio, che consenta di cogliere forme di sofferenza in particolare nella fascia evolutiva preadolescenziale e adolescenziale, contenendo il verificarsi di patologie psico-relazionale, raccordandosi anche con i Piani di azione territoriale in capo alle ATS e Prefetture;
- ricomporre l'insieme di interventi/servizi/percorsi attraverso l'adozione di un approccio proattivo di identificazione del bisogno delle famiglie valorizzando il ruolo dei Centri per la famiglia.

Il Tavolo avrà una composizione istituzionale come di seguito delineata:

- a) Assessore alle Politiche per la Famiglia, Genitorialità e Pari opportunità che lo presiede;
- b) Procura del Tribunale dei Minori di Milano e di Brescia;
- c) Tribunale Ordinario div. Milano sez. 9° Settore Famiglia;
- d) Tribunale dei Minori di Milano e di Brescia;
- e) Centro di Giustizia Minorile;
- f) Prefettura Milano con funzione di coordinamento con le altre Prefetture;
- g) Garante per l'infanzia e l'adolescenza di Regione Lombardia;
- h) Direzione Generale Welfare;
- i) ANCI Lombardia;
- j) Ufficio scolastico regionale;
- k) rappresentanti del sistema socio-sanitario (ATS Milano e **Brescia**).

In base ai temi sopra evidenziati e a quelli che verranno condivisi nel tavolo, verranno convocati dei Tavoli tecnici che avranno la finalità di strutturare linee di indirizzo e tecnico operative a cui saranno invitati a partecipare rappresentanti dell'autorità giudiziaria, degli ambiti territoriali e dei servizi di Tutela dei minori, del sistema sociosanitario (ATS/ASST) e della rete delle UdO presenti sul territorio.

Nell'ambito dei Tavoli tecnici diventa, pertanto, fondamentale il coinvolgimento di ATS e ASST al fine di assicurare una governance omogenea del tema.

12.9. AMPLIAMENTO SPERIMENTAZIONE CENTRI PER LA FAMIGLIA

La sperimentazione è nata nel 2019 con 4 sperimentazioni a gestione di 4 ATS e nel 2022 si è ampliata a tutto il territorio regionale.

Complessivamente sul territorio regionale sono presenti 48 progettualità articolate in una rete che comprende 148 soggetti che costituiscono punti di accesso e prossimità per le famiglie.

La logica di rete è risultata vincente in quanto permette l'intersettorialità degli interventi, l'intercettazione dei bisogni delle famiglie e la possibilità di fornire risposte flessibili e concrete.

I Centri, come previsto dalle Linee guida approvate con D.G.R. n. 5955/2022, hanno svolto un'importante azione di informazione, orientamento, ascolto e decodifica dei bisogni delle famiglie e, contemporaneamente, hanno favorito il protagonismo delle famiglie, della comunità e la solidarietà sociale.

Con D.G.R. n. 1507 del 13.12.2023 si è provveduto ad allineare le Linee Guida ai sensi della D.G.R. n. 5955/2022 agli elementi essenziali definiti nell'ambito del "Modello condiviso di centro per le famiglie" elaborato dal Dipartimento per le Politiche della famiglia presso il Consiglio dei Ministri; inoltre, al fine di evitare la frammentazione dei servizi e favorire a livello territoriale luoghi, spazi e reti di prossimità per le famiglie, si è valutata la necessità di ricondurre gli interventi di sostegno al ruolo del caregiver familiare di cui alla l.r. 23/2022 nell'ambito delle azioni dei Centri per la Famiglia

L'aggiornamento delle linee guida approvato con DGR n. 1507/2023 favorisce:

A livello organizzativo:

- La sistematizzazione delle reti esistenti
- la definizione di un modello unitario e riconoscibile di Centro per la famiglia anche attraverso strumenti di comunicazione omogenei;
- l'integrazione tra reti esistenti;
- l'articolazione territoriale e la prossimità.

A livello di interventi:

- Funzione preventiva e promozionale

- la promozione del benessere e del protagonismo delle famiglie;
- il sostegno nei compiti di cura;
- la decodifica della domanda e l'invio verso i servizi;
- la ricomposizione di tutte le misure di welfare a sostegno della famiglia;
- Logica di filiera e di complementarietà con gli altri servizi

Per il 2024, in attuazione della D.G.R. n.1507/2023, il ruolo dei Centri per la famiglia verrà ulteriormente consolidato grazie al finanziamento del Fondo per le politiche per la famiglia pari a euro 4.245.000,00 integrato da risorse regionali per euro 2.287.0000,00.

Le ATS dovranno provvedere ad una analisi della copertura territoriale e dell'assetto assunto dalle progettualità presenti sul proprio tenendo conto delle indicazioni contenute nell'aggiornamento delle linee guida approvato con DGR 1507/2023 e potranno utilizzare le risorse assegnate:

- per una rimodulazione delle progettualità già approvate finalizzata a favorire l'implementazione e il consolidamento degli interventi previsti. Al fine di garantire la copertura da parte degli sportelli di accesso potranno prevedere l'incremento degli interventi e dei partner di progetto;
- per individuare nuove progettualità a seguito di un nuovo avviso.

Al fine di rendere omogenea l'attuazione dell'aggiornamento delle linee guida, proseguirà il confronto stabile con le ATS finalizzato all'analisi e al monitoraggio delle attività e la definizione di indicatori per qualificare sempre più l'azione dei Centri per la famiglia.

Inoltre, al fine di garantire il confronto e il raccordo tra i Centri presenti sul territorio e l'integrazione tra tutti i servizi che si occupano di programmazione di interventi per le famiglie istituirà un Coordinamento Regionale di cui faranno parte le ATS e i rappresentanti dei Centri attivi sul territorio. Tale coordinamento agirà in stretto raccordo con la Consulta per la famiglia istituita ai sensi della D.G.R. n. 429/2023.

12.10. INTERVENTI DI SOSTEGNO ABITATIVO A FAVORE DEI CONIUGI SEPARATI O DIVORZIATI IN CONDIZIONI DI DISAGIO ECONOMICO

Prosegue anche per il 2024 la misura per l'implementazione degli interventi di sostegno abitativo a favore dei coniugi separati o divorziati in condizioni di disagio economico di cui alla D.G.R. 2469/2019.

Le ATS mantengono il ruolo di gestione complessiva della misura attraverso la valutazione delle domande, le relative liquidazioni raccordandosi con la Direzione Generale Famiglia sull'andamento della spesa e sul monitoraggio dei risultati.

In particolare, si procederà ad un'analisi degli esiti ed alla revisione della misura stessa al fine di strutturare interventi più efficaci nella logica della semplificazione.

Con le ATS si procederà a definire una revisione della misura al fine di renderla più efficace e aderente ai bisogni dei cittadini.

12.11. POLITICHE PER FAVORIRE LA CONCILIAZIONE IN UN'OTTICA DI CORRESPONSABILITÀ DEI CARICHI DI CURA

Al 31.12.2023 terminano gli interventi realizzati dalle reti di conciliazione ai sensi della DGR 2398 del 2019 che ha visto la partecipazione di 1232 soggetti e 40 Alleanze che operativamente hanno sviluppato gli interventi.

Il modello delle reti, attivo dal 2011, è un importante strumento di integrazione delle policy in quanto capace di far dialogare ambiti di intervento diversi (ambito del lavoro, il welfare locale e le politiche di sviluppo del territorio) e a distanza di 13 anni diventa fondamentale:

- Mettere a sistema i punti di forza: la capacità di complementarietà economica, programmatoria e operativa con le altre policy. Rendere stabili le prassi operative e il raccordo con i vari livelli di programmazione.
- Favorire nuove sinergie;
- Innovare l'architettura del sistema;
- Superare le logiche del welfare tradizionale più orientato ad una dinamica preventiva verso un welfare proattivo che produce innovazione, stabilità e benessere.

In questo contesto nel 2023 si è sviluppato il progetto di WorkLife Community che è stato un percorso formativo è dedicato alle [Reti Territoriali di Conciliazione](#) (RTC) di Regione Lombardia.

L'iniziativa è stata organizzata dall'Università degli Studi di Milano attraverso la competenza di Percorsi di Secondo Welfare in collaborazione con PoliS-Lombardia, su incarico della Direzione Generale Famiglia, Solidarietà sociale, Disabilità e Pari opportunità.

Le attività si sono realizzate attraverso lezioni frontali (FAD) e laboratori a cui hanno aderito sia i referenti delle ATS che delle Alleanze. Attraverso il confronto generato nell'ambito delle comunità di pratica è stato possibile attivare una riflessione su quanto realizzato fino ad ora e sulle possibili evoluzioni delle reti.

In esito al percorso di WorkLife Community sono emerse alcune raccomandazioni/stimoli utili per ripensare alle reti di conciliazione.

Nel 2024 si avvierà, con il coinvolgimento delle ATS e di alcuni rappresentanti delle Alleanze, un percorso di revisione dell'architettura delle reti che terrà conto anche dell'attuazione delle progettualità attivate ai sensi del bando relativo al Welfare aziendale e degli obiettivi di sviluppo previsti nell'ambito del PR FSE+ 2021-2027.

12.12. INTERVENTI A FAVORE DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA

In attuazione alla D.G.R. n. 7499/2022, tutte le ATS hanno attivato i Piani di azione per il contrasto al disagio con il coinvolgimento diretto delle Prefetture, delle ASST, delle Scuole e dei soggetti del terzo settore. In tutti i piani sono presenti azioni di promozione della legalità, responsabilizzazione e di prevenzione di comportamenti a rischio con particolare attenzione allo sviluppo di azioni di aggancio delle situaizioni più fragili.

Nel 2024 si prevedono momenti di confronto con le ATS e con i capifila degli interventi al fine di monitorare l'andamento degli interventi e di definire raccordi operativi con gli interventi attuati dai Centri per la famiglia.

Inoltre, nell'ambito degli interventi di contrasto alle forme di disagio psico – socio - educativo di giovani, preadolescenti e adolescenti e delle loro famiglie si conferma l'attenzione alla realizzazione di interventi di presa in carico finalizzati al superamento del disagio evolutivo e di sostegno all'azione educativa di genitori, insegnanti, operatori extrascolastici per promuovere adeguate modalità di comunicazione e relazione con gli adolescenti.

A fronte degli esiti positivi della sperimentazione della misura “Voucher adolescenti”, di cui alla d.g.r. n. 7602/2017 e s.m.i., che ha mostrato l'efficacia del modello in termini di prevenzione e contrasto dell'isolamento sociale, di riduzione del rischio di abbandono scolastico attraverso interventi di rafforzamento dell'autostima e dell'autonomia, di supporto al ruolo genitoriale nella gestione dei figli nella fase della transizione all'età adulta e di sviluppo della qualità del sistema dei servizi in termini di capacità di identificazione e presa in carico delle problematiche di adolescenti e giovani, con DGR n. 7503 del 15.12.2022 sono stati stanziati ulteriori € 7.000.000,00 per implementare gli interventi a carattere psico –socio-educativo volte a favorire processi di inclusione sociale allargando la platea dei beneficiari per includere i preadolescenti a partire dagli 11 anni.

Con tale investimento a valere sul Programma regionale Fondo Sociale europeo plus, Regione Lombardia rafforza l'impegno a sostegno delle famiglie e in particolare in favore dei nuclei familiari in cui sono presenti giovani in condizione di disagio.

La nuova iniziativa introduce importanti elementi di novità per migliorare ulteriormente la capacità di risposta alle richieste provenienti dalle famiglie e dai servizi territoriali:

- è stata ampliata la platea di destinatari ai preadolescenti oltre agli adolescenti e giovani di età compresa tra gli 11 e i 25 anni (la precedente copriva la fascia 13-25 e quindi non includeva i preadolescenti);
- la durata massima del percorso individuale è di 12 mesi (la precedente prevedeva una durata massima di 8 mesi);
- è introdotto un periodo di follow-up di accompagnamento dei destinatari dopo la chiusura del percorso (non previsto nella precedente misura);

- è stato integrato l'utilizzo di strumenti digitali sia per ridurre gli oneri di gestione in capo agli enti beneficiari delle risorse sia per accrescere il grado di coinvolgimento e responsabilizzazione del destinatario dell'intervento, nonché a rafforzare i contatti e la partecipazione dei genitori, in caso di minori (attraverso l'utilizzo della applica.

Regione Lombardia vuole rispondere in modo flessibile e integrato alle esigenze di adolescenti e giovani (11-25 anni) per supportarli nell'affrontare e superare la propria condizione di disagio, intervenendo anche a sostegno della famiglia per aiutare i genitori a leggere e accogliere i bisogni dei figli e, più in generale, ad accompagnarli nella complessa fase della crescita.

Verrà rafforzata l'offerta di servizi dedicati, flessibili e integrati rivolti ai preadolescenti, adolescenti e giovani in condizioni di disagio allo scopo di rafforzarne l'empowerment, l'autonomia e l'inclusione sociale.

L'iniziativa persegue i seguenti obiettivi specifici:

- accrescere l'accesso di preadolescenti, adolescenti e giovani a percorsi individualizzati e flessibili in ottica di empowerment e inclusione sociale;
- sostenere i genitori nella gestione della delicata fase di transizione dei figli verso l'età adulta;
- rafforzare il sistema dei servizi sociali e sociosanitari rivolti a tale fascia di età, promuovendo l'integrazione e accrescendone la capacità di identificare e prendere in carico precocemente le situazioni di fragilità.

Al centro dell'intervento vi sono gli interventi educativi che, da un lato, permettono il conseguimento di importanti obiettivi in termini di inclusione sociale, dall'altro, rafforzano gli interventi volti a sostenere l'accesso all'istruzione, il contrasto al fenomeno della dispersione scolastica e la transizione dei giovani nel mercato del lavoro.

Sono beneficiari del presente Avviso le Agenzie di Tutela della Salute (ATS) della Lombardia.

Per la realizzazione dei percorsi personalizzati, l'ATS si avvale delle Aziende Socio-Sanitarie Territoriali (ASST) e degli Enti Erogatori, ossia Enti con adeguata esperienza e competenza nell'erogazione di servizi rivolti al target dell'Avviso.

Gli Enti Erogatori possono essere: Enti pubblici (ad es. Comuni singoli o associati), Enti del Terzo Settore iscritti al Registro Unico Nazionale Terzo Settore o ai registri regionali o nazionali di settore o ad analoghi elenchi regionali/nazionali, Enti gestori accreditati per la gestione di UdO sociosanitarie, Enti gestori accreditati a livello territoriale per la gestione di UdO sociali, Enti riconosciuti dalle confessioni religiose con le quali lo Stato ha stipulato patti accordi o intese. Gli Enti dovranno avere sede legale o operativa in Regione Lombardia e garantire che i servizi offerti siano erogati all'interno del territorio regionale. Le ATS si avvalgono degli Enti Erogatori, selezionandoli mediante procedura di evidenza pubblica.

Le famiglie dei minori o i giovani maggiorenni, per accedere alla misura, devono rivolgersi a uno degli enti sottoelencati, in quanto non è possibile presentare domanda di accesso direttamente all'ATS:

- ASST;
- Comuni singoli o Associati;
- Uffici di Piano;
- Enti del Terzo settore iscritti al RUNTS (e, nelle more del completamento del processo di popolamento iniziale del RUNTS, le organizzazioni di volontariato iscritte nei registri di cui all'articolo 6 della legge 11 agosto 1991, n. 266, le associazioni di promozione sociale iscritte nei registri previsti dall'articolo 7 della legge 7 dicembre 2022, n. 383, le ONLUS iscritte nell'elenco permanente dell'Agenzia delle Entrate);
- Enti gestori accreditati per la gestione di U.d.O. sociosanitarie e sociali;
- Enti riconosciuti dalle confessioni religiose;
- Istituti scolastici tramite i relativi sportelli psicologici.

L'Ente segnalante trasmette all'ATS territorialmente competente il modulo di segnalazione reso disponibile da ATS, unitamente al consenso del destinatario maggiorenne o della famiglia del minore (non è previsto alcun rimborso per le attività connesse alla fase di segnalazione realizzate dagli Enti segnalanti).

Per la realizzazione del percorso personalizzato è previsto un contributo pubblico massimo pari a € 8.856,94, a copertura di tutti i costi ammissibili (Il contributo è riconosciuto sulla base delle prestazioni effettivamente erogate).

12.13. QUALITÀ DELLA VITA E INCLUSIONE SOCIALE DELLE PERSONE SOTTOPOSTE A TERAPIA ONCOLOGICA

Si conferma anche per il 2024 la misura relativa alle azioni per la qualità della vita delle persone sottoposte a terapia oncologica chemioterapica/radioterapica che prevede l'assegnazione di un contributo (250 euro) per l'acquisto della parrucca con la regia delle ATS.

Nel 2023, con D.G.R. n. 7099/2022, è stato previsto l'estensione del contributo anche all'acquisto di protesi tricologiche per le persone sottoposte a terapie oncologiche, chemioterapica e radioterapiche, affette da alopecia in conseguenza di tali terapie, prevedendo per questa tipologia un contributo fino a euro 400 a persona. In attuazione della d.g.r. 7099/2022 sono state finanziate 3114 di cui 177 per l'acquisto di protesi tricologica.

Si conferma il ruolo di regia della misura delle ATS anche per il 2024.

12.14. CONTRASTO ALLA VIOLENZA SULLE DONNE

Con riguardo alle politiche di prevenzione e contrasto alla violenza maschile contro le donne risulta centrale la creazione di un raccordo sempre più stabile all'interno delle reti interistituzionali antiviolenza che permetta il confronto tra tutti gli attori del sistema a vario titolo coinvolti sul tema.

Centrale, come indicato nell'ambito delle linee guida dei Piani di Zona per il triennio 2021-2023, è creare un raccordo stabile tra il lavoro svolto dalle reti, la programmazione sociosanitaria e quella sociale territoriale al fine di favorire il consolidamento e la sostenibilità delle azioni e degli interventi realizzati e una presa in carico unitaria.

Inoltre, si proseguirà con il lavoro volto a favorire il reinserimento lavorativo e l'autonomia abitativa delle donne vittime di violenza e dei loro figli con particolare riferimento alla sperimentazione già avviata in collaborazione con le ALER del territorio che vedrà nei primi mesi del 2024 l'assegnazione di case alle donne che siano nella fase terminale del percorso di fuoriuscita dalla violenza.

Per poter intervenire tempestivamente soprattutto nei casi caratterizzati da maggiore complessità riconoscendo precocemente i casi di violenza e, conseguentemente, disponendo l'avvio immediato al percorso specifico è fondamentale la condivisione di una visione d'insieme, di linguaggi, di modelli e procedure operative da parte di tutti i servizi e gli enti che intervengono durante il percorso di tutela.

Obiettivo comune deve essere quello di permettere alla donna e ai minori di attraversare la fase di emergenza e a costruire condizioni di vita autonome e libere dalla violenza e per permettere questo è necessario implementare il coinvolgimento di tutta la filiera dei servizi per la famiglia e di quella determinata dall'attuazione della nuova organizzazione territoriale sociosanitaria (l.r. 22/2021) che definisce percorsi multidisciplinari e di prossimità per i cittadini.

In tale senso è fondamentale che sia rafforzato il ruolo delle ATS e delle ASST presenti nelle reti antiviolenza al fine di garantire un accesso immediato ai servizi di emergenza e l'uniformità dei percorsi su tutto il territorio.

Nel 2024 verrà rinnovato il Piano Regionale antiviolenza e nell'elaborazione dello stesso sarà fondamentale il coinvolgimento delle ATS e delle ASST al fine di strutturare interventi integrati e uniformi sul territorio.

In continuità con quanto avviato nel 2023 proseguirà il lavoro di attuazione della nuova Intesa Stato Regioni che effettua una revisione dei requisiti minimi dei Centri Antiviolenza e delle Case Rifugio soprattutto con riguardo all'istituzione di un gruppo di lavoro ad hoc per l'elaborazione dei requisiti di esercizio delle Case Rifugio finalizzato al loro futuro inserimento nell'alveo delle Unità d'Offerta Sociale.

Nel 2024 proseguiranno le progettualità avviate dalle 9 ASST avviate lo scorso anno, finalizzate all'individuazione di modelli multidisciplinari ed integrati con tutti i soggetti che intervengono durante il percorso di tutela.

Al fine di valutarne gli impatti e l'individuazione di modelli replicabili verrà costituito un gruppo di lavoro ad hoc anche con le ATS dei territori coinvolti.

Con riferimento alla programmazione 2024/2025 in avvio da gennaio 2024 si prevede la creazione di una Rete di Indirizzo a livello di ATS che si occupa di favorire l'uniformità territoriale e il raccordo con gli interventi sociosanitari in particolare su tematiche emergenti (ad esempio sul sostegno alle donne disabili, a quelle che necessitano di un supporto clinico-psichiatrico o alle donne tossicodipendenti o detenute o in misura alternativa). Le ATS, inoltre, provvederanno a favorire la condivisione degli interventi tra gli strumenti di programmazione nell'ambito delle Cabine di Regia ATS/Ambiti.

Da ultimo, nell'ambito delle politiche di prevenzione volte a favorire percorsi di recupero per gli uomini autori di violenza, è stata assegnata la governance alle ATS del territorio per la creazione di piani di intervento che permettano l'attuazione di questi percorsi individuando le realtà esistenti sul territorio ed identificando gli enti in possesso dei requisiti necessari per essere identificati come CUAUV.

12.15. SOSTEGNO AL MANTENIMENTO AL DOMICILIO DELLE PERSONE ANZIANI E DISABILI E SOSTEGNO AI CARICHI DI CURA DELLE FAMIGLIE

Con le modifiche di cui alla D.G.R. n. 5756/2021 si è ampliata la platea dei destinatari e conseguentemente con il nuovo avviso si è semplificato lo strumento informatico e la procedura sia per gli utenti che per gli operatori. Il modulo per la domanda è stato semplificato così come il modulo relativo all'istruttoria, al controllo e alla liquidazione tanto da aver ridotto i complessivi tempi di lavorazione.

Con la D.G.R. n. 985/2023 di rifinanziamento e il conseguente decreto di riparto n. 15913/2023 sono state approvate le indicazioni operative per le ATS e per gli Ambiti.

In particolare, alle ATS sono stati affidati compiti di monitoraggio della spesa (riferita in particolare agli sportelli/registri) e delle modalità attuative/organizzative realizzate dai Comuni/Ambiti, definendo un raccordo più stretto con Regione. Le ATS, infatti, procedono alla liquidazione delle risorse assegnate agli Ambiti solo a seguito della verifica dell'effettivo utilizzo delle risorse assegnate agli ambiti con i provvedimenti precedenti.

Complessivamente con le modifiche apportate con gli ultimi provvedimenti, sono state ammesse n. 572 domande da ottobre 2022 ed è stata raggiunta una capillarizzazione degli sportelli e dei registri che ne vede l'attivazione su tutti gli ambiti territoriali.

In considerazione di questi risultati si avvierà un lavoro di confronto con le ATS al fine di rendere sempre più efficace la misura e più integrata con gli altri provvedimenti di programmazione in corso (programmazione zonale, Centri per la Famiglia, etc.).

12.16. INCLUSIONE ATTIVA, CONTRASTO ALLA POVERTÀ E ALLA MARGINALITÀ

Nell'area della presa in carico tempestiva delle fragilità sociali saranno inoltre programmati e rafforzati gli interventi finalizzati all'inclusione sociale, all'integrazione nel mercato del lavoro e al rafforzamento della coesione delle comunità per prevenire il rischio di esclusione sociale, di povertà e di marginalità. In particolare:

- Percorsi per l'inclusione sociale e lavorativa finalizzati all'aggancio dei componenti del nucleo familiare che vivono una situazione di vulnerabilità, disagio ed esclusione sociale al fine di favorire e rendere sostenibile l'inserimento nel mercato del lavoro;
- Realizzazione di interventi volti all'aggancio delle persone fragili (giovani o giovani adulti), che presentano situazioni di tensione, disagio e/o problematiche di dipendenza e sofferenza psichica coesistenti, di norma, con altre problematiche sociali e familiari, nei contesti aggregativi e del divertimento, per attività di prevenzione e riduzione dei rischi. (D.G.R. n. 2732/2019 "Finanziamento per la messa a sistema del modello di intervento regionale a favore di giovani e adulti a grave rischio di marginalità");
- Realizzazione di interventi di presa in carico delle persone in condizioni di grave marginalità (adulti a rischio di esclusione sociale, in situazioni di disagio conclamato, derivante anche da problemi di abuso e sofferenza psichica), nei contesti in cui il disagio si manifesta, al fine di favorire l'accesso integrato alla rete dei Servizi sociosanitari. (D.G.R. n. 2732/2019 "Finanziamento per la messa a sistema del modello di intervento regionale a favore di giovani e adulti a grave rischio di marginalità").

Regione Lombardia, dal 2015 ad oggi, ha adottato 6 Avvisi finalizzati a contrastare la marginalità, partendo dalle esperienze realizzate nei 20 anni precedenti nell'ambito del "disagio ed emarginazione", con le seguenti finalità:

- attivare azioni per il contenimento e la risoluzione delle tensioni sociali in situazioni ed in contesti di rischio ed emarginazione;
- affrontare precocemente e preventivamente situazioni di disagio sociale;
- favorire processi di inclusione ed integrazione destinati alle persone che, per svariati motivi e condizioni di vita sono particolarmente svantaggiati e a rischio di esclusione sociale;
- promuovere un'azione comunitaria coesiva per facilitare l'accesso alla rete dei servizi d'aiuto;

- incentivare procedimenti integrati di inclusione sociale a livello della comunità, offrendo servizi ed opportunità, in un tempo dato, attraverso la presa in carico multidimensionale per il recupero possibile della marginalità nell'ottica anche di un'assunzione di responsabilità individuale e consapevole.

Con D.G.R. n. 7660 del 28.12.2022 è stata definita la programmazione di percorsi di prevenzione e limitazione dei rischi nei luoghi di aggregazione e di divertimento giovanile e di contrasto al disagio di giovani e adulti a rischio di marginalità, attraverso interventi di aggancio, riduzione del danno e inclusione sociale.

La misura è stata emanata con la finalità di favorire la coesione sociale, promuovere stili di vita sani e lo sviluppo di competenze, a supporto delle persone più vulnerabili evitando l'accentuarsi di condizioni di disegualianze sociali che possano evolvere, aggravandosi, comportando conseguenze, anche sul versante sanitario, sia per i singoli sia per quanto riguarda l'intero contesto sociale.

L'elemento caratterizzante della misura è dato dalla personalizzazione degli interventi che, a seconda dell'intensità della presa in carico (aggancio e/o accesso "spot, presa in carico parziale, presa in carico per l'accompagnamento in percorsi strutturati) determina modalità di intervento differenti e peculiari.

Conseguentemente, le azioni e gli interventi personalizzati che ne derivano, si connotano quali servizi alla persona per una durata temporanea limitata. I destinatari, infatti, una volta intercettati ed indirizzati verso risposte adeguate, vedono soddisfatto, in un tempo dato, il proprio bisogno.

I progetti intervengono pertanto su più aree di intervento specifiche:

Ogni area di intervento ha precisi luoghi di contesto, interventi/strumenti operativi, destinatari:

- Area Prevenzione e Limitazione dei rischi:
- Area Aggancio e Riduzione del danno:

Entrambe le aree hanno in comune il concetto di prevenzione, sia primaria (nei confronti dei giovani che possono avvicinarsi a situazioni di dipendenza, marginalità ecc.), sia secondaria/terziaria (nei riguardi di adulti che, pur avendo scelto di vivere una vita ai margini della società, devono essere supportati per non creare danno a loro stessi ed al contesto che li circonda).

Con D.G.R. n. 7500 del 15/12/2022 è stata definita la programmazione degli interventi di tutela delle persone sottoposte a provvedimenti dell'autorità giudiziaria (legge regionale 25/2017) attraverso il rafforzamento e miglioramento della capacità del sistema di promuovere interventi personalizzati, modulari e diversificati in grado di offrire una risposta proporzionata/adequata all'intensità del bisogno identificato attraverso l'integrazione della funzione educativa, per offrire con la presa in carico sociale opportunità diverse da quelle già conosciute e percorse, con la presa in carico socio sanitaria, con particolare attenzione alle situazione di fragilità (persone con problematiche di dipendenza, disagio psichico, donne e madri con figli).

L'obiettivo dell'intervento è favorire l'accesso ai diritti e alle tutele sociali, e in particolare all'inclusione socio-lavorativa, da parte delle persone sottoposte a provvedimenti dell'autorità

giudiziaria, adulti e minori, attraverso percorsi personalizzati e integrati allo scopo di prevenire la recidiva e promuovere l'inclusione sociale attiva, valorizzando e incrementando le reti territoriali e la costruzione di azioni di comunità.

Il lavoro di intesa, ad oggi, ha consentito la promozione di reti (tra Amministrazioni, imprese, soggetti del Terzo Settore) e di integrazione (tra risorse e programmi nazionali ed europei, tra Amministrazioni e interna alla medesima Amministrazione), introducendo nuovi modelli di intervento. La messa a sistema di un sistema di governance territoriale è finalizzata a garantire l'integrazione dei servizi socio-sanitari e di inclusione socio-lavorativa delle persone sottoposte a provvedimenti limitativi o privativi della libertà personale emanati dall'Autorità giudiziaria, l'integrazione delle risorse finanziarie, umane e strumentali dei servizi territoriali e delle articolazioni territoriali dell'Amministrazione della Giustizia.

In continuità, pertanto, con il modello fin qui adottato, il complesso degli interventi è volto a:

- sviluppare risposte flessibili, accessibili e attivabili in tempi adeguati, nell'ottica di garantire una intercettazione precoce e una presa in carico delle situazioni di maggior fragilità;
- garantire il rafforzamento dell'integrazione tra servizi alla persona, servizi sociali e socio sanitari;
- rafforzare la logica di sistema/filiera in grado di connettersi con l'offerta di servizi regionali già in essere e con le risorse informali della comunità, della cittadinanza attiva e del terzo settore e del volontariato

In questo contesto e alla luce della recente riforma del sistema penale (legge 27 settembre 2021, n. 134, Decreto Legislativo 10 ottobre 2022, n. 150), si intende, proseguire nel lavoro già avviato nelle scorse annualità, per la realizzazione dei programmi di giustizia riparativa e per degli sportelli generalisti di ascolto e accompagnamento alle vittime di reato. In particolare le progettualità regionali mirano a garantire l'implementazione di due centri di Giustizia riparativa a Milano e a **Brescia**, competenti per la realizzazione di interventi di giustizia riparativa per tutti i comuni afferenti alla Corte d'Appello di riferimento, di 12 Poli Territoriali che realizzano attività a valenza riparativa e il mantenimento di 12 sportelli generalisti rivolti alle vittime di reato su tutti i territori coinvolti dalla progettazione (Milano, **Brescia**, Mantova, Pavia, Varese, Bergamo, Rozzano, Monza, Cremona, Lodi, Lecco, Azienda Sociale Comasca e Lariana (ASCL) per il territorio di Como)

La vulnerabilità cui sono esposti i cittadini in condizioni economiche precarie si interseca con altre fragilità come quella abitativa, relazionale ed educativa. Questa situazione rischia di produrre un aumento delle disuguaglianze sociali e di accesso alle opportunità di benessere e di partecipazione attiva.

Per questo motivo Regione Lombardia nel 2024 manterrà l'impegno, in collaborazione con gli uffici di piano, le ATS e la ASST, nella programmazione integrata e trasversale di politiche di intervento finalizzate a contrastare il rischio di Povertà, attraverso:

- l'attuazione a livello locale (Piano di Attuazione Locale) delle linee di sviluppo delle Politiche regionali per la prevenzione e il contrasto alla povertà nel quadro di attuazione delle misure nazionali (d.lgs n. 147/2017) come definite dal Piano Povertà 2021 – 2023 (D.G.R. n. 6371 del 16/05/2022) tenendo conto della specificità del territorio e della necessità di integrare gli interventi nella rete dei servizi esistenti;
- la realizzazione, in continuità con quanto realizzato nelle precedenti annualità, di misure di contrasto alla povertà alimentare con risorse (pari a € 3.309.000,00) dedicate ad assicurare attività di riconoscimento, tutela e promozione del diritto al cibo (in attuazione della D.G.R. n. 7081 del 3/10/2022);
- conclusione della sperimentazione, nel territorio di pertinenza dell'ATS di Milano, di un progetto per la realizzazione di azioni di contrasto alla povertà, anche alimentare, caratterizzato dal lavoro di rete con tutti i soggetti che condividono gli obiettivi di prevenzione e contrasto alla povertà e dall'integrazione degli interventi.