RegioneLombardia

LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° XI / 7758 Seduta del 28/12/2022

Presidente **ATTILIO FONTANA**

Assessori regionali FABRIZIO SALA *Vicepresidente*
GUIDO BERTOLASO
STEFANO BOLOGNINI
DAVIDE CARLO CAPARINI
RAFFAELE CATTANEO
MELANIA DE NICHILO RIZZOLI
PIETRO FORONI
STEFANO BRUNO GALLI
GUIDO GUIDESI
ROMANO MARIA LA RUSSA
ELENA LUCCHINI
LARA MAGONI
ALAN CHRISTIAN RIZZI
FABIO ROLFI
MASSIMO SERTORI
CLAUDIA MARIA TERZI

Con l'assistenza del Segretario Enrico Gasparini

Su proposta dell'Assessore Guido Bertolaso di concerto con gli Assessori Davide Carlo Caparini e Elena Lucchini

Oggetto

DETERMINAZIONI IN ORDINE AGLI INDIRIZZI DI PROGRAMMAZIONE PER L'ANNO 2023 – (DI CONCERTO CON GLI ASSESSORI CAPARINI E LUCCHINI)

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

Il Direttore Centrale Manuela Giaretta

I Dirigenti Marco Cozzoli Ida Fortino Giovanni Delgrossi Roberta Pavesi Matteo Corradin Rosetta Gagliardo Olivia Leoni Danilo Cereda Marco Farioli Sandro Piadena Paola Palmieri

L'atto si compone di 406 pagine

di cui 392 pagine di allegati

parte integrante

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 (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 legge 13 maggio 2011, n. 70 convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, L. 12 luglio 2011, n. 106 "*Semestre Europeo – Prime disposizioni urgenti per l'economia*";
- il decreto legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito in legge dall'art. 1, comma 1, legge 30 luglio 2010 n. 122 "*Misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica*";
- 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.lgs118/2011 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;

- il decreto legge 6 luglio 2011, n. 98 "*Disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria*" convertito in legge dall'art. 1, comma 1, legge 15 luglio 2011, n. 111;
- il decreto legge 6 luglio 2012 n. 95 "*Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini*", convertito in legge n. 135/2012;
- il decreto legge 18 ottobre 2012 n. 179, "*Ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese*", convertito in legge 221/2012;
- 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 legge 21 giugno 2013, n. 69 "*Disposizioni urgenti per il rilancio dell'economia*", convertito in legge n. 98/2013;
- il decreto ministeriale 2 aprile 2015, n. 70 "*Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera*";
- il decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50 "*Attuazione delle direttive 2014/23/UE, 2014/24/UE e 2014/25/UE sull'aggiudicazione dei contratti di concessione, sugli appalti pubblici e sulle procedure d'appalto degli enti erogatori nei settori dell'acqua, dell'energia, dei trasporti e dei servizi postali, nonché per il riordino della disciplina vigente in materia di contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture" come integrato dal decreto legislativo 19 aprile 2017, n. 56*";
- 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 (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 26 ottobre 2019, n. 124 "*Disposizioni urgenti in materia fiscale e per esigenze indifferibili*" convertito in legge, con modificazioni, dall'*art. 1, comma 1, L. 19 dicembre 2019, n. 157*;
- 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 28 ottobre 2020, n. 137, convertito, con modificazioni, dalla legge 18 dicembre 2020, n. 176, recante "*Ulteriori misure urgenti in materia di tutela della salute, sostegno ai lavoratori e alle imprese, giustizia e sicurezza, connesse all'emergenza epidemiologica da Covid-19*";
- il decreto legge 22 marzo 2021, n. 41 "*Misure urgenti in materia di sostegno alle imprese e agli operatori economici, di lavoro, salute e servizi territoriali, connesse all'emergenza da COVID-19*" convertito, con modificazioni, in Legge 21.05.2021, n. 69;
- il decreto legge 25 maggio 2021, n. 73 " *Misure urgenti connesse all'emergenza da COVID-19, per le imprese, il lavoro, i giovani, la salute e i servizi territoriali*", convertito con modificazioni dalla L. 23 luglio 2021, n. 106;
- 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 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 dicembre 2021, n. 228 " *Disposizioni urgenti in materia di termini legislativi.*" convertito in legge, con modificazioni, dall'*art. 1, comma 1, L. 25 febbraio 2022, n. 15*;
- il decreto legge 9 giugno 2021, n. 80 "*Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia.*";
- il decreto legge 30 dicembre 2021, n. 228 "*Disposizioni urgenti in materia di termini legislativi*";
- il decreto legge 30 aprile 2022, n. 36 "*Ulteriori misure urgenti per l'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR).*";
- 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*";

RICHIAMATA la normativa nazionale in materia di emergenza epidemiologica da Covid-19 e le Ordinanze del Presidente della Giunta regionale con cui sono state stabilite misure per il contenimento ed il contrasto del contagio da COVID-19 nonché le deliberazioni adottate dalla Giunta Regionale in ordine all'emergenza sanitaria da Covid-19;

VISTE altresì:
- la legge 30 dicembre 2020, n. 178 "*Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2021 e bilancio pluriennale per il triennio 2021-2023*";
- 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*";

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);

VISTO il decreto legge n. 78/2010 "Misure urgenti in materia di stabilizzazione

finanziaria e di competitivita' economica" che ha stabilito i livelli di spesa cui attenersi per il contenimento della spesa pubblica;

DATO ATTO che ai fini di cui al citato decreto legge n. 78/2010 saranno date indicazioni agli Enti del SSR con la deliberazione di individuazione degli obiettivi dei Direttori Generali;
VISTE altresì:

- la legge regionale 31 marzo 1978 n. 34 "*Norme sulle procedure della programmazione, sul bilancio e sulla contabilità della Regione*";
- la legge regionale 30 agosto 2008 n. 1 "*Legge Regionale statutaria*";
- la legge regionale 28 dicembre 2020, n. 26 "*Legge di stabilità 2021-2023*";
- la legge regionale 29 dicembre 2020, n. 27 " *Bilancio di previsione 2021 – 2023*";
- la legge regionale del 6 agosto 2021 n. 15 "*Assestamento al bilancio 2021- 2023 con modifiche di leggi regionali*";
- la legge regionale 27 dicembre 2021, n. 25 "Legge di stabilità 2022-2024";
- la legge regionale 28 dicembre 2021, n. 26 "*Bilancio di previsione 2022 – 2024*";
- la legge regionale 8 agosto 2022, n. 17 "*Assestamento al bilancio 2022 – 2024 con modifiche di leggi regionali*";

RICHIAMATI i seguenti documenti di programmazione regionale:

- il "*Programma Regionale di Sviluppo della XI Legislatura*" presentato dalla Giunta con D.G.R. n. XI/154 del 29 maggio 2018 e approvato dal Consiglio regionale con D.C.R. n. XI/64 del 10 luglio 2018;
- la D.G.R. XI/3747 del 30 ottobre 2020 "*Approvazione della proposta di progetto di legge "Bilancio di previsione 2021-2023" e del relativo documento tecnico di accompagnamento*";
- la D.G.R. n. XI/5438 del 29 ottobre 2021 "*Approvazione della proposta di progetto di legge "Bilancio di previsione 2022-2024" e del relativo documento tecnico di accompagnamento*" e i successivi provvedimenti recanti le relative variazioni al bilancio di previsione 2022-2024 e le integrazioni al documento tecnico di accompagnamento;
- la D.G.R. n. XI/7182 del 24 ottobre 2022 "*Nota di aggiornamento al Documento di Economia e Finanza regionale – NADEFR 2022. proposta da inviare al Consiglio regionale*";
- la D.G.R. n. 6560 del 30 giugno 2022 "*Proposta di Documento di Economia e Finanza regionale 2022 - da inviare al Consiglio regionale*";

- la D.G.R. n. XI/7235 del 28 ottobre 2022 "*Approvazione della proposta del progetto di legge "Bilancio di previsione 2023-2025" e del relativo documento tecnico di accompagnamento*";

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

- la D.G.R. n. XI/5941 del 7 febbraio 2022 "*Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sanitario e sociosanitario per l'esercizio 2022 – quadro economico programmatorio*";
- la D.G.R. n. XI/6387 del 16 maggio 2022 "*Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l'anno 2022*";
- la D.G.R. n. XI/6866 del 2 agosto 2022 "*Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sanitario e socio sanitario per l'esercizio 2022 – Quadro economico programmatorio e ulteriori determinazioni – secondo provvedimento*";

RICHIAMATE inoltre:

- la DGR 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 DGR 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: D.G.R. n. XI/4928 del 21/06/21; D.G.R. n. XI/5066 del 19/07/2021; D.G.R. n. XI/5160 e 5161 del 02/08/2021; D.G.R. n. XI/5281 del 27/09/2021 e D.G.R. n. XI/5551 del 23/11/2021;
- 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/5832 del 29 dicembre 2021 "*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'Azienda Regionale Emergenza Urgenza (A.R.E.U.) – anno 2022*";
- la D.G.R. n. XI/5835 del 29 dicembre 2021 "*Programma investimenti art. 20 legge 67/88 – nuovo atto integrativo dell'Accordo di Programma Quadro per il settore degli investimenti sanitari. Approvazione documento*

programmatico, schede tecniche e relazioni descrittive degli interventi - (atto da trasmettere al consiglio regionale";

- la D.G.R. n. XI/5883 del 24 gennaio 2022 "*Misure per la riduzione dei tempi d'attesa – approvazione del nuovo modello di remunerazione delle prestazioni*";
- la D.G.R. n. XI/5943 del 7 febbraio 2022 "*Determinazioni inerenti la rete regionale di prenotazione*";
- la D.G.R. n. XI/6002 del 21 febbraio 2022 "*Determinazioni in merito al Piano per le liste di attesa 2022*";
- la D.G.R. n. XI/5970 del 14 febbraio 2022 "*Determinazioni in ordine al programma di investimento per l'esercizio finanziario 2022*";
- la D.G.R. n. XI/6005 del 25 febbraio 2022 "*Approvazione della proposta di "Piano strategico operativo regionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PANFLU 2021 – 2023) Regione Lombardia, in attuazione dell'Accordo Stato-Regioni, ai sensi dell'articolo 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento «Piano strategico- operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PANFLU 2021-2023)» - (proposta di delibera consiliare)*;
- la D.G.R. n. XI/6027 del 1 marzo 2022 "*Programma regionale straordinario investimenti in Sanità – Ulteriori determinazioni conseguenti alle deliberazioni di Giunta regionale n. XI/5161/2021 e XI/5941/2022 – Investimenti in strutture territoriali*";
- la D.G.R. n. XI/6278 del 11 aprile 2022 "*Linee guida regionali per l'adozione dei piani di organizzazione aziendale strategici (POAS) delle Agenzie di Tutela della Salute (ATS), delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST), delle Fondazioni Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) di diritto pubblico della Regione Lombardia e dell'Agenzia Regionale Emergenza e Urgenza (AREU)" - (a seguito di parere della Commissione Consiliare);*
- la D.G.R. n. XI/6282 del 13 aprile 2022 "*Ulteriori determinazioni in merito all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza - missione 6c1: reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale – stanziamento delle risorse destinate agli interventi finalizzati alla realizzazione di case di comunità (1.1), ospedali di comunità (1.3.) e centrali operative territoriali (1.2.2 cot) ex DGR n. 6080/2022*";
- la D.G.R. n. XI/6277 del 11 aprile 2022 "*Determinazioni in materia di personale - anno 2022*";
- la D.G.R. n. XI/6255 del 11 aprile 2022 "*Misure per la riduzione dei tempi*

d'attesa – estensione delle aree di interventi previste dalla DGR XI/5883 del 24.1.2022";

- la D.G.R. n. XI/6254 del 11 aprile 2022 "*Programma degli investimenti in Sanità – rimodulazione e proroghe scadenze di alcuni interventi in corso di attuazione ricompresi nei programmi di investimento in materia di edilizia sanitaria. 1° provvedimento 2022"*;
- la D.G.R. n. XI/6080 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 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*";
- la D.G.R. n. XI/6875 del 2 agosto 2022 "*Ulteriori determinazioni in ordine agli obiettivi delle Agenzie di tutela della salute (AA.TT.SS.) – anno 2022"*;
- la D.G.R. n. XI/6815 del 2 agosto 2022 "*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. Terzo riallineamento del piano*";
- la D.G.R. n. XI/6954 del 19 settembre 2022 "*Approvazione della Preintesa sull'Accordo Integrativo regionale Medicina Generale anno 2022*";
- la D.G.R. n. XI/6991 del 22 settembre 2022 "*Ulteriori determinazioni in ordine alla gestione del SSR per l'esercizio 2022 nell'ambito della rete di offerta territoriale"*;
- la D.G.R. n. 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/7092 del 10 ottobre 2022 "*Approvazione della Preintesa sull'accordo integrativo regionale per la pediatria di famiglia valido per l'anno 2022*";
- la D.G.R. n. XI/7146 del 17 ottobre 2022 "*Programma regionale straordinario investimenti in Sanità–ulteriori determinazioni conseguenti alla deliberazione di Giunta regionale n. XI/5970/2022 e stanziamento contributi. secondo provvedimento*";
- la D.G.R. n. XI/7191 del 24 ottobre 2022 "*Approvazione dei protocolli d'intesa tra la Delegazione di parte pubblica e le OO.SS. della Dirigenza e del Comparto sanità per la stabilizzazione ai sensi dell'articolo 1 comma 268, lett. b) della l. 234/2021 del personale del servizio sanitario regionale*";
- 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.";

- la D.G.R. n. XI/7593 del 15 dicembre 2022 "*Programma regionale straordinario investimenti in Sanità' – Ulteriori determinazioni conseguenti alla deliberazione di Giunta regionale n. XI/5970/2022 terzo provvedimento e ulteriori determinazioni in merito all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza – missione 6 component 1 in attuazione della DGR n. XI/6282/2022. stanziamento contributi*;
- 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 provvedimento)*";

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

RICHIAMATA in particolare 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*";

VISTO l'obiettivo finale previsto dal richiamato art. 21, comma 3, lett. c) l.r. n. 33/09, ossia l'uso diffuso del sistema di prenotazione regionale da parte di tutti gli Enti Sanitari pubblici e Privati Accreditati;

PRESO ATTO che alcuni Enti privati hanno dovuto effettuare le attività di re-ingegnerizzazione da parte delle rispettive software house ed in alcuni casi ciò ha determinato la completa sostituzione del sistema informatico;

RITENUTO pertanto che gli Enti Privati che stanno perfezionando il sistema di integrazione del proprio cup alla Rete Regionale di Prenotazione, nelle more del completamento delle stesse e comunque entro il 31/01/2023, dovranno rendere prenotabili alla Rete Regionale di Prenotazione, tramite il Centro Servizi Territoriale, tutte le prestazioni ad eccezione di quelle non obbligatorie di cui all'allegato 1 della DGR n. XI/6297 del 26 aprile 2022;

RITENUTO necessario pertanto definire gli indirizzi di programmazione del Servizio Sanitario Regionale per l'esercizio 2023 di cui ai seguenti allegati, parti integranti e sostanziali del presente provvedimento:

- allegato 1: inquadramento economico: quadro del sistema per l'anno 2023
- allegato 2: quadro economico finanziario per il 2023: indicazioni specifiche per gli enti sanitari del sistema socio-sanitario regionale
- allegato 3: azioni per il contenimento delle liste di attesa
- allegato 4: polo ospedaliero
- allegato 5: negoziazione area sanitaria
  - allegato 5 sub a: schema di contratto sanitario 2023
  - allegato 5 sub b: scheda allegato contratto sanitario 2023

- allegato 6: sistemi informativi
- allegato 7: acquisti ssr e innovazione tecnologica
- allegato 8: farmaceutica
  - allegato 8 sub a: delibera cipess
  - allegato 8 sub b: intesa stato regioni

- allegato 9: investimenti
- allegato 10: osservatorio epidemiologico
- allegato 11: personale
- allegato 12: prevenzione
- allegato 13: veterinaria
- allegato 14: rete territoriale
  - allegato 14 sub a: scheda di budget sociosan
  - allegato 14 sub b: schema contratto sociosan
  - allegato 14 sub c: misura caro energia
  - allegato 14 sub d: convenzione riabilitazione minori ria
  - allegato 14 sub e: scheda budget contratto misura rsa aperta
  - allegato 14 sub f: contratto rsa aperta
  - allegato 14 sub g: convenzione case management
  - allegato 14 sub h: protocollo covid sociosan
  - allegato 14 sub i: strutture residenziali psichiatriche

- allegato 15: progetto sperimentale in ambiti territoriali carenti per i pazienti privi di mmg
- allegato 16: famiglia, solidarieta' sociale, disabilita' e pari opportunita'
- allegato 17: accordi per il governo della mobilita' sanitaria

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

VISTA in particolare la legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 "*Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità*", come modificata con legge regionale n. 22 del 14 dicembre 2021 "*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)*" e, da ultimo, con leggi regionali 3 marzo 2022, n. 3 e 20 maggio 2022 n. 8;

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 2023 di cui ai seguenti allegati, parti integranti e sostanziali del presente provvedimento:
   - allegato 1: inquadramento economico: quadro del sistema per l'anno 2023
   - allegato 2: quadro economico finanziario per il 2023: indicazioni specifiche per gli enti sanitari del sistema socio-sanitario regionale
   - allegato 3: azioni per il contenimento delle liste di attesa
   - allegato 4: polo ospedaliero
   - allegato 5: negoziazione area sanitaria
     - allegato 5 sub a: schema di contratto sanitario 2023
     - allegato 5 sub b: scheda allegato contratto sanitario 2023
   - allegato 6: sistemi informativi
   - allegato 7: acquisti ssr e innovazione tecnologica
   - allegato 8: farmaceutica
     - allegato 8 sub a: delibera cipess
     - allegato 8 sub b: intesa stato regioni
   - allegato 9: investimenti
   - allegato 10: osservatorio epidemiologico
   - allegato 11: personale

- allegato 12: prevenzione
- allegato 13: veterinaria
- allegato 14: rete territoriale
    - allegato 14 sub a: scheda di budget sociosan
    - allegato 14 sub b: schema contratto sociosan
    - allegato 14 sub c: misura caro energia
    - allegato 14 sub d: convenzione riabilitazione minori ria
    - allegato 14 sub e: scheda budget contratto misura rsa aperta
    - allegato 14 sub f: contratto rsa aperta
    - allegato 14 sub g: convenzione case management
    - allegato 14 sub h: protocollo covid sociosan
    - allegato 14 sub i: strutture residenziali psichiatriche
- allegato 15: progetto sperimentale in ambiti territoriali carenti per i pazienti privi di mmg
- allegato 16: famiglia, solidarieta' sociale, disabilita' e pari opportunita'
- allegato 17: accordi per il governo della mobilita' sanitaria

2. di prendere atto inoltre, con riferimento all'obiettivo finale previsto dal richiamato art. 21, comma 3, lett. c) l.r. n. 33/09, ossia l'uso diffuso del sistema di prenotazione regionale da parte di tutti gli Enti Sanitari pubblici e Privati Accreditati, che alcuni Enti privati hanno dovuto effettuare le attività di re-ingegnerizzazione da parte delle rispettive software house ed in alcuni casi ciò ha determinato la completa sostituzione del sistema informatico;

3. di stabilire pertanto che gli Enti Privati che stanno perfezionando il sistema di integrazione del proprio cup alla Rete Regionale di Prenotazione, nelle more del completamento delle stesse e comunque entro il 31/01/2023, dovranno rendere prenotabili alla Rete Regionale di Prenotazione, tramite il Centro Servizi Territoriale, tutte le prestazioni ad eccezione di quelle non obbligatorie di cui all'allegato 1 della DGR n. XI/6297 del 26 aprile 2022;

4. di stabilire che con la deliberazione di individuazione degli obiettivi dei Direttori Generali; saranno indicati i risultati da raggiungere ai fini del decreto legge n. 78/2010 "Misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitivita' economica" che ha stabilito i livelli di spesa cui attenersi per il contenimento della spesa pubblica;ai fini di cui al citato decreto legge n. 78/2010 saranno date indicazioni agli Enti del SSR con la deliberazione di individuazione degli obiettivi dei Direttori Generali;

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

ENRICO GASPARINI

Atto firmato digitalmente ai sensi delle vigenti disposizioni di legge

INQUADRAMENTO ECONOMICO: QUADRO DEL SISTEMA PER L'ANNO 2023

Il DDL di Bilancio 2023, in corso di approvazione, definisce il fabbisogno complessivo del Servizio Sanitario Nazionale per il 2023 nell'ammontare di **128.211 mln/Euro** Le risorse definitive del Fondo Sanitario previste per l'anno 2023, verranno recepite a bilancio regionale solo a seguito dell'approvazione dell'atto di riparto tra le Regioni e verranno destinate e vincolate al finanziamento delle linee programmatiche individuate in sede di sottoscrizione del Patto della Salute.

Allo stato attuale, le risorse destinabili al finanziamento del Sistema Sanitario Regionale per l'esercizio 2023 sono determinate quindi, in via prudenziale, sulla base del riparto del Fondo Sanitario Nazionale Indistinto anno 2022 (Intesa n. 278/CSR del 21 dicembre 2022) e degli effetti derivanti dal riparto degli obiettivi di piano e del fondo farmaci innovativi, tenuto conto della stima della mobilità extraregionale ed internazionale.

Le risorse definite come sopra descritto sono appostate nel bilancio di previsione regionale 2023 -2025 (LCR 134 - Bilancio di previsione 2023 – 2025).

Le risorse destinate al finanziamento e alla governance del sistema socio-sanitario regionale devono, per l'esercizio 2023, tenere conto in particolare:

- della prosecuzione del percorso attuativo della riforma della approvata con L.r. 22 del 14/12/2021;
- delle azioni finalizzate al recupero delle liste di attesa;
- dei processi di attuazione delle azioni legate alla programmazione del PNRR;
- delle attività finalizzate alla presa in carico;
- della integrazione delle attività sanitarie e socio-sanitarie, con particolare attenzione ai bisogni dei pazienti fragili;
- di percorsi di efficientamento delle performance, regolati dai criteri di cui al DM 21 giugno 2016 e successivi aggiornamenti normativi;
- dell'attuazione dell'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, Repertorio atto n. 151/CSR del 04/08/2021 recante gli aspetti normativi e i criteri di riferimento per il sistema di autorizzazione e di accreditamento delle cure domiciliari e del Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale del SSN di cui al DM 77 del 23/05/2022;
- del pieno rispetto degli obiettivi di spesa per le varie linee di attività stabiliti a livello regionale attraverso le assegnazioni di risorse compatibili con le norme nazionali, compresi i limiti di spesa previsti dal decreto legge 6 luglio 2012 n. 95 "Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini", convertito in legge n. 135/2012;

La programmazione a livello regionale del sistema socio-sanitario definisce le proprie priorità di intervento nelle more di quanto definito a livello nazionale per la destinazione delle risorse previste per l'esercizio 2023 e garantisce il perseguimento del rispetto dell'equilibrio economico finanziario di sistema.

Il presente atto definisce pertanto la previsione legata all'impiego delle risorse per il

2023 al fine di garantire la continuità dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria nel rispetto dell'equilibrio delle risorse rese disponibili dal bilancio. Sono pertanto declinate per singole macroaree le previsioni 2023, in ogni caso con riserva di variazione delle predette indicazioni in ragione di nuove e non prevedibili esigenze, ovvero con successive rimodulazioni tra gli stanziamenti definiti, fermo il pieno rispetto del vincolo dell'equilibrio finanziario del sistema.

1. RISORSE PER IL FINANZIAMENTO DEL SISTEMA SOCIO-SANITARIO REGIONALE

1.1. RISORSE DI PARTE CORRENTE 2023

Lo stanziamento di parte corrente indistinta del Fondo Sanitario Regionale ipotizzato per l'anno 2023, determinato sulla scorta delle fonti sopra citate e delle considerazioni esposte in riferimento al contesto nazionale, al netto delle entrate proprie degli enti sanitari, ammonta a **19.766,7 mln/Euro**.

L'importo di **19.766,7 mln/Euro** è ulteriormente incrementato di **438,07 mln/Euro** relativi alle risorse per la mobilità (di cui 231,83 mln/Euro di saldo mobilità 2021 - extraregionale e internazionale - e 206,24 mnl/Euro di utilizzi di risorse di anni precedenti), per complessivi **20.204,7 mln/Euro**

Alle risorse di parte corrente indistinta del FSR (compreso il saldo di mobilità) si aggiungono inoltre:

- **350,00 mln/Euro** per finanziamenti FSR a destinazione vincolata;
- **100,00 mln/Euro** per quota stimata di payback ;
- **9,70 mln/Euro** per quota stimata per finanziamento personale Esacri, PNNR Corsi MMG
- **13,00 mln/Euro** per quota stimata finanziamento prestazioni STP

L'importo disponibile nelle more del riparto del finanziamento del SSR per l'anno 2023 ammonta pertanto a **20.677,4 mln/Euro.**

1.2. RISORSE DI PARTE CORRENTE DEL BILANCIO AUTONOMO REGIONALE – EXTRA FONDO

Per il 2023 sono stanziate risorse autonome regionali per il finanziamento del sistema sanitario per un totale di **34,05 mln/Euro**, e precisamente:

- esenzione ticket codice bianco forze armate art. 27 quater 1 della l.r. n. 33/2009 (introdotto dall'art. 18 della l.r. n. 23/2019", per **0,1 mln/Euro**;
- L. 210/92 (indennizzi emotrasfusi) per **21,5 mln/Euro**;
- farmaci Classe C e alcune prestazioni ambulatoriali per euro **5 mln/Euro**;
- esonero dalla compartecipazione della spesa sanitaria per prestazioni ambulatoriali e di diagnostica strumentale per minori inviati con ordinanza per **0,1 mln/Euro**;
- erogazione delle prestazioni per controllo in remoto di pazienti portatori di pacemaker, defibrillatori e loop recorder in Regione Lombardia per **0,5**

mln/euro;
- impiego risorse regionali per esecuzione test prenatale non invasivo per lo screening delle anomalie cromosomiche fetali (nipt), per **2 mln/euro**;
- contributi regionali per contratti di formazione medica specialistica aggiuntiva, **4,85 mln/Euro**.

1.3. RISORSE DI FSR PER INVESTIMENTI

Si confermano per l'esercizio 2023 le risorse per investimenti in ambito sanitario pari a **132 mln/Euro**

1.4. UTILIZZO DI RISORSE ACCANTONATE NEI PRECEDENTI ESERCIZI

È previsto l'utilizzo di accantonamenti 2020 presenti sulla GSA pari a **206,24 mln/Euro** per garantire la copertura delle prestazioni eseguite in mobilità extraregionale e internazionale, in quanto la stima sull'assegnazione da riparto 2023 è inferiore al costo stimato per tali prestazioni.

Sono inoltre finalizzate risorse residuali in conto capitale e utilizzi per **30 mln/Euro** da destinare alla protesica maggiore.

2. UTILIZZO DELLE RISORSE A FINANZIAMENTO DEL SISTEMA

Le risorse correnti rese disponibili per il sistema sanitario regionale sono pari a **20.741,45 mln/Euro** (comprensive di risorse residuali e utilizzi per complessivi 236,24 mln/Euro).

2.1 FINANZIAMENTO ENTI DEL SISTEMA REGIONALE A CARICO DEL S.S.R.

Le risorse da destinare al finanziamento di **interventi diretti regionali a carico della Gestione Sanitaria Accentrata** sono determinati nell'importo di **449,16 mln/Euro,** come di seguito distintamente indicato.

Finanziamento degli Enti del Sistema Regionale: per complessivi **164,35 mln/Euro:**
- fino a **85,41 mln/Euro** per il finanziamento dell'ARPA (Agenzia Regionale per la Protezione dell'Ambiente);
- fino a **48,99 mln/Euro** per il finanziamento dei contributi di funzionamento di ARIA (Azienda Regionale per l'innovazione e gli acquisti);
- fino a **0,79 mln/Euro** per il finanziamento di Polis;
- fino a **29,16 mln/Euro** per il finanziamento delle attività della Fondazione Biomedica;

Finanziamento della gestione sanitaria accentrata. Le risorse da destinare al finanziamento di interventi diretti regionali a carico della Gestione Sanitaria Accentrata ammontano a **284,81 mln/Euro**, così ripartite:
- fino **35,59 mln/euro** per far fronte alle spese dirette regionali sostenute per conto del SSR, nonché per la prosecuzione delle progettualità del Sistema sanitario;

- fino a **206,50 mln/euro** per acquisti di servizi informatici del sistema sanitario e sociosanitario, da considerare quale tetto massimo di spesa;
- **42,72 mln/Euro** per rimborsi su mutui di anni pregressi per il settore sanitario.

2.2 FINANZIAMENTO DELLA GESTIONE PER GLI ENTI DEL SISTEMA

Per quanto attiene la quota per il finanziamento dei costi standard territoriali, vengono destinati fino a **20.292,29 ml/Euro** (comprensivo di risorse residuali in conto capitale e utilizzi per complessivi 236,24 ml/Euro), da ripartire tra gli enti del sistema sociosanitario regionale secondo le modalità di seguito indicate, tenendo conto dei livelli diretti di spesa e di quelli attribuibili agli erogatori in relazione ai livelli essenziali di assistenza. Ogni macroarea definisce le risorse massime disponibili in correlazione alle attività di cui alle linee programmatiche aggiornate per l'esercizio 2023 con il presente provvedimento.

Macroarea n.1 delle prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale: determinata per un importo **fino a 7.704,03 mln/Euro**, così composta

- **fino a 5.233,70 mln/Euro** per ricoveri per acuti; il valore è comprensivo delle risorse di cui alla legge regionale 7/2010 che, per l'anno 2023, in continuità con l'esercizio precedente, sono determinate per un importo fino a un massimo di **199,3 mln/Euro**, di cui **62,3 mln/Euro** per gli erogatori privati;
- **fino a euro 2.386,44 mln/Euro** per prestazioni di specialistica ambulatoriale, comprensivo dell'incremento di risorse finalizzate nel 2023 di **8,64 mln/Euro** relative all'esenzione Covid-19;
- **fino a euro 83,89,** di cui 40,02 per gli erogatori privati, per abbattimento liste di attesa

Entrambe le linee di attività sono comprensive degli oneri per mobilità passiva extraregionale.

Macroarea n. 2 delle prestazioni di assistenza farmaceutica, assistenza integrativa e protesica, determinata per l'importo fino a **4.261,15 mln/Euro** comprensivo della quota in parte capitale:

- fino a **3.928,05 mln/Euro** relativamente all'assistenza farmaceutica territoriale e ospedaliera compreso la distribuzione dei farmaci in File F;
- fino a **333,10 mln/Euro** per l'erogazione dell'assistenza integrativa e protesica.

Nello stanziamento di questa voce è compresa la quota di finanziamento con risorse di c/capitale di beni durevoli (protesica maggiore 30 mln/Euro).

Macroarea n. 3 delle prestazioni di Medicina di Base, Psichiatria e Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, determinata per un importo fino a **1.498,14 mln/Euro** di cui:

- fino a **921,50 mln/Euro** per le attività di medicina territoriale di base, compresi i progetti per ambulatori al sabato e la previsione per l'incremento della attività vaccinale;

- fino a **11,24 mln/Euro** per il finanziamento delle Unità di Continuità Assistenziale - UCA (DM 77/2022 - Art. 1 L. n. 234/2021, comma 274);
- fino a **520,70 mln/euro** per prestazioni relative all'assistenza psichiatrica e di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza comprensivi dei progetti innovativi e dell'area dei DNA (Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione);
- fino a **44,70 mln/Euro** per la remunerazione dell'assistenza penitenziaria, da assegnare agli enti sanitari pubblici interessati;

Macroarea n. 4 Unità di Offerta Sociosanitarie, determinata fino a **1.964,67 mln/Euro** da finanziare a carico del FSR indistinto, destinati al finanziamento delle Unità di offerta sociosanitarie residenziali, semiresidenziali, diurne, ambulatoriali e domiciliari rivolte a soggetti fragili, anziani, disabili, alle famiglie e all'area delle dipendenze e del fine vita, comprese le cure palliative domiciliari e residenziali, gestioni dirette delle UDO, Assistenza Domiciliare Integrata e Sperimentazioni;

Macroarea n. 5 delle attività della presa in carico, determinata per un importo fino a **156,40 mln/Euro**, comprensive di una quota fino a **42 mln/Euro** per il finanziamento delle attività erogate a favore di pazienti fragili per la presa in carico (compreso il supporto alla campagna vaccinale fino a 12 mln/Euro fino a **63 mln/Euro** al finanziamento delle attività per subacuti comprese le attività ai sensi dell'art. 15 comma 13 lettera c) bis della L. 135/2012, e, fino a **51,40 mln/Euro**, per il finanziamento delle Misure istituite ex D.G.R n. X/116/2013;

Macroarea n. 6 Emergenza Urgenza determinata fino all'importo di **350 mln/Euro** per le spese di funzionamento, le attività di emergenza urgenza/118 di competenza di AREU, il soccorso alpino, le funzioni connesse alle attività del CRCC, al trasporto organi, al trasporto di pazienti dializzati oltre ai costi di gestione per il servizio emergenza NUE 112 - Numero Unico Europeo;

Macroarea n. 7 Obiettivi PSSR, Progetti P.S.N, Equiparazione Finanziaria, determinata per un importo fino a **1.563,26 mln/Euro**. Il valore comprende le risorse per dare attuazione agli obiettivi di PSSR e all'implementazione dei percorsi ospedale territorio, compresi **0,85 mln/Euro** per la cura della fibromialgia
Nell'ambito della macroarea viene ricompreso il co-finanziamento delle Risorse Aggiuntive Regionali.

Macroarea n. 8 delle attività istituzionali delle ATS e delle ASST: determinata in **1.172,70 mln/Euro,** da destinare:

- fino a **1018,50 mln/Euro** alle attività dei Dipartimenti Veterinari, Prevenzione e altre attività territoriali (comprensivi della prosecuzione delle attività già avviate PIL, Laboratori malattie infettive e disinfestazione arbovirosi e per i costi legati a tamponi e vaccinazioni, sierologici, prestazioni di geno-tipizzazione da pubblico legati al Covid;
- fino a **120,70 mln/Euro** per l'offerta del piano nazionale vaccini e altri costi legati all'area della profilassi delle malattie infettive/prevenzione;
- fino a **33,50 mln/Euro** per l'implementazione delle prime misure previste dal Piano strategico-operativo regionale di preparazione e risposta ad una

pandemia influenzale (Panflu) 2021-2023;

Macroarea n. 9 Ulteriori linee di attività, rideterminato fino a **1.621,89 mln/Euro**, da destinare:

- fino a **817,50 mln/Euro** per l'attribuzione di funzioni non tariffabili alle strutture erogatrici pubbliche e private così suddivise:
  - fino a **702 mln/Euro** per erogatori pubblici;
  - fino a **115,5 mln/Euro** per erogatori privati;
- fino a **438,07 mln/Euro** quale stima per saldo di mobilità extra regionale, da trasferire agli erogatori del sistema, sulla base dell'effettiva produzione e coerentemente con la normativa di riferimento;
- fino a **54,12 mln/Euro** ad un Fondo di riserva da destinare di cui:
  - fino a **2 mln/Euro**, alla realizzazione della Banca Gameti;
  - fino a **0,9 mln/Euro**, al finanziamento del Centro di riferimento regionale per la qualità dei servizi di medicina di laboratorio;
  - fino a **13 mln/Euro**, al finanziamento delle politiche sociali volte a rafforzare le misure B1;
  - fino a **38,22 mln/Euro** per la prosecuzione di progetti e attività già avviate negli esercizi precedenti e per il finanziamento di attività programmate i cui provvedimenti attuativi verranno assunti nel presente esercizio;
- fino a **50 mln/Euro** per mobilità passiva interregionale e internazionale;
- fino a **262,20 mln/Euro** destinati all'accantonamento per i rinnovi contrattuali di comparto, dirigenza, MMG/PLS;

Il finanziamento di parte corrente 2023 verrà assegnato ad ogni singolo Ente pubblico del Sistema Sanitario Regionale con atto del Direttore dell'Area Finanza della Presidenza in accordo con la Direzione Generale Welfare e tenuto fermo, per tutti gli Enti, l'obiettivo dell'equilibrio economico finanziario sulla base delle risorse assegnate con provvedimento regionale.

Si ritiene di confermare, per quanto non previsto nel presente atto e per quel che risulta compatibile con il presente provvedimento, ciò che è stabilito nelle determinazioni in merito al finanziamento degli anni precedenti.

ALLEGATO 2

Indicazioni specifiche per gli Enti Sanitari del Sistema Socio-Sanitario Regionale

1. AREA BILANCI

Il Bilancio Preventivo Economico mantiene il carattere autorizzatorio, quale strumento per garantire il perseguimento degli obiettivi assegnati oltre al mantenimento dell'equilibrio economico.

Nelle more dell'approvazione da parte degli enti del Bilancio Preventivo Economico per l'esercizio 2023 si dovrà operare in dodicesimi sulla base di quanto definito con il "Decreto di assestamento 2022", ad esclusione delle risorse finalizzate Covid e altri contributi anni precedenti e/o finanziamenti una tantum, tenendo conto delle disposizioni contenute nel presente provvedimento.

I Bilanci preventivi economici per l'esercizio 2023 dovranno essere approvati in base alle disposizioni del D.lgs. n. 118/2011 e seguenti, e secondo gli Schemi di Conto Economico Ministeriale aggiornati di cui al DM 24/05/2019, in relazione ai contenuti del presente atto e delle linee di indirizzo operative nonché sulla base degli obiettivi economici assegnati.

Nei decreti di assegnazione delle risorse per l'anno 2023 saranno esplicitati i valori per le varie tipologie di spesa che dovranno essere pienamente rispettati nelle allocazioni di bilancio e dovranno essere considerati vincoli gestionali, al fine del mantenimento dell'equilibrio del singolo ente e di sistema; come tali saranno oggetto di puntuale monitoraggio in corso d'anno.

Anche per l'esercizio 2023, è richiesto il diretto coinvolgimento del Collegio Sindacale nelle varie fasi che accompagnano il processo di bilancio e di revisione dei processi degli enti per una maggior ottimizzazione delle risorse. In particolare, ai Collegi Sindacali è richiesto, oltre a quanto stabilito dalle norme:

1. verifica di una coerente e corretta allocazione delle risorse in fase di Preventivo;
2. monitoraggio della spesa infrannuale a garanzia del rispetto degli obiettivi economici assegnati e dell'equilibrio di bilancio da rendere in sede di Certificazione Trimestrale avvalendosi anche del supporto degli uffici controllo di gestione;
3. supporto all'ente ai fini di avviare un processo di ottimizzazione delle risorse, anche attraverso l'individuazione di precise aree di spesa e/o di attività e attraverso la formulazione di indirizzi in merito;
4. verifica e validazione all'utilizzo di maggiori contributi rispetto all'assegnazione di competenza a garanzia di quanto disposto dal D.Lgs 118/2011;
5. verifica e validazione del conto economico della libera professione.

E' richiesto inoltre ai Collegi Sindacali di verificare e di attestare la coerenza del piano dei conti e del bilancio di verifica rispetto ai modelli di rendiconto trimestrale e di bilancio.

Con specifica circolare verranno definite le tempistiche di redazione e le modalità di invio dei bilanci preventivi 2023, che dovranno essere approvati dalla Giunta Regionale.

Si richiamano infine le regole già introdotte a decorrere dall'esercizio 2018 con particolare riferimento:

1. alla "Gestione dei Flussi Finanziari", con specifica scheda di raccordo per la riconciliazione delle assegnazioni economiche e finanziarie oltre che consentire una chiara programmazione delle risorse finanziarie;
2. alla "Contabilizzazione in capo alle ATS della mobilità attiva extraregione da erogatori sanitari privati e della mobilità internazionale";
3. alla "Gestione delle Partite Intercompany", attraverso lo strumento informatico messo a disposizione tramite la Piattaforma SCRIBA;
4. alle modalità di contabilizzazione degli "Utilizzi contributi es. precedenti".

Certificazioni Trimestrali

I Direttori Generali, in occasione delle certificazioni trimestrali ai sensi della L.R. n. 33/2009, nonché dell'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005 e s.m.i., sono tenuti a rispettare puntualmente i tempi di invio dei flussi economici e ad attenersi scrupolosamente alle linee guida in materia contabile che verranno di volta in volta fornite.

In sede di monitoraggio trimestrale gli enti sanitari del servizio socio-sanitario regionale sono tenuti al rispetto del vincolo inderogabile definito dai valori appostati a Bilancio Preventivo.

In linea generale non saranno consentiti travasi di risorse tra le varie voci di bilancio, salvo esplicita autorizzazione delle direzioni DG Welfare e Presidenza.

A seguito di invio dei Flussi economici verranno messi a disposizione tramite la Piattaforma SCRIBA gli esiti delle seguenti verifiche derivanti dalla reportistica di controllo automatica dei Bilanci, al fine del riallineamento contabile dell'ente agli obiettivi/vincoli regionali:

1. verifica del rispetto dell'assegnazione di cui al Decreto di assegnazione per macroaggregato (SK) e sezionale di bilancio;
2. verifica del rispetto dei vincoli per specifiche voci oggetto di assegnazione regionale (Prestazioni sanitarie e sociosanitarie, interessi passivi, RC Professionale ecc.);
3. beni e servizi lordo e netto, con evidenza dell'andamento rispetto ai valori di assegnazione;
4. verifica del margine relativo all'attività libero professionale, con evidenza delle strutture che hanno un primo e/o un secondo margine negativo ed il relativo posizionamento rispetto alla media regionale;

Inoltre, in occasione delle certificazioni trimestrali, saranno verificati i principali aggregati di ricavo e di costo.

In caso di emergente disallineamento della gestione rispetto alle assegnazioni, gli enti interessati, previo confronto con gli uffici regionali competenti, dovranno procedere alla redazione di un Piano di Rientro come previsto dalle normative nazionali e regionali in materia.

Verifica e chiusura delle posizioni creditorie/debitorie pregresse vs Regione ed Intercompany

Nel corso del 2023 proseguirà il riallineamento finalizzato alla regolazione delle poste contabili pregresse che intercorrono sulle posizioni intercompany degli enti sanitari, connesse al percorso metodologico introdotto a partire dall'anno 2018 (decreto n. 6245/2019), nonché con riguardo alle ulteriori risorse assegnate sul conto "B.II.2.b.1) Crediti v/Regione o Provincia Autonoma per finanziamenti per investimenti e le relative tempistiche di attuazione.

Per tali posizioni contabili si potrà procedere inoltre attivando tavoli di confronto con gli enti sanitari del sistema sanitario regionale nonché condividendo preventivamente, qualora necessario, il relativo percorso metodologico anche con i competenti Ministeri.

Pubblicazione Bilanci e Regole Trasparenza

Si conferma l'obbligo di pubblicazione integrale dei dati di bilancio nel proprio sito internet entro trenta giorni dalla data di adozione e si richiama l'attenzione al rispetto degli adempimenti previsti dalla normativa sulla Trasparenza.

Consolidamento del percorso attuativo della certificabilità dei bilanci degli enti del Servizio Sanitario Regionale.

Nel corso del biennio 2021-2022, dopo la fase acuta dell'emergenza pandemica da Covid-19, si è avviato il consolidamento del percorso, attuato da ciascuna azienda e concluso entro il 31 dicembre 2019 (rif.: D.G.R. 30 marzo 2020, n. 3014 "Completamento Percorso Attuativo della Certificabilita' dei Bilanci degli Enti del SSR di cui alla l.r. n. 23/2015, della Gestione Sanitaria Accentrata e del Consolidato regionale ai sensi del d.m. 1/3/2013 e della d.g.r. n. 7009/2017"), con particolare riferimento alla necessaria attività di monitoraggio (interno ed esterno) dell'effettivo livello di implementazione delle procedure nelle aziende sanitarie.

Ciò è avvenuto, in particolare, attraverso la definizione e la messa a disposizione di strumenti per l'auto-valutazione aziendale (per ciascuna delle aree di bilancio interessate dal PAC: Immobilizzazioni e Patrimonio Netto; Rimanenze; Crediti e Ricavi; Debiti e Costi) e lo svolgimento di momenti formativi e di confronto interaziendali.

In tali momenti sono stati analizzati e discussi i principali esiti delle auto-valutazioni aziendali, dando modo a ciascuna azienda di verificare il proprio posizionamento rispetto all'insieme delle aziende sanitarie pubbliche lombarde, identificando, altresì, le principali criticità ancora da affrontare e portare a soluzione.

Parallelamente, si è avvertita la necessità di potenziare i sistemi di controllo interno presenti nelle aziende anche sul versante della necessaria conoscenza del percorso PAC e delle procedure adottate da ciascuna azienda per la sua realizzazione, nonché per l'effettuazione delle verifiche riguardanti i rischi di natura amministrativo-contabile connessi allo svolgimento delle diverse attività.

A tal fine, l'U.O. Risorse Economico Finanziarie del Sistema Socio Sanitario della Direzione Centrale Bilancio e Finanza, d'intesa con la Struttura Audit regionale e la Direzione Generale Welfare, ha organizzato primi momenti di approfondimento/formazione sulle tematiche del percorso attuativo della certificabilità dei bilanci dedicati ai responsabili e collaboratori degli Uffici Internal Audit delle aziende sanitarie pubbliche.

Come necessaria premessa per un efficace proseguimento del percorso di consolidamento PAC si forniscono le seguenti indicazioni:

- si conferma che la responsabilità formale per il consolidamento del PAC in ogni azienda sanitaria pubblica rimane in capo al Direttore Amministrativo;
- ciascuna azienda sanitaria rimane autonoma nelle decisioni in merito all'assegnazione del ruolo di coordinamento operativo del consolidamento PAC all'interno dell'azienda stessa;

- a circa tre anni dalla conclusione del percorso PAC, emerge anche l'esigenza di verificare se le procedure adottate dalle aziende necessitino di aggiornamenti in relazione al contesto normativo e gestionale in continuo mutamento: qui si specifica che per le procedure modificate/aggiornate non è richiesta la trasmissione alla Regione o il loro deposito presso il portale regionale SCRIBA, in quanto le procedure aziendali PAC non sono soggette ad approvazione regionale;
- mantengono validità le linee guida regionali approvate con D.G.R. n. 3014/2020;
- nell'ambito della documentazione che costituisce parte integrante delle certificazioni economiche trimestrali e del bilancio d'esercizio annuale (e più precisamente all'interno della relazione del Direttore Generale) ciascuna Azienda dovrà inserire apposito paragrafo dedicato al consolidamento del percorso PAC; in tale sede le Aziende dovranno indicare le attività effettuate nel corso dell'anno (in particolare, quelle decise a livello aziendale), nonché fornire l'indicazione analitica delle procedure aziendali analizzate e di quelle modificate/aggiornate (con gli estremi di identificazione e la data della versione/revisione approvata).

Per ciò che riguarda il percorso che si intende seguire nell'anno 2023, si richiamano, di seguito, alcune linee principali che verranno precisate con successivi atti e azioni a cura della U.O. Risorse Economico Finanziarie del Sistema Socio Sanitario della Direzione Centrale Bilancio e Finanza:

- verifica delle necessità di aggiornamento delle procedure adottate dalle aziende in sede PAC;
- verifica del disegno e del funzionamento dei controlli previsti dalle procedure amministrativo-contabili sviluppate nell'ambito del PAC;
- verifica dell'esistenza di ulteriori controlli implementati in azienda, ma non tracciati nelle procedure amministrativo-contabili;
- proseguimento dell'attività di formazione/accompagnamento sulle tematiche proprie del percorso attuativo della certificabilità dei bilanci, in particolare, di quella dedicata agli Uffici Internal Audit;
- verifica del reale livello di implementazione delle procedure PAC nella realtà aziendale;
- sperimentazione di metodologie e procedure di controllo interno nelle aziende sanitarie pubbliche in esito al percorso attuativo della certificabilità dei bilanci.

2. COMPLETEZZA E TEMPESTIVITÀ DI FLUSSI ED ELABORAZIONI

Al fine di garantire la chiusura del bilancio di esercizio entro il 30 aprile, come da disposizioni di legge, entro il 15 febbraio dovranno essere completati i flussi di attività, ivi compresi quelli socio-sanitari, ed entro il 28 febbraio dovranno essere messe a disposizione della DC Bilancio e Finanza le elaborazioni dei dati utili all'assegnazione definitiva delle risorse alle aziende.

Successivamente a tali date non saranno ammesse modifiche ed eventuali correzioni dovranno essere considerate e registrate a titolo di sopravvenienza nell'esercizio successivo.

La responsabilità della chiusura dei flussi e delle elaborazioni dei dati entro le scadenze stabilite dovrà trovare idonea traduzione negli obiettivi e nei relativi indicatori dei Direttori competenti delle aziende sanitarie, di Regione Lombardia e di ARIA S.p.A.

3. GESTIONE FINANZIARIA

Si conferma il ruolo di governance finanziaria in capo alle ATS a livello territoriale precisando la responsabilità in tema di erogazione dei saldi finanziari secondo competenza temporale al fine di garantire il puntuale rispetto dei tempi di pagamento e di evitare ricorsi ad anticipazioni di tesoreria.

Per garantire una corretta programmazione finanziaria e conseguente erogazione ai soggetti interessati viene confermato lo strumento denominato "Scheda di raccordo Economico-Finanziario".

Per l'anno 2023 la percentuale di trasferimento degli acconti mensili alle strutture del sistema regionale è fissata nella percentuale massima del 95%. I saldi annuali saranno erogati a seguito delle assegnazioni definitive, della determinazione delle funzioni non tariffate nonché sulla base delle rendicontazioni per le attività relative ai progetti finanziati con risorse del FSR corrente.

Si richiama il divieto di utilizzo dell'anticipazione di Tesoreria. Eventuali oneri legati all'utilizzo di anticipazione di tesoreria verranno valutati in sede di obiettivo dei Direttori Generali.

Qualora si manifestassero esigenze straordinarie di cassa, oltre i limiti dei finanziamenti assegnati, l'ente dovrà inoltrare apposita e motivata richiesta alla Direzione Generale Welfare e alla Direzione Centrale Bilancio e Finanza, al fine di ottenere eventuali anticipazioni finanziarie da restituire secondo un piano da concordare secondo quanto disposto dalla L.R. 5 agosto 2014 n.24.

Sempre al fine di una puntuale gestione finanziaria si richiama l'attenzione delle UOC Economico Finanziarie degli enti del sistema sanitario regionale a verificare che, in corso d'esercizio, vengano inoltrate con la dovuta puntualità le istanze relative agli smobilizzi dei contributi in conto capitale e degli specifici fondi accantonati, anche al fine di evitare un inappropriato utilizzo della cassa corrente, che non potrà più essere garantita a supporto di tale tipologia di pagamenti.

E' richiamata l'attenzione degli enti del sistema sanitario regionale ad una puntuale gestione finanziaria delle risorse compreso lo smobilizzo dei crediti verso soggetti terzi al sistema oltre che ad una puntuale verifica dello stato di indebitamento.

Trasferimenti da Regione agli Enti Sanitari pubblici del Sistema Sanitario Regionale

I trasferimenti da Regione agli Enti Sanitari pubblici del Sistema Sanitario Regionale avverranno attraverso acconti mensili nella percentuale massima del 95% sulla base delle linee che saranno definite nell'apposita scheda di raccordo economico-finanziario.

Gli acconti mensili non considerano gli accantonamenti centralizzati (Fondi rischi e franchigie), in quanto la relativa cassa verrà erogata solo in seguito agli effettivi smobilizzi e su istanza motivata da inoltrare via PEC alla U.O. Economico Finanziario.

In continuità con gli esercizi precedenti, per gli enti interessati da posizioni debitorie pregresse, verrà trattenuta la cassa relativa agli ammortamenti.

Trasferimenti di cassa tra ATS ed erogatori di appartenenza territoriale

Si conferma il ruolo programmatorio delle ATS previsto dalla L.R. 23/2015 per favorire un innovativo modello di governance del sistema socio-sanitario anche a livello economico e finanziario.

Le ATS dovranno adottare una metodologia standardizzata e condivisa per il calcolo degli acconti mensili alle strutture pubbliche del proprio territorio, regolando le rimesse mensili SIA IN BASE AL VALORE CONTRATTATO CHE ALLA REALE PRODUZIONE DEL SINGOLO EROGATORE, in sinergia con la programmazione regionale. Le ATS oltre a garantire un regolare monitoraggio dovranno acquisire dalle strutture pubbliche, gli elementi necessari ad impostare un'adeguata programmazione dei flussi finanziari al fine di consentire la corretta pianificazione delle rimesse di cassa.

Trasferimenti verso erogatori pubblici

Per l'esercizio 2023 sarà necessario:

- garantire acconti mensili fino al 95% di tutte le prestazioni sanitarie a contratto/convenzione e non, precisando che tale limite è omnicomprensivo;
- assicurare, agli aventi diritto, gli acconti relativi alle maggiorazioni tariffarie ex LR. n. 7/2010, in misura non inferiore al 60% del valore dell'ultima validazione formale;
- garantire le rimesse di cassa con tempistiche che ragionevolmente consentano il rispetto delle scadenze maggiormente onerose (stipendi), e comunque entro 5 giorni dal ricevimento dei trasferimenti regionali, allo scopo di evitare il ricorso alle anticipazioni di tesoreria da parte dell'erogatore pubblico creditore;
- regolare i saldi infrannuali, laddove necessari, in accordo con i competenti uffici della Direzione Generale Welfare;
- regolare i saldi definitivi entro 60 giorni dalla validazione regionale, compatibilmente con l'espletamento dei controlli di competenza, fatto salvo il contenzioso comprovato.

Trasferimenti verso erogatori privati

Per l'esercizio 2023 sarà necessario:

- garantire acconti mensili fino al 95% di tutte le prestazioni sanitarie a contratto/convenzione, comprese le funzioni non tariffate;
- assicurare, agli aventi diritto, gli acconti relativi alle maggiorazioni tariffarie ex L.R. 7/2010, in misura non inferiore al 60% del valore dell'ultima validazione formale;
- regolare i saldi infrannuali, laddove necessari, in accordo con i competenti uffici della Direzione Generale Welfare;
- regolare i saldi definitivi entro 60 giorni dalla validazione regionale, compatibilmente con l'espletamento dei controlli di competenza, fatto salvo il contenzioso comprovato.

Pagamenti verso fornitori

Obiettivo anche per il corrente esercizio è il consolidamento del pieno allineamento dei tempi di pagamento da parte di tutte gli enti sanitari pubblici alle tempistiche previste dalla legge. La gestione dei pagamenti verso i fornitori deve garantire il rispetto delle scadenze delle fatture (30/60 giorni, fatto salvo i contratti vigenti con altre tempistiche).

Potranno essere previste eventuali rimodulazioni legate all'impatto della pandemia sul volume di attività o a nuove indicazioni a livello nazionale, con provvedimento della Direzione Centrale Bilancio e Finanza in accordo con la Direzione Generale Welfare.

Si richiama il rispetto degli adempimenti previsti dal D.P.C.M 22/9/2014: Indicatore di tempestività dei pagamenti.

Nel 2023 si dovranno rafforzare le attività di alimentazione dei dati da aggiornare sulla Piattaforma dei Crediti Commerciali (PCC), ponendo attenzione alla completezza delle informazioni trasmesse e all'allineamento delle stesse con le risultanze del sistema contabile.

Particolare attenzione dovrà essere prestata alla gestione del debito scaduto e delle poste in contenzioso.

Si richiamano sul punto gli adempimenti previsti dalla legge di Bilancio 2019 (L.145/2018) ed in particolare da quanto stabilito ai commi 860, 861, 865, 866, 867 e 870 dell'articolo 1 in materia di tempi di pagamento e debito commerciale residuo.

Il rispetto dei tempi di pagamento e la corretta e completa alimentazione della PCC, saranno considerati obiettivi dei Direttori Generali.

Adempimenti LEA (Livelli Essenziali di Assistenza)

Il rispetto di tali adempimenti (Griglia Lea e Adempimenti MEF) costituirà obiettivo per gli enti sanitari del sistema sanitario regionale

4. N.O.C.C. (NUCLEO OPERATIVO DI CONTROLLO CONTABILE)

L'attività del Nucleo operativo di Controllo Contabile si espleterà nel 2023 in ambiti contabili riguardanti la Contabilità generale ovvero la Contabilità analitica/Controllo di Gestione, con modalità e tempistiche compatibili con l'emergenza sanitaria in corso. Le aree tematiche sottoposte a controllo verranno raccordate al percorso di Certificabilità dei Bilanci verificando l'applicazione delle procedure già approvate, attraverso il raccordo e la collaborazione con la UO Risorse economico finanziarie del sistema socio – sanitario lombardo della Presidenza – DC Bilancio e Finanza - nella definizione e attuazione dei programmi annuali di controllo dei N.O.C.C. (Nuclei Operativi di Controllo Contabile).

5. AREA CONTROLLO DI GESTIONE

Anche nel 2023, qualora i costi del covid, anche in assenza di stato di emergenza a livello nazionale, continuino ad avere impatto sui costi aziendali e soprattutto sull'organizzazione delle risorse del SSR, continuerà la rilevazione dei costi covid con contabilità analitica separata rispetto a quella ordinaria con la quale sono raccolti i costi della gestione caratteristica. Nel 2023 la contabilità analitica subirà una revisione, sia in termini di piano dei centri di costo standard che in termini di piano dei Fattori produttivi standard nonché in termini di sistema di allocazione dei costi diretti e ribaltamento di quelli indiretti. La proposta di piano dei cdc_std e dei Fp_std è già stata inviata agli enti nel corso del mese di dicembre 2022 e nel corso del mese di gennaio 2023 la stessa verrà aggiornata e rivista in base alle indicazioni degli enti di modo che l'assetto definitivo rispetti il principio della massima condivisione tra Regione ed enti del SSR; nel corso del mese di febbraio quindi, oltre alle anagrafiche sarà disponibile anche il manuale del controllo di gestione che

darà evidenza dei criteri di rilevazione di costi e ricavi, nonché della modalità di formulazione del budget e della reportistica resa disponibile a livello centrale. Nel corso del 2023 saranno riattivati alcuni degli indicatori disponibili fino al consuntivo 2019 e verranno riattivati i tavoli per il monitoraggio degli stessi nonché per l'aggiornamento e la formulazione di nuovi possibili indicatori magari orientati anche al monitoraggio degli accadimenti territoriali.
Nella revisione delle anagrafiche si è dato rilievo prevalentemente ai seguenti ambiti:

- Sviluppo della rete territoriale con particolare attenzione a costi legati all'attivazione di Ospedali di Comunità, Case della Comunità, Centrali Operative Territoriali, Consultori;
- Attività di ricerca: con rilevazione di costi e ricavi su un piano dei cdc_std ad hoc, costruito come un sezionale dell'ordinario, attraverso il quale valutare non solo l'impatto complessivo di questo tipo di attività ma anche l'ambito nel quale la ricerca, e non solo negli IRCCS ma in tutti gli enti che a diverso titolo ottengo finanziamenti in tal senso, si sviluppa;
- Attività finanziata da contributo e fondi vincolati: con rilevazione di costi e ricavi gestiti separatamente rispetto all'attività ordinaria finanziata con il FSR indistinto;
- Attività di libera professione, rilevata per tipologia di assistenza così da favorire sia la costruzione del modello di rilevazione dei costi per livelli di assistenza (LA) che quella del modello che rileva i conti del presidio ospedaliero (CP)

In vista di un ritorno all'ordinarietà si tratterà nel 2023 di riattivare i tavoli di confronto e di riavviare il monitoraggio degli indicatori di performances così da mettere a fattor comune quanto sviluppato ed implementato prima dell'avvento della pandemia e di ridefinire il quadro di riferimento degli indicatori stante il fatto che il quadro del nuovo controllo di gestione e del flusso di contabilità analitica è già stato definito dal manuale del controllo di gestione che verrà condiviso a febbraio 2023 e adottato a valere su tutto il 2023.
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, così da riportare i sistemi ai medesimi regimi di programmazione e valutazione precedenti alla pandemia. 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 2023, 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.
Anche per il consuntivo 2022, a meno che il Ministero della Salute non intervenga con aggiornamenti delle Linee Guida, sarà richiesto agli enti di implementare autonomamente le fasi 3 e 4, ma saranno in tal senso implementati una serie di controlli automatici che garantiranno maggiore coerenza tra quanto previsto nei controlli implementati sul portale NSIS e quanto attualmente reso dagli enti, sulla base dell'esperienza maturata nella gestione del consuntivo 2021.
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.
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.
Poiché i due modelli ministeriali devono essere coerenti tra loro non solo a livello di totali, ma anche a livello di macro livelli di assistenza, si raccomanda la massima accuratezza nella rilevazione dei dati di contabilità analitica che costituiscono le fondamenta di entrambi, al fine di prevenire qualsiasi disallineamento.
Si ricorda, altresì, che il modello CP (Conto di Presidio) è funzionale alla rendicontazione e al monitoraggio dell'equilibrio della gestione dei singoli presidi ospedalieri in rapporto alla remunerazione, tariffaria ed extratariffaria (prestazioni e funzioni), in coerenza con quanto previsto nella normativa relativa ai Piani di rientro, Decreto 21 giugno 2016.
Risulta quindi strategico che le attività di promozione dei percorsi di efficientamento e dei comportamenti virtuosi nell'utilizzo delle risorse, per garantire l'equilibrio economico-finanziario, siano correttamente rendicontate attraverso il flusso di contabilità analitica e conseguentemente attraverso i nuovi modelli ministeriali.

6. RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA ED EFFICIENTAMENTO DEL SISTEMA

Si intendono confermate anche per il 2023 le linee d'azione riguardanti la razionalizzazione della spesa sanitaria nell'aggregato dei Beni & Servizi e per il perseguimento dell'obiettivo di efficientamento e appropriato uso dei fattori produttivi, per quanto coerente ed applicabile nell'attuale situazione geopolitica.

In particolare, le linee d'azione 2023 dovranno:

- garantire, in continuità con gli anni precedenti, il conseguimento di risparmi

derivanti dall'adesione piena e puntuale al sistema di acquisti centralizzati (Aria S.p.a. e Consip S.p.A.) e aggregati. Nel particolare le Aziende dovranno rendere effettivi a Bilancio 2023 per l'intero esercizio i risparmi relativi alle adesioni alle convenzioni centralizzate riguardanti in particolare i servizi non sanitari aggiudicati nell'anno 2022;

- supportare la funzione acquisti attraverso anche le analisi della funzione controllo di gestione, utilizzando i benchmarking regionali e nazionali per incrementare l'efficienza del singolo processo produttivo attraverso confronti con altre realtà sia pubbliche che private, nonché migliorare i costi dei processi sanitari, ragionando nella loro interezza, come presa in carico del paziente sia nella fase acuta che in quella di accompagnamento sul territorio.
- migliorare l'accuratezza nella definizione degli obiettivi sui consumi dei fattori produttivi a maggiore impatto di spesa (in particolare per i dispositivi medici ad alto costo). Verificare durante l'anno l'andamento di tali obiettivi attraverso l'utilizzo di strumenti quali budget, contabilità analitica e indicatori di performance e implementare eventuali rapide azioni correttive in corso d'anno, al fine di garantire il rispetto degli obiettivi di spesa assegnati.

7. OBIETTIVI ECONOMICI DELL'AGGREGATO COSTI BENI E SERVIZI

Considerato il perdurare della situazione geopolitica e la graduale ripresa dell'attività sanitaria e sociosanitaria ai livelli pre-pandemia, con particolare attenzione al recupero delle liste di attesa, le assegnazioni preventive di bilancio per il 2023 per l'aggregato dei Beni & Servizi saranno definiti in funzione del pieno rispetto dell'equilibrio economico di sistema, anche tenendo conto dei valori di assestamento 2022.

Per ogni azienda verrà definito un obiettivo che, per le classi di spesa omogenee di Beni & Servizi, terrà conto:

- del trend storico correlato al livello di produzione e ai costi totali di produzione;
- del benchmarking con le altre aziende del sistema;
- della possibilità di ottenere risparmi in merito all'adesione a gare centralizzate regionali (Aria S.p.a.) e dell'introduzione di dispositivi innovativi.

Nel corso dell'anno le Agenzie e le Aziende del SSR sono tenute a garantire il monitoraggio strutturato e sistematico del livello assegnato dei costi per Beni & Servizi tenendo conto dei livelli e delle aree di produzione e rappresentato in sede di Certificazione Trimestrale.

La puntuale adesione al sistema di acquisti centralizzati (Aria S.p.a. e Consip S.p.a.) e aggregati e il rispetto degli obiettivi economici per singola area costituiranno obiettivi strategici dei Direttori Generali.

Si sottolinea la responsabilità gestionale affidata ai direttori generali che sono tenuti a perseguire obiettivi di equilibrio del bilancio basato su percorsi di razionalizzazione della spesa a livello aziendale di natura strutturale.

ALLEGATO 2
Quadro economico finanziario per il 2023:
Indicazioni specifiche per gli Enti Sanitari del Sistema Socio-Sanitario Regionale

AZIONI PER IL CONTENIMENTO DELLE LISTE DI ATTESA

Promozione e monitoraggio dei tempi/liste di attesa 1

Progetto di ricerca applicazione di modelli organizzativi per il governo delle liste di attesa per i ricoveri chirurgici programmati 2

Contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale 2

Gestione delle agende e governo dei tempi di attesa 3

Sistema di accoglienza ambulatoriale 4

Collaborazione con l'agenzia di controllo del sistema socio sanitario lombardo. 4

Promozione e monitoraggio dei tempi/liste di attesa

Nel 2023 la DG Welfare – U.O. OER proseguirà nell'implementazione delle azioni di miglioramento e di monitoraggio della performance sul rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità delle prestazioni sanitarie (ricoveri chirurgici programmati oncologici e non oncologici, prestazioni di specialistica ambulatoriale) erogate dagli Enti SSR pubblici e privati accreditati a contratto, già avviate nel biennio 2021-2022. Tra le attività di cui si prevede la prosecuzione, si segnalano il monitoraggio mensile della performance con produzione di report specifici per Ente, accorpati per ATS territoriale di riferimento, e pubblicati sul Portale di Governo regionale (https://logindwh.servizirl.it), e l'organizzazione di momenti istituzionali di confronto con gli Enti per la condivisione delle criticità emerse dall'elaborazione e per l'individuazione di azioni di miglioramento (con referenti delle Direzioni Strategiche, Responsabili Unici Aziendali, ecc).

La Direzione Generale Welfare svolgerà la funzione di monitoraggio sul rispetto delle disposizioni contenute nei provvedimenti adottati dalla DG Welfare per il contenimento dei tempi di attesa, con facoltà di attivare l'Unità di intervento per la riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie (istituita con DGR XI/6610 del 30/06/2022 e DGR XI/7226 del 24/10/2022).

Progetto di ricerca applicazione di modelli organizzativi per il governo delle liste di attesa per i ricoveri chirurgici programmati

Nel 2019 il Ministero della Salute ha avviato il progetto di ricerca "Riorganizzazione dell'attività chirurgica per setting assistenziali e complessità di cure" che ha prodotto il documento "Linee di Indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato", di cui all'Accordo Stato Regioni n. 100 /CSR del 9 luglio 2020. Il progetto, a cui Regione Lombardia ha aderito con n. 2 Ospedali Pilota (ASST Crema e ASST GOM Niguarda), ha evidenziato la necessità di sviluppare metodi e modelli organizzativi condivisi a livello nazionale volti a migliorare la gestione e il governo del processo chirurgico e a contenere i relativi tempi di attesa. A fronte dei risultati conseguiti, il Ministero della Salute ha predisposto un secondo progetto di ricerca finalizzato a diffondere su scala nazionale una metodologia uniforme per il governo integrato delle Liste di Attesa per prestazioni chirurgiche programmate. Il progetto, cui parteciperanno n. 2 ulteriori Ospedali Pilota in Lombardia (ASST Spedali Civili di Brescia e ASST Papa Giovanni XXIII di Bergamo), prevede per il 2023 lo sviluppo e l'implementazione di nuovi modelli di monitoraggio sull'utilizzo delle risorse assegnate, una analisi sistematica di dati e indicatori di processo e di esito inerenti gli eventi che caratterizzano il percorso peri-operatorio del paziente, al fine di migliorare la governance e l'efficientamento dei modelli organizzativi implementati.

Contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale

Si prevede di estendere le disposizioni contenute nella DGR XI/7475 "primo provvedimento urgente per il contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale" del 30/11/2022 ad ulteriori prestazioni di specialistica ambulatoriale, focalizzando l'intervento prioritariamente sulle prestazioni strumentali di diagnostica per immagini, quali ad esempio mammografie, TAC ed RMN.

In particolare, in continuità con le azioni intraprese attraverso la delibera sopra richiamata, si prevede di adottare la medesima metodologia delineata dalla

Direzione Generale Welfare così da effettuare una selezione delle prestazioni oggetto di nuovo provvedimento.

Le prestazioni identificate saranno oggetto di specifiche azioni correttive, da applicare agli erogatori pubblici e privati accreditati e a contratto, quali:

- aumento delle disponibilità di slot per l'erogazione della singola prestazione, al fine di garantire un volume pari all'erogato del 2019 incrementato del 10%;
- aumento delle agende trasparenti prenotabili;
- ottimizzazione da parte delle strutture sanitarie della propria capacità organizzativa.

Con riferimento alle prestazioni ambulatoriali complessive, si ribadisce la necessità di:

- aumentare il numero delle agende trasparenti e rese prenotabili alla Rete Regionale di Prenotazione;
- prevedere un incremento dei servizi di remind per ridurre il fenomeno del no-show sulle prestazioni;
- utilizzare i sistemi incentivanti previsti dalla normativa vigente per il coinvolgimento del personale ospedaliero.

Gestione delle agende e governo dei tempi di attesa

Nel corso del 2023 proseguiranno le attività di continuo miglioramento e perfezionamento della gestione delle agende ambulatoriali e di semplificazione delle procedure di prenotazione da parte dei cittadini.

Per dar seguito a quanto definito nell'ambito della DGR XI/7475, nel corso del 2023, le ASST e ATS saranno chiamate a partecipare alle attività per la progettazione delle nuove funzionalità digitali che consentiranno la programmazione e il monitoraggio degli slot disponibili di ciascun Ente Sanitario pubblico e privato.

Sistema di accoglienza ambulatoriale

In coerenza con quanto previsto dalla D.G.R. n. XI/7475 "Primo provvedimento urgente per il contenimento dei temi di attesa per le prestazioni specialistica ambulatoriale" del 30/11/2022, si prevede la strutturazione di un servizio regionale di CUP unico condiviso per la gestione del sistema di accoglienza e l'erogazione delle prestazioni in regime ambulatoriale, che consenta la razionalizzazione e condivisione da parte degli Enti Sanitari dislocati sul territorio lombardo di un'unica soluzione applicativa e delle infrastrutture per l'erogazione a livello regionale dei servizi di prenotazione, accettazione, gestione erogato, incasso, monitoraggio e reportistica.

La Soluzione dovrà essere erogata tramite un unico sistema gestito a livello regionale e sarà deputato a gestire l'accoglienza relativa all'intera offerta sanitaria (offerta esposta, offerta allocata, ossia slot die messi a disposizione per ciascuna prestazione ambulatoriale, tempi di attesa, etc.) consistente nelle prestazioni ambulatoriali.

Data la natura trasversale, l'iniziativa è rivolta direttamente a tutti gli Enti sanitari di Regione Lombardia, indipendentemente dalla natura di ASST o IRCCS, e, dovrà essere messa a disposizione ai privati accreditati (EEPA).

La strutturazione ed implementazione del CUP Unico sarà svolta da ARIA S.p.A. di concerto con Regione Lombardia.

Collaborazione con l'agenzia di controllo del sistema socio sanitario lombardo.

DG Welfare si avvarrà della collaborazione dell'Agenzia di Controllo del Sistema Socio Sanitario Lombardo per attività di monitoraggio e di natura ispettiva delle attività degli erogatori dei servizi ospedalieri e territoriali, pubblici e privati, sia sotto il profilo organizzativo-gestionale che sotto il profilo dei processi amministrativi e contabili.

In particolare, anche in attuazione della DGR n. 7475 del 30 novembre 2022, l'Agenzia di Controllo del Sistema Socio Sanitario Lombardo collaborerà con la Direzione Generale Welfare nelle attività di monitoraggio finalizzate al contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali.

POLO OSPEDALIERO

RETI CLINICO-ASSISTENZIALI ED ORGANIZZATIVE

Nel 2022 sono state attivate o riattivate secondo il modello di governance definito dalla DGR n. XI/1694/2019, diverse reti clinico assistenziali ed organizzative regionali attraverso la costituzione degli Organismi di Coordinamento per ogni singola rete e la definizione dei Piani di Rete che fissano il programma di lavoro articolato su un arco temporale di tre anni.
Nel corso del 2023 saranno attivate ulteriori reti a completamento della complessità degli ambiti clinico-assistenziali ed organizzativi e in particolare, le reti di alta specialità: neurochirurgia, chirurgia toracica, chirurgia vascolare, cardiochirurgia e odontoiatria. Sarà, inoltre, attivata la rete della radioterapia.
Nell'ambito delle attività della Rete Oncologica verranno ripresi i lavori della Rete dei Tumori Rari in attuazione dell'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 21/09/2017 con la quale è stata istituita la Rete Nazionale dei Tumori Rari.
Via via che saranno licenziati i vari documenti, elaborati dalle Commissioni tematiche all'interno di ogni rete, la DG Welfare considerati e valutati gli impatti organizzativi ed economici, li approverà con provvedimenti ad hoc.
Al fine di identificare le tecnologie sulle quali effettuare un'attività di prioritizzazione ed eventuale valutazione delle tecnologie innovative, la DG Welfare prenderà in esame le richieste che perverranno dalle reti clinico assistenziali ed organizzative.

RETE CURE PALLIATIVE

Nel corso del 2023, la Direzione Generale Welfare prosegue nel processo di sviluppo del modello organizzativo e della capacità erogativa della rete di cure palliative in coerenza all'Accordo n. 118/CSR del 27/07/2020 relativo all'Accreditamento delle Reti di Cure Palliative, nonché ai sensi della l.r. n. 22/2022 e del DM 77 del 23/05/2022. Alla luce del monitoraggio condotto per il triennio 2019-2021, con il coinvolgimento dell'Organismo di coordinamento regionale delle Cure palliative, si ritiene strategico portare a compimento il *"Piano di sviluppo della Rete Regionale di Cure Palliative e delle sue Reti Locali"* i cui obiettivi prioritari a valenza strategica sono i seguenti.

1. Identificazione precoce e proattiva del Bisogno di Cure Palliative (BCP) nella popolazione di pazienti cronici e fragili in fase avanzata di malattia, che mira a ridurre gli accessi impropri alla rete di emergenza urgenza e alle strutture ospedaliere. A tal fine, le azioni da avviare sono:
   - la promozione dell'utilizzo dello Strumento (sub-allegato E ex DGR 1046/2018) aggiornato, ai fini dell'avvio della valutazione della condizione clinica del malato da parte delle Reti Locali di Cure Palliative che dovrà prevedere momenti di formazione specifica, rivolta ai professionisti coinvolti nel processo, in particolar modo, MMG, Infermieri di Famiglia e Comunità, medici delle RSA, medici specialisti di branca;
   - l'introduzione di strumenti univoci di valutazione multidimensionale, di competenza specialistica, per stratificare il BCP per livelli di complessità e di intensità assistenziale, prevedendo anche in questo caso una formazione ad hoc.

2. Efficientamento della capacità erogativa delle RLCP, ai fini di una risposta più puntuale al BCP, nonché di dare la massima prossimità alle cure, saranno progressivamente monitorati e identificati i profili/livelli assistenziali da assicurare sia in ambito ospedaliero che territoriale, con particolare riguardo alle attività ambulatoriali (comprese le cure simultanee) e consulenziali (intra ed extraospedaliere) incluse le forme di tecnoassistenza. In tal senso, si procederà a valutare l'attivazione di un flusso informativo dedicato a questa tipologia di prestazioni, ad implementazione del Flusso

CP, e contestualmente ad aggiornare le schede struttura in modo coerente alle suddette attività.

- Cure palliative specialistiche in Ospedale: nel corso del 2023 la DG Welfare, in aderenza all'articolo 38, comma 2 del DPCM del 12/01/2017 "Nuovi LEA" e in attuazione del DM 77 del 23/05/2022, monitora l'attività di cure palliative nell'ambito delle strutture ospedaliere da parte di Équipe dedicate di cure palliative. L'équipe di cure palliative svolge funzioni di governo clinico dei processi di ricovero e dimissione dei malati con BCP, coordinando e integrando le Cure palliative nei diversi livelli di assistenza, in collaborazione con le COT, i PUA, l'ADI complessa e l'Assistenza Primaria.
- Cure palliative specialistiche in ambulatorio: sono erogate in modo precoce e simultaneo da equipe dedicate e specificatamente formate in cure palliative che operano all'interno della RLCP nei livelli ospedaliero e territoriale. Ai fini di una risposta più puntuale al Bisogno di Cure Palliative, e per dare la massima prossimità alle cure, saranno progressivamente monitorati e valutati i profili/livelli assistenziali da assicurare sia in ambito ospedaliero che territoriale, con particolare riguardo alle attività ambulatoriali (comprese le cure simultanee) e consulenziali (intra ed extraospedaliere), incluse le forme di tecno-assistenza, per una progressiva attivazione presso Case di Comunità e altre strutture accreditate per le Cure Palliative.

Ulteriori azioni di efficientamento delle RLCP: al fine di valorizzare l'offerta territoriale di cura e assistenza in modo omogeneo nelle diverse aree geografiche, verranno messe in atto azioni volte a sviluppare le migliori sinergie tra tutti i soggetti erogatori di cure palliative e le altre risorse del territorio di riferimento delle RLCP. Inoltre, sarà utile effettuare l'analisi degli strumenti di valutazione dell'appropriatezza, in uso presso le ATS, per l'ambito specifico delle cure palliative per un loro successivo aggiornamento.

3. Formazione degli operatori: nel corso del 2023 in attuazione al Piano degli eventi formativi 2020-2023 rivolti al personale del SSR si procederà alla realizzazione dei percorsi formativi a favore dei professionisti delle Reti di cure palliative nonché, in aderenza all'Intesa CSR del 9 luglio 220 rep. Atti n. 103/CSR, dei referenti delle Organizzazioni di Volontariato delle Reti Locali di Cure Palliative

Rete di Terapia del dolore e cure palliative pediatriche – RTD-CPP.

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

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

Rete di Terapia del Dolore

Nel corso del 2023, la Direzione Generale Welfare procede all'accreditamento delle Reti di Terapia del dolore secondo le indicazioni contenute nel documento tecnico di cui all'Accordo CSR n.119/2020 del 27/07/2020.

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

- all'aggiornamento dell'Organismo di Coordinamento della Rete di Terapia del Dolore di cui alla DGR n. X/6691/2017;

- alla stesura di un documento tecnico di sviluppo della Rete Regionale di Terapia del Dolore che, in aderenza all'Accordo CSR n.119/2020 del 27/07/2020, definisca:
  - ✓ l'evoluzione del modello organizzativo della rete regionale di terapia del dolore con l'identificazione delle Reti Locali di Terapia del Dolore e riclassificazione dei Centri di Terapia del Dolore Specialistici di Primo e di Secondo Livello;
  - ✓ i rapporti e le interazioni, atte a favorire le opportune sinergie, tra la RLTD e il territorio.

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

RETE TRASFUSIONALE

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

1) Supporto e sostegno a tutta la filiera della raccolta e produzione del sangue, del plasma e dei medicinali plasmaderivati ottenuti dal plasma dei donatori volontari di sangue ed emocomponenti:
   - osservanza degli impegni di raccolta, sia per il sangue che per il plasma da aferesi monocomponente, con particolare riguardo agli adeguamenti almeno mensili dei programmi quali-quantitativi di raccolta in relazione ai fabbisogni trasfusionali in tutti i periodi dell'anno;
   - introduzione, ove necessario, anche di modifiche organizzative con ampliamento degli orari di servizio per facilitare l'accesso dei donatori con donazione programmata per appuntamento e le successive fasi di lavorazione e qualificazione biologica degli emocomponenti;
   - implementazione sistematica, nelle fasi di raccolta e produzione, anche di tecnologie informatiche, quali l'RFID per supportare efficienza e tracciabilità di operazioni ripetitive massive;
   - potenziamento delle integrazioni informatiche intra DMTE e inter-DMTE per supportare eventuali imprevisti default locali;
   - integrazione del software gestionale trasfusionale con il fascicolo sanitario per la consegna del referto direttamente ai donatori secondo esigenze da essi già espresse per il tramite delle Associazioni/Federazioni di Donatori Volontari di sangue.

2) Rafforzamento della sicurezza trasfusionale al letto del paziente, fase finale del processo "vena-vena", con il supporto di tecnologie informatiche e telemedicina, al fine di evitare eventi/incidenti gravi riconducibili ad un errore trasfusionale ABO correlato a erronea identificazione del paziente e/o della gestione delle unità consegnate al di fuori del Servizio Trasfusionale. A tal fine è necessaria l'implementazione sistematica di tecnologie informatiche quali: 1) RFID come barriera all'errore nel riconoscimento al letto del paziente, 2) richiesta trasfusionale informatizzata (Emoward, modulo di Emonet); 3) frigoemoteche a controllo remoto,

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

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

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

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

PDTA

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

ATTIVITÀ DI EMERGENZA URGENZA OSPEDALIERA

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

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

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

raccoglierli, analizzarli e trasmetterne le risultanze alla DG Welfare e all'Osservatorio per gli opportuni interventi.
Nel corso 2023 si provvederà con specifico atto a intervenire sugli snodi che caratterizzano il flusso di dimissione dei pazienti dalle aree di degenza ospedaliera con lo scopo di eliminare gli ostacoli che attualmente rallentano il flusso di ammissione, cura e dimissione dei pazienti. In particolare, si interverrà sull'accesso e disponibilità dei posti letto nelle unità territoriali (Ospedali di Comunità; RSA; Strutture intermedie; Riabilitazione).
Tra le azioni a supporto dell'attività in argomento, si richiederà a tutte le Strutture sanitarie pubbliche di garantire:

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

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

Come definito nel documento tecnico "*Rete Stroke di Regione Lombardia. Identificazione in fase preospedaliera del paziente adulto con ictus. Criteri di centralizzazione. Definizione dei nodi della rete*", la Stroke Unit di I livello attiverà, direttamente o tramite SOREU, il trasferimento del paziente presso la Stroke Unit di II livello di proprio riferimento, per l'effettuazione della procedura angiografica di disostruzione meccanica.
Al termine della procedura, a meno di complicanze, il paziente ritornerà, dopo stabilizzazione clinica, presso la Stroke Unit di I livello inviante, per il completamento dell'assistenza in acuto.

La descritta movimentazione del paziente costituisce un unico episodio di assistenza articolato su più presidi ospedalieri, grazie alla strutturazione di un percorso tra diversi Enti erogatori, secondo un modello che deve garantire il corretto riconoscimento di un episodio unico di malattia all'interno di un unico DRG.
A questo proposito si ricorda che l'obiettivo descritto è raggiungibile dall'Ente inviante (ossia la Stroke Unit di I livello) facendo riferimento alle modalità di rendicontazione definite dalla DGR n. X/7503/2017 (Manuale di rilevazione - Flusso informativo - Scheda di Dimissione Ospedaliera - v. 2.0) per gli interventi chirurgici o procedure "esterne" da indicare sul file SDO6.txt ("*Gruppo di informazioni da compilare sempre e solo per i ricoveri ordinari, nel caso in cui un intervento chirurgico o procedura venga effettuato in modalità "in service" presso*

un istituto di cura esterno, ovvero diverso da quella in cui il paziente è ricoverato (quindi senza chiusura della SDO)"), per cui si prevede la movimentazione verso altro nosocomio e successivo rientro del paziente.
Il suddetto schema di rendicontazione e di conseguente compensazione economica tra Enti è reso possibile dall'esistenza di percorsi standard concordati, in riferimento alle indicazioni della suddetta DGR n. XI/7473/2022.

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

Inoltre, è necessario provvedere ad una corretta tenuta della documentazione clinica durante tutte le fasi di assistenza tra le due Stroke Unit, con particolare riferimento alla modulistica relativa all'informazione e consenso (procedura, eventuale sedo-analgesia ecc.) da raccogliere con le modalità previste dalla normativa/indicazioni regionali vigenti, evidenziando i casi in cui il paziente non sia in grado di esprimere il proprio consenso e la necessità di procedere al trattamento sanitario utile e necessario, in modo tempestivo e adeguato, secondo la migliore scienza ed esperienza medica.
La documentazione clinica relativa al passaggio nella Stroke Unit di II livello (referti, consensi ecc.) deve confluire nella cartella clinica presso la Stroke Unit di I livello, che attenderà al prosieguo di cura e alla dimissione del paziente. Gli elementi citati rientreranno anch'essi nelle verifiche di competenza delle ATS.

RETE PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA (PMA)
Nel corso del 2023 sarà approntata una complessiva revisione e razionalizzazione organizzativa relativa all'erogazione di prestazioni di PMA di tipo eterologo ed omologo.
Nel quadro di questa riorganizzazione, sarà dato spazio anche all'attività della Banca regionale di crioconservazione dei gameti avviata presso la ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, la cui sperimentazione aveva subito un necessario rallentamento a causa dell'intervenuta emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2. Nel corso del 2022, l'attività di bancaggio e distribuzione dei gameti femminili e maschili, finalizzata a consentire sul territorio regionale le procedure di PMA di tipo eterologo, ha potuto essere sperimentata e collaudata, dando un esito positivo.

ACCREDITAMENTO SANITARIO
Revisione del sistema di accreditamento
Con l.r. 20 maggio 2022 n. 8 è stato riportato in capo alla Regione l'accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie demandando alle ATS lo svolgimento dell'istruttoria. Con la DGR n. XI / 6677 del 18/07/2022 è stata disposta pertanto la revisione della procedura di accreditamento delle Strutture Sanitarie.
Nella seduta del 14 dicembre 2022 della Conferenza Stato-Regioni è stata sancita l'intesa, ai sensi dell'articolo 15, comma 1, della legge 5 agosto 2022, n. 118 (Legge annuale per il mercato e la concorrenza 2021), sullo schema di Decreto del Ministro della salute in materia di valutazione delle attività erogate in termini di qualità, sicurezza e appropriatezza per l'accreditamento e per gli accordi contrattuali con le strutture sanitarie; di conseguenza nel 2023 il percorso di accreditamento subirà un' ulteriore modifica.

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

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

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

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

Attività ambulatoriale

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

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

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

Sub-acuti

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

di posti tecnici per attività di cura sub-acute e ha definito le tariffe di rimborso a giornata di degenza, la DGR n. 1185 del 20.12.2013 che ha modificato i criteri di accesso).
Stante la necessità di ottimizzare la gestione dei posti letto sub-acuti per far fronte alle necessità dei reparti di area internistica per acuti, si dà mandato alla Direzione Generale Welfare di procedere alla revisione della tariffa di rimborso a giornata di degenza prevendendo una tariffa differenziata, con un valore economico più elevato nei primi 10 giorni di degenza ed un valore ridotto nei giorni successivi al decimo.

Proroga requisiti strutturali specifici in riferimento alla DGR n. XI/5806/2021
Richiamata la DGR n. XI/5806 del 29/12/2021 ad oggetto "*Proroga dei termini per l'adeguamento tecnologico e strutturale delle Strutture Sanitarie e per la conclusione dei Piani Programma delle Unità di Offerta Sociosanitarie*", tenuto altresì conto della procedura di riclassificazione sia della terapia intensiva, che ha richiesto una serie di approfondimenti tecnici, che dei Servizi di Medicina di Laboratorio, si dispone la proroga al 31/12/2025 per l'adeguamento dei requisiti strutturali specifici.
Di conseguenza si precisa che la proroga viene concessa a tutte le Strutture per le quali la stessa è stata indicata dalla DG Welfare al 31/12/2023. Qualora i lavori terminassero comunque prima dei termini stabiliti la ATS dovrà seguire la procedura prevista per il III Step.

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

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

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

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

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

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

Ospedale-territorio
La sfida del PNRR è quella di prevedere la riforma del territorio potenziando anche gli ospedali.
Il modello che Regione Lombardia intende perseguire è quello di dotarsi di:

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

Sul fronte dell'intensità di cura a livello ospedaliero sarà elaborato dalla Direzione generale Welfare un modello clinico-organizzativo - da applicare in modo uniforme a livello regionale dell'Osservazione breve Intensiva del Pronto Soccorso e dell'assistenza ospedaliera semintensiva, declinata nell'area della medicina d'urgenza, della medicina interna, della pneumologia dell'anestesia/rianimazione.
Tale modello dovrà definire l'assistenza semintensiva, integrando i requisiti di accreditamento già approvati con DGR n. XI/3264/2020, declinata in termini di appropriatezza di ricovero e dimissione secondo l'area di afferenza.

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

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

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

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

Aggiornamento e/o inserimento di nuovi requisiti di accreditamento per le aree meritevoli di aggiornamento.
Per il 2023 sarà posta attenzione in particolare alle seguenti aree: diagnostica per immagini, medicina nucleare e radioterapia.

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

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

Unità di offerta area dipendenze
Il Tavolo Tecnico dell'area dipendenze, istituito ai sensi della LR 23/2020, procederà nel corso del 2023 a valutare gli effetti dell'applicazione della DGR XI/7125/2022 nel sistema regionale dei servizi delle dipendenze.
Il Tavolo procederà, inoltre, a valutare eventuali modifiche degli assetti delle unità di offerta nell'ambito del nuovo contesto programmatico regionale delineato dalla LR 23/2020 e in considerazione dei nuovi bisogni dell'utenza.
Pertanto, fino all'esito delle sopra citate valutazioni, non sarà possibile procedere ad eventuali trasformazioni dell'accreditamento delle tipologie di posti nelle strutture residenziali.

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

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

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

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

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

Decadenza dell'accreditamento

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

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

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

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

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

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

Unità d'offerta sociosanitarie con piano programma

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

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

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

Attività di vigilanza e controllo di appropriatezza

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

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

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

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

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

Nuclei Alzheimer

I Nuclei Alzheimer sono finalizzati a garantire agli ospiti le necessarie condizioni di protezione e sicurezza e, al tempo stesso, ritmi di vita e un ambiente protesico e riabilitativo adeguato alle loro autonomie residue, alle manifestazioni comportamentali ed alle competenze cognitive.
In quest'ottica essi sono destinati a persone affette da demenza di differente eziologia, tipo o sottotipo che, per il livello del deficit cognitivo e per la presenza di significative alterazioni comportamentali (per esempio vagabondaggio, affaccendamento afinalistico, irrequietezza motoria, irritabilità, vocalizzazione impropria, ecc.) possono giovarsi delle soluzioni ambientali, delle apposite strategie assistenziali e dello specifico standard di personale.
Ne deriva che i residenti in RSA affetti da demenza in fase iniziale, senza disturbi comportamentali, non debbano essere accolti nei nuclei Alzheimer, ma possano avvantaggiarsi della convivenza con persone cognitivamente integre. Analogamente, non si configura l'esigenza di separare dagli altri ospiti le persone affette da demenza grave, quindi associata a una grave compromissione cognitiva e delle autonomie, quando i bisogni internistici e assistenziali siano simili a quelli dei residenti tipici di RSA.

Criteri di appropriatezza

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

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

Collegamento con la rete dei servizi per le demenze

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

I gestori di RSA che sono dotati di un nucleo Alzheimer devono essere collegati alla rete dei servizi per le demenze di riferimento per il proprio territorio, sia per supporto nelle valutazioni diagnostiche, sia per un collegamento funzionale ospedale – territorio per condivisione di linee guida, buone prassi e omogeneità della rete d'offerta e per adesione a progetti locali.

Il collegamento con i CDCD deve essere anche inteso come necessaria partecipazione attiva alla rete locale dei servizi per le demenze, collaborando a iniziative di formazione e cooperando con le stesse a garantire una copertura efficace ed omogenea dell'offerta sul territorio.

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

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

ATTIVITÀ DI CONTROLLO

Attività di controllo della Direzione Generale Welfare

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

Programmazione dei controlli delle Agenzie di Tutela della Salute

Le ATS (Art. 3, LR n. 23/2015) esercitano le proprie funzioni di "vigilanza e controllo sulle strutture e sulle unità d'offerta sanitarie, sociosanitarie e sociali, come previsto dall'articolo10 del d.lgs. 502/1992, secondo le cadenze previste dai propri piani di controllo annuali e da quelli previsti dall'agenzia di controllo di cui all'articolo 11" della LR n. 23/2015.
Il Piano dei Controlli, già previsto dalla DGR n. VII/15324/2003 e richiamato nel citato Art. 3 della LR n. 23/2015, è il principale strumento di programmazione di cui le ATS dispongono per declinare nel concreto le linee di intervento a supporto della funzione di verifica, monitoraggio e controllo.
Pertanto, le ATS, così come previsto dalla DGR n° XI/7315 del 14/11/2022, predispongono ed inviano entro il 28 febbraio 2023, alla DG Welfare e all'ACSS, con invio elettronico, il Piano dei Controlli relativo all'esercizio 2023.

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

Con il decreto n. 16148 del 11/11/2022 è stata rinnovata la composizione del Tavolo Sanitario del Gruppo di Lavoro Regionale per l'accreditamento, l'appropriatezza e la codifica delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie (decreto n. 4420 del 2019).
A seguito di numerosi quesiti pervenuti dalle ATS in merito all'appropriatezza e codifica delle prestazioni sanitarie di ricovero è stato ritenuto utile istituire un Sottogruppo Tecnico sulla verifica dell'appropriatezza e della codifica delle prestazioni sanitarie.
Le risoluzioni del Sottogruppo Tecnico sulla verifica devono essere portate a conoscenza e condivise prioritariamente nell'ambito del Tavolo Sanitario per assicurare la trasversalità e completezza dei pareri tecnici;
La DG Welfare assicura che alle determinazioni in materia di autorizzazione, accreditamento, verifica dell'appropriatezza e della codifica delle prestazioni sanitarie recepite, sia data la massima diffusione ai fini di assicurare un'omogeneità di applicazione su tutto il territorio regionale;
il Tavolo Sanitario e il Sottogruppo Tecnico hanno la durata di tre anni dalla data di approvazione del citato provvedimento e comunque svolgono le proprie funzioni fino alla nomina dei nuovi gruppi di lavoro.

Indirizzi per i controlli delle prestazioni sanitarie

Viene confermata la necessità che, per l'anno 2023, le direzioni strategiche delle ATS diano la massima priorità, in termini di programmazione e di risorse dedicate, all'attuazione delle disposizioni progressivamente introdotte dalla Giunta Regionale con le Regole di Sistema annuali.
In particolare, in riferimento alla quota dei controlli introdotta già dalle Regole per il 2022 pari al 12.5% (DGR n. 6387/2022), al fine di garantire la sostenibilità delle attività conseguenti,

si chiede alle direzioni strategiche delle ATS di considerare prioritarie queste attività destinando alle stesse un numero adeguato di operatori.
Si ribadisce l'obbligo di invio, alla DG Welfare e all'ACSS, dell'elenco aggiornato dei componenti del NOC delle ATS, all'inizio dell'Esercizio 2023 (entro il 31 gennaio 2023) e successivamente ad ogni eventuale modifica degli stessi componenti.
Di seguito si dettagliano i contenuti in tema di "Controlli".
Per il 2023, nel confermare quanto contenuto nel DM del 10/12/2009 "Controlli sulle cartelle cliniche" e le quote minime di attività in esso individuate, si dispone quanto segue:

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

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

<u>Autocontrollo qualità documentale Ricoveri (3%)</u>
Dimessi dal 1°gennaio 2023
<u>ATS</u>

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

<u>Erogatore</u>

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

<u>ATS</u>

- 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 ≥ 5%).
- Invio esiti quota parte controllo ATS ed autocontrollo Erogatore in Regione entro il 10.01.24 (con possibilità di correggere errori fino al 10.02.24).

<u>Autocontrollo congruenza e appropriatezza generica Ricoveri (3,5%)</u>
Dimessi dal 1°gennaio 2023
<u>Erogatore</u>

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

ATS

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

Le Strutture sanitarie di ricovero e cura dovranno provvedere, entro il 15 febbraio p.v., ad inviare, alla ATS di riferimento, un Piano di Controllo aziendale in cui siano esplicitati i criteri di campionamento e le modalità organizzative utilizzate per quanto riguarda l'autocontrollo di congruenza delle prestazioni di ricovero.
Si ricorda, altresì, che, stante la natura dei controlli sulle prestazioni sanitarie, tesi a garantire la corretta allocazione delle risorse finanziate dal SSR, i campioni di autocontrollo non devono contenere pratiche "non" finanziate, le quali non possono quindi entrare nel computo delle quote percentuali attese.
Le descritte funzioni di controllo saranno condotte dalle ATS integrandosi e coordinandosi con il contenuto del Piano dei Controlli e dei Protocolli dell'Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario Lombardo.

Endoprotesi e dispositivi ad alto costo

La DGR n. XI/5924 del 07.02.2022 avente per oggetto "Determinazione in merito alla remunerazione di alcune prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti" (poi integrata con il decreto n. 14040 del 03/10/2022) ha rivisto i criteri di rilevazione dei costi di endoprotesi/dispositivi ad alto costo ed ha contemporaneamente rimodulato le tariffe di alcuni DRG.
Le nuove indicazioni prevedono una tariffa differenziata, identificata da una lettera, in presenza di specifici codici di procedura in combinazione con alcune tipologie di endoprotesi/dispositivi ad alto costo rendicontabili nel flusso SDO4.
A fronte di quanto sopra, le disposizioni inerenti alle modalità di controllo del NOC rispetto al tipo campione Q (campione estratto con metodica guidata, ricoveri con impianto di endoprotesi) di cui alla DGR n. XI/1046 del 17.12.2018 e alla nota prot. n. G1.2019.0009622 del 28.02.2019 possono considerarsi superate a partire dai dimessi dal 01/01/2022, mentre resta immutata la verifica dell'oggettivazione documentale dell'avvenuto impianto della/delle endoprotesi rendicontata/e.
Quindi il tracciato esiti NOC (che dal 2019 aveva recepito le indicazioni introdotte con la nota regionale G1.2019.0016807 del 28/02/2019 con l'introduzione in presenza della lettera "Q" della compilazione dei capi dalla posizione 300 alla 368) dal 2022 non prevede un valore "Q" nel TIPO_CAMP e non prevede la compilazione dei campi dalla posizione 300 alla 368 (campi filler).
Si amplia invece l'elenco delle codifiche esito del controllo con l'aggiunta di due possibili esiti:

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

SERVIZI DI MEDICINA DI LABORATORIO

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

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

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

Attività analitiche

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

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

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

Armonizzazione del referto di Laboratorio – codice LOINC

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

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

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

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

Applicazione della Telepatologia in ambito della Medicina di Laboratorio

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

Appropriatezza Diagnostica

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

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

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

Albo Esperti Tecnici di Medicina di Laboratorio

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

Rete Regionale delle Anatomie Patologiche in funzione della medicina dei trapianti

Il Centro Regionale di Coordinamento della Medicina di Laboratorio predisporrà, in collaborazione con il Coordinamento Regionale Trapianti (CoRe), un progetto finalizzato all'armonizzazione e standardizzazione delle valutazioni istopatologiche rese per la rete regionale e nazionale trapianti, che preveda anche l'implementazione della Digital Pathology.
Il progetto in argomento comporterà l'istituzione di un Gruppo Tecnico di specialisti in Anatomia Patologica, con l'obiettivo di predisporre le necessarie istruttorie tecniche.

SISTEMA REGIONALE TRAPIANTI

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

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

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

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

RETE OSTETRICO-GINECOLOGICA E NEONATALE

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

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

Ambito Salute della donna e Percorso Nascita

Per il 2023 si riconferma lo sviluppo degli obiettivi già indicati nelle DGR n. XI/5249 del 20/09/2021(cap.1-5), DGR n. XI/6387 del 16/05/2022 (Allegato 5, p.17), e quanto definito nel Decreto DG Welfare n. 5697 del 29/04/2022, con la peculiarità di un approccio unitario all'intero metaprogetto della rete, atto a garantire la continuità assistenziale e l'appropriatezza clinica ed organizzativa, attraverso la messa in rete di tutti i professionisti, strutture e servizi che erogano interventi sanitari e sociosanitari, ospedalieri e territoriali.
Nello specifico sono previste azioni caratterizzate da forti strategie di integrazione sanitaria, sociosanitaria e sociale che coinvolgono diversi ambiti organizzativi, - Polo Ospedaliero, Polo Territoriale, Prevenzione - ivi compresa la collaborazione della Direzione Politiche per la Famiglia, Genitorialità e Pari Opportunità.
In particolare, nell'ambito della assistenza distrettuale, territoriale e della prevenzione e alla luce dell'art.24 del D.P.C.M. 12/01/2017 ad accesso diretto, il Consultorio Familiare garantisce alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie le prestazioni LEA, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche, terapeutiche, ostetriche, psicologiche e psicoterapeutiche, riabilitative. Si rimanda alla sezione dei Consultori familiari, la complessiva attività della rete territoriale. L'assistenza distrettuale ai minori, alle donne, alle coppie e alle famiglie tiene conto di eventuali condizioni di disabilità ed è integrata da interventi sociali in relazione ai bisogni socioassistenziale emerso dalla valutazione multidisciplinare. Le incisive azioni in tema di prevenzione e protezione della salute hanno un'elevata rilevanza per il riflesso sul benessere della persona, della popolazione attuale e futura. La rivoluzione epigenetica, la teoria delle origini embrio-fetali delle malattie complesse non trasmissibili (MCNT), l'investimento sui "Primi 1000 giorni" per la prevenzione delle patologie associate principalmente agli stili di vita (non-communicable diseases NCD) e la transizione epidemiologica del XXI secolo indicano la opportunità di investire preventivamente sulla salute delle donne, dei neonati e dei minori.
Le azioni, la tipologia - trasversalità degli interventi e i livelli dei servizi, vanno modulate nel rispetto dei diritti e scelte delle donne, offrendo servizi secondo un approccio "stepped care", ovvero graduale e scalabile per professionisti e per livelli, iniziando dal riconoscimento della fisiologia del ciclo vitale, potenziando l'adesione ai programmi di salute, rafforzando le competenze genitoriali, intercettando precocemente le condizioni di vulnerabilità cui fornire maggiore assistenza.
Le tutela della salute della donna ed il Percorso nascita sono attività istituzionali e routinarie del Consultorio. L'investimento sul periodo perinatale e sui primi mille giorni di vita di un bambino costruisce un capitale di salute; produce benefiche ricadute lungo l'arco della vita in termine di salute: promuove competenze cognitive, sociali, sanitarie del singolo individuo e della comunità nel suo insieme.
Sono quindi definiti e riconfermati i seguenti obiettivi di intervento:

- potenziare ulteriormente le attività dell'area oncologica quale lo screening del tumore della cervice uterina;
- sostenere i programmi di prevenzione primaria in tema di vaccinazioni della donna (in età fertile e nel periodo perinatale) per superare l'esitazione vaccinale nel periodo perinatale;
- attivare percorsi per il supporto delle competenze genitoriali e buone pratiche quali, ad esempio, la lettura ad alta voce, sulla base di quanto già avviato (Rete Consultorio, Biblioteche, Nati per Leggere);

- attivare un servizio di consulenza (medica, ostetrica con possibilità di consulenza psicologica e sociale) in tema di pianificazione familiare, e presa in carico della donna con interruzione della gravidanza spontanea o volontaria nel primo trimestre;
- attivare un servizio di consulenza specialistica medica, ostetrica, psicologica in merito alle diverse fasi del ciclo vitale femminile, comprese le variazioni del climaterio e della menopausa;
- potenziare gli interventi e le risorse dell'Ostetrica consultoriale in tutti i setting e livelli di cura in raccordo con le strutture della prevenzione-territorio-ospedale. Le attività sono finalizzate a garantire la presa in carico della donna in tutto il ciclo di vita fino al climaterio. Le prestazioni dell'Ostetrica sono erogate in presenza (ambulatorio, consultorio familiare, case di comunità), al domicilio, in strutture di isolamento o altro, anche mediante la telemedicina;
- un significativo impegno è da prevedersi nel Percorso Nascita per l'affiancamento alla donna, alla coppia e al neonato - sia nei percorsi fisiologici e sani sia nei percorsi di maggiore complessità e vulnerabilità - e nell'implementazione delle azioni previste nel P.L. 16 "promozione della salute in gravidanza e nei primi 1000" del Piano Regionale della Prevenzione 2022-2025;
- assicurare la continuità assistenziale a cura della ostetrica alle donne dopo la dimissione dal luogo scelto per il parto (supporto universale) con la proposta routinaria alla puerpera di supporto con monitoraggio in telemedicina e di visite al domicilio;
- assicurare alla donna in gravidanza e alla puerpera l'accompagnamento psico-socio-educativo con percorsi di gruppo in presenza e on line (psico-educazione e mutuo-aiuto per neomamme; massaggio infantile) e, al bisogno, con colloqui di sostegno in presenza e in telemedicina;
- individuare le situazioni di vulnerabilità della donna/famiglia con strumenti di screening validati o con richiesta spontanea. Attivare un supporto dedicato da parte della rete professionale e specialistica secondo il programma di Home Visiting. In particolare, secondo l'approccio OMS "stepped care" e quanto già disposto dalla DGR n. IX/6387 del 16/05/2022, quando l'operatore del consultorio (ostetrica, assistente sociale, psicologo, educatore professionale) dovesse rilevare segnali di disagio nella donna/famiglia, attiva l'Equipe multidisciplinare consultoriale per valutare ed implementare gli interventi a partire dal modello Pensare Positivo fino alla attivazione della rete e degli specialisti di competenza;
- avviare il rilascio, la sperimentazione e l'utilizzo dell'Agenda Percorso Nascita informatizzata previo il censimento e la profilazione delle ostetriche dipendenti delle strutture pubbliche afferenti alle ASST. Attivare la dematerializzazione degli accertamenti di laboratorio e strumentali delimitati per il controllo della gravidanza fisiologica organizzati in pacchetti specifici per età gestazionale, a cura dell'Ostetrica secondo le modalità descritte dalla DGR n. 5249 del 20/09/2021;
- monitorare lo sviluppo del percorso nascita fisiologico intra ed extraospedaliero a conduzione ostetrica secondo le linee di indirizzo definite rispettivamente dal decreto DG Welfare n. 13039/2019 e dal decreto DG Welfare n. 14243/2018;
- potenziare il Progetto Pensare Positivo che era stato promosso dai Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze, in collaborazione con i Dipartimenti Materno Infantili, per intervenire efficacemente a supporto delle donne con depressione perinatale grazie ad una attività di Home-visiting della Ostetrica del Consultorio che adotta le pratiche di competenza contenute nel manuale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità "Pensare Positivo". Tale Progetto ha permesso la formazione di circa 120 ostetriche e ha mostrato la fattibilità di questo intervento e la soddisfazione delle donne nel riceverlo.

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

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

Ambito Ostetrico e Neonatale

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

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

Ambito ginecologico

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

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

RETE PEDIATRICA

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

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

RICERCA, INNOVAZIONE E SAPERE SCIENTIFICO

Progetti Europei

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

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

I progetti si occupano di tematiche relative a:

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

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

Ricerca

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

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

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

Fibrosi cistica

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

Sistema Bibliotecario Biomedico Lombardo (SBBL)

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

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

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

Progetti di cooperazione internazionale ed interventi sanitari umanitari
Si proseguiranno gli interventi sanitari per motivi umanitari a favore di cittadini provenienti da Paesi extracomunitari che non possono ricevere nei Paesi di provenienza cure adeguate, su istanza di Associazioni no profit, secondo le indicazioni della DGR n. X/898/2013 e del Decreto della DG Welfare n. 8749/2014.
Sarà dato sostegno ad ulteriori iniziative individuate dalla DG Welfare, tra le quali rientrano gli interventi umanitari conseguenti ad emergenze sanitarie o ad accordi, protocolli, intese con altri Paesi o Regioni.

RISK MANAGEMENT
Sicurezza in area travaglio parto-sorveglianza mortalità perinatale
Ogni ASST dovrà mantenere l'attività di gestione del rischio clinico relativa al processo di travaglio/parto attraverso lo sviluppo della segnalazione dei triggers materno/fetali all'interno dei CEDAP e l'analisi attraverso audit strutturati con la declinazione delle azioni di miglioramento conseguenti.
Proseguirà l'attività regionale relativamente all'analisi dei dati sulla sorveglianza della mortalità materna e dei near miss materni e perinatali in collaborazione con il Ministero della Salute. Anche per l'anno 2023 proseguirà il progetto di valutazione esterna fra pari "peer review" in area materno infantile, che prevede la candidatura volontaria dei punti nascita del SSR nell'ottica di perseguire obiettivi di sicurezza e miglioramento dell'appropriatezza clinica e organizzativa attraverso l'adesione alle buone pratiche.
Con Decreto della DG Welfare n. 14353 del 07/10/2022, è stato rinnovato il "Gruppo regionale per la sorveglianza della mortalità perinatale" che ha tra gli obiettivi la messa a punto di un modello di sorveglianza della morte perinatale e degli altri esiti rilevanti, nonché la rilevazione dei casi di mortalità intrauterina ≥ 34a settimana di gestazione e dei casi di mortalità neonatale precoce e tardiva dei nati ≥ 34a settimana di gestazione non correlata a malattia congenita. Il Gruppo ha, inoltre, l'obiettivo di effettuare una definizione e verifica dei criteri di stratificazione del rischio da parte di un panel regionale e le indicazioni programmatorie e operative circa le misure da adottare per la prevenzione del fenomeno che verranno fornite nel corso dell'anno. Contestualmente sarà avviata la progettazione e l'implementazione del flusso dei dati nell'ambito del Gruppo regionale e verranno definite le modalità operative di classificazione ed invio al Centro regionale del rischio sanitario e sicurezza del paziente delle segnalazioni a cui seguiranno audit di primo e/o secondo livello.

Implementazione di un sistema per la gestione del rischio in ambito territoriale e sociosanitario
Nell'anno 2023 sono previste iniziative di risk management nell'ambito delle strutture territoriali in linea con le modifiche apportate dalla Legge regionale n. 22/2021.
In particolare, le iniziative vedranno in primis il coinvolgimento diretto dei Risk Manager delle ATS, in continuità con il Centro regionale del rischio sanitario e sicurezza del paziente con la finalità di facilitare l'attività di analisi delle attività di risk management messe in atto dagli erogatori di UdO sociosanitarie attraverso l'estensione a tutto il territorio regionale dei questionari già avviati nel corso dell'anno 2022, nonché l'implementazione degli strumenti di risk management anche tramite interventi formativi nei seguenti ambiti:

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

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

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

Sviluppo della gestione del "full risk based thinking" (ERM)
Prosegue l'implementazione del modello di Enterprise Risk Management (ERM) applicato in via sperimentale nel corso del 2022 su 7 Strutture Sanitarie "pilota". L'applicazione di tale modello propone un'analisi dei processi e degli strumenti di gestione che permetterà alle organizzazioni di creare valore nel lungo periodo, individuando le criticità all'interno dei processi analizzati e favorendo conseguentemente l'individuazione degli obiettivi strategici e operativi atti al loro miglioramento.
L'ERM consente di adottare un approccio strutturato alla gestione del rischio e di integrare i processi di risk management nei meccanismi decisionali, comportando i seguenti benefici:

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

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

Il Risk Manager ha il ruolo di stimolare e supportare le direzioni aziendali/unità operative (risk owner) nelle fasi di analisi e valutazione dei rischi e superando l'attuale visione "a silos" dei rischi aziendali, ha il compito di aggregare gli esiti delle analisi condotte dai risk owner al fine di rappresentare i rischi in una visione univoca e prioritizzata, supportando così il Comitato di Gestione del Rischio aziendale nell'intraprendere le azioni di competenza.
L'obiettivo della fase "pilota" è testare e rimodulare gli strumenti di lavoro prima di procedere alla complessiva analisi di ogni ambito aziendale e di estendere la progettualità alle ulteriori aziende sanitarie regionali. Nel corso del 2023 - 2024 tutte le aziende sanitarie pubbliche saranno progressivamente chiamate a svolgere una prima fase operativa di adozione sistematica del modello ERM.

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

Prevenzione infezioni - Sepsi
Il Gruppo di Lavoro regionale dedicato, di cui al Decreto DG Welfare n. 3604 del 18/3/2022, ha predisposto una raccomandazione specifica che sarà diffusa a tutte le aziende sanitarie volta a definire le strategie integrate per la gestione della 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 "Case Review Form (CRF)" per la revisione della documentazione clinica, al fine di valutare l'aderenza della gestione dei casi di sepsi al PDTA aziendale, in un campione di cartelle cliniche selezionate.
Si chiede pertanto:

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

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

Sistema di monitoraggio delle attività di Risk Management

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

Formazione dei risk manager/Network di Risk Management

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

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

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

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

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

Gestione del contenzioso/copertura assicurativa RCT/RCO

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

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

AREU

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

Rischio nutrizionale

La prevenzione del rischio nutrizionale, cioè della possibilità di eventi avversi correlabili all'alimentazione/nutrizione, rientra a pieno titolo nelle attività per la sicurezza delle persone assistite nelle strutture sanitarie e sociosanitarie e rappresenta attualmente uno dei rischi più sottovalutati in ambito assistenziale. La valutazione del rischio nutrizionale consiste nell'identificazione di caratteristiche associabili a eventi avversi correlati.
L'identificazione si basa sulla costruzione di processi assistenziali appropriati, procedure definite e azioni di rilevazione di parametri semplici, non invasive, non costose, ma di rilevante impatto clinico e assistenziale.
In collaborazione con la Regione Toscana ed il gruppo Gestione rischio e sicurezza in sanità (GReSS) dell'Ordine TSRM-PSTRP è stato predisposto un progetto specifico volto a monitorare lo stato di consapevolezza e di gestione di tale rischio attraverso due questionari (incluso uno per i MMG) da diffondere ai Risk Manager e agli operatori sanitari ospedalieri e territoriali.
Si chiede pertanto ai Risk Manager di favorire questa attività, diffondendo nelle proprie strutture il link per la compilazione dei questionari che saranno indicati nel materiale comunicativo del progetto, arricchito anche da un quaderno sulla buona pratica.

Raccomandazioni Ministeriali

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

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

ASSEGNAZIONE PLS O MMG AI MINORI STRANIERI REGOLARI ED IRREGOLARI

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

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

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

ESENZIONI

Esenzioni regionali

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Codici di esenzione: E02, E12, E13

Il diritto alle esenzioni con codice E02, E12, E13 è riconosciuto dalle ASST di competenza territoriale con il rilascio di un apposito attestato, sulla base dell'autocertificazione delle specifiche condizioni di diritto.
A partire dal 01/07/2022 le esenzioni regionali E12 e E13, hanno una durata massima annuale (come già previsto per l'esenzione nazionale E02), non automaticamente rinnovabile, con scadenza al 31 marzo di ogni anno, salva precedente variazione dello stato di diritto (come, ad esempio, la perdita dello status di disoccupato).
Le esenzioni E12 ed E13 registrate entro il 30/06/2022 mantengono la durata biennale, come da previgente disciplina; quelle registrate dal 01/07/2022 avranno durata annuale, con scadenza al 31 marzo di ogni anno.
Decorso tale termine i cittadini aventi diritto dovranno pertanto recarsi presso gli sportelli ASST o presso le farmacie oppure online (autenticandosi al sito del Fascicolo Sanitario Elettronico) per rinnovare, tramite autocertificazione, dette esenzioni. È onere e responsabilità del cittadino comunicare l'eventuale variazione dello stato di diritto in qualsiasi momento, anche antecedente alla scadenza di cui sopra.
Il dichiarante è tenuto a dare immediata comunicazione all'ASST di competenza territoriale (Ufficio scelta e revoca) del venir meno delle condizioni necessarie per beneficiare dell'esenzione (cessato godimento della pensione sociale o minima, venir meno dello stato di disoccupazione, ecc). L'ASST provvederà alla revoca e al ritiro del certificato di esenzione. La revoca può essere effettuata anche tramite il sito del Fascicolo Sanitario Elettronico e dei sevizi sanitari on line nella sezione specifica delle Esenzioni, selezionando l'esenzione tra quelle attive e chiedendone la revoca.

Codici di esenzione: E30 e E40

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

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

Le esenzioni E30 ed E40 sono assegnate automaticamente agli aventi diritto e registrate in anagrafe regionale, sulla base dei dati comunicati dal Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF). Tali esenzioni sono certificate dal Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF) che ogni anno, nel mese di marzo, predispone l'elenco dei soggetti aventi diritto, come previsto dal D.M. dell'11/12/2009.
Dette esenzioni hanno validità di un anno, calcolato dal 1° aprile al 31 marzo successivo. Tali esenzioni vengono assegnate automaticamente dal MEF ogni anno se permangano le condizioni di diritto; ove non sussistano più le condizioni di diritto verrà posta automaticamente data di scadenza al 31 marzo di ogni anno. Resta valida la possibilità per i cittadini, a cui non è assegnata l'esenzione dal MEF ma che riscontrino le condizioni di avente diritto, di poter autocertificare l'esenzione.
Qualora il cittadino ritenga di aver diritto ad un'esenzione E30 ed E40 nei casi che non rientrano nelle attribuzioni/rinnovi automatici effettuati dal MEF, appartenenti ad un nucleo familiare con reddito complessivo non superiore a quello indicato nella tabella sottostante in relazione alla composizione del nucleo familiare, dovrà presentare un'autocertificazione della propria condizione al fine del rilascio dell'attestato di esenzione.

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

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

Autocertificazione del diritto all'esenzione

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

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

In caso di dubbi sulla propria situazione reddituale il cittadino può rivolgersi ad un Patronato, a un CAAF o ad altro soggetto che offra assistenza fiscale.
Si ricorda che, al fine di agevolare i cittadini ed evitare code agli sportelli, gli aventi diritto possono provvedere al rinnovo delle esenzioni E02, E12, E13 ed E30 e E40 (che non rientrano nei rinnovi automatici effettuati dal MEF), tramite autocertificazione, anche prima della scadenza. Al riguardo si precisa che le esenzioni in scadenza al 31 marzo e non ancora scadute, possono essere rinnovate anticipatamente a partire dal 1° gennaio dell'anno di scadenza.

Rete Ostetrico-Ginecologico e Neonatale

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

MALATTIE RARE

Bando per il finanziamento di progetti di ricerca sulle malattie rare

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

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

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

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

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

Registro Regionale delle malattie rare.

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

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

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

Negoziazione Area Sanitaria

Sommario

INTRODUZIONE 1
ATTIVITÀ DI RICOVERO E CURA 3
Bassa complessità.....4
Alta complessità e attività IRCCS 4
Sintesi della negoziazione 4
PRESTAZIONI AMBULATORIALI 6
Attività diagnostica per Covid-19.....9
Attività vaccinale anti-Covid19.....9
PRESTAZIONI DI CURE SUB-ACUTE 9
NUOVE RETI SANITARIE.....9
MODALITA' DI DEFINIZIONE DEGLI ACCONTI.....9

INTRODUZIONE

Nell'ambito del percorso di negoziazione delle attività sanitarie la definizione dei budget di struttura verrà fatta basandosi sui valori di riferimento del finanziato dell'anno 2019 e senza considerare le eventuali rimodulazioni, non storicizzabili disposte nel corso del 2022, 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.
Eventuali risorse destinate al recupero delle liste di attesa, non comprese nei budget per l'anno 2023, potranno essere appositamente contrattualizzate secondo la vigente normativa nazionale e regionale.

La procedura per la negoziazione e la sottoscrizione dei contratti con tutti gli Erogatori di prestazioni sanitarie, per il 2023, prevede la sottoscrizione del contratto definitivo entro il 31/05/2023.
Al fine di garantire l'erogazione delle prestazioni e il riconoscimento degli acconti di cassa agli erogatori pubblici e privati, i contratti relativi all'anno 2022 si considerano prorogati fino alla sottoscrizione del contratto definitivo 2023 che, avrà comunque validità dal 1/1/2023.

Per la sottoscrizione del contratto definitivo, l'ATS deve utilizzare lo Schema di contratto (Suballegato 2A alla Dgr n. XI/2672/2019 "*Schema di contratto per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra ATS e soggetto erogatore di prestazioni di ricovero e assistenza*"), allegato al presente atto (Sub-Allegato A) con l'integrazione di quanto previsto dalla DGR n. XI/5883/2022 e dalla DGR n. XI/6255/2022 in tema di misure per la riduzione dei tempi di attesa; viene previsto un aggiornamento del format della "*scheda di budget*" rispetto a quanto definito nell'Allegato 3 della

deliberazione n. XI/6387/2022 (sostituito dal Sub-Allegato B al presente atto) che prevede alcuni aggiornamenti rispetto a quello utilizzato per la contrattazione 2022.

I posti letto necessari per onorare gli impegni contrattuali annualmente negoziati dagli erogatori con le ATS sono i posti letto accreditati e a contratto, così come declinato nella DGR n. XI/1046/2018 e s.m.i.. Limitatamente all'anno 2023, 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 di ricovero 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 totale dei posti letto autorizzati. Con riferimento ai 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.

In sede di calcolo del finanziato 2023, a consuntivo, e come già previsto per l'anno 2022, la Direzione Generale Welfare, in collaborazione con le ATS territorialmente competenti, potrà valutare particolari eventuali casistiche di significativo squilibrio tra produzione erogata ed abbattimenti legati all'applicazione di budget e di tetti di sistema, entro il limite delle risorse di FSR disponibili.

Nel caso di trasformazioni da posti letto di degenza ordinaria in posti tecnici (MAC, BIC, dialisi/CAL), valutate ed autorizzate dalle ATS competenti, in sede di sottoscrizione del contratto per l'anno 2023 le stesse 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.

Anche per l'anno 2023 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 tema di rimodulazione, inoltre, si segnala quanto indicato dal comma 4, dell'art. 5 della L.R. 33/2009, così come modificata dalla L.R. 22/2021, ossia che: "*Al fine di garantire una risposta appropriata al bisogno di presa in carico delle persone sul territorio ed assicurare i LEA, le ATS rimodulano, in corso di anno, eventuali economie verificate sui singoli contratti per raggiungere il miglior soddisfacimento della domanda di prestazioni, ferma restando l'impossibilità di compensazione tra il finanziamento complessivo negoziato con le strutture pubbliche e il finanziamento complessivo negoziato con le strutture private accreditate e a contratto*".

Pertanto, si conferma che, in caso di non completo utilizzo delle risorse negoziate, le ATS, nel rispetto dei tetti contrattuali, potranno, con riferimento all'ultimo trimestre, previe verifiche sulla completezza dei flussi informatici, 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 dell'esercizio, 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 30.11.2023 alla Direzione Generale Welfare 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 15.12.2023, la Direzione Generale Welfare provvederà a comunicare l'eventuale approvazione delle rimodulazioni alle ATS territorialmente competenti.

Le date di chiusura per l'invio dei flussi informativi dell'anno 2023, che non potranno superare il 29 febbraio 2024, saranno confermate con successiva nota, ribadendo che eventuali invii tardivi non saranno considerati, né per la definizione del finanziato per l'anno 2023, né per le elaborazioni successive.

Infine, si sottolinea che nell'ambito del Sistema regionale trapianti di cui alla DGR n. XI/6329 del 02/05/2022 si ritiene necessario che le Strutture sanitarie private accreditate e a contratto, sede di DEA di I e II livello, continuino ad essere parte attiva del sistema.
Le stesse strutture sono infatti tenute ad identificare tutti i casi di soggetti con la cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo da sottoporre ad accertamento di morte con criteri neurologici e di conseguenza contattare tempestivamente il COP di II livello territorialmente competente per l'esecuzione dell'accertamento. In tale fattispecie, l'accertamento di decesso con criteri neurologici della struttura sanitaria privata accreditata verrà eseguito tramite il Collegio di Accertamento Morte fornito dalla Struttura sanitaria sede del COP di II livello competente per ATS. In subordine, l'accertamento del decesso con criteri neurologici verrà eseguito con trasferimento del paziente presso la struttura sede del COP di II livello, previa verifica della diagnosi clinica.

ATTIVITÀ DI RICOVERO E CURA

Per l'anno 2023 si prevede la determinazione del budget unico di struttura a partire dal valore finanziato per i ricoveri dell'anno 2019, pari al 100% del valore del finanziato 2019, incrementato in applicazione a quanto previsto dalle deliberazioni n. XI/3915, n. XI/4049 e n. XI/4061, senza considerare le eventuali rimodulazioni, non storicizzabili, disposte nel corso del 2022; 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 (c.d. tetto lombardi), definito per il 2023 pari al 100% del valore del finanziato 2019, incrementato in applicazione a quanto previsto dalle deliberazioni n. XI/3915, n. XI/4049 e n. XI/4061, per cittadini lombardi; fino al concorrere di tale valore, viene garantito il finanziamento delle prestazioni per lombardi;
- parte del budget di struttura per fuori regione (c.d. tetto fuori regione), definito per il 2023 pari al 100% del valore del finanziato 2019, incrementato in applicazione a quanto previsto dalle deliberazioni n. XI/3915, n. XI/4049 e n. XI/4061, per cittadini fuori regione; fino al concorrere di tale valore, viene garantito il finanziamento delle prestazioni.

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, per le prestazioni erogate nei confronti dei cittadini lombardi e dei cittadini fuori regione.

Gli eventuali risparmi rispetto al limite complessivo di sistema, per l'anno 2023, 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 ritengono confermate le indicazioni previste nelle regole di sistema per l'anno 2020, 2021 e 2022 (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.

Il tetto di sistema per tutte le strutture private accreditate a contratto è individuato nel 100% del valore finanziato per l'anno 2019 per le attività di bassa complessità erogate dalle stesse strutture private (esclusi IRCCS) a favore di residenti fuori regione. Anche per le strutture private accreditate che hanno perso la classificazione di IRCCS nel corso del 2022, il riferimento sarà la produzione di bassa complessità finanziato per l'anno 2019.

Al fine di garantire l'equilibrio economico del Servizio sanitario regionale in contemporanea alla garanzia del rispetto dei vincoli del DL 95/2012, come modificato dall'art. 45, comma 1 ter del D.L. 124/2019 convertito con modificazioni dalla L. 19 dicembre n. 157, per gli erogatori privati viene individuato un tetto per singolo erogatore, parte del budget di struttura, definito per il 2023 pari al 100% valore del finanziato 2019 per bassa complessità fuori regione. Fino al concorrere di tale valore, viene garantito il finanziamento delle prestazioni di bassa complessità.

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 si ritiene di non applicare, anche per l'anno 2023, quanto introdotto con DGR XI/2013/2019 in termini di tetto per alta complessità e attività IRCCS.

Sintesi della negoziazione

- 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 garantito al singolo erogatore fino al 100% del proprio livello di produzione finanziata 2019, per pazienti lombardi;
  - un tetto di struttura per le attività erogate a favore di residenti fuori regione, con riconoscimento garantito al singolo erogatore fino al 100% del proprio livello di produzione finanziata 2019, per pazienti fuori regione;
  - un tetto di struttura per le attività di bassa complessità (esclusa produzione IRCCS) erogata

a favore di residenti fuori regione, con riconoscimento garantito al singolo erogatore fino al 100% del proprio livello di produzione finanziata 2019 per bassa complessità per pazienti fuori regione; le strutture private accreditate e a contratto possono compensare l'eventuale ipoproduzione 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 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);

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.

Per quanto riguarda la negoziazione delle ATS con gli erogatori di diritto privato, si stabilisce che le stesse potranno proporre, eventualmente anche sulla base di indicazioni definite della Direzione Generale Welfare, fino ad un massimo del 7% del tetto di struttura per cittadini lombardi, pari al finanziato 2019, di reindirizzare il mix di erogazione delle strutture sulla base di specifiche valutazioni effettuate dalle ATS 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 volume aggiuntivo, rispetto all'anno 2019, delle singole tipologie di prestazione di ricovero verrà definito dalle singole ATS territorialmente competenti all'interno del contratto. Le modalità di verifica e valorizzazione a consuntivo delle prestazioni effettivamente erogate, per volumi superiori all'anno 2019, verranno definite con successive indicazioni della DG Welfare.

In sede di consuntivo 2023, in continuità con gli anni precedenti, si procederà ad un abbattimento del 3,5% 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). Tale necessità è motivata dal fatto che deve essere garantita la corrispondenza tra il valore economico addebitato in compensazione interregionale e il valore economico riconosciuto alle strutture regionali erogatrici della prestazione.
Ai sensi dell'art. 1 c. 492 della L. n. 178 del 30 dicembre 2020, a decorrere dal 2023, 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. Pertanto, gli eventuali effetti economici previsti nei citati accordi ricadranno sulle strutture erogatrici delle prestazioni di ricovero eseguite a partire dall'anno 2023 nei confronti dei residenti nelle regioni oggetto degli accordi, tenuto già conto della percentuale di abbattimento del 3,5%.

In tema di valorizzazione delle prestazioni di ricovero e cura, richiamando gli specifici indicatori della griglia LEA, al fine di incentivare le necessarie valutazioni organizzative volte al mantenimento/miglioramento della *performance*, si confermano anche per il 2023 le rimodulazioni tariffarie, previste dall'allegato 1, della DGR n. XI/4773 del 26/05/2021, ad oggetto: "*Determinazioni in ordine alla negoziazione 2021 e ulteriori determinazioni in ambito sanitario e sociosanitario*".

Si stabilisce che nel corso del 2023 la Giunta Regionale, sulla base di evidenze epidemiologiche e

scientifiche prodotte da organi istituzionali quali il Ministero della Salute e l'Istituto superiore di sanità, possa provvedere, tramite il coordinamento della DG Welfare con le ATS e nel rispetto delle normative vigenti, all'acquisto mirato di maggiori prestazioni da erogatori di diritto privato nell'ambito delle prestazioni di alta complessità e di quelle considerate salvavita.

PRESTAZIONI AMBULATORIALI

Per l'anno 2023 il budget unico di struttura per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, compresa l'attività di pronto soccorso non seguita da ricovero, ha come base di riferimento il 100% valore della produzione finanziata 2019 (senza considerare le eventuali rimodulazioni, non storicizzabili, disposte nel corso del 2022), per i cittadini lombardi, e il 100% del valore finanziato per l'anno 2019 (senza considerare le eventuali rimodulazioni, non storicizzabili, disposte nel corso del 2022), per i cittadini fuori regione. Il valore della produzione finanziata 2019 è incrementato della riduzione del cosiddetto "superticket" per le prestazioni di specialistica ambulatoriale a favore di tutti i cittadini ex L. n. 160 del 27.11.2019, fermo restando il conseguimento dell'equilibrio di bilancio regionale e quindi entro il tetto di spesa massimo previsto dal DL 95/2012.

Il 100% valore finanziato 2019 (senza considerare le eventuali rimodulazioni, non storicizzabili, disposte nel corso del 2022, comprensivo dell'incremento della riduzione del cosiddetto "superticket" per le prestazioni di specialistica ambulatoriale a favore di tutti i cittadini ex L. n. 160 del 27.11.2019) per le attività di specialistica ambulatoriale, è la base su chi viene calcolato il cosiddetto "97%", valore del budget di struttura per l'anno 2023. Le strutture si impegnano ad erogare fino ad un valore pari al 106% e 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% una regressione tariffaria massima del 60%. Oltre il 106% non viene garantita la remunerazione delle prestazioni.

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 unico due tetti per singolo erogatore:
- parte del budget di struttura (c.d. tetto lombardi), definito per il 2023 pari al 97% valore finanziato per l'anno 2019, per lombardi (incrementato della riduzione del cosiddetto "superticket" per le prestazioni di specialistica ambulatoriale a favore di tutti i cittadini ex L. n. 160 del 27.11.2019); fino al concorrere di tale valore, viene garantito il finanziamento delle prestazioni per lombardi, oltre tale valore si applica la regressione tariffaria;
- parte del budget di struttura (c.d. tetto lombardi), definito per il 2023 pari al 97% valore del finanziato 2019 per fuori regione (incrementato della riduzione del cosiddetto "superticket" per le prestazioni di specialistica ambulatoriale a favore di tutti i cittadini ex L. n. 160 del 27.11.2019); fino al concorrere di tale valore, viene garantito il finanziamento delle prestazioni per fuori regione, oltre tale valore si applica la regressione tariffaria;

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, per le prestazioni erogate nei confronti dei cittadini lombardi e dei cittadini fuori regione.
Gli eventuali risparmi rispetto al limite complessivo di sistema, per l'anno 2023, 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 degli abbattimenti di sistema.

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).

In sede di consuntivo 2023, in continuità con gli anni precedenti, si procederà ad un abbattimento del 4% applicato alla produzione di specialistica ambulatoriale per fuori regione, definito al fine di garantire l'invarianza economica tra tariffario regionale (in corso di validità) e quello stabilito per la mobilità (tariffario DM 18/10/2012). Tale necessità è motivata dal fatto che deve essere garantita la corrispondenza tra il valore economico addebitato in compensazione interregionale e il valore economico riconosciuto alle strutture regionali erogatrici della prestazione.
Ai sensi dell'art. 1 c. 492 della L. n. 178 del 30 dicembre 2020, a decorrere dal 2023, 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. Pertanto, gli eventuali effetti economici previsti nei citati accordi ricadranno sulle strutture erogatrici delle prestazioni di specialistica ambulatoriale eseguite a partire dall'anno 2023 nei confronti dei residenti nelle regioni oggetto degli stessi accordi, tenuto già conto della percentuale di abbattimento del 4%.

In relazione all'attività svolta dal Centro Nazionale di Adroterapia Oncologica (CNAO), tenuto conto che tale struttura è l'unica in Italia in grado di erogare trattamenti di adroterapia mediante l'impiego di protoni e ioni carbonio, si prevede la possibilità – a consuntivo – del riconoscimento della produzione effettivamente erogata, senza alcun abbattimento di sistema o regressione tariffaria, tenuto conto che la maggior produzione è rivolta a pazienti fuori regione per i quali è prevista l'autorizzazione per il ciclo intero di adroterapia rilasciata dall'ASL di residenza del cittadino e rendicontata nel flusso 28/SAN, con compensazione interregionale/fatturazione diretta.

Si definisce per il 2023 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 un massimo del 3% 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.

All'interno delle risorse destinate a livello di sistema per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, si individua anche la copertura delle attività erogate, in applicazione a specifici contratti di scopo autorizzati e sottoscritti nei precedenti esercizi, per favorire l'accesso alle prestazioni ambulatoriali particolarmente critiche e per la presa in carico.

Per l'esercizio 2023 si ritiene di definire, nell'ambito della contrattazione tra le ATS e le strutture private accreditate e a contratto, una quota massima del 10% del tetto di struttura per cittadini

lombardi, pari al finanziato 2019, finalizzata alle azioni per il contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale critiche oggetto della DGR n. XI/7475 del 30/11/2022 e le ulteriori prestazioni di diagnostica strumentale e per immagini che saranno individuate in un prossimo provvedimento. Il volume aggiuntivo, rispetto all'anno 2019, delle singole tipologie di prestazione verrà definito dalle singole ATS territorialmente competenti all'interno del contratto. Le modalità di verifica e valorizzazione a consuntivo delle prestazioni effettivamente erogate, per volumi superiori all'anno 2019, verranno definite con successive indicazioni della DG Welfare.

Relativamente alla definizione dei volumi di erogazione delle attività di screening per cittadini lombardi di primo e secondo livello, al fine di dimensionare la capacità erogativa alla domanda e facilitare il recupero delle prestazioni non erogate nell'anno 2022, l'UO Prevenzione della Direzione Generale Welfare ha proceduto ad un confronto con le ATS definendo il volume di risorse per singola struttura, che diviene parte del contratto di specialistica ambulatoriale, da destinare prioritariamente alla copertura delle attività di screening. In questo ambito è prevista la possibilità anche per i consultori di erogare prestazioni di screening. Si riporta di seguito il riepilogo per singola ATS.

	SCREENING CERVICOCARCINOMA primo livello	SCREENING CERVICOCARCINOMA secondo livello	SCREENING COLON-RETTO primo livello	SCREENING COLON-RETTO secondo livello	SCREENING MAMMOGRAFICO primo livello	SCREENING MAMMOGRAFICO secondo livello	Totale complessivo
ATS BERGAMO	**1.047.598**		**458.203**	**993.420**	**3.564.473**	**567.450**	**6.631.144**
PRIVATO	7.424			525.060	1.257.796	206.400	1.996.680
PUBBLICO	1.040.174		458.203	468.360	2.306.677	361.050	4.634.464
ATS BRESCIA	**971.063**	**170.240**	**421.176**	**1.395.000**	**4.563.324**	**950.850**	**8.471.653**
PRIVATO		29.440		513.000	1.494.844	195.300	2.232.584
PUBBLICO	971.063	140.800	421.176	882.000	3.068.480	755.550	6.239.069
ATS BRIANZA	**988.503**	**27.200**		**918.000**	**3.297.945**	**1.266.000**	**6.497.648**
PRIVATO				261.000	982.653	148.500	1.392.153
PUBBLICO	988.503	27.200		657.000	2.315.292	1.117.500	5.105.495
ATS INSUBRIA	**824.616**	**35.520**	**546.000**	**899.100**	**3.979.969**	**746.250**	**7.031.455**
PRIVATO	6.844	2.400		270.000	1.023.036	171.000	1.473.280
PUBBLICO	817.772	33.120	546.000	629.100	2.956.933	575.250	5.558.175
ATS MILANO	**197.200**	**78.080**	**924.000**	**1.620.000**	**7.560.595**	**2.692.500**	**13.072.375**
PRIVATO				579.600	2.221.065	667.500	3.468.165
PUBBLICO	197.200	78.080	924.000	1.040.400	5.339.530	2.025.000	9.604.210
ATS MONTAGNA	**319.500**	**38.400**	**123.900**	**388.800**	**1.332.639**	**366.750**	**2.569.989**
PRIVATO				28.800	67.305	18.750	114.855
PUBBLICO	319.500	38.400	123.900	360.000	1.265.334	348.000	2.455.134
ATS PAVIA	**528.365**	**16.000**	**201.600**	**388.800**	**1.296.743**	**225.000**	**2.656.508**
PRIVATO	10.440			212.400	511.518	97.500	831.858
PUBBLICO	517.925	16.000	201.600	176.400	785.225	127.500	1.824.650
ATS VAL PADANA	**692.300**	**72.800**	**243.600**	**744.300**	**2.315.292**	**673.800**	**4.742.092**
PRIVATO	10.150			189.900	915.348	49.800	1.165.198
PUBBLICO	682.150	72.800	243.600	554.400	1.399.944	624.000	3.576.894
Totale complessivo	**5.569.145**	**438.240**	**2.918.479**	**7.347.420**	**27.910.980**	**7.488.600**	**51.672.864**
PRIVATO	34.858	31.840	0	2.579.760	8.473.565	1.554.750	12.674.773
PUBBLICO	5.534.287	406.400	2.918.479	4.767.660	19.437.415	5.933.850	38.998.091

Eventuali modifiche che si renderanno necessarie in corso d'anno, sulla scorta del monitoraggio dell'attività, dovranno essere oggetto di eventuali successive integrazioni dei valori di budget, previo accordo tra ATS e Direzione Generale Welfare.
Saranno inoltre previste le prestazioni relative al Programma di screening HCV, rivolte a cittadini lombardi (e stranieri assimilati ai lombardi) in attuazione della DGR n. XI/5830 del 29/12/2021, in una specifica sezione dell'allegato al contratto. Tali prestazioni saranno riconosciute, alle strutture pubbliche e private aderenti, a consuntivo fino al raggiungimento del valore massimo riconoscibile a livello regionale di cui alla DGR n. XI/5830 del 29/12/2021, secondo le modalità di rendicontazione e verifica previste.

Attività diagnostica per Covid-19

Per l'esercizio 2023 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.

Attività vaccinale anti-Covid19

Per quanto concerne l'attività vaccinale si richiama e si conferma quanto disposto dall'All. 2 "Indirizzi sul proseguimento della campagna vaccinale anti-Covid–19" di cui alla DGR n. XI/6387 del 16/05/2022 in tema di riconoscimento economico dell'attività erogata.

Per l'esercizio 2023 è previsto un tetto complessivo di sistema commisurato ai dati di somministrazione rilevati nel corso del 2022. Dal punto di vista contrattuale, per le strutture private anche accreditate, è prevista la sottoscrizione di un eventuale apposito contratto "di scopo" all'interno del quale trovano remunerazione le prestazioni erogate.

PRESTAZIONI DI CURE SUB-ACUTE

Per le prestazioni di cure sub-acute si conferma tutto quanto previsto dalle regole di esercizio 2021 e 2022, tenendo conto di eventuali ampliamenti dell'attività avvenuti in corso dell'esercizio 2021/2022 autorizzati dalla Direzione Generale Welfare.
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.

Per le attività di cure sub-acute attivate temporaneamente su indicazione della Direzione Generale Welfare, si dovrà dare evidenza nella scheda di budget degli importi contrattati in modo separato dalle risorse destinate all'attività standard.

NUOVE RETI SANITARIE

Per le prestazioni delle "nuove reti sanitarie" si conferma tutto quanto previsto dalle regole di esercizio 2020, dando evidenza nella scheda di budget degli importi contrattati.

MODALITA' DI DEFINIZIONE DEGLI ACCONTI

In merito all'erogazione degli acconti, nel corso del 2023, dopo la sottoscrizione del contratto definitivo, si procederà in base al monitoraggio dell'attività erogata dell'ultimo mese disponibile al momento del pagamento dell'acconto (per singola linea produttiva):

a) 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;

b) 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;
c) per gli altri valori di produzione che non sono oggetto di specifico budget (es. File F, cure termali, ecc.), visti gli andamenti anomali riscontrati anche nel 2022, si provvederà al pagamento di acconti mensili fino ad un massimo del 95% del fatturato mensile.

Dall'1/1/2023 fino alla sottoscrizione del contratto definitivo, invece, si procederà:

- al pagamento di un acconto mensile del 95% del budget 2022 (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 2022 (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.

Nel corso del 2023 le eventuali situazioni di forte differenza tra produzione e budget per le linee di attività gestite da ASST e IRCCS pubblici saranno oggetto di valutazione regionale con le ASST/IRCCS interessati e le ATS di appartenenza territoriale.

Sub Allegato A

Allegato __

SCHEMA DI CONTRATTO PER LA DEFINIZIONE DEI RAPPORTI GIURIDICI ED ECONOMICI TRA ATS E SOGGETTO EROGATORE DI PRESTAZIONI DI RICOVERO E ASSISTENZA …

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 erogatore (……), 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 ed 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 prevede l'accreditamento quale 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 erogatore …, iscritto al registro delle strutture accreditate istituito, eroga le prestazioni secondo l'assetto organizzativo e funzionale a contratto presente nell'applicativo ASAN;
- la stipula del presente contratto da parte dei 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 20011, n. 159;

- la stipula del contratto è altresì subordinata all'assenza in capo al soggetto erogatore 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. 80 del d.lgs. 50/2016;
- prima della stipula del contratto il soggetto erogatore 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 esistenti, dei componenti dell'organo di amministrazione, attestante l'insussistenza di sentenze penali di condanna, anche non definitive, per i reati indicati all'articolo 80 comma 1 del decreto legislativo n. 50/2016 e successive modifiche ed integrazioni, a carico degli stessi;
- il soggetto erogatore, 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 erogatore con fatturato a carico del Fondo Sanitario Regionale lombardo pari o superiore a € 800.000 annui, 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;
- fermo restando il rispetto dei requisiti inerenti la dotazione organica, il numero dei pazienti ricoverati in regime di ricovero ordinario non può superare il numero totale dei posti letto autorizzati, accreditati e a contratto, considerando la media quadrimestrale, nel rispetto dell'assetto organizzativo e funzionale presente nell'applicativo regionale ASAN, fermo restando che per i ricoveri a carico del SSN possono essere utilizzati anche per i residenti fuori regione esclusivamente posti letto accreditati e a contratto. I ricoveri dovuti a situazioni di emergenza/urgenza, adeguatamente documentati, potranno determinare una presenza di pazienti superiore al numero totale dei posti letto autorizzati. Con riferimento ai 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.

si conviene e si stipula quanto segue.

Articolo 1 Oggetto del contratto

1. Il soggetto erogatore si impegna a somministrare prestazioni sanitarie (da specificare), secondo l'assetto organizzativo e funzionale presente nell'applicativo regionale ASAN e per il quale il soggetto erogatore è iscritto nel registro 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 e adeguando la capacità produttiva al budget assegnato.

3. Nulla spetterà al soggetto erogatore per le prestazioni eccedentarie il budget assegnato di cui all'allegato A così come per le prestazioni specialistiche eccedenti la quota di produzione remunerata a tariffa intera o decurtata per effetto delle regressioni vigenti. Parimenti nulla è dovuto al soggetto erogatore 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 erogatore non possa espletare temporaneamente le prestazioni oggetto del presente contratto deve darne tempestiva comunicazione all'ATS che è tenuta ad informare la competente Direzione regionale. 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 soggetto erogatore.

Articolo 2 Obblighi dell'erogatore

1. Il soggetto erogatore con la sottoscrizione del presente contratto si impegna:

   a) ad accettare il sistema di remunerazione, i controlli, il regime sanzionatorio e l'osservanza dei tempi di erogazione delle prestazioni stabilite da Regione Lombardia;

   b) a mantenere e adeguare i requisiti soggettivi, organizzativi, funzionali e strutturali definiti in sede di accreditamento e di contrattualizzazione;

   c) ad erogare le prestazioni secondo protocolli e standard di accessibilità (per gli screening oncologici si richiama l'allegato "attivita' di screening oncologici"), 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) a condividere con l'ATS le proprie agende di prenotazione nei termini e con le modalità definite dalla Regione;

   e) a rispettare le indicazioni regionali circa le modalità di compilazione e

tenuta della documentazione sanitaria. In particolare, la Struttura codifica, registra e comunica le prestazioni rese in totale adesione a quanto contenuto nella documentazione clinica e rispettando le indicazioni e le modalità di codifica e di comunicazione fornite dalla Direzione regionale competente in materia;

f) ad erogare – nei limiti del budget assegnato – le tipologie e i volumi di prestazioni così come specificate dall'ATS nell'allegato A al presente contratto.

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 erogatore soddisfa i requisiti di cui all'art. 2 bis, comma 3 del D.lgs. n. 33/2013 è tenuto agli obblighi di pubblicazione e di accesso civico generalizzato, limitatamente alle attività di pubblico interesse. Il soggetto erogatore è tenuto altresì agli obblighi di trasparenza nei limiti e alle condizioni previste dalla legge 124/2017 e s.m.i.

3. Il soggetto erogatore, 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. La cessione del contratto a terzi, fatte salve le ipotesi di cessione di azienda o di cambiamento di ragione sociale, subordinatamente all'adozione degli atti di competenza regionale o dell'ATS, è vietata ed è causa di decadenza dal contratto. Eventuale cessione del credito deve essere espressamente accettata da parte dell'ATS.

5. Il soggetto erogatore 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 2 bis Obbligo dell'erogatore all'integrazione ai servizi della rete regionale di prenotazione

1. In ottemperanza alla L.r. n. 9/2019 tutti gli erogatori pubblici e privati che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario nazionale dovranno integrarsi realizzando il collegamento al Sovracup della RRP (GP++) del proprio sistema CUP secondo le disposizioni previste da Regione Lombardia.

2. L'erogatore si impegna a collegare il proprio CUP ai servizi della rete

Regionale di Prenotazione (Sovracup GP++) mantenendone nel tempo aggiornata l'integrazione.

3. L'erogatore si impegna inoltre a esporre tutte le agende in multicanalità nella Rete Regionale di Prenotazione, ad abilitare il più possibile il canale Cittadino Self-care (Online sul sito di Regione Lombardia www.prenotasalute.regione.lombardia.it. e attraverso l'App SALUTILE Prenotazioni) e a promuovere l'utilizzo degli stessi attraverso avvisi e comunicazioni presso gli uffici CUP, gli ambulatori e sui siti aziendali.
4. L'erogatore si impegna a condividere le informazioni sull'offerta sanitaria, attraverso i servizi della Rete Regionale di Prenotazione al fine di mettere a disposizione del cittadino un punto unico di accesso a tutta l'offerta sanitaria SSN.
5. L'erogatore si impegna a mantenere costantemente aperte le agende di prenotazione, senza soluzione di continuità tra un esercizio e l'altro, con conseguente divieto di blocco delle stesse al fine di garantire la trasparenza delle liste di attesa.
6. L'erogatore dovrà comunicare alla Rete Regionale di Prenotazione tutti gli appuntamenti fissati direttamente sui propri CUP, per permettere l'annullamento automatico delle prenotazioni doppie (prescrizione prenotata su più ospedali), per liberare disponibilità nelle agende, ridurre le liste di attesa e limitare il fenomeno del "no show".
7. L'erogatore si impegna altresì a rispettare i Livelli di Servizio richiesti dall'integrazione con la Rete Regionale di Prenotazione per assicurare un'adeguata qualità del servizio ai cittadini".

Articolo 3 Verifiche e controlli delle ATS

1. All'ATS compete la verifica del mantenimento da parte del soggetto erogatore 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 la Struttura: al termine delle relative operazioni viene redatto verbale di controllo in contraddittorio con il legale rappresentante della Struttura 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 sull'ultimo bilancio approvato (della singola struttura e/o consolidato) redatta da primaria società di revisione contabile 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. 80 del d.lgs. 50/2016.

3. La mancata trasmissione da parte del soggetto erogatore 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 erogatore 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 erogatore l'andamento della produzione e la sua coerenza con l'allegato A al presente contratto.

6. Il soggetto erogatore 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 contestate per iscritto dall'ATS al soggetto erogatore 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 A, 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.

2. L'eventuale modifica dell'importo indicato nella scheda budget può essere concordata tra ATS e soggetto erogatore non oltre il 30 novembre dell'anno in corso, compatibilmente con le risorse disponibili e sentita la Direzione Generale competente. 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. Al raggiungimento della soglia di budget indicata non sarà riconosciuta alcuna ulteriore remunerazione a carico del Fondo Sanitario Regionale.

Articolo 5 Sistema tariffario e pagamenti

1. L'ATS riconosce al soggetto erogatore, nel rispetto delle disposizioni regionali vigenti, le tariffe previste da Regione Lombardia o dai nomenclatori tariffari, secondo le modalità fissate nel presente contratto. Alle prestazioni di ricovero e specialistica ambulatoriale si applicano le decurtazioni previste dalla DGR n. XI/5883/2022 e dalla DGR n. XI/6255/2022 in tema di riduzione dei tempi di attesa.
2. L'ATS si impegna a saldare i corrispettivi delle prestazioni rese dal soggetto erogatore 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.
3. L'ATS eroga acconti mensili secondo le modalità definite annualmente dalla Giunta regionale come validati dalla competente Direzione regionale. Il soggetto erogatore si impegna ad emettere mensilmente le fatture degli acconti e ad emettere la fattura relativa al saldo, recante la dicitura "salvo conguagli". L'ATS procederà esclusivamente ai pagamenti per prestazioni correttamente rendicontate nei flussi regionale con le modalità e nei termini stabiliti da Regione Lombardia.
4. Il soggetto erogatore 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.
5. 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.
6. 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.
7. Le tariffe corrisposte a carico del Fondo sanitario regionale sono comprensive di qualsiasi onere fiscale.

Articolo 6 Sicurezza dei lavoratori

1. Il soggetto erogatore 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 diposizioni di cui al d.lgs. 81/2008 e ss.mm. e ii. nonché le previsioni di cui al CCNL di riferimento.
2. Il soggetto erogatore dichiara di essere a conoscenza degli obblighi vigenti sulla prevenzione degli infortuni e sull'igiene del lavoro.
3. Il soggetto erogatore si impegna altresì ad 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 utilizzati. 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.

Articolo 7 Eventi modificativi, sospensione e risoluzione del contratto

1. 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.
2. In ipotesi di inadempimenti concernenti gli elementi essenziali del contratto, l'ATS contesta per iscritto l'inadempimento, assegnando al soggetto erogatore 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.
3. In caso di inadempimenti gravi e reiterati concernenti gli elementi essenziali del contratto, purché contestati per iscritto con le modalità di cui al comma 2, 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.
4. In tutte le ipotesi di sospensione le prestazioni eventualmente rese non produrranno in ogni caso effetti obbligatori nei confronti di ATS.
5. 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 erogatore, laddove il soggetto erogatore, a seguito della condanna, non provveda alla sollecita adozione di atti di completa e concreta dissociazione dalla condotta penalmente sanzionata.
6. 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.

Articolo 8 Clausola di manleva

1. Il soggetto erogatore 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:
   - 1.000.000 per sinistro per soggetti erogatori ambulatoriali che non eseguono prestazioni erogabili solo in ambulatori protetti, ossia ambulatori situati nell'ambito di istituti di ricovero e cura ai sensi del Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, ivi compresi i laboratori di analisi;
   - 2.000.000 per sinistro per soggetti erogatori che non svolgono attività chirurgica, ortopedica, anestesiologica e parto, nonché per le strutture ambulatoriali che eseguono prestazioni erogabili solo in ambulatori protetti, ossia ambulatori situati nell'ambito di istituti di ricovero e cura ai sensi del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, o attività odontoiatrica;
   - 4.000.000 per sinistro per i soggetti erogatori che svolgono anche attività chirurgica, ortopedica, anestesiologica e parto.

Articolo 9 Clausola di salvaguardia

1. Con la sottoscrizione del contratto il soggetto erogatore 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 ed è prorogato sino alla stipula del nuovo contratto. I rapporti economici intercorrenti durante il periodo di proroga sono passibili di rettifica al momento della sottoscrizione del nuovo contratto secondo le regole sopravvenute, fermo restando che l'importo economico massimo delle prestazioni da erogare in tale periodo non può superare i 5/12 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 D. Lgs. n.196/2003, così come

modificato dal D. Lgs. n.101/2018.

2. L'ATS e il soggetto erogatore, 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 erogatore e l'Agenzia ovvero 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 erogatore 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 erogatore.

Art. 13 Norma di rinvio e adeguamento

1. Per tutto quanto non previsto si fa rinvio alle disposizioni nazionali e regionali vigenti in materia, con particolare riferimento alle regole di negoziazione approvate dalla Giunta Regionale.
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 erogatore 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 dalla necessità del soggetto erogatore di osservare norme e prescrizioni entrate in vigore successivamente alla stipula. Anche in tal caso il soggetto erogatore 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 e sottoscritto

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

ALLEGATO 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 da 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 che verrà portata all'approvazione della Giunta Regionale in tema di "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 9999 del 99/99/2022

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
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
		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 affinchè 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: ≥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 colonscopie 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 colonscopie operative: ≥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: ≥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.

Denominazione Struttura	
Codice Regionale	

Allegato ___

Sub B

Tipologia di Attività	Importo Budget 2023	Modalità di determinazione	Erogazione a favore di	Finanziamento	Ambito temporale prestazioni	Note
Ricovero e cura		Importo pari al 100% del finanziato 2019 per le attività di ricovero e cura, incrementato in applicazione a quanto previsto dalle DGR XI/3915/2020, DGR XI/4049/2020 e DGR XI/4061/2020.	Lombardi (compresi stranieri assimilati ai Lombardi) e Fuori Regione	Riconoscimento della produzione fino al raggiungimento del budget di struttura	Sono conteggiabili esclusivamente quelle con data di dimissione a decorrere dall'01.01.2023, fino al 31.12.2023.	
Sub acuti		Importo pari al 100% del finanziato 2019 per le attività sub acute esclusi i posti tecnici temporanei attivati in applicazione alla DGR XI/3681/2020.	Lombardi (compresi stranieri assimilati ai Lombardi) e Fuori Regione	Riconoscimento della produzione fino al raggiungimento del budget di struttura	Sono conteggiabili esclusivamente quelle con data di dimissione a decorrere dall'01.01.2023, fino al 31.12.2023	
Attività di specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale, comprensive delle attività di Pronto Soccorso non seguite da ricovero (Quota 97%)		Importo pari al 97% delle prestazioni ambulatoriali finanziate nel 2019, incrementato dell'importo legato alla riduzione del cosiddetto "superticket" per le prestazioni di specialistica ambulatoriale a favore di tutti i cittadini ex L. n. 160 del 27.11.2019, compresa la quota cronici PIC, secondo quanto previsto dalle regole di programmazione 2023.	Lombardi (compresi stranieri assimilati ai Lombardi) e Fuori Regione	Riconoscimento pieno della produzione fino al raggiungimento del valore del 97%; tra il 97% e il 103% sarà applicato alle valorizzazioni prodotte un abbattimento fino al 30% (60% per la branca di laboratorio) e tra il 103% e il 106% fino al 60%. L'impegno a erogare prestazioni a carico del Servizio Sanitario vale fino a questa quota. Oltre la quota 106% non viene garantita la remunerazione delle prestazioni	Sono conteggiabili esclusivamente quelle erogate dalla data dell'01.01.2023, fino al 31.12.2023. Sono dettagliate di seguito le quote relative agli obiettivi specifici per migliorare l'offerta erogativa specialistica, alla presa in carico del paziente cronico ed allo screening	
Psichiatria (solo per ASST ed IRCCS pubblici)		Importo pari al contratto 2019.	Cittadini Lombardi	Riconoscimento della produzione fino al raggiungimento del tetto complessivo di sistema.	Sono conteggiabili esclusivamente quelle con periodo di erogazione a decorrere dall'01.01.2023, fino al 31.12.2023. Sono escluse le prestazioni relative ai progetti innovativi in Salute Mentale, oggetto di specifico contratto separato	
NPIA (solo per ASST ed IRCCS pubblici)		Importo pari al contratto 2019.	Cittadini Lombardi	Riconoscimento della produzione fino al raggiungimento del tetto complessivo di sistema.	Sono conteggiabili esclusivamente quelle erogate dalla data dell'01.01.2023, fino al 31.12.2023. Sono escluse le prestazioni relative ai progetti innovativi in NPIA, oggetto di specifico contratto separato	
"NUOVE RETI"		Importo pari al contratto 2019.	Cittadini Lombardi, Stranieri, Fuori Regione	Riconoscimento della produzione fino al raggiungimento del tetto complessivo di sistema.	Sono conteggiabili esclusivamente quelle erogate dalla data dell'01.01.2023, fino al 31.12.2023.	

Tipologia di Attività	Valore di riferimento 2023	Modalità di determinazione	Erogazione a favore di	Finanziamento	Ambito temporale prestazioni	Note
Ricovero - **bassa complessità**		L'importo è un di cui della voce "Ricovero", ed è pari al 100% del valore finanziato nel 2019 per le prestazioni bassa complessità	Fuori regione	Solo per gli erogatori privati - Nel caso di superamento del tetto di struttura è previsto un abbattimento dell'esubero di produzione rilevato per ciascuna Struttura rispetto alla produzione finanziata per la bassa complessità nel 2019. Gli eventuali risparmi rispetto al tetto di sistema bassa complessità per l'anno 2023 potranno essere oggetto di redistribuzione a copertura parziale dell'iperproduzione, in proporzione all'iperproduzione stessa per gli erogatori privati.	Sono conteggiabili esclusivamente quelle con data di dimissione a decorrere dall'01.01.2023, fino al 31.12.2023; non si applica agli IRCCS (la cui produzione viene considerata parificata all'alta complessità)	L'importo è un di cui della voce "Ricovero e cura"
Ricovero - **cittadini lombardi**		L'importo è un di cui della voce "Ricovero", ed è pari al 100% del valore finanziato nel 2019 per le prestazioni erogate a favore dei pazienti lombardi, incrementato in applicazione a quanto previsto dalle DGR XI/3915/2020, DGR XI/4049/2020 e DGR XI/4061/2020.	Cittadini Lombardi (compresi stranieri assimilati ai Lombardi)	Solo per erogatori privati - Nel caso di superamento del tetto di struttura è previsto un abbattimento dell'esubero di produzione rilevato per ciascuna Struttura rispetto alla produzione finanziata per Lombardi nel 2019, incrementato in applicazione a quanto previsto dalle DGR XI/3915/2020, DGR XI/4049/2020 e DGR XI/4061/2020. Gli eventuali risparmi rispetto al limite complessivo di sistema per l'anno 2023 per gli erogatori privati, potranno essere oggetto di redistribuzione a copertura parziale dell'iperproduzione, in proporzione all'iperproduzione stessa. Analogamente, eventuali superamenti al limite complessivo di sistema oppure al limite previsto dall'art. 15 del DL 6 luglio 2012, n. 95 e s.m.i., a consuntivo, determinano un abbattimento di sistema.	Sono conteggiabili esclusivamente quelle con data di dimissione a decorrere dall'01.01.2023, fino al 31.12.2023.	L'importo è un di cui della voce "Ricovero e cura"
Ricovero - **cittadini fuori regione**		L'importo è un di cui della voce "Ricovero", ed è pari al 100% del valore finanziato nel 2019 per le prestazioni erogate a favore dei pazienti fuori regione, incrementato in applicazione a quanto previsto dalle DGR XI/3915/2020, DGR XI/4049/2020 e DGR XI/4061/2020.	Fuori regione	Solo per erogatori privati - Nel caso di superamento del tetto è previsto un abbattimento dell'esubero di produzione rilevato per ciascuna Struttura rispetto alla produzione finanziata per Fuori Regione nel 2019. Gli eventuali effetti economici previsti dagli 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 ricadranno sulle strutture erogatrici delle prestazioni di ricovero eseguite a partire dall'anno 2023 nei confronti dei residenti nelle regioni oggetto dei predetti accordi.	Sono conteggiabili esclusivamente quelle con data di dimissione a decorrere dall'01.01.2023, fino al 31.12.2023.	L'importo è un di cui della voce "Ricovero e cura"
Ricovero e cura - **quota destinata alla definizione di obiettivi specifici per di reindirizzare il mix di erogazione delle strutture al fine del recupero delle liste di attesa** (7% del finanziato di ricovero 2019 per cittadini lombardi, compresi stranieri assimilati ai lombardi)		Per le strutture private, importo pari al 7% del tetto per cittadini lombadi per prestazioni di ricovero e cura 2023, pari al finanziato 2019 incrementato in applicazione a quanto previsto dalle DGR XI/3915/2020, DGR XI/4049/2020 e DGR XI/4061/2020.	Lombardi (compresi stranieri assimilati ai Lombardi)			L'importo è un di cui della voce "Ricovero e cura"
Attività di specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale comprensive delle attività di Pronto Soccorso non seguite da ricovero - **cittadini lombardi**		Importo pari al 97% delle prestazioni ambulatoriali finanziate nel 2019 per lombardi, incrementato dell'importo legato alla riduzione del cosiddetto "superticket" per le prestazioni di specialistica ambulatoriale a favore dei cittadini lombardi ex L. n. 160 del 27.11.2019, compresa la quota PIC, secondo quanto previsto dalle regole di programmazione 2023.	Cittadini Lombardi	Solo per gli erogatori privati - Riconoscimento pieno della produzione fino al raggiungimento del valore del 97%; tra il 97% e il 103% sarà applicato alle valorizzazioni prodotte un abbattimento fino al 30% (60% per la branca di laboratorio) e tra il 103% e il 106% fino al 60%. L'impegno a erogare prestazioni a carico del Servizio Sanitario vale fino a questa quota. Oltre la quota 106% non viene garantita la remunerazione delle prestazioni. Nel caso di superamento del limite complessivo di sistema per l'anno 2023, oppure al limite previsto dall'art. 15 del DL 6 luglio 2012, n. 95 e s.m.i., è previsto un abbattimento in proporzione all'esubero di produzione rilevato per ciascuna Struttura. Gli eventuali risparmi rispetto al limite complessivo di sistema per l'anno 2023 per gli erogatori privati, potranno essere oggetto di redistribuzione a copertura parziale dell'iperproduzione, in proporzione all'iperproduzione stessa.	Sono conteggiabili esclusivamente quelle erogate dalla data dell'01.01.2023, fino al 31.12.2023.	L'importo è un di cui della voce "Attività di specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale, comprensive delle attività di Pronto Soccorso non seguite da ricovero (Quota 97%)"
Attività di specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale comprensive delle attività di Pronto Soccorso non seguite da ricovero - **cittadini fuori regione**		Importo pari al 97% delle prestazioni ambulatoriali finanziate nel 2019 per Fuori Regione incrementato dell'importo legato alla riduzione del cosiddetto "superticket" per le prestazioni di specialistica ambulatoriale a favore dei cittadini fuori regione ex L. n. 160 del 27.11.2019, secondo quanto previsto dalle regole di programmazione 2023.	Cittadini Fuori Regione	Solo per gli erogatori privati - Riconoscimento pieno della produzione fino al raggiungimento del valore del 97%; tra il 97% e il 103% sarà applicato alle valorizzazioni prodotte un abbattimento fino al 30% (60% per la branca di laboratorio) e tra il 103% e il 106% fino al 60%. Oltre la quota 106% non viene garantita la remunerazione delle prestazioni. - Nel caso di superamento del tetto è previsto un abbattimento in proporzione all'esubero di produzione rilevato per ciascuna Struttura rispetto alla produzione finanziata per Fuori regione nel 2019. Gli eventuali effetti economici previsti dagli 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 ricadranno sulle strutture erogatrici delle prestazioni di specialistica ambulatoriale eseguite a partire dall'anno 2023 nei confronti dei residenti nelle regioni oggetto dei predetti accordi.	Sono conteggiabili esclusivamente quelle erogate dalla data dell'01.01.2023, fino al 31.12.2023.	L'importo è un di cui della voce "Attività di specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale, comprensive delle attività di Pronto Soccorso non seguite da ricovero (Quota 97%)"
Attività di specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale - **quota destinata alla remunerazione alle attività connesse alla presa in carico del paziente cronico** (3% del budget di specialistica ambulatoriale 2023)		Importo pari al 3% del budget per le prestazioni ambulatoriali, definito sul finanziato 2019 per cittadini Lombardi, incrementato dell'importo legato alla riduzione del cosiddetto "superticket" per le prestazioni di specialistica ambulatoriale a favore dei cittadini fuori regione ex L. n. 160 del 27.11.2019, al netto delle prestazioni di Laboratorio, Screening e Medicina Sportiva.	Lombardi (compresi stranieri assimilati ai Lombardi)		Sono conteggiabili esclusivamente quelle erogate dalla data dell'01.01.2023, fino al 31.12.2023.	L'importo è un di cui della voce "Attività di specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale, comprensive delle attività di Pronto Soccorso non seguite da ricovero (Quota 97%)"
Attività di specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale - **quota destinata alla definizione di obiettivi specifici finalizzata alle azioni per il contenimento dei tempi di attesa** (10% del budget di specialistica ambulatoriale 2023)		Per le strutture private, importo pari al 10% del tetto per cittadini lombadi per prestazioni ambulatoriali 2023, pari al 97% del finanziato per cittadini lombardi e assimilati 2019 (comprese le prestazioni erogate a favore dei pazienti cronici), incrementato dell'importo legato alla riduzione del cosiddetto "superticket" per le prestazioni di specialistica ambulatoriale a favore dei cittadini lombardi ex L. n. 160 del 27.11.2019.	Lombardi (compresi stranieri assimilati ai Lombardi)			L'importo è un di cui della voce "Attività di specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale, comprensive delle attività di Pronto Soccorso non seguite da ricovero (Quota 97%)"
Attività di specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale - quota relativa alle attività di **screening programmato da ATS**		Definito in sede di programmazione territoriale da ogni singola ATS.	Lombardi (compresi stranieri assimilati ai Lombardi)			L'importo è un di cui della voce "Attività di specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale, comprensive delle attività di Pronto Soccorso non seguite da ricovero (Quota 97%)"
Programma di **screening HCV** in attuazione della DGR n. XI/5830 del 29/12/2021		Prestazioni definite a livello regionale ed erogate secondo le linee guida screening HCV per le strutture pubbliche e private aderenti	Lombardi (compresi stranieri assimilati ai Lombardi)	Riconoscimento della produzione secondo le regole di rendicontazione previste, fino al raggiungimento del valore massimo regionale riconoscibile di cui alla DGR n. XI/5830 del 29/12/2021	Sono conteggiabili esclusivamente quelle erogate dalla data dell'01.01.2023, fino al 31.12.2023.	L'importo è aggiuntivo "Attività di specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale, comprensive delle attività di Pronto Soccorso non seguite da ricovero (Quota 97%)"

SISTEMI INFORMATIVI E SANITA' DIGITALE

Premessa 1
Sistema di Gestione Digitale del Territorio e Telemedicina 1
Potenziamento del livello di digitalizzazione delle strutture ospedaliere..... 2
Interventi tecnici e organizzativi per il potenziamento del Fascicolo Sanitario Elettronico 3
Programma per il miglioramento continuo del livello di Sicurezza e disponibilità dei sistemi informativi 4

Premessa

Nel corso del 2023 gli obiettivi prioritari nell'ambito dei sistemi informativi sono rappresentati dalla implementazione delle progettualità previste dalle diverse linee di investimento del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dal rispetto delle scadenze definite a livello nazionale.

Tutti gli Enti sanitari saranno, pertanto, impegnati nell'attuazione dei diversi interventi progettuali di ambito locale e di ambito centrale che concorrono al raggiungimento complessivo degli obiettivi PNRR.

Oltre agli obiettivi definiti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, nel corso del 2023, verrà posta la massima attenzione sulle tematiche relative alla sicurezza informatica.

Di seguito, vengono descritti gli interventi principali e, per ciascuno di essi, viene presentata la relativa programmazione.

Sistema di Gestione Digitale del Territorio e Telemedicina

Il progetto per la realizzazione del nuovo Sistema per la Gestione Digitale del Territorio è stato approvato con DGR XI/5872 del 24 gennaio 2022 per supportare l'erogazione dei servizi sociosanitari e rendere disponibili strumenti informatici e tecnologie digitali per la gestione delle Case della Comunità e delle Centrali Operative Territoriali. L'intervento si colloca nell'ambito della Missione 6, Componente 1, sub intervento 1.2.2 "*Centrali operative territoriali – interconnessone aziendale*".

Le prime funzionalità del Sistema per la Gestione Digitale del Territorio sono state rilasciate in Cloud e messe a disposizione di tutte le ASST il giorno 4 luglio 2022. Sulla base dei riscontri forniti dalle prime ASST che hanno utilizzato in via sperimentale il nuovo sistema, sono state definite le priorità per lo sviluppo di altre funzionalità che sono state rilasciate rispettivamente il 10 ottobre 2022 e il 22 novembre 2022.

Le attività di sviluppo evolutivo delle funzionalità applicative e dei servizi di integrazione del Sistema di Gestione Digitale del Territorio proseguiranno per tutto l'anno 2023 sulla base dei requisiti che verranno forniti dagli operatori delle Case della Comunità, delle Centrali Operative Territoriali, degli Infermieri di Famiglia e di Comunità e di tutti gli operatori sociosanitari che partecipano allo svolgimento dei processi assistenziali territoriali.

Il sistema è in fase di progressiva diffusione su tutto il territorio lombardo sulla base del programma di apertura progressiva delle Case della Comunità e di attivazione dei diversi servizi sociosanitari territoriali.

Nel corso dell'anno 2023 verranno diffuse ed applicate a tutte le strutture territoriali le funzionalità per gestire i seguenti processi socioassistenziali:

- Assistenza Domiciliare Integrata
- Dimissione Protetta
- Gestione dei servizi infermieristici territoriali

In particolare, le funzionalità per la gestione del processo di Assistenza Domiciliare Integrata supporteranno l'attuazione del nuovo modello organizzativo definito con DGR XI/6867 e permetterà di semplificare la gestione complessiva e il governo dei processi di assistenza domiciliare.

Le ASST e ATS saranno, pertanto, impegnate per tutto il 2023 nella attivazione delle funzionalità necessarie ad implementare concretamente i principali processi assistenziali di ambito territoriale; per consentire di verificare l'effettiva diffusione del sistema e l'andamento dei principali servizi territoriali, verranno messe a disposizione di tutti gli Enti specifiche "dashboard" aggiornate con i dati rilevati in tempo reale.

Il Sistema di Gestione Digitale del Territorio verrà, inoltre, dotato delle funzionalità digitali e dei servizi di integrazione necessari a facilitare la partecipazione al processo assistenziale dei Medici di Medicina Generale, delle Cooperative e di tutte le figure professionali che concorrono all'erogazione dei servizi sul territorio.

Il Sistema per la Gestione Digitale del Territorio, oltre a rappresentare un servizio digitale a supporto del funzionamento delle Case della Comunità e delle Centrali Operative Territoriali, rappresenta anche un prerequisito per abilitare e facilitare la prossima attuazione e diffusione dei servizi di Telemedicina previsti nell'ambito del PNRR.

Potenziamento del livello di digitalizzazione delle strutture ospedaliere

La Missione 6, Componente 2 del PNRR pone particolare attenzione sull'ammodernamento delle infrastrutture tecnologiche e digitali ospedaliere, attraverso interventi finalizzati al potenziamento del livello di digitalizzazione delle strutture sanitarie sede di Dipartimenti di Emergenza e Accettazione (DEA) di I e II livello.

L'obiettivo definito dal PNRR è che tutte le strutture ospedaliere sede di DEA devono garantire il livello di digitalizzazione definito dal Ministero della Salute (DGPROG.7/I.6.a.g, Protocollo N. 00025355 del 4/8/2020) nel seguente modo: "Struttura ospedaliera dotata di: LIS, RIS-PACS, sistema informativo per la gestione dell'attività clinica di Pronto Soccorso, sistema informativo per la gestione *dell'attività clinica dei blocchi operatori, ADT e MPI servizi di farmacia informatizzati, prescrizione e somministrazione farmaci con sistema informatizzato, cartella clinica elettronica ospedaliera, repository e order entry".*

Le progettualità condivise con le ASST sono state inserite all'interno delle specifiche Schede Intervento contenute nel documento tecnico del Piano Operativo Regionale approvato da Regione Lombardia con DGR XI/6426 del 23 maggio 2022 nell'ambito del finanziamento PNRR e, nello specifico, riferite all'investimento 1.1.1 Digitalizzazione DEA di I e II livello.

Tra gli interventi di potenziamento del livello di digitalizzazione dei sistemi informativi ospedalieri di interesse strategico regionale rientrano i seguenti:

- Implementazione del nuovo sistema di **Cartella Clinica Elettronica**, unico e centralizzato a livello regionale, da applicare a 19 ASST e oltre 50 strutture ospedaliere;

- Progettazione e implementazione di un nuovo sistema per la gestione centralizzata dei servizi di **Laboratorio Analisi** da applicare a 12 ASST;

- Progettazione e introduzione di sistemi di ***Digital Pathology*** finalizzati al potenziamento del processo di acquisizione, gestione, condivisione, refertazione degli esami di Anatomia Patologica, con digitalizzazione sistematica dei vetrini anatomici presso 13 ASST;

- progettazione e introduzione di nuovi sistemi per **l'Automazione della logistica del farmaco** presso 19 ASST con gestione centralizzata dei processi di magazzino farmaceutico e integrazione del processo di prescrizione e somministrazione gestito nell'ambito della Cartella Clinica Elettronica.

Tutte le ASST, con il supporto delle ATS di riferimento, saranno chiamate a partecipare attivamente alle attività progettuali e alla implementazione dei nuovi servizi al fine di assicurare il raggiungimento complessivo degli obiettivi PNRR. Le attività progettuali saranno monitorate attraverso le funzionalità disponibili nell'ambito del sistema nazionale Regis.

Al fine di verificare in modo oggettivo e indipendente l'efficacia degli interventi di potenziamento del livello di digitalizzazione delle strutture ospedaliere e il conseguente raggiungimento degli obiettivi PNRR, è stato adottato a livello regionale il modello di maturità internazionale HIMSS EMRAM che verrà applicato a tutte le strutture prima dell'attuazione degli interventi, dopo circa 18 mesi dalla prima attuazione degli interventi e al termine del PNRR.

Pertanto, entro il primo trimestre 2023, tutte le ASST saranno chiamate ad applicare il modello HIMSS EMRAM per ciascuna delle proprie strutture ospedaliere al fine di documentare l'attuale livello di digitalizzazione, prima dell'attuazione degli interventi di potenziamento previsti nell'ambito del PNRR.

Interventi tecnici e organizzativi per il potenziamento del Fascicolo Sanitario Elettronico

La Missione 6, Componente 1 del PNRR, all'investimento 1.3.1 "*Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione*", prevede una specifica azione per il potenziamento del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE).

Nel corso del 2022 sono state raccolte le informazioni necessarie alla predisposizione dei seguenti documenti previsti dal Decreto Interministeriale per l'"*Adozione e utilizzo del FSE da parte delle Regioni*":

- **Piano di Adeguamento Tecnologico**: programmazione degli interventi tecnici di livello centrale e locale per il raggiungimento complessivo degli obiettivi di

potenziamento del Fascicolo Sanitario Elettronico. Il Piano è stato formalmente trasmesso al Dipartimento di Trasformazione Digitale il 10 ottobre 2022;

- **Piano Operativo per l'incremento delle competenze digitali**: programmazione delle attività di formazione e supporto operativo ai professionisti del sistema sanitario. Il Piano, attualmente in fase di perfezionamento, sarà trasmesso formalmente al Dipartimento di Trasformazione Digitale il 20 dicembre 2022.

Con l'obiettivo di supportare le Amministrazioni Regionali nel potenziamento del FSE e nel raggiungimento degli obiettivi prefissati, il Ministero della Salute ha emanato le "*Linee Guida per l'Attuazione del Fascicolo Sanitario Elettronico*" che individuano una serie di interventi sia a livello centrale che regionale e aziendale da attuarsi nel breve e lungo termine, entro fine PNRR.

Nel corso del 2023 tutte le ASST, con il supporto delle ATS, saranno chiamate ad attuare gli interventi tecnici e organizzativi necessari alla trasformazione del Fascicolo Sanitario Elettronico da raccoglitore di documenti a gestore dei dati strutturati degli assistiti. In particolare:

- entro la fine del mese di gennaio 2023, verrà condivisa la proposta di pianificazione degli interventi di adeguamento funzionale degli applicativi di tutte le ASST per la produzione di referti in formato strutturato CDA2 e firmati con firma Pades in conformità agli standard definiti a livello nazionale;

- entro il primo semestre 2023, tutte le ASST dovranno aggiornare le versioni dei propri software applicativi, introdurre le tecnologie di firma digitale Pades e implementare i nuovi scenari di integrazione definiti a livello nazionale.

Lo stato di avanzamento delle attività tecniche verrà monitorato attraverso specifiche "Dashboard" che verranno messe a disposizione di tutti gli Enti per misurare in tempo reale i volumi di referti che verranno pubblicati nel nuovo formato definito a livello nazionale.

Per attuare gli obiettivi di potenziamento del Fascicolo Sanitario Elettronico sarà necessario procedere con la diffusione presso tutti i reparti e servizi ambulatoriali della nuova architettura SISS che introduce la firma digitale remota con conseguente l'eliminazione della Carte Operatore e della PDL SISS.

Inoltre, dovrà essere programmata la diffusione dei nuovi servizi di Piattaforma di Integrazione per l'introduzione di un Clinical Data Repository e per l'implementazione degli scenari di integrazione con il Gateway HL7-FHIR nazionale.

Programma per il miglioramento continuo del livello di Sicurezza e disponibilità dei sistemi informativi

Nel corso del 2022 è stato necessario programmare, in modalità coordinata da Aria e condivisa con tutti gli Enti, interventi per il progressivo e continuo innalzamento del livello di sicurezza informatica dell'intera architettura dei sistemi informativi regionali.

In particolare, sono stati programmati ed effettuati i seguenti interventi di innalzamento del livello di sicurezza informatica delle ATS e ASST:

- Attivazione di Task Force Regionale, costituita da professionisti esperti nel settore Cybersecurity, per la valutazione dello stato di protezione delle infrastrutture dei singoli Enti e la programmazione di interventi mirati al progressivo miglioramento del livello di protezione.

- Introduzione e attivazione presso tutti gli Enti di un servizio di Cyber Threat Intelligence per identificare eventuali informazioni esposte pubblicamente ed evidenziare potenziali rischi collegati alla loro presenza al di fuori del perimetro dell'infrastruttura aziendale.

- Attivazione del nuovo servizio regionale MDA - Managed Detection and Analysis – per la gestione centralizzata dei "*Security Incidents*" rilevati dalle piattaforme EDR/XDR progressivamente attivate presso le ATS e ASST.

- Avviata la ricognizione per l'adesione al progetto "Infratel" di tutte le ASST e ATS lombarde finalizzato al potenziamento della connettività di tutte le sedi aziendali e all'incremento della sicurezza perimetrale.

Nel corso del 2023, tutte le ASST e le 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 la fine del mese di gennaio 2023, verrà condivisa la scheda aziendale che descrive il livello di sicurezza informatica raggiunto da ciascuna ASST e ATS e identifica le aree di possibile miglioramento sulle quali programmare gli interventi prioritari;

- entro il primo trimestre 2023, tutte le ASST e ATS 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 2023, con quantificazione e allocazione delle relative risorse.

- Entro la fine del 2023, dovrà essere aggiornata la scheda aziendale che descrive il livello di sicurezza informatica raggiunto da ciascuna ASST e ATS a seguito degli interventi effettuati.

Nel corso del 2023, le ASST e ATS inizieranno le attività di installazione delle nuove linee di comunicazione sulla base della programmazione definita con gli aggiudicatari del progetto "Infratel".

ACQUISTI SSR E INNOVAZIONE TECNOLOGICA

ACQUISTI SSR 2
Premessa 2
Focus sui temi principali 2
Il Sistema degli acquisti del SSR 3
Ambiti di aggregazione 3
Collaborazione e interazione tra i vari livelli della struttura a rete degli acquisti regionale 7
SISTEMA REGIONALE MONITORAGGIO BENI E SERVIZI 8
Dispositivi medici 8
Flusso consumi Dispositivi Medici 8
Flusso Contratti 9
Monitoraggio Servizi non sanitari 9
Flusso informativo per il monitoraggio delle grandi apparecchiature sanitarie in uso presso le strutture sanitarie pubbliche, private accreditate e private non accreditate 9
Proroghe dei contratti di appalto 10
INCENTIVI PER LE FUNZIONI TECNICHE EX. ART.113 D.LGS 50/2016 10
HTA (Health Technology Assessment) 11
RACCOMANDAZIONI DELL'ORGANISMO REGIONALE PER LE ATTIVITÀ DI CONTROLLO (ORAC) 12

ACQUISTI SSR

Premessa

Regione Lombardia coordina per l'anno 2023 l'organizzazione del sistema degli acquisti regionale, già descritto nella Delibera n. XI/6387 del 16/05/2022, 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 2023 sono i seguenti:

- ✓ massimizzare i benefici della centralizzazione della spesa garantendo la copertura dei fabbisogni espressi dagli Enti Sanitari;
- ✓ omogeneizzare gli acquisti effettuati dagli enti sanitari con l'obbiettivo 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.

Focus sui temi principali

Regione/DG Welfare:
coordina la rete acquisti; approva la programmazione di Enti e ARIA con il supporto del TTA (Tavolo Tecnico Appalti; autorizza procedure singole fuori programmazione per importi a base d'asta superiori alla soglia comunitaria.

ARIA:

assicura copertura su tutte le categorie merceologiche attribuite dal DPCM come competenza esclusiva, (la programmazione ARIA sarà prioritariamente dedicata a queste categorie); autorizza gli Enti, ove strettamente necessario, a procedure in autonomia per la copertura dei fabbisogni esclusivamente su categorie da DPCM.

Il Sistema degli acquisti del SSR

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 2023 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).

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. partecipando attivamente alla fase di programmazione e 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 > E-procurement > Strumenti di Supporto > Guide e manuali oppure dal seguente link: https://www.ariaspa.it/wps/portal/Aria/Home/bandi-convenzioni/e-procurement/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

Collaborazione e interazione tra i vari livelli della struttura a rete degli acquisti regionale

Al fine di massimizzare i benefici della centralizzazione della spesa, garantendo la copertura dei fabbisogni espressi dagli Enti Sanitari, è indispensabile un fattivo coinvolgimento degli Enti Sanitari in tutte le fasi del processo di acquisto, partendo da una corretta individuazione dei fabbisogni fino al monitoraggio in fase di esecuzione dei contratti.

In particolare, in fase di programmazione e progettazione delle gare, gli Enti Sanitari sono tenuti a fornire ad ARIA dati completi e attendibili sui propri fabbisogni, al fine di garantire il corretto dimensionamento delle procedure di gara, la continuità delle forniture e il rispetto della pianificazione.

In fase di progettazione delle procedure di gara aggregate, si ribadisce la necessità di designare i professionisti chiamati a collaborare con ARIA, garantendo una costante partecipazione ai tavoli tecnici da parte degli Enti, indispensabile per il rispetto delle tempistiche delle procedure di gara.

In fase di selezione del contraente, 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 della Commissione, 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.

Infine, in fase di esecuzione contrattuale, le convenzioni centralizzate saranno attivate coerentemente con i fabbisogni espressi dagli Enti Sanitari in fase di progettazione, introducendo meccanismi adatti a garantire la massima disponibilità dei volumi contrattualizzati nel rispetto delle indicazioni fornite dagli Enti.

Al fine di permettere un costante monitoraggio dell'erosione reale delle Convenzioni/Accordi Quadro, per una corretta pianificazione delle gare centralizzate, si conferma l'obbligatorietà del tempestivo inserimento in NECA delle Richieste di Consegna successive agli Ordinativi di Fornitura attraverso l'interfacciamento telematico tra il gestionale aziendale con NECA stesso o con l'inserimento manuale.

Con periodicità trimestrale/semestrale l'ente dovrà verificare lo stato dell'erosione dei propri ordinativi di fornitura rispetto alle richieste di consegna effettuate e laddove possibile (ordinativi di fornitura non erosi) "ridurre" gli ordinativi di fornitura in modo da rimettere nel sistema a disposizione di altri enti i beni e i servizi bloccati nell'ODF ma non fruiti.

Inoltre, eventuali difettosità o carenze delle forniture o servizi devono essere prontamente documentate al fine di poter dare ad ARIA gli strumenti per applicazione di penali o recesso da lotti specifici e poter recepire eventuali indicazioni per il miglioramento delle successive gare.

Il grado di partecipazione dei singoli enti alle iniziative centralizzate sarà oggetto di rilevazione attraverso specifici indicatori e costituirà elemento di valutazione dei risultati dei Direttori Generali.

Infine, con l'obiettivo di aumentare il livello di centralizzazione della spesa regionale, Regione ha definito con ARIA un sistema di convenzionamento attraverso cui gli Enti sanitari saranno attori primari nella progettazione di gare aggregate ARIA.

SISTEMA REGIONALE MONITORAGGIO BENI E SERVIZI

Dispositivi medici

Viene confermato quanto previsto nelle precedenti regole di sistema.

Flusso consumi Dispositivi Medici

Viene confermato quanto previsto nelle precedenti regole di sistema.

Gli indicatori degli adempimenti LEA prevedono:

1) La trasmissione dei dati di tutte le aziende sanitarie riferite a tutti mesi del periodo Gennaio-Dicembre 2023.
   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.

2) La spesa rilevata nel periodo Gennaio-Dicembre 2023 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 ancora variato dal Comitato LEA

Flusso Contratti

Entro il 31/12/2022 è prevista la dismissione dell'Osservatorio Acquisti, in quanto Regione Lombardia ha ravvisato l'opportunità di sviluppare un nuovo sistema che permetta di integrare i dati dei Contratti con le informazioni già presenti in altri Sistemi regionali facilitando quindi la rendicontazione per le Aziende.

Per la realizzazione della nuova soluzione è stato istituito un nuovo flusso da inviare tramite la piattaforma SMAF, denominato Flusso Contratti Regionale che traccerà tutti i contratti stipulati dalle Aziende per qualsiasi prodotto/servizio, al pari di quanto attualmente inserito oggi in Osservatorio Acquisti.

I contratti stipulati entro il 31 dicembre 2022 vanno inviati tramite l'Osservatorio Acquisti entro il 20 gennaio 2023. Non sarà possibile modificarli o cancellarli in seguito. Eventuali contratti stipulati entro il 31 dicembre 2022 e non trasmessi entro il 20 gennaio 2023 dovranno essere trasmessi con il nuovo Flusso Contratti Regionale (SMAF).

Gli indicatori degli adempimenti LEA prevedono che la percentuale di numeri di repertorio, presenti sia nel flusso consumi sia nel flusso contratti, con riferimento ai contratti attivi per l'anno 2023, deve essere almeno del 70%

Il metodo di calcolo può essere ancora variato dal Comitato LEA.

Monitoraggio Servizi non sanitari

Viene confermato quanto previsto nelle precedenti regole di sistema.

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.

Proroghe dei contratti di appalto

Viene confermato quanto previsto nelle precedenti regole di sistema. L'obiettivo è la riduzione del numero di proroghe anche a fronte della riorganizzazione della rete degli acquisti prevista dalle presenti regole. Direzione Generale Welfare richiederà a tutti gli Enti per l'anno 2023 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 2023 e il 15 gennaio 2024 a chiusura rispettivamente del I e II semestre.

INCENTIVI PER LE FUNZIONI TECNICHE EX. ART.113 D.LGS 50/2016

Come per l'anno 2022, le assegnazioni relative agli incentivi per le funzioni tecniche previste dall'art. 113 del D.lgs 50/2016 e s.m.i. vengono verificate tramite gli strumenti di e-procurement Sintel e NECA (ad eccezione delle adesioni Consip -Mepa e di eventuali casi particolari).

È pertanto necessario che gli Enti compilino tutti i dati richiesti dal portale Sintel, che è stato opportunamente implementato con questo obiettivo, soprattutto con riferimento alle procedure aggregate per le quali si richiede la compilazione, da parte dell'ente capofila, dei campi relativi agli enti aggregati e alla rispettiva quota di aggregazione.

In linea con il dettato della legge e con l'orientamento della giurisprudenza contabile si ritiene debbano essere escluse ai fini dell'accantonamento del fondo:

- le procedure ad affidamento diretto

- le procedure negoziate senza previa pubblicazione di bando quando i lavori, le forniture e i servizi possono essere forniti unicamente da un operatore
- le proroghe contrattuali
- le procedure il cui valore sia inferiore a 40.000,00 euro
- contratti di concessione
- acquisti di beni o servizi per i quali non sia nominato il Direttore dell'Esecuzione

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, adotta 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 riorganizzando l'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 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.

RACCOMANDAZIONI DELL'ORGANISMO REGIONALE PER LE ATTIVITÀ DI CONTROLLO (ORAC)

Orac da tempo ha avviato con la Direzione Generale Welfare una proficua collaborazione che nel 2022 ha evidenziato ambiti su cui è necessario fornire puntuali raccomandazioni agli enti sanitari anche in considerazione dei nuovi programmi avviati, primo fra tutti il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, affinché vi sia un'azione coordinata di sistema che tenga conto della rigorosa attuazione di tutte le normative vigenti.

Tutti gli enti del sistema si dovranno, pertanto, adeguare alle seguenti raccomandazioni di Orac:

- Durante l'esecuzione degli appalti verificare costantemente la correttezza contributiva e previdenziale dell'appaltatore, e in ogni caso in occasione di rinnovi o proroghe qualora consentite.
- Verificare il puntuale rispetto delle previsioni del codice appalti in ordine all'acquisizione delle cauzioni provvisorie e definitive, a prescindere dalla durata del rapporto, e necessità di verificarne la regolarità.
- Non disporre affidamenti di sole quote orarie di lavoro che si configurino quale illecita intermediazione di lavoro.
- Nella acquisizione di servizi di prestazioni specialistiche che rispettino le condizioni per essere realmente qualificati appalti, procedere all'attenta verifica, tra i requisiti specifici, del possesso in capo ai singoli prestatori dei requisiti di legge e professionali, possibilmente ricorrendo, per quelli di maggiore complessità, alla clausola di "riserva

di gradimento da parte della s.a." relativamente ai lavoratori destinati all'esecuzione del servizio.

- Nel caso di modificazioni soggettive in contratti in essere, verificare il possesso dei requisiti generali oggetto di trasferimento o avvalimento anche in relazione allo stato patrimoniale del cedente con riferimento alle passività maturate.
- Nel caso di partecipazione alla gara di una impresa costituita in forza di un contratto di locazione o di affitto di azienda o ramo d'azienda appartenente ad altro operatore, verificare, in caso di debiti di natura lavoristica, l'avvenuto accollo degli stessi da parte del locatario.

Farmaceutica e dispositivi medici

ASSISTENZA FARMACEUTICA (TERRITORIALE E ACQUISTI DIRETTI) 1
Assistenza farmaceutica territoriale 2
PT-online e mobilità intraregionale 2
Indennità di residenza per le farmacie rurali sussidiate 3
Assistenza farmaceutica ospedaliera 3
File F (acquisti diretti) 3
Erogazione terapie in File F per età pediatrica (0-18 anni) 3
Progetto pilota per la riconciliazione informatizzata dei Flussi File F, File R 4
Definizione requisiti di accreditamento delle farmacie ospedaliere 4
FARMACIA DEI SERVIZI 4
ATTIVITA' DI VIGILANZ E CONTROLLO IN CAPO ALLE ATS 6
BANCA DATI FARMACIE – FARMA 2017 6
SPERIMENTAZIONE CLINICA 6
DISPOSITIVOVIGILANZA 7
ASSISTENZA PROTESICA E INTEGRATIVA 7
Assistenza integrativa (stomie, cateteri e alimenti per nefropatici in attesa di dialisi) 8
PROGETTO "ALLESTIMENTO DI CONFEZIONAMENTI PERSONALIZZATI PER MIGLIORARE L'ADERENZA TERAPEUTICA E LA SICUREZZA DEI PAZIENTI" – RSA E RSD 8
PROGETTO DI "PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI PARKINSONIANI" 9
PROGETTO DI PROSSIMITÀ NELLA MALATTIA PSORIASICA 10

ASSISTENZA FARMACEUTICA (TERRITORIALE E ACQUISTI DIRETTI)

Si richiama quanto previsto dall'art. 1, comma 281 della legge 30 dicembre 2021, n. 234, in merito al tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti, che, confermato che il tetto complessivo è pari al 15,15% del FSN, fissa i tetti di spesa per l'anno 2023 nel seguente modo:

a) tetto per la spesa per acquisti diretti all'8,15% del FSN (comprensivo anche dello 0,2% dei gas medicinali);
b) tetto della spesa convenzionata al 7% del FSN.

Si conferma che è un obiettivo di Regione Lombardia e quindi delle sue strutture (ATS, ASST e IRCCS pubblici) il rispetto di queste percentuali, mettendo in atto le

azioni necessarie al fine del raggiungimento dello stesso nel corso del 2023 e la prosecuzione delle attività messe in essere nel 2022 per questo fine.

Assistenza farmaceutica territoriale

Si confermano gli indirizzi già in essere in carico alle ATS e ASST sulla gestione dell'appropriatezza prescrittiva relativa ai farmaci.
In particolare, a partire dal 2023 diventa strategica la collaborazione tra territorio (ATS) e ASST la definizione di obiettivi ai MMG e PLS in accordo con gli indirizzi nazionali e regionali.
ATS a ASST dovranno condividere e confrontarsi sulle prescrizioni dei medicinali biologici e relativi biosimilari partendo dalla prescrizione ospedaliera fino all'induzione sul territorio, questo anche sui farmaci a brevetto scaduto e sui farmaci di cui alle note AIFA 96, 97, 99 e 100 e i farmaci A/PHT.
Dovranno essere organizzativi momenti formativi e informativi dove ATS e ASST condividano dati e obiettivi con i prescrittori sia ospedalieri che MMG e PLS, secondo gli obiettivi che verranno dati dalla DGW.

PT-online e mobilità intraregionale

Come indicato il Piano Terapeutico (PT), di competenza dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), definisce le modalità di prescrizione ai fini della rimborsabilità di specifici farmaci.
Ad oggi esistono diverse tipologie di PT, cartaceo o web based, gestiti da AIFA o dalle regioni, tutti con valenza limitata alla regione dell'assistito: il processo di dematerializzazione del PT tende a uniformare a livello nazionale le informazioni contenute nei diversi modelli e a permettere la mobilità degli assistiti tra regioni.
Con DGR n. XI/2672 del 16/12/2019 (c.d. Regole di Sistema per l'esercizio 2020), la DG Welfare si è
impegnata a favorire la diffusione dei piani terapeutici web-based, al fine di garantirne la tracciabilità e la correttezza nella prescrizione.
Poiché oggi tutte le ATS dispongono della medesima piattaforma informatica denominata "PTOnLine" alla quale accedono ed operano sia gli specialisti ospedalieri che i Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta si conferma come obiettivo prioritario per l'anno 2023 completare e consolidare il percorso avviato attraverso una gestione standardizzata su tutto il territorio regionale dei processi relativi alla redazione dei piani terapeutici, alla loro condivisione tra tutte le ATS del territorio (possibilità per l'ATS di riferimento dell'assistito di visualizzare e gestire piani terapeutici redatti da strutture appartenenti ad altre ATS), alla possibilità, per l'assistito, di poter accedere ai propri piani terapeutici attraverso il Fascicolo Sanitario.

Indennità di residenza per le farmacie rurali sussidiate

Per consentire l'aggiornamento ii database relativi alle farmacie presenti sul territorio, raccogliendo ulteriori informazioni, ritenute indispensabili, in relazione al riconoscimento dell'indennità di residenza per le farmacie rurali sussidiate, anche per i bienni successivi al 2022-2023, si dispone che siano forniti entro il 31 ottobre di ogni anno, alla U.O. Tutela delle entrate tributarie regionali (presidenza@pec.regione.lombardia.it) l'elenco delle farmacie alle quali è stata riconosciuta l'indennità di residenza,

Assistenza farmaceutica ospedaliera

File F (acquisti diretti)

Si confermano le attività di semplificazione del flusso relativo File F collegato anche alle prestazioni, per una più facile rendicontazione verso il Ministero al fine del riconoscimento del finanziamento.
L'attività in essere sul controllo dei prezzi, dosi, e tipologie sarà obiettivo per le ATS, al fine di superare le criticità che spesso emergono a livello nazionale e che potrebbero comportare un non un corretto confronto con le altre regioni a livello nazionale.
In questo contesto si integra anche il progetto per l'automazione della logistica del farmaco di cui al PNNR.

Erogazione terapie in File F per età pediatrica (0-18 anni)

Al fine di garantire l'accesso e l'aderenza alle terapie per uso domiciliare ad alto costo ai pazienti pediatrici (0-18 anni) erogate dalle strutture sanitarie (e rendicontate in File F), e di semplificare il percorso alle famiglie (caregivers) che spesso si trovano a doversi spostare per distanze importanti dal proprio domicilio o luogo di lavoro, si dispone quanto segue:

1. il clinico:
   - valuta la condizione del piccolo paziente in coerenza con la possibilità di erogare la terapia per una copertura maggiore rispetto ai 60 giorni "canonici";
   - invia alla farmacia ospedaliera della struttura la richiesta di erogazione.
2. la farmacia ospedaliera:
   - procede con l'erogazione;
   - rendiconta in File F la terapia per la copertura del fabbisogno che supera i 60 giorni nel rispetto dell'indicazione del prescrittore.

Si conferma il percorso attivato nel 2022 di avvicinare la cura (terapia) al paziente e ai suoi caregiver, che ha coinvolto anche le farmacie aperte al pubblico.

Progetto pilota per la riconciliazione informatizzata dei Flussi File F, File R

Verrà proposto alle Aziende Farmaceutiche un progetto sperimentale con obiettivo finale di verifica dei valori contabili delle fatture elettroniche dei medicinali con AIC e le riconciliazioni con i dati del flusso Fatturazione NSIS inviato dalle stesse aziende farmaceutiche.

Definizione requisiti di accreditamento delle farmacie ospedaliere

Il gruppo di lavoro regionale (GDL) dedicato alla definizione dei requisiti per la farmacia ospedaliera ha elaborato la proposta tecnica. Ciò premesso, è stato avviato l'iter amministrativo di valutazione della proposta che si concluderà con l'adozione della DGR che aggiornerà i requisiti per l'accreditamento della Farmacia ospedaliera, entro il terzo trimestre 2023, e definirà l'iter amministrativo da seguire per le strutture sanitarie a partire da 2024.

FARMACIA DEI SERVIZI

Il Decreto Legislativo n.153/2009 recante "Individuazione di nuovi servizi erogati dalle farmacie nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, nonché disposizioni in materia di indennità di residenza per i titolari di farmacie rurali, a norma dell'articolo 11 della legge 18 giugno 2009, n. 69" ha definito i nuovi servizi erogabili dalle farmacie pubbliche e private operanti in convenzione col Servizio Sanitario Nazionale (c.d. "farmacia dei servizi").

Al fine di dare attuazione alle disposizioni di cui all'art. 1 del citato D.Lgs., la Legge 27 dicembre 2017, n. 205 ha previsto l'**avvio** in nove regioni, per il triennio 2018/2020, di una sperimentazione per la remunerazione di alcune prestazioni e funzioni assistenziali erogate dalle farmacie con oneri a carico del SSN.

La spesa autorizzata per le attività collegate a tale sperimentazione triennale ammontava a complessivi Euro 36.000.000 a livello nazionale; le attività previste per Regione Lombardia, inizialmente articolate sulle annualità 2019 e 2020, prevedevano la seguente assegnazione di risorse: anno 2019: Euro 4.623.598 - anno 2020: Euro 3.330.125. (CFR. Accordo Stato Regioni 17 ottobre 2019 – recepito con dgr n. XI/ 2465 del 18 novembre 2019; Ripartizione effettuata sulla base della quota capitaria di accesso al Fondo sanitario Nazionale).

La legge 27 dicembre 2019, n. 160 ha integrato il richiamato articolo 1 della legge 27 dicembre 2017, n.205, disponendo la **proroga** al biennio 2021-2022 della

sperimentazione per le nove regioni già interessate, con estensione anche alle restanti regioni a statuto ordinario, autorizzando la spesa di ulteriori Euro 25.300.000 annui, a valere sulle risorse di cui al'art.1, commi 34 e 34-*bis* della legge 23 dicembre 1996, n. 662.

La sperimentazione riferita al biennio 2021 e 2022, ma la cui pratica articolazione coinvolge l'intero anno 2023, tiene altresì conto delle **nuove funzioni** introdotte alle lettere e-bis) ed e-ter) dell'articolo 1 del D.Lgs. n. 153/2009 e le risorse ad essa collegate concorrono altresì a far fronte agli oneri, per l'anno 2021, collegati alla somministrazione di vaccini contro il SARS-CoV-2 nelle farmacie aperte al pubblico da parte dei farmacisti.

In sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano il 30 marzo 2022 (Rep. Atti n. 41/CSR) è stata sancita **intesa** sulla proposta di deliberazione CIPESS relativa alla ripartizione del finanziamento, a valere sul Fondo Sanitario Nazionale 2021-2022, destinato alla proroga ed alla estensione della sperimentazione per la remunerazione delle prestazioni e delle funzioni assistenziali previste dall'articolo 1 del decreto legislativo n.153 del 2009, erogate dalle farmacie con oneri a carico del Servizio Sanitario Nazionale; in analogia con quanto effettuato per le risorse disponibili per il triennio 2018-2020, in tale intesa si è provveduto a ripartire i fondi applicando il criterio della quota capitaria e conseguentemente, per Regione Lombardia le assegnazioni sono risultate pari ad Euro 7.953.723 (Euro 4.623.598 per entrambe le annualità 2021 e 2022);

Al fine di consentire la prosecuzione dei servizi già avviati sul territorio lombardo nonché l'integrazione della sperimentazione a valere delle risorse stanziate sul biennio successivo**, si recepisce l'intesa** nei termini sopra dettagliati (che si allega al presente provvedimento)

Ciò consentirà, oltre al prosieguo delle funzioni già avviate in Regione Lombardia con l'adozione della Dgr. n. 4158/2020 sul colon retto, un arricchimento del novero delle proposte per i cittadini mediante la previsione di nuovi servizi negli ambiti dei servizi cognitivi, front office e analisi di 1° istanza.

Tale ampliamento della sperimentazione, previa approvazione dei relativi protocolli di attuazione, coinvolgerà i seguenti Servizi/Ambiti di riferimento:

Servizi cognitivi
- Riconciliazione terapia farmacologica

Servizi di front office:
- Fascicolo sanitario Elettronico: Attivazione – arricchimento e consultazione FSE

Analisi di 1° istanza:
- Servizi di telemedicina: Holter (Pressorio e Cardiaco) – Autospirometria – ECG

Sempre nell'ambito della Farmacia dei Servizi, è stata prevista come progetto sperimentale la possibilità di somministrare in farmacia ai bambini dai 12 anni in su il vaccino anti-influenzale, riconoscendo alle farmacie come importo lo stesso disposto per la somministrazione in farmacia del vaccino anti-influenzale agli adulti (6,16 euro a dose).

La partenza del progetto è prevista per la fine dell'anno 2022 e le modalità attuative verranno definite tra le parti con successivi atti.

ATTIVITA' DI VIGILANZ E CONTROLLO IN CAPO ALLE ATS

È prevista la riattivazione del gruppo di lavoro per le attività di vigilanza sul territorio presso le farmacie. Obiettivo del tavolo è la definizione, in tutti le 8 ATS lombarde, di strumenti di lavoro condivisi e comuni per le attività ispettive e di controllo.

BANCA DATI FARMACIE – FARMA 2017

Prosegue la collaborazione con i tecnici di Aria S.p.A. e gli uffici della Assistenza Farmaceutica di ATS Valpadana per il completamento della fase sperimentale della nuova banca dati delle farmacie insistenti sul territorio di Regione Lombardia. È previsto il graduale coinvolgimento di altre ATS per l'implementazione di tale software.

SPERIMENTAZIONE CLINICA

L'imminente piena entrata in vigore del Regolamento Europeo n. 536/2014 riguardante la sperimentazione clinica di medicinali impone agli Stati membri della U.E. un pronto adeguamento delle normative e delle procedure in materia.

Non appena il Ministero della Salute avrà emanato i decreti di riordino del settore sarà compito di Regione Lombardia perfezionare la propria rete dei comitati etici (già rivista con le Deliberazioni Giunta Regionale nn. XI/6726/2022 e XI7306/2022) e provvedere, - in collaborazione con l'osservatorio sulla sperimentazione clinica attivato con Deliberazione G.R. n. XI/6394/2022 - mediante avviso pubblico a disciplinare l'organizzazione ed il funzionamento dei comitati etici individuati sul territorio lombardo.

Le modalità di nomina dei componenti verranno adottate assicurando che la composizione dei comitati etici possa garantire la presenza delle qualifiche e

l'esperienza necessarie per le valutazioni degli aspetti etici, scientifici e metodologici degli studi proposti.

DISPOSITIVOVIGILANZA

Il Decreto ministeriale 31 marzo 2022 ha istituito la rete nazionale della dispositivo-vigilanza con il relativo sistema informativo. Il decreto è stato emanato in attuazione di una disposizione prevista dalla Legge 23 dicembre 2014 n. 190, art. 1 comma 586.

Il sistema di vigilanza si esplica attraverso un costante monitoraggio degli incidenti che avvengono con i dispositivi medici successivamente alla loro immissione in commercio, grazie anche alla collaborazione con tutti gli stakeholders coinvolti nel sistema. La normativa vigente stabilisce che gli operatori sanitari pubblici e privati, sulla base di quanto rilevato nell'esercizio della propria attività, hanno l'obbligo di comunicare immediatamente al Ministero della Salute e al fabbricante del dispositivo coinvolto qualsiasi incidente grave.
La rete nazionale della dispositivo-vigilanza è stata istituita per favorire lo scambio tempestivo delle informazioni riguardanti gli incidenti e le azioni di sicurezza che coinvolgono i dispositivi medici, i dispositivi medico diagnostici in vitro e i dispositivi di cui all'allegato XIV del Regolamento (UE) 2017/745.

Nel corso del 2023 sono obiettivi regionali e locali:

- sviluppare e consolidare la rete territoriale;
- sensibilizzare tutte le Strutture Sanitarie per incrementare le segnalazioni (oggi sotto la media nazionale);
- monitorare le strutture sanitarie in merito al rispetto delle tempistiche di invio delle segnalazioni di incidenti come disposto dalla nuova normativa;
- proporre come Regione Lombardia al Ministero della Salute, considerata l'organizzazione sanitaria del territorio, un progetto sperimentale dove le strutture private accreditate possano individuare il proprio responsabile locale che invece di fare riferimento alla ATS di competenza territoriale possa essere autonomamente autorizzato ad entrare nella rete dialogando con il MDS e Regione Lombardia e procedere con la segnalazione.

ASSISTENZA PROTESICA E INTEGRATIVA

Si conferma che i servizi farmaceutici delle ATS, in materia di erogazione e controllo, hanno competenza solo sull'assistenza integrativa e i dispositivi monouso relativamente alle forniture erogate per tramite delle farmacie, mentre, per quanto concerne i dispositivi già in erogazione diretta da parte delle ASST (ausili per l'incontinenza ad assorbenza e altro) restano in carico a queste ultime. Per quanto riguarda gli ausili della ex protesica maggiore, l'attività di controllo delle

prescrizioni/erogazioni sono in carico ai SUPI e agli Uffici di Protesica delle ASST secondo specifiche programmazioni consolidate.
Per quanto riguarda ATS, l'obiettivo 2023 è relativo all' aggiornamento dell'elenco dei medici prescrittori di dispositivi protesici di ogni territorio in accordo con le Direzioni Sanitarie delle Strutture di ricovero e cura pubbliche e private accreditate con particolare riferimento alle credenziali estese rilasciate a specialisti prescrittori di apparecchi acustici e protesi d'arto inferiori.

Al fine di ottimizzare le risorse, come obiettivo 2023 ogni SUPI/ASST dovrà definire e formalizzare una **Istruzione Operativa aziendale** per il monitoraggio e recupero dei beni sia riutilizzabili che installati presso il domicilio (es. impianti fissi per il superamento delle barriere architettoniche) avendo cura di comprendere anche quei dispositivi non gestiti per tramite del magazzino ausili (ad esempio: video ingranditori, ausili per la comunicazione).

Assistenza integrativa (stomie, cateteri e alimenti per nefropatici in attesa di dialisi)

Considerata la necessità di garantire sul territorio regionale un'equa e unica modalità di accesso ai pazienti stomizzati e/o cateterizzati e nefropatici ai dispositivi e alimenti come normato dai LEA, gli uffici competenti della Direzione Welfare nel corso del 2022 hanno iniziato un confronto produttivo con le ATS e le OO.SS. delle farmacie pubbliche e private per attivare l'erogazione delle seguenti categorie di Assistenza Integrativa, con implementazione dei Sistemi Assistant RL e Celiachia RL.
Inoltre si precisa che :

- per quello che riguarda l'erogazione dei prodotti aproteici ai soggetti nefropatici, l'ipotesi su cui si sta lavorando è quella di prevedere, come già avviene in numerose Regioni, un processo di voucherizzazione simile al modello oggi in essere per la Celiachia -RL
- in merito alla gara ARIA dei cateteri, sempre in ottica di garantire al paziente la fornitura in prossimità al suo domicilio, si è disposto di attivare , dalla seconda metà dell'anno 2023, un progetto regionale di distribuzione per conto con il coinvolgimento delle farmacie aperte al pubblico.

PROGETTO "ALLESTIMENTO DI CONFEZIONAMENTI PERSONALIZZATI PER MIGLIORARE L'ADERENZA TERAPEUTICA E LA SICUREZZA DEI PAZIENTI" – RSA E RSD

Nel corso del 2022 si è dato avvio al progetto sperimentale di allestimento di confezionamenti personalizzati per migliorare l'aderenza terapeutica dei pazienti sul territorio lombardo.
Premesso che è un'attività sperimentale in evoluzione, dove sono stati aggiunti come componenti del gruppo di lavoro regionale anche i rappresentati delle aziende del farmaco, e considerata la forte valenza sociosanitaria, si precisa quanto segue relativamente all'applicazione nelle strutture RSA:

- le RSA possono acquistare direttamente i medicinali anche dalle aziende farmaceutiche essendo codificate nell'anagrafica delle strutture sociosanitarie del sistema NSIS e tracciabilità del farmaco (Ministero della Salute);
- nell'ambito del progetto è possibile coinvolgere anche strutture (RSA) dello stesso gruppo (holding) dislocate in territori non della stessa ATS (ma sempre all'interno dei confini regionali);
- le RSA devono comunicare agli uffici regionali (UO Farmaceutica), oltre che all'ATS di competenza territoriale, l'attivazione del progetto.

PROGETTO DI "PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI PARKINSONIANI"

In questi due anni di COVID è emerso come la popolazione e le proprie famiglie che vivono afflitte da patologie neurodegenerative abbiano dovuto affrontare un ancor più complesso patient journey, con nuovi ostacoli.

In supporto a tale situazione lo sviluppo della telemedicina va considerato come un elemento abilitante per l'attuazione della riorganizzazione dell'assistenza territoriale.

La medicina digitale può favorire il tempestivo intervento per i pazienti cronici trattati a domicilio in occasione di episodi di acuzie e/o identificare con rapidità le situazioni dove il regime terapeutico adottato (terapia orale vs terapie infusionale) non garantisce la miglior cura possibile, tutto questo in coerenza con l'obiettivo di aumentare l'accessibilità e ridurre le diseguaglianze nell'accesso alle cure.

La Malattia di Parkinson (MP) è una patologia neurodegenerativa cronica e progressiva del sistema nervoso centrale caratterizzata dalla presenza di sintomi motori quali bradicinesia, rigidità e tremore che, con l'evoluzione del quadro clinico, può anche associare la presenza di instabilità posturale. La disabilità e la qualità di vita di questi pazienti è poi aggravata e penalizzata dalla coesistenza di sintomi non motori (disturbi cognitivi, depressione ed apatia, nonché disartria, disfonia, disfagia, disturbi della minzione, stipsi, alterazione della termoregolazione e disturbi cardiovascolari.

La fase pandemica SARS-Cov2, in questi ultimi anni, ha determinato nuove modalità di presa in carico dei pazienti affetti da malattia cronica neurologica, in particolare nella gestione della MP, mediante modelli di ***visita in "telemedicina"*** con piattaforme certificate, tariffazione SSN delle prestazioni eseguite (prestazioni in "televisita" equiparate come "visita neurologica di controllo").

Nel 2023 Regione Lombardia si propone di sviluppare un progetto, con i clinici, i sanitari e le associazioni dei pazienti, per la presa in carico dei pazienti con malattia di Parkinson portatori di sistemi infusionali con l'utilizzo di una piattaforma unica che permetta la digitalizzazione dei processi e favorisca la presa in carico e la continuità di cura del paziente, al fine di fornire un'assistenza remota e continuativa ai pazienti.

PROGETTO DI PROSSIMITÀ NELLA MALATTIA PSORIASICA

La malattia psoriasica è una patologia autoimmune sistemica ed è caratterizzata da una sovraeccitazione ed iperattività del sistema immunitario che colpisce i tessuti sani dell'organismo principalmente le cellule della pelle e delle articolazioni determinando infiammazione o gonfiore.

La psoriasi e l'artrite psoriasica, sono strettamente correlate tra loro e sono entrambe manifestazioni della stessa patologia di base, la malattia psoriasica.

Il progetto che Regione Lombardia intende sviluppare nel corso del 2023 si pone l'obbiettivo di proporre un metodo innovativo di Distribuzione Diretta, con un approccio Hub and Spoke, che attraverso il potenziamento delle attività di Counseling effettuato presso le Farmacie Ospedaliere, integrato con un idoneo sistema di monitoraggio della terapia, consenta al paziente di beneficiare della possibilità di ritirare la terapia farmacologica in prossimità del proprio domicilio, con la garanzia di una verifica della Compliance, del monitoraggio del profilo beneficio/rischio e della sorveglianza epidemiologica dei nuovi farmaci.

COMITATO INTERMINISTERIALE PER LA PROGRAMMAZIONE ECONOMICA E LO SVILUPPO SOSTENIBILE

DELIBERA 14 aprile 2022

Fondo sanitario nazionale 2021 - Riparto tra le regioni delle risorse vincolate alla sperimentazione per la remunerazione delle prestazioni e delle funzioni assistenziali erogate dalle farmacie con oneri a carico del Servizio sanitario nazionale, ai sensi dell'articolo 1 del decreto legislativo 3 ottobre 2009, n. 153. (Delibera n. 18/2022). (22A03424)

(GU n.133 del 9-6-2022)

IL COMITATO INTERMINISTERIALE
PER LA PROGRAMMAZIONE ECONOMICA
E LO SVILUPPO SOSTENIBILE

Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, concernente il riordino della disciplina in materia sanitaria e, in particolare, l'art. 12, comma 3, il quale dispone che il Fondo sanitario nazionale sia ripartito dal Comitato per la programmazione economica, oggi Comitato interministeriale per la programmazione economica e lo sviluppo sostenibile (di seguito CIPESS), su proposta del Ministro della salute, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano (di seguito anche Conferenza Stato-regioni);

Vista la legge del 23 dicembre 1996, n. 662, recante «Misure di razionalizzazione della finanza pubblica» e, in particolare, l'art. 1, commi 34 e 34-bis il quale prevede che il CIPE, su proposta del Ministro della salute, d'intesa con la Conferenza Stato-regioni, vincoli quote del Fondo sanitario nazionale per la realizzazione di specifici obiettivi del Piano sanitario nazionale;

Vista la legge 18 giugno 2009, n. 69, recante «Disposizioni per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitivita', nonche' in materia di processo civile», che all'art. 11 delega il Governo ad adottare uno o piu' decreti legislativi finalizzati all'individuazione di nuovi servizi a forte valenza socio-sanitaria erogati dalle farmacie pubbliche e private nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, di seguito anche SSN;

Visto l'art. 1 del decreto legislativo 3 ottobre 2009, n. 153, recante «Individuazione di nuovi servizi erogati dalle farmacie nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, nonche' disposizioni in materia di indennita' di residenza per i titolari di farmacie rurali, a norma dell'art. 11 della legge 18 giugno 2009, n. 69», con il quale vengono definiti i nuovi compiti e funzioni assistenziali delle farmacie pubbliche e private operanti in convenzione con il Servizio sanitario nazionale;

Visti i commi da 403 a 406 dell'art. 1 della legge 27 dicembre 2017, n. 205, recante «Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2018 e bilancio pluriennale per il triennio 2018-2020», che prevedono , per il triennio 2018-2020, in nove regioni, una sperimentazione per la remunerazione delle prestazioni e delle funzioni assistenziali previste dal citato decreto legislativo n. 153

del 2009 erogate dalle farmacie con oneri a carico del Servizio sanitario a valere sulle risorse vincolate alla realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale (Obiettivi di Piano) di cui all'art. 1, commi 34 e 34-bis, della citata legge n. 662 del 1996;

Visto il comma 461, dell'art. 1, della legge 27 dicembre 2019, n. 160 recante «Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2020 e bilancio pluriennale per il triennio 2020-2022» il quale integra con i commi 406-bis e 406-ter il citato art. 1 della legge 27 dicembre 2017 con i quali viene a) prorogata per il biennio 2021-2022 la sperimentazione di cui al comma 403; b) estesa anche alle restanti regioni a statuto ordinario la sperimentazione; c) autorizzata la spesa di euro 25.300.000 per ciascuna annualita';

Visto, altresi', il comma 462 del citato art. 1 della legge n. 160 del 2019 ed il comma 420, art. 1 della legge 30 dicembre 2020, n. 178, recante «Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2021 e bilancio pluriennale per il triennio 2021-2023» che integrano i compiti e le funzioni assistenziali delle farmacie operanti in convenzione con il Servizio sanitario nazionale previste all'art. 1 del citato decreto legislativo n. 153 del 2009;

Visto l'accordo sancito in sede di Conferenza Stato-regioni in data 17 ottobre 2019 (rep. atti n. 167/CSR) contenente, in dettaglio, le linee di indirizzo da seguire per l'attuazione dei nuovi servizi erogati dalle farmacie;

Vista la delibera di questo Comitato del 3 novembre 2021, n. 71, concernente il riparto tra le regioni delle risorse vincolate alla realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2021 ed in particolare il punto 5 della lettera B) con il quale viene accantonata la somma di euro 25.300.000 per la remunerazione, relativamente all'anno 2021, dei nuovi servizi erogati dalle farmacie nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, ai sensi dell'art. 1, comma 406, della citata legge n. 205 del 2017;

Vista la proposta del Ministro della salute, trasmessa con nota n. 5790 del 1° aprile 2022, concernente la ripartizione del finanziamento destinato alla sperimentazione per la remunerazione delle prestazioni e delle funzioni assistenziali previste dall'art. 1 del citato decreto legislativo n. 153 del 2009, erogate dalle farmacie con oneri a carico del Servizio sanitario nazionale per il biennio 2021-2022;

Considerato che la ripartizione dell'annualita' 2022 inclusa nella sopra citata proposta del Ministro della salute sara' sottoposta a deliberazione di questo Comitato contestualmente o successivamente all'approvazione del piano di riparto delle risorse relative al FSN 2022 vincolate alla realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale (Obiettivi di Piano) di cui all'art. 1, commi 34 e 34-bis, della citata legge n. 662 del 1996;

Considerato che il criterio di riparto individuato nella proposta e' quello relativo alla quota di accesso delle regioni al finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard per l'anno 2021;

Considerato che, analogamente a quanto previsto per l'attivita' di sperimentazione riferita al triennio 2018-2020, l'attivita' di sperimentazioni relativa al biennio 2021-2022 oggetto della presente deliberazione e' sottoposta a monitoraggio da parte del «Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA» e del «Tavolo di verifica degli adempimenti» istituiti, rispettivamente, con gli articoli 9 e 12 dell'Intesa sancita dalla Conferenza Stato-regioni in data 23 marzo 2005 (rep. atti n. 2271/CSR);

Vista la normativa che stabilisce che le regioni e province autonome provvedono al finanziamento del SSN nei propri territori senza alcun apporto a carico del bilancio dello Stato, e, in particolare, l'art. 34, comma 3, della legge 23 dicembre 1994, n. 724, recante «Misure di razionalizzazione della finanza pubblica», relativo alla Regione Valle d'Aosta e alle Province autonome di Trento e Bolzano, l'art. 1, comma 144, della citata legge, n. 662 del 1996, relativo alla Regione Friuli-Venezia Giulia e l'art. 1, comma 836, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, recante «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2007)», relativo alla Regione Sardegna;

Visto, altresi', l'art. 1, comma 830, della citata legge n. 296 del 2006, ai sensi del quale la Regione Siciliana compartecipa alla spesa sanitaria con una quota pari al 49,11 per cento;

Vista l'intesa sancita in Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano nella seduta del 30 marzo 2022 (rep. atti n. 41/CSR);

Tenuto conto dell'esame della proposta svolto ai sensi dell'art. 3 del vigente regolamento di questo Comitato, di cui alla delibera CIPE 28 novembre 2018, n. 82, recante «Regolamento interno del Comitato interministeriale per la programmazione economica», cosi' come modificata dalla delibera CIPE 15 dicembre 2020, n. 79, recante «Regolamento interno del Comitato interministeriale per la programmazione economica e lo sviluppo sostenibile (CIPESS)»;

Vista la nota predisposta congiuntamente dal Dipartimento per la programmazione e il coordinamento della politica economica della Presidenza del Consiglio dei ministri e dal Ministero dell'economia e delle finanze e posta a base dell'odierna seduta del Comitato;

Considerata l'urgenza di accelerare l'iter di perfezionamento della delibera, e considerato che il testo della stessa e' stato condiviso con il MEF, e che le verifiche di finanza pubblica, di cui all'art. 5, comma 7, del regolamento del Comitato interministeriale per la programmazione economica e lo sviluppo sostenibile, sono espresse positivamente nella citata nota congiunta;

Considerato che, all'apertura dell'odierna seduta, il Ministro per gli affari regionali e le autonomie, Mariastella Gelmini risulta essere, tra i presenti, il Ministro componente piu' anziano e che, pertanto, svolge le funzioni di Presidente del Comitato, ai sensi dell'art. 4, comma 12-quater del decreto-legge 8 aprile 2019, n. 32, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 giugno 2019, n. 55;

Delibera:

1. La somma complessiva di euro 25.300.000 a valere sulle risorse del Fondo sanitario nazionale 2021 accantonate con delibera CIPESS n. 71 del 2021 (punto 5 della lettera B) relativa al riparto delle risorse vincolate alla realizzazione degli obiettivi prioritari e di rilievo nazionale e' ripartita tra le regioni ordinarie e la Regione Siciliana come da allegata tabella, che costituisce parte integrante della presente delibera.

2. L'importo di cui al punto 1 e' finalizzato al finanziamento della sperimentazione dei nuovi servizi e funzioni assistenziali delle farmacie pubbliche e private operanti in convenzione con il Servizio sanitario nazionale previsti dall'art. 1 del decreto legislativo 3 ottobre 2009, n. 153, ed integrato dal comma 462 dell'art. 1 della legge n. 160 del 2019.

3. L'erogazione alle regioni delle risorse oggetto del presente riparto avverra' per il 70 per cento a titolo di acconto successivamente alla valutazione positiva del cronoprogramma da parte del «Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA» e del «Tavolo di verifica degli adempimenti», mentre il restante 30 per cento sara' erogato successivamente all'approvazione, da parte dei citati organismi tecnici collegiali, della relazione finale contenente tutte le informazioni sulle attivita' effettivamente svolte.

Roma, 14 aprile 2022

Il Ministro per gli affari regionali e le autonomie con funzioni di Presidente
Gelmini

Il segretario: Tabacci

Registrato alla Corte dei conti il 30 maggio 2022
Ufficio di controllo sugli atti del Ministero dell'economia e delle finanze, reg. n. 974

Allegato

FONDO SANITARIO NAZIONALE 2021
RIPARTO TRA LE REGIONI DELLE RISORSE VINCOLATE
ALLA SPERIMENTAZIONE PER LA REMUNERAZIONE DELLE PRESTAZIONI
E DELLE FUNZIONI ASSISTENZIALI EROGATE DALLE FARMACIE CON ONERI
A CARICO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
ART. 1 DEL DECRETO LEGISLATIVO 3 OTTOBRE 2009, N. 153.

(unita' di euro)

Regioni	Quota accesso al SSN 2021	ASSEGNAZIONI
PIEMONTE	7,37%	2.090.025,60
LOMBARDIA	16,78%	4.756.870,82
VENETO	8,20%	2.323.528,28
LIGURIA	2,67%	755.581,28
E. ROMAGNA	7,55%	2.139.400,64
TOSCANA	6,31%	1.788.348,44
UMBRIA	1,49%	421.641,24
MARCHE	2,57%	729.221,03
LAZIO	9,59%	2.719.801,46
ABRUZZO	2,19%	619.932,59
MOLISE	0,51%	144.985,90
CAMPANIA	9,27%	2.628.291,75
PUGLIA	6,58%	1.865.270,62
BASILICATA	0,93%	263.609,89
CALABRIA	3,14%	891.220,09
SICILIA (*)	4,10%	1.162.270,17
TOTALE (**)		25.300.000

(*) Per la Regione Siciliana e' stata operata la prevista ritenuta di legge del 49,11 per cento dellapropria quota spettante pertanto all'importo indicato in tabella dovra' essere aggiunto l'importo annuo di 1.121.617 euro finanziato con risorse regionali ai sensi dell'articolo 1, comma 830, della legge n. 296 del 2006

(**) Totale arrotondato all'unita' di euro.

Intesa, ai sensi dell'articolo 115, comma 1 lett. a), del decreto legislativo del 31 marzo 1998, n. 112, sulla proposta di deliberazione CIPESS relativa alla ripartizione del finanziamento, a valere sul Fondo Sanitario Nazionale 2021-2022, destinato alla proroga ed alla estensione della sperimentazione per la remunerazione delle prestazioni e delle funzioni assistenziali previste dall'articolo 1 del decreto legislativo n. 153 del 2009, erogate dalle farmacie con oneri a carico del Servizio sanitario nazionale.

Rep. Atti n. **41/CSR** del 30 marzo 2022

LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

Nella odierna seduta del 30 marzo 2022:

VISTO l'articolo 115, comma 1 lett. a), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n.112;

VISTO l'articolo 1 del decreto legislativo n.153 del 2009, concernente i nuovi servizi erogati dalle farmacie nell'ambito del Servizio sanitario nazionale;

VISTO l'articolo 1, commi da 403 a 406, della legge 27 dicembre 2017, n. 205 che ha previsto all'art. 1 del decreto legislativo n.153 del 2009, l'avvio in nove regioni, per il triennio 2018/2020, di una sperimentazione per la remunerazione delle prestazioni e delle funzioni assistenziali, erogate dalle farmacie con oneri a carico del SSN;

VISTO l'articolo 1, comma 461, della legge 27 dicembre 2019, n. 160 che ha integrato il citato articolo 1 della legge 27 dicembre 2017, n.205, inserendo i commi 406-*bis* e 406-*ter*, con i quali si dispone la proroga al biennio 2021-2022 della sperimentazione per le nove regioni, con estensione anche alle restanti regioni a statuto ordinario, autorizzando la spesa di euro 25.300.000 annui, a valere sulle risorse di cui al'art.1, commi 34 e 34-*bis* della legge 23 dicembre 1996, n. 662;

VISTA la nota del 7 marzo 2022, con la quale il Ministero della salute ha inviato, ai fini del perfezionamento dell'Intesa da parte della Conferenza Stato Regioni, la proposta di deliberazione per il CIPESS indicata in oggetto;

VISTA la nota DAR n. 3968 del 10 marzo 2022, con la quale l'Ufficio di Segreteria di questa Conferenza ha diramato alle regioni e province autonome il provvedimento in argomento, con contestuale fissazione di una riunione tecnica per il giorno 17 marzo 2022, nel corso della quale le regioni hanno concordato con il Ministero della salute una modifica al provvedimento;

VISTA la nota del 21 marzo 2022, diramata il 22 marzo 2022 con nota DAR n. 4669, con la quale il Ministero della salute ha inviato una nuova versione del testo della proposta in parola, aggiornata a seguito della proposta emendativa formulata dalle regioni in sede di riunione tecnica;

CONSIDERATO che la Commissione salute il 24 marzo 2022 ha comunicato l'assenso tecnico alla proposta in epigrafe sulla versione diramata il 22 marzo 2022;

CONSIDERATO che, nel corso dell'odierna seduta di questa Conferenza, le regioni e le province autonome hanno espresso avviso favorevole al perfezionamento dell'Intesa nella versione diramata il 22 marzo 2022;

ACQUISITO, quindi, l'assenso del Governo, delle Regioni e delle Province Autonome di Trento e Bolzano

SANCISCE INTESA

ai sensi dell'articolo 115, comma 1 lett. a), del decreto legislativo del 31 marzo 1998, n.112, sulla proposta di deliberazione CIPESS relativa alla ripartizione del finanziamento, a valere sul Fondo Sanitario Nazionale 2021-2022, destinato alla proroga ed alla estensione della sperimentazione per la remunerazione delle prestazioni e delle funzioni assistenziali previste dall'articolo 1 del decreto legislativo n.153 del 2009, erogate dalle farmacie con oneri a carico del Servizio sanitario nazionale, nella versione diramata il 22 marzo 2022.

Il Segretario
Cons. Ermenegilda Siniscalchi

Il Presidente
On.le Mariastella Gelmini

AC/SLR

INDIRIZZI PROGRAMMATORI INVESTIMENTI IN AMBITO SANITARIO PER L'ANNO 2023

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 2023, indicata nel quadro del sistema per l'anno 2023 per complessivi **132 mln/Euro**, al fine di rendere uniforme la programmazione degli investimenti per il perseguimento degli obiettivi prioritari, 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:

- Piani di investimento aziendali per il 2023 finalizzati al mantenimento di strutture, impianti e apparecchiature per un importo indicativo minimo di **40 milioni** di euro, in linea con gli anni precedenti;
- Cofinanziamento regionale per gli interventi a valere sui finanziamenti del PNRR Missione M6C1 destinati agli interventi finalizzati alla realizzazione di Case di Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali (COT) come previsto dalle DD.G.R. n. XI/6282/2022 e n. XI/7593/2022, per un importo indicativo di **60 milioni** di euro;
- Integrazione e completamento di opere previste nella programmazione strategica regionale oggetto di Accordi di Programma e Accordi di Programma Quadro, per un importo indicativo di **7 milioni** di euro;
- Cofinanziamento regionale per la realizzazione del Nuovo Ospedale di Busto Arsizio e Gallarate, subordinato alla definizione dell'Accordo di Programma in attuazione della DGR n. XI/6018/2022, per un importo indicativo di **25 milioni** di euro.
- <u>Potenziamento delle strutture territoriali: Case di Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali:</u>

  nel 2023 proseguirà l'azione prioritaria finalizzata a potenziare le strutture territoriali secondo le tempistiche e gli obiettivi indicati dalla legge regionale n. 22/2021 e con le modalità attuative stabilite dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.

  Già nel corso del 2022 sono state attivate un numero di case di comunità in linea con la programmazione regionale e nel 2023 si darà priorità all'estensione dei servizi all'interno di tali strutture, dotandosi anche di

strumenti informativi che possano consentire sia un monitoraggio costante e puntuale di tutte le attività che andranno a completare l'offerta di servizi sia una comunicazione trasparente rivolta a tutti gli utenti.

Sempre nel corso del 2023 troverà applicazione quanto previsto nel corso del 2022 circa l'inserimento nel sistema di 200 posti letto di ospedali di comunità destinati alle strutture private.

L'insieme degli interventi dovrà permettere di potenziare i punti di accesso al sistema destinati ai cittadini e consentire alle strutture di contare su strutture territoriali che permettano un più agile ed adeguato utilizzo dei letti di degenza per acuti.

- Collegi Consultivi Tecnici

  Nel 2023, con il consolidamento della programmazione sulle strutture territoriali e l'avvio di ulteriori cantieri di realizzazione delle case di comunità e degli ospedali di comunità sarà avviata un'analisi approfondita di concerto con le ASST e ARIA S.p.A. in ordine alle necessità di costituzione e funzionamento dei Collegi Consultivi Tecnici, anche per far fronte alle determinazioni che questi ultimi adotteranno.

- Concessione di costruzione e gestione per la riqualificazione del Presidio San Gerardo di Monza

  Il Consiglio regionale ha approvato la legge di bilancio per il 2023 che prevede uno stanziamento complessivo di 132 milioni di euro in conto capitale per investimenti in ambito sanitario.
  Nell'ambito di tali stanziamenti, con deliberazione da adottare entro il 15 febbraio 2023, saranno assegnate ad ARIA S.p.A. le risorse pari a euro 2.235.749,75 (compresa IVA 10%) al fine del riconoscimento al concessionario in coerenza con quanto determinato dal Collegio Consultivo Tecnico, costituito ai sensi della normativa vigente, e comunicato da ARIA S.p.A. in data 21 dicembre 2022.

- Hub per le emergenze in Comune di Gallarate

  Nel corso del 2023 saranno sottoscritti con l'Agenzia del Demanio gli accordi necessari per avviare i lavori per la realizzazione del primo Hub delle emergenze nel sito dell'ex aeronautica militare in Comune di Gallarate.
  L'Hub delle emergenze potrà contare sia su investimenti derivanti da risorse regionali sia su un significativo apporto già comunicato da Fiera Milano con cui proseguirà la fattiva collaborazione posta in essere durante tutta la fase emergenziale.
  Il sito di Gallarate sarà realizzato tenendo conto dei differenti scenari di utilizzo in relazione all'andamento epidemiologico e di eventuali necessità emergenziali non solo strettamente sanitarie.

Nel sito troveranno, pertanto, collocazione le apparecchiature già utilizzate per l'attività di terapia intensiva svolta nell'Ospedale allestito presso la Fiera di Milano, nonché le attrezzature indispensabili alla realizzazione di DPI e, inoltre, tutte le apparecchiature ed attrezzature necessarie a svolgere erogazione di prestazioni sanitarie di diagnosti e cura.

A tal fine sin dal 1° gennaio 2023 l'ATS Insubria è autorizzata a prorogare, anche a titolo oneroso previa specifica richiesta da parte dell'Agenzia del Demanio, i contratti in essere affinché vi sia continuità nell'erogazione delle attività attualmente svolte sia per quanto attiene la vaccinazione sia per ciò che riguarda le attività di diagnostica e testing.

- <u>Programma "NEW" Nuova Energia per il Welfare</u>

  Nel corso del 2023 saranno adottate tutte le misure necessarie a permettere il contenimento dell'utilizzo di energia e, conseguentemente, le emissioni e i relativi costi a carico del SSR.

  Priorità assoluta sarà data alla formazione e alla costante condivisione delle azioni nell'ambito del tavolo costituito con gli Energy Manager al fine di coinvolgere tutti i dipendenti in una nuova modalità di lavoro che tenga conto della necessità di un utilizzo consapevole delle risorse energetiche.

OSSERVATORIO EPIDEMIOLOGICO REGIONALE (OER)

SOMMARIO

Epidemiologia 1
Valutazione delle performance quali/quantitative del SSR. 1
Registro tumori regionale e relativo Progetto operativo finanziato da Ministero della Salute. 2
Azioni collaborative con il Gruppo di Lavoro "Rete Osservatori Epidemiologici delle ATS lombarde" 2
Revisione del Portale dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale 3
Sviluppo di nuovi sistemi di monitoraggio degli eventi avversi per l'identificazione precoce di segnali di allarme 3
Ulteriore evoluzione del sistema di accesso ai dati sanitari regionali (DWH). 3
Flussi informativi 4
Flusso Scheda di dimissione ospedaliera Riabilitativa (SDO R) 4
Registro Nazionale degli impianti Protesici Mammari 4
Mobilita' sanitaria 5
Governo dei lea 6

EPIDEMIOLOGIA

Valutazione delle performance quali/quantitative del SSR.

Nel 2023 verrà ulteriormente ampliato il monitoraggio degli indicatori di valutazione comparativa delle performance quali-quantitative degli Enti erogatori del SSR, riferiti all'anno 2021, prodotti dal Programma Nazionale Esiti (PNE) di Agenas e dal Network delle Regioni del MeS Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa e proseguirà la collaborazione regionale con tali Istituzioni per lo sviluppo e l'applicazione di nuovi indicatori di valutazione/monitoraggio, nell'ambito di specifici gruppi di lavoro istituzionali da tempo avviati.

Facendo riferimento alla modalità operativa definita da Agenas per il 2023, richiamata nel "Programma Nazionale Esiti – Edizione 2022" e comunicata formalmente alle Regioni, si provvederà in accordo con tale Ente all'avvio di un programma integrato di audit volto ad indentificare eventuali anomalie nei risultati 2021 - reperibili nel portale di Agenas - riscontrati per alcune Strutture e ad implementare le azioni utili per il loro superamento. Si prevede di strutturare gli audit

in due step operativi: un primo step volto alla verifica della qualità delle codifiche dei dati presenti nei sistemi informativi sanitari rispetto ad uno o più indicatori che hanno presentato valori anomali, ed uno step successivo caratterizzato dalla possibilità di implementare audit clinico-organizzativi.

Registro tumori regionale e relativo Progetto operativo finanziato da Ministero della Salute.

Nel 2023 proseguirà la riorganizzazione del Registro tumori regionale ai sensi della DGR n. 6818 del 02/08/2022, sia al fine di realizzare il repository centralizzato dei dati, privi di elementi identificativi diretti, presso la Direzione Generale Welfare - U.O. Osservatorio Epidemiologico Regionale (Coordinamento Regionale del Registro) attraverso la definizione delle modalità di gestione e delle regole per il periodico e continuativo trasferimento dati dalla Rete Lombarda dei Registri Tumori delle ATS, sia al fine di costituire il previsto Comitato Tecnico Scientifico del Registro.
Proseguirà la realizzazione 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", di cui alla DGR n. XI/7147 del 17/10/2022 e al Decreto n. 16457 del 17/11/2022, presentato da Regione Lombardia ai sensi del DM 12 agosto 2021 ed approvato dal Ministero della Salute in data 8/03/2022.
La realizzazione del progetto, della durata di due anni, prevede il pieno coinvolgimento della Rete Lombarda dei Registri Tumori delle ATS ed un ruolo di coordinamento da parte della UO Osservatorio Epidemiologico Regionale.

Azioni collaborative con il Gruppo di Lavoro "Rete Osservatori Epidemiologici delle ATS lombarde"

Proseguiranno le attività in materia di analisi epidemiologica e produzione di reportistica all'interno della Rete degli Osservatori Epidemiologici delle ATS Lombarde (Decreto n. 2993 del 6/03/2020), al fine di promuovere rilevazioni epidemiologiche, valorizzare le rilevazioni regionali esistenti ed omogeneizzare le modalità di analisi, elaborazione e reporting.

Revisione del Portale dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale

La revisione del portale, avviata nell'ultimo biennio, proseguirà con l'aggiornamento dei dati e l'integrazione con sezioni specifiche in funzione delle attività prioritarie svolte anche in collaborazione con gli Enti del SSR, in particolare nell'ambito dell'analisi del profilo di salute della popolazione lombarda.

Sviluppo di nuovi sistemi di monitoraggio degli eventi avversi per l'identificazione precoce di segnali di allarme

Richiamando l'esperienza della pandemia che ha portato Regione Lombardia a considerare strategico il controllo prodromico di "eventi avversi" al fine di porre il proprio sistema sociosanitario nelle condizioni migliori per affrontare fenomeni epidemiologici imprevedibili, si proseguirà nello sviluppo di sistemi di rilevamento per l'identificazione precoce di "segnali di allarme", già avviati nel corso degli ultimi due anni, sulla base dei flussi informativi che registrano domanda di particolari prestazioni sanitarie o di prescrizioni farmaceutiche, fino a decessi. Tali azioni, in parte previste anche nel Piano Pandemico regionale 2021-2023, verranno svolte in collaborazione altre UU.OO della DG Welfare e con Istituzioni Universitarie. L'attività prevede l'efficientamento del sistema Ammissione, Trasferimento e Dimissione del paziente ricoverato (ADT), che consente in tempi brevi a livello regionale la conoscenza del movimento degenti e della prima diagnosi di accettazione.

Ulteriore evoluzione del sistema di accesso ai dati sanitari regionali (DWH).

L'evoluzione del sistema riguarderà principalmente i seguenti aspetti:

- operatività della Commissione di valutazione delle progettualità pervenute da Enti esterni ai sensi della DGR XI/3019 (ex Decreto n. 4564/2020), in collaborazione con altre UUOO della Direzione Generale Welfare;
- sviluppo e prima applicazione della nuova piattaforma denominata "Workflow DaaS" che consentirà di migliorare i processi di gestione delle domande di accreditamento e convenzionamento al sistema informativo regionale e di monitoraggio dei progetti in corso;

- sviluppo di iniziative innovative, recentemente avviate da Regione Lombardia, per l'applicazione di tecniche di data privacy enhancement (quali dati sintetici, k-anonimity, etc.) a tutela dei dati personali e categorie di dati particolari trattati anche da enti di ricerca ed università, tra cui l'utilizzo di algoritmi di apprendimento automatico, perseguendo le finalità istituzionali di programmazione, gestione, controllo e valutazione dell'assistenza sanitaria.

FLUSSI INFORMATIVI

Flusso Scheda di dimissione ospedaliera Riabilitativa (SDO R)

Il Decreto Ministeriale 5 agosto 2021 "Criteri di appropriatezza dell'accesso ai ricoveri di riabilitazione ospedaliera" ha definito i criteri per l'accesso appropriato ai ricoveri ospedalieri di riabilitazione dei pazienti adulti, allo scopo di promuovere qualità ed esiti positivi nei trattamenti riabilitativi e di perseguire la finalità di efficientamento e razionalizzazione delle risorse disponibili.

Il Decreto ha previsto un periodo di sperimentazione delle disposizioni in esso contenute della durata di un anno, a seguito dell'adozione della SDO riabilitativa (SDO R) da parte del Ministero della Salute e dell'adeguamento dei sistemi informatici regionali.

In accordo con quanto definito dal Regolamento attuativo del citato Decreto, in fase di adozione da parte del Ministero della Salute, nel 2023 la Direzione Generale Welfare provvederà ad adeguare i tracciati del flusso SDO e fornirà supporto agli Enti SSR al fine di promuoverne la qualità e la completezza di compilazione.

Registro Nazionale degli impianti Protesici Mammari

Tra le azioni adottate al fine di implementare e rafforzare il controllo sui dispositivi medici di classe III, che rappresenta la classe a maggior rischio di sicurezza per i pazienti, il Ministero della Salute ha istituito il Registro nazionale e i Registri regionali e provinciali degli impianti protesici mammari (riferimenti normativi: Legge n. 86 del

2012, D.L. n. 179 del 2012 convertito con modificazioni dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221, DPCM del 3 marzo 2017).

Nel periodo dal 25 marzo 2019 al 31 agosto 2021, si è svolta la "Fase Pilota" del Registro nazionale degli impianti protesici mammari, il cui obiettivo era quello di definire le variabili e testare i flussi informativi per l'istituzione di una piattaforma informatica in grado di rispondere alle finalità stabilite dalla legge 86/2012, ovvero consentire: il monitoraggio clinico del soggetto sottoposto a impianto, la rintracciabilità tempestiva dei pazienti in caso di necessità e il monitoraggio epidemiologico, a scopo di studio e ricerca scientifica e di valutazione dell'assistenza sanitaria.

Nelle more dell'imminente emanazione da parte del Ministero della Salute del Decreto di adozione del Regolamento finalizzato a rendere obbligatori e pienamente operativi i sopra citati Registri, nel 2023 verranno svolte le attività istruttorie finalizzate alla predisposizione del Registro regionale. Il conferimento e la raccolta dei dati oggetto di rilevazione nell'ambito del Registro Regionale degli Impianti Protesici Mammari, secondo le modalità e le tempistiche stabilite dal Regolamento ministeriale in fase di emanazione, rientrano tra gli adempimenti valutati dal Comitato LEA.

MOBILITA' SANITARIA

L'art. 1 c. 492 della L. n. 178 del 30 dicembre 2020 stabilisce che, a decorrere dal 2022, la sottoscrizione degli accordi bilaterali tra le regioni per il governo della mobilità sanitaria interregionale di cui all'articolo 1, comma 576, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, costituisce adempimento ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo del Servizio sanitario nazionale la cui verifica è effettuata nell'ambito del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA di cui all'articolo 9 dell'intesa tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sancita in data 23 marzo 2005.

Gli eventuali effetti economici derivanti dagli accordi siglati con le Regioni di confine per il governo della mobilità sanitaria, recepiti da Regione Lombardia con specifico atto deliberativo, ricadranno sulle strutture erogatrici delle prestazioni, così

come anche indicato nell'allegato relativo alla negoziazione del presente provvedimento.

GOVERNO DEI LEA

La UO Osservatorio Epidemiologico Regionale, interfacciandosi con le altre UUOO della Direzione Generale Welfare competenti e referenti per materia, coordinerà la predisposizione del Questionario LEA e delle eventuali integrazioni eventualmente necessarie in base all'esito delle istruttorie effettuate dagli Uffici Ministeriali.
Con riferimento all'adempimento Nuovo Sistema di Garanzia, introdotto con decreto del Ministero della Salute del 12 marzo 2019 per la valutazione delle Regioni rispetto all'erogazione dei LEA in condizioni di appropriatezza e di efficienza nell'utilizzo delle risorse, sarà effettuato un monitoraggio costante e periodico degli indicatori (in particolare degli indicatori "core") finalizzato all'identificazione di eventuali criticità e alla proposta di azioni correttive.

PERSONALE SSR

1 Costi del personale e rinnovi contrattuali. ---- 2
CCNL 2019/2021 Comparto Sanità ---- 2
Indennità di vacanza contrattuale ---- 2
Accantonamenti per rinnovi contrattuali ---- 3
Personale gravante sulle voci di costo "beni e servizi" ---- 3
Personale della ricerca ---- 3
2 Welfare Aziendale. ---- 4
3 Trasferimenti di personale a seguito dell'applicazione della legge di riforma regionale. ---- 4
4 Flussi informativi del personale. ---- 5
5 Tempo determinato e procedure concorsuali aggregate. ---- 5
Graduatorie concorsi ---- 6
6 Copertura delle Strutture e dei posti previsti in Dotazione Organica. ---- 6
7 Piani di Organizzazione Aziendale Strategici. ---- 7
8 Formazione del Personale SSR. ---- 8
Formazione Continua in Medicina ECM – CPD. ---- 8
Formazione personale dell'Area Professionale Tecnica ed Amministrativa. ---- 8
9 Rapporti con le Università. ---- 9
10 Piano Integrato di Attività ed Organizzazione. ---- 9
11 Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale. ---- 10
CONSISTENZA Dotazione Organica – Attivi al 31.12.2022 ---- 12
CONSISTENZA Dotazione Organica – FTE E COSTI 2022 ---- 12
DOTAZIONE ORGANICA Dipartimenti Cure Primarie ---- 13
Proposta di Dotazione Organica per l'anno 2023 ---- 14
ATS ---- 14
ASST ---- 17
IRCCS ---- 23
FABBISOGNI E COSTI ---- 23
Anni 2024 e 2025. ---- 24

1 Costi del personale e rinnovi contrattuali.

Si conferma anche per l'anno 2023 la determinazione del budget unico per il personale dipendente a tempo indeterminato e determinato.

Saranno assegnate le risorse disponibili per il reclutamento di personale necessario, sia per il potenziamento della rete territoriale, sia per l'applicazione del D.L. 30 aprile 2019, n. 35, secondo i principali criteri sotto riportati:

a. ridefinizione delle dotazioni organiche a seguito dell'approvazione dei nuovi POAS elaborati in base alle linee guida deliberate e dell'aggiornamento del Piano triennale dei fabbisogni, in attuazione della L.R. 14 dicembre 2021, n. 22;
b. 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;
c. ridefinizione delle dotazioni organiche ai fini dell'accreditamento delle ASST quali soggetti autorizzati all'erogazione diretta dell'Assistenza Domiciliare Integrata;
d. 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;
e. stabilizzazioni ai sensi e per gli effetti della normativa vigente, con sottoscrizione di contratti di lavoro a tempo indeterminato.
f. adeguamento dei fabbisogni di personale delle ASST di riferimento degli Istituti Penitenziari e delle REMS, in attuazione delle disposizioni regionali in materia.

CCNL 2019/2021 Comparto Sanità

A decorrere dall'1/1/2023, in applicazione del CCNL triennio 2019/2021 relativo al personale del Comparto Sanità, il personale in servizio dovrà essere reinquadrato nel sistema di classificazione ai sensi dell'art. 17 e il trattamento economico dovrà essere individuato nell'ambito del nuovo sistema di classificazione professionale.

In concomitanza alla costituzione dei nuovi fondi contrattuali previsti dall'art. 102 "Fondo incarichi, progressioni economiche e indennità professionali" e dall'art. 103 "Fondo premialità e condizioni lavoro", gli Enti, dovranno provvedere alla chiusura dei vigenti fondi contrattuali al 31/12/2022.

Nella costituzione dei nuovi fondi per l'area del Comparto, gli Enti dovranno tenere in considerazione le linee guida per la costituzione dei fondi contrattuali adottate dalla Giunta Regionale.

Indennità di vacanza contrattuale

L'indennità di vacanza contrattuale triennio 2019/2021 della Dirigenza dovrà essere corrisposta anche per l'anno 2023 ai soli Dirigenti del SSN con le medesime modalità di calcolo definite per l'anno 2022 fatto salvo diverse previsioni normative nazionali.

Relativamente all'indennità di vacanza contrattuale delle aree del Comparto e delle Dirigenze riferite al triennio contrattuale 2022/2024 verranno fornite successivamente indicazioni in merito.

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 ai rinnovi contrattuali di tutte le aree triennio 2022/2024 di competenza 2023, la quantificazione degli stessi verrà comunicata come di consueto.

Personale gravante sulle voci di costo "beni e servizi"

Nel 2023, verrà individuato un budget per il reclutamento di personale il cui costo grava su "Beni e Servizi", e precisamente:

a. consulenze sanitarie, socio-sanitarie, non sanitarie.
b. collaborazioni coordinate continuative sanitarie e non sanitarie.
c. indennità a personale universitario
d. prestazioni di lavoro interinale sanitario e non sanitario
e. prestazioni occasionali di lavoro e altre prestazioni sanitarie, socio-sanitarie 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 (es. picchi stagionali, necessità di sostituzione di breve periodo estemporanea ed immediata, mansioni con impegno orario estremamente ridotto).

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.

2 Welfare Aziendale.

Il contesto lavorativo odierno evidenzia che, per quanto importante e basilare sia la questione economica, per i professionisti del sistema sanitario sta diventando sempre più centrale la questione del benessere organizzativo e in particolare della conciliazione dei tempi di vita e di lavoro.

Emerge altresì una questione legata alla piena comprensione dei nuovi ruoli in formazione nelle professioni sanitarie, con particolare riferimento all'infermiere di comunità e di famiglia, e al loro inserimento nelle organizzazioni delle aziende anch'esse in trasformazione. A questo proposito l'attenzione della DG Welfare porrà, pertanto, maggiore attenzione all'aspetto motivazionale ed all'inserimento in un clima di benessere organizzativo.

Ciò premesso si prevede di sviluppare la ricerca di più alti standard di benessere organizzativo, anche con il supporto di un gruppo di lavoro con il compito di approfondire la possibilità di intervento per sostenere le politiche del personale a livello aziendale e formulare proposte per sviluppare una politica di welfare condiviso e comune sul livello regionale, valorizzando sia il welfare istituzionale, che fa riferimento all'insieme di servizi che possono agevolare la vita del dipendente, sia il welfare per l'engagement ed il wellbeing organizzativo, che fa riferimento all'insieme di interventi che possono impattare sul senso di appartenenza, sull'identità organizzativa su un clima organizzativo motivante e gratificante, anche in linea con i nuovi orientamenti emersi nella Contrattazione Nazionale di Area in merito al Welfare Integrativo.

3 Trasferimenti di personale a seguito dell'applicazione della legge di riforma regionale.

In relazione ai trasferimenti del personale derivanti sia dalla legge regionale 22/2021, cure primarie e personale della ASST Nord Milano afferente alle case di comunità delle ASST Fatebenefratelli e Sacco, Niguarda e Santi Paolo e Carlo, sia dalla costituzione della nuova Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori, è prevista la messa a regime dei costi del personale entro la fine dell'anno 2023.

Con particolare riferimento al trasferimento delle Cure Primarie, al fine di dare piena operatività ai relativi Dipartimenti delle ASST, si prevede un trasferimento graduale delle specifiche funzioni, anche in relazione alla piena operatività dei

Distretti e con il supporto da parte delle ATS, come specificato nello specifico paragrafo relativo alle cure primarie.

4 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.

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.

5 Tempo determinato e procedure concorsuali aggregate.

Premesso che è opportuno privilegiare gli istituti di reclutamento a tempo indeterminato rispetto alle forme a tempo determinato, si sottolinea che queste ultime dovranno essere espletate ai sensi della normativa vigente con particolare riferimento ai termini di pubblicazione. A tale proposito viene in questa sede emessa la specifica direttiva di procedere alla pubblicazione sul BURL e sulla Gazzetta Ufficiale degli avvisi di reclutamento a tempo determinato di durata triennale, ammessi ai sensi della CCNL 2019/2020 della Dirigenza.

Si raccomanda a tutti gli Enti, per rispondere ad esigenze di economicità, efficacia ed efficienza dell'azione amministrativa di utilizzare anche per il tempo determinato, quando possibile, le graduatorie di concorsi a tempo indeterminato, attive presso altre aziende o enti pubblici del SSR o, qualora non fattibile, formalizzarne l'impossibilità.

Si coglie l'occasione per ricordare le disposizioni relative ai contratti a tempo indeterminato e di somministrazione contenute nei CCNL in vigore.

In un'ottica di razionalizzazione delle procedure amministrative si propone di incentivare le aziende ad effettuare procedure concorsuali aggregate.

Risulta preferibile che le procedure aggregate siano realizzate sulla base dei seguenti principi:

- le ATS sono tenute ad aggregarsi tra loro per il reclutamento di profili idonei alle funzioni specifiche di competenza;
- le ASST ed IRCCS sono tenuti ad aggregarsi tra loro per il reclutamento del personale del comparto;
- le ASST ed IRCCS sono tassativamente tenuti ad aggregarsi tra loro per il reclutamento di medici psichiatri. Il CPPL, stante la difficoltà di recuperare medici specialisti psichiatri, ed al fine di facilitarne il reclutamento ha richiesto di rendere obbligatorio, in via sperimentale per l'anno 2023, l'espletamento di concorsi aggregati secondo la modalità per aree aggregate. Le aree aggregate sono state individuate da un apposito gruppo di lavoro sulla base dei criteri riferiti alla popolazione residente, stante il carattere territoriale della psichiatria, e delle sedi universitarie presenti sul territorio, al fine di favorire anche la partecipazione degli specializzandi

Territorio di ASST ed IRCCS coinvolti (tutte le ASST ed IRCCS presenti nelle ATS sottoriportate)	Popolazione Afferente	Sedi Universitarie presenti
ATS Brescia ATS Valpadana ATS Montagna ATS Pavia	2.781.000	2 sedi universitarie
ATS Monza ATS Bergamo ATS Insubria	3.975.000	2 sedi universitarie
ATS Milano	3.490.000	2 sedi universitarie

Graduatorie concorsi

Al fine di favorire e facilitare l'accesso alle graduatorie che gli Enti pubblici del SSR sono stati più volte invitati a concedere verrà approfondita la modalità di interscambio di tutte le graduatorie attive ed a cui potranno accedere tutti gli altri Enti del sistema.

6 Copertura delle Strutture e dei posti previsti in Dotazione Organica.

I limiti autorizzati cui deve riferirsi il Collegio Sindacale nelle sue verifiche sono rappresentati dai valori di costo, di FTE e di dotazione organica inseriti nel nuovo PTFP 2023-2025.

Risulta necessaria l'autorizzazione da parte della DG Welfare per la copertura delle strutture complesse e delle strutture semplici dipartimentali, fatto salvo quanto specificato nel paragrafo successivo.

Dal 1° gennaio 2023 è autorizzata, per tutte le ASST, la copertura delle strutture complesse Vaccinazioni, al fine della messa a regime dei Dipartimenti

funzionali di prevenzione come prevista nel paragrafo relativo alla Prevenzione.

Sono fatte salve e mantengono validità, per tutto il 2023, le autorizzazioni rilasciate per le coperture dei Distretti; per quanto riguarda le altre strutture le autorizzazioni già rilasciate mantengono validità fino al 30 aprile 2023.

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.

Viene introdotto uno specifico monitoraggio trimestrale della copertura di tutte le strutture previste dai POAS.

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 a sua tutela, l'Azienda dovrà 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; nel caso in cui le strutture siano state soppresse si dovrà "congelare" un posto della corrispondete graduazione.

7 Piani di Organizzazione Aziendale Strategici.

Le linee guida regionali per l'adozione dei Piani di Organizzazione Aziendali Strategici (POAS) adottata 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.

Nello specifico si prevede che la nuova Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori provveda all'approvazione del POAS, ed alla conseguente trasmissione alla DG Welfare, entro il 31 marzo 2023.

8 Formazione del Personale SSR.

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 nell'ambito di quanto previsto dai nuovi POAS e dotati delle necessarie risorse tecnologiche, umane e didattico-metodologiche.

Ai provider del Sistema lombardo ECM-CPD è perciò richiesta:

a. 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;
b. il rispetto della normativa ECM e di quanto previsto nel "Manuale di accreditamento per l'erogazione di eventi ECM-CPD Regione Lombardia";
c. l'inserimento dei piani formativi sul "Sistema gestionale lombardo ECM – Sviluppo professionale continuo" entro il termine stabilito da D.G. Welfare;
d. la realizzazione di almeno il 50% degli eventi previsti dai piani formativi accreditati;
e. la regolare trasmissione dei flussi relativi ai crediti formativi da assegnare ai professionisti;
f. 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;
g. 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.

Formazione personale dell'Area Professionale Tecnica ed Amministrativa.

In considerazione della sempre maggiore complessità delle funzioni e delle attività da svolgere, nel 2023 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:

a. la progettazione di percorsi formativi mirati;
b. la stipula di accordi convenzionali con gli ordini professionali che già prevedono un sistema di crediti formativi;
c. la presenza di iniziative di formazione per il personale tecnico-amministrativo nei piani di formazione aziendali;
d. l'introduzione di obiettivi specifici di formazione e crescita professionale nella valutazione annuale e pluriennale delle risorse umane appartenenti all'Area PTA.

9 Rapporti con le Università.

Nel nuovo Protocollo d'Intesa approvato con DGR n. XI/7437 nella seduta del 30 novembre 2022 è stata definita la Rete dei Poli a carattere Universitario Clinico-Assistenziale e Il numero delle strutture complesse a Direzione Universitaria, che sono messe a disposizione da parte del SSL e funzionali all'esigenza della didattica e della ricerca dei corsi di laurea delle scuole di medicina e chirurgia.

Il personale convenzionato universitario deve rientrare nella programmazione dei PTFP e, pertanto, la relativa pianificazione strategica, condivisa tra Ente/Azienda ed Università, deve essere effettuata in base ai criteri ed alla tempistica di approvazione dei PTFP.

Nel corso dell'anno 2023 si provvederà all'attuazione dell'art 20 comma 2 del protocollo d'intesa approvato, con riferimento ad uno specifico Protocollo avente ad oggetto: "Linee guida per la definizione dei protocolli d'intesa ex art. 6, comma 3, d.lgs 502/92 smi per la formazione delle professioni sanitarie di cui alla L. 251/2000", al fine di disegnare un modello organizzativo omogeneo, utile a delineare o aggiornare gli atti d'intesa esistenti, anche per ciò che concerne le attività formative di tirocinio e le funzioni tutoriali e di coordinamento/direzione delle attività formative e professionalizzanti.

10 Piano Integrato di Attività ed Organizzazione.

L'articolo 6 del D.L. 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla L. 6 agosto 2021, n. 113 ha previsto che le pubbliche amministrazioni con più di cinquanta dipendenti, con esclusione delle scuole di ogni ordine e grado e delle istituzioni educative, di cui all'articolo 1, comma 2, del D. Lgs. 30 marzo 2001, n. 165, adottino, entro il 31 gennaio di ogni anno, il Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO).

Ai sensi del citato articolo 6, commi 1 e 4, il PIAO è adottato entro il 31 gennaio, ha durata triennale e viene aggiornato annualmente entro la medesima data.

Le linee di indirizzo, fornite per tutte le pubbliche amministrazioni in tema di predisposizione del PIAO, prevedono una specifica sezione dedicata alle aziende ed enti del SSN ed al relativo piano triennale dei fabbisogni.

Il Piano triennale dei fabbisogni di personale (PTFP) risulta infatti essere un documento di programmazione che già richiede necessariamente una forte ed intrinseca coerenza con la pianificazione pluriennale delle attività e delle performance.

Risulta confermata la preventiva autorizzazione regionale per il piano triennale dei fabbisogni, come disciplinato dai successivi Allegati e non risulta invece che sia prevista l'approvazione regionale per il PIAO.

Il PIAO deve valorizzare e contestualizzare, in un'ottica strategica e di medio periodo, il processo di budget, nel quale devono/possono essere riportati a sintesi per i diversi livelli di responsabilità gli obiettivi operativi e trasversali assegnati per l'anno.

La sottosezione Formazione del personale prevede che nel PIAO siano approvate anche le linee generali del Piano formativo annuale, che sarà poi particolareggiato ed approvato nella sua interezza entro il 15 marzo di ogni anno, evidenziando le strategie di formazione del personale e le priorità strategiche in termini di riqualificazione o potenziamento delle competenze organizzate per livello organizzativo e per filiera professionale.

Ai fini dell'approvazione del PIAO, da parte degli Enti pubblici del SSR si ricorda infine che l'organizzazione degli Enti è contenuta nei Piani di Organizzazione Aziendale Strategici (POAS) approvati nel 2022 dalla Giunta regionale per il triennio 2022-2024; l'articolazione organizzativa è rappresentata dagli organigrammi che sono parte integrante di tali piani. L'assetto organizzativo così definito costituisce il contesto entro il quale gli Enti dovranno individuare le azioni e gli interventi di sviluppo organizzativo.

11 Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale.

Nel corso dell'anno 2023 verranno istituiti i gruppi di lavoro per l'analisi e l'eventuale proposta di adeguamento dei fabbisogni a seguito dell'approvazione del Decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze di approvazione della metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale del SSN.

Il PTFP 2023/2025 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 2023-2025 dovrà tenere conto degli assetti organizzativi dei nuovi POAS approvati con DGR dalla Regione

Lombardia nel corso dell'anno 2022, degli indirizzi di programmazione regionali in attuazione della Legge Regionale 22/2021, del PNNR e del potenziamento dei servizi territoriali e ospedalieri 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 le eventuali esternalizzazioni di servizi, comprese quelle temporanee per far fronte alla carenza di personale, che, di fatto comportano una diminuzione di FTE e costi del personale dipendente a fronte di un aumento costi del personale su beni e servizi.

Il Piano triennale dei fabbisogni 2023 – 2025 riporta per ogni anno:

- il fabbisogno di personale (espresso in FTE), sia strutturato che non, che deve essere esplicitato nei numeri e nelle professionalità necessarie al funzionamento dell'Ente;
- il costo derivante dall'adozione del fabbisogno di cui sopra, che 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, che include anche il personale previsto nel Piano ospedaliero e territoriale di cui al DL 34/2020 che si struttura nel tempo.

Inoltre, è previsto per l'anno 2022 di esplicitare la consistenza del personale nei punti sopra elencati. A differenza degli anni 2023-2024 e 2025, per l'anno 2022 dovranno essere riportati i valori consuntivati e non di programmazione, pertanto:

- il fabbisogno di personale in FTE è pari al calcolo degli FTE anno 2022, secondo la metodologia già nota che si riporta in calce al documento,
- i costi sono pari ai valori dell'assestamento di bilancio 2022 ovvero alla stima a chiudere 2022
- invece del concetto di dotazione organica, per l'anno 2022 deve essere indicato il personale dipendente e universitario attivo al 31.12.2022.

Il PTFP deve essere proposto nel rispetto delle risorse assegnate dalla DG Welfare per l'anno 2023, nelle annualità 2024 e 2025 potranno essere incrementati 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.

L'approvazione regionale costituisce autorizzazione del piano delle assunzioni utili alla copertura della dotazione organica prevista nell'annualità 2023, nei limiti previsti dai costi e degli FTE autorizzati; per le annualità 2024 e 2023 ha invece un valore esclusivamente programmatorio, senza autorizzazione di assunzione o di spesa.

Il PTFP 2023 – 2025, comprensivo delle tabelle degli attivi e degli FTE e Costi 2022, 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 dicembre 2022.

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 31 gennaio 2023, per l'approvazione regionale definitiva e gli atti conseguenti, con eccezione della nuova Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori, il cui termine è previsto per il 31 marzo 2023.

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:

1. ATTIVI AL 31.12.2022
2. FTE E COSTI 2022
3. Dotazione Organica autorizzata 2022
4. Dotazione Organica 2023
5. FTE E COSTI 2023
6. CONFRONTO DO 2023 VS 2022
7. Dotazione Organica 2024
8. FTE E COSTI 2024
9. Dotazione Organica 2025
10. FTE E COSTI 2025

CONSISTENZA Dotazione Organica – Attivi al 31.12.2022

In questa tabella dovranno essere riportati i numeri riferiti al personale in servizio, dipendente e convenzionato universitario, attivi al 31.12.2022, espressi in teste.

Il dettaglio in cui suddividere il personale corrisponde alla suddivisione proposta per la dotazione organica anni 2023-2024-2025, 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 31.12.2022.

CONSISTENZA Dotazione Organica – FTE E COSTI 2022

Come precisato nel paragrafo precedente, anche la tabella degli FTE e COSTI 2022 dovrà riportare i dati reali dell'anno 2022. Pertanto, dovranno essere riportati i dati relativi a:

- FTE del personale dipendente e non dipendente, secondo lo stesso dettaglio delle TAB B 2023, 2024 e 2025 descritte al paragrafo 5, e calcolato secondo la metodologia riportata in calce al documento.
- i costi sono pari a quelli del IV CET 2022

DOTAZIONE ORGANICA Dipartimenti Cure Primarie

Alla luce del prossimo trasferimento del Dipartimento delle Cure primarie, si definiscono di seguito le dotazioni in decremento per le ATS e le prime conseguenti dotazioni delle ASST. Si provvederà nel corso del 2023 ad una revisione delle dotazioni stesse, sia per assicurare uniformità a livello regionale sia per assicurare una equilibrata distribuzione di personale tra i Dipartimenti di Cure Primarie e Distretti, in sintonia con la riorganizzazione prevista nel paragrafo relativo alle cure primarie.

Personale in decremento per le ATS:

Ente	**Personale Dirigenza**	**Personale Comparto**	**Totale**
ATS Milano	11	47	58
ATS Insubria	8	22	30
ATS Montagna	3	7	10
ATS Brianza	7	19	26
ATS Bergamo	5	11	16
ATS Brescia	10	21	31
ATS Val Padana	4	24	28
ATS Pavia	4	11	15
Totale	**52**	**162**	**214**

Dotazioni ASST

	Prime dotazioni ASST
ASST Lariana	10

ASST Sette Laghi	10
ASST Valle Olona	10
ASST Valcamonica	6
ASST Valtellina e Alto Lario	7
ASST Brianza	18
ASST Lecco	8
ASST Papa Giovanni XXIII	7
ASST Bergamo Est	6
ASST Bergamo Ovest	6
ASST Spedali Civili Brescia	14
ASST Garda	10
ASST Franciacorta	7
ASST Cremona	13
ASST Crema	8
ASST Mantova	13
ASST Pavia	15
ASST GOM Niguarda	7
ASST Santi Paolo e Carlo	7
ASST FBF Sacco	8
ASST Ovest Milanese	7
ASST Rhodense	7
ASST Nord Milano	7
ASST Melegnano	8
ASST Lodi	7

In base alle ultime modifiche della legge regionale n. 22/21 il budget dei costi del personale delle cure primarie dipendente dalle ATS viene confermato a queste ultime in sede di BPE.

Proposta di Dotazione Organica per l'anno 2023

Dotazioni organiche, FTE E COSTI 2023-2024-2025, sono rappresentati in apposite tabelle, comunicate 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 2023, espressa in teste, per ATS, ASST e IRCCS.

ATS

La scheda di Dotazione organica è stata distinta nelle 3 macroaree:

1. Dipartimento di igiene e prevenzione sanitaria
2. Dipartimento veterinario e sicurezza degli alimenti di origine animale
3. Altri dipartimenti/strutture

1. Dipartimento di igiene e prevenzione sanitaria

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.

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:

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 (max regionale)

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 (max regionale)

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.

PSAL	operatori attivi al 30.062022	incremento DGR 6869/2022	DO 2023
ATS BRIANZA	65	13	78
ATS MILANO	221	23	244
ATS MONTAGNA	22	7	29
ATS VALPADANA	73	10	83
ATS INSUBRIA	78	13	91
ATS BERGAMO	55	12	67
ATS BRESCIA	76	12	88
ATS PAVIA	41	10	51

È intenzione di questa Direzione istituire un tavolo regionale con i direttori delle SC Risorse Umane ai fini di esaminare ed individuare lo standard adeguato per l'area controlli analizzando il rapporto tra personale dedicato e performance.

2. Dipartimento veterinario e sicurezza degli alimenti di origine animale

È previsto un riequilibrio delle dotazioni organiche delle ATS in ragione degli allevamenti e delle attività zootecniche seguite, nonché un riequilibrio delle Aree A Sanità animale, B Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e C Igiene degli Allevamenti e delle produzioni zootecniche all'interno delle singole ATS. La dotazione, così come risultante dall'applicazione dei nuovi parametri, garantisce un incremento del costo, a livello regionale, di 11 unità.

La seguente tabella contiene la previsione delle dotazioni organiche riallineate sulla base del criterio individuato, le Aziende sono tenute a suddividerla in termini equilibrati nelle Aree A, B e C.

ENTE	**DO 2023**
321 - ATS CITTA' METROPOLITANA MILANO	116
322 - ATS DELL'INSUBRIA	58/60
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	151
328 - ATS DI PAVIA	36

3. Altri dipartimenti/strutture

Per gli altri dipartimenti la dotazione organica 2023 non può risultare in incremento rispetto a FTE e costi autorizzati nel 2022.

ASST

La scheda della dotazione organica è stata distinta in 2 macroaree:

Polo Ospedaliero
Polo Territoriale

Gli eventuali incrementi rilevati nella scheda di "Confronto DO 2023 vs 2022" dovranno essere comunque motivati nella relazione di accompagnamento.

Polo Ospedaliero

Rispetto alla Dotazione Organica del Polo Ospedaliero, è stato previsto un focus relativo all'area dell'emergenza urgenza, così suddiviso:

- pronto soccorso
- terapia intensiva, blocco operatorio e AREU.

In relazione al pronto soccorso, la dotazione organica proposta per l'anno 2023 deve essere pari a quella presentata nella dotazione organica 2022, fatte salve eventuali richieste di adeguamento anche in ragione di nuove aperture, che comunque dovranno essere descritte nella nota di accompagnamento.

Per quanto attiene la terapia intensiva, blocco operatorio e AREU, la dotazione organica 2023 dovrà essere esposta secondo il criterio consueto, adottato per il PTFP 2020/2022, e riproposto per il PTFP 2021/2023, secondo il quale il numero di dirigenti anestesisti e di personale infermieristico è così definito e già assicurato:

- Numero di dirigenti anestesisti = numero massimo del turn over 2018-2020 + numero di dirigenti finanziati con il DL 34/2020. Tale criterio è già stato approvato in sede di predisposizione del PTFP 2020-2022. Si precisa che tale dotazione organica include il personale dell'emergenza finanziato da AREU.
- Numero di personale infermieristico = numero di infermieri per i PL di terapia intensiva e di sala operatoria dovrà essere un numero compatibile con

l'applicazione dell'attuale standard di 3 infermieri ogni posto letto di terapia intensiva/ sedute medie di sala operatoria. Per i posti letto di terapia semi intensiva generale, si prevede il mantenimento dello standard di 12 infermieri ogni 8 posti letto. Si aggiunge il coordinatore infermieristico.

Si precisa che eventuali richieste di personale aggiuntivo per l'area emergenza/urgenza dovranno essere motivate nella nota d'accompagnamento.

Per quanto riguarda invece il restante personale del Polo ospedaliero la dotazione 2023 può essere incrementata rispetto alla dotazione organica 2022 esclusivamente in base a specifiche DGR che abbiano previsto l'attivazione di nuovi servizi/attività, nella relazione accompagnatoria dovranno essere puntualmente indicate. È fatta salva la richiesta di personale amministrativo per supportare le case di comunità, ricompreso negli standard del DM 77/2022, se dipendente dagli uffici centrali. Se invece ne sarà prevista la dipendenza nell'ambito del Polo Territoriale dovrà essere indicato nei Distretti.

Polo Territoriale

La dotazione organica del territorio, in prima applicazione per l'anno 2023, è stata suddivisa nelle seguenti sotto-aree:

a. Distretti, CDC, COT e ODC
b. ADI
c. area prevenzione
d. area salute mentale
e. carceri
f. cure primarie
g. altri servizi territoriali

La somma delle teste inserite in tali colonne dovrà quindi corrispondere al totale del territorio.

Di seguito sono indicati i servizi e le attività da considerare per l'allocazione del rispettivo personale

Distretti, CDC, COT e ODC	ADI	area Prevenzione	Dipartimento salute mentale	Altri servizi territoriali

Sono da considerare le attività di: • Punto Unico d'accesso • Valutazione multidimensionale del bisogno • Presa in carico • Garanzia della continuità dell'assistenza anche attraverso il coordinamento con i servizi territoriali.	L'ADI base è garantita anche dagli altri infermieri di famiglia del territorio. Sono incluse le cure palliative domiciliari.	Da considerare i soli servizi di: • Servizio vaccinazioni • screening	Include le seguenti attività: • le attività di ricovero ospedaliero e di ambulatoriale • il servizio per l'intercettazione precoce del disagio, dedicato in particolare ai giovani, da assicurarsi in ogni casa di comunità • Centri diurni, CPS, CRT, CRP… • Psicologia clinica • Sert/NOA	Include: - Consultori - Hospice e cure palliative residenziali -RSD -Protesica se non inserita nel distretto -medicina legale; - scelta e revoca se non gestita dal CUP; - farmacia territoriale se avente apicalità nel territorio - CAL - prime assunzioni per le cure primarie

I servizi nei Poliambulatori territoriali sono assicurati dagli specialisti ambulatoriali e dal personale dipendente del Polo Ospedaliero.

Per l'allocazione del personale alle singole colonne si dovranno utilizzare i seguenti criteri:

Distretti, CDC, COT e ODC

Essendo i Distretti, le CDC, le COT e le ODC introdotte con la Legge di riforma 22/2021, sarà necessario definire la Dotazione aggiuntiva di personale rispetto all'attuale, coerentemente con la programmazione dell'apertura delle CDC, COT e ODC.

Per il calcolo delle rispettive dotazioni organiche si fa riferimento agli standard di personale indicati nel DM 77, già approvati con DGR XI/7592 del 15 dicembre 2022.

Si presume che il personale impiegato nei Distretti non sia tutto personale aggiuntivo rispetto alla dotazione organica 2022 e 2023 di cui al PTFP 2021-2023 approvato dell'ente, in quanto le attività e servizi definiti nella tabella 1, sono già in parte erogati dall'Ente con personale in servizio. In particolare, gli Infermieri di famiglia già presenti nella Dotazione organica 2022 concorrono in toto al completamento dello standard di IfeC riportato nelle tabelle precedenti.

Il personale amministrativo di supporto dovrà essere indicato se non già conteggiato per gli uffici amministrativi centrali.

Si riporta di seguito la tabella approvata con la citata DGR XI/7592/2022 che contempla la dotazione che sarà completata con la messa a punto di tutte le centrali operative territoriali, case di comunità e ospedali di comunità. Le ASST sono tenute a indicare negli anni 2023, 2024 e 2025 il progressivo incremento di dotazione organica conformemente al progressivo incremento delle aperture fino al raggiungimento delle dotazioni previste dalla tabella.

STANDARD DI PERSONALE PER 1 CASA DI COMUNITA' HUB		
Bacino d'utenza (n. ab.)	IFeC	unità di personale di supporto (sociosanitario e amministrativo)
0-40.000	7	5
40.000-50.000	9	7
>50.000	11	8

Ente	**Fabbisogno IFEC (CDC+COT)**	**Fabbisogno Personale di supporto (CDC+COT)**
ASST GOM NIGUARDA	45	28
ASST SANTI PAOLO E CARLO	60	41
ASST FATEBENEFRATELLI SACCO	139	89
ASST OVEST MILANESE	110	69
ASST RHODENSE	104	69
ASST NORD MILANO	111	62

ASST MELEGNANO E MARTESANA	161	101
ASST LODI	51	32
ASST SETTE LAGHI	104	60
ASST VALLE OLONA	104	68
ASST LARIANA	129	81
ASST VALTELLINA E ALTO LARIO	68	47
ASST VALCAMONICA	60	41
ASST LECCO	81	51
ASST MONZA	44	30
ASST BRIANZA	161	106
ASST PAPA GIOVANNI XXIII	57	35
ASST BERGAMO OVEST	63	36
ASST BERGAMO EST	100	62
ASST SPEDALI CIVILI DI BRESCIA	129	82
ASST FRANCIACORTA	58	35
ASST GARDA	99	62
ASST CREMONA	48	30
ASST MANTOVA	87	49
ASST CREMA	27	17
ASST PAVIA	118	75
ASST	**2.318**	**1.458**

Per quanto riguarda invece gli ospedali di comunità si declina di seguito il fabbisogno del personale del comparto, fatto salvo che il DM 77/2022 prevede che l'apporto medico possa essere assolto dai medici di medicina generale. Nel caso in cui non sia possibile, verrà assicurato dai medici dipendenti dei reparti di medicina generale, il cui fabbisogno potrà essere incremento al fine di assicurare lo standard previsto, vale a dire 4/5 ore per 6 giorni alla settimana, a seguito di una verifica dei fabbisogni da espletarsi nel corso dell'anno 2023.

		NUMEROSITA'			
Articolazione	**N°**	**IDF**	**unità di personale di supporto (sociosan. e amm.)**	**coordinatore infermieristico**	**Personale sanitario con funzioni riabilitative**
ODC	66	528	396	66	132
* ODC: sono considerati con un numero di posti letti pari a 20 ciascuno					

ADI

Il personale indicato nella colonna ADI dovrà essere stimato considerando sia il mix di figure professionali necessarie per svolgere l'attività, sia i costi autorizzati dalla DG Welfare.

Si fa presente che l'ADI, come previsto nei documenti di programmazione regionale, è assicurata anche dagli infermieri di famiglia presenti nei Distretti.

Area prevenzione

Questa colonna si riferisce alla SC Vaccinazioni e sorveglianza malattie infettive

Il personale da indicare è definito secondo il seguente criterio:

- per l'anno 2023 il numero di personale dipendente attribuito alla SC Vaccinazioni e sorveglianza malattie infettive è pari a quanto in dotazione per il 2022, oltre al responsabile della SC se non già previsto nei precedenti POAS.

Una valutazione complessiva di costi (di cui il personale è la voce con maggiore impatto) e performance raggiunte nell'area vaccinale sarà svolta in continuo nel 2023 per definire i fabbisogni definitivi, la razionalizzazione delle risorse ed il definitivo superamento dell'apporto di personale emergenziale.

Dipartimento Salute Mentale

Sono ammesse le richieste di incremento del numero degli psicologi in dotazione conseguente a:

- stabilizzazione degli psicologi dedicati ai progetti innovativi nel numero di uno psicologo per Azienda
- assicurare il servizio per l'intercettazione precoce del disagio, dedicato in particolare ai giovani in ogni casa di comunità (per il 2023 è ammessa la richiesta di1 psicologo ogni 100.000 abitanti), da riconoscersi in concomitanza con l'apertura delle case di comunità

Per le assunzioni previste dal presente paragrafo si raccomanda l'applicazione, in via prioritaria, delle norme relative alla stabilizzazione del personale precario.

Carceri

La dotazione organica 2023 deve includere il personale già finanziato in applicazione degli incrementi previsti dal DL n. 35/2019, anche qualora non sia ancora stato assunto.

Saranno valutate le richieste di incremento costi, anche in riferimento al personale non strutturato, accompagnate da specifica relazione.

Altri servizi territoriali.

Per l'anno 2023 deve essere riportata la dotazione organica 2022, dedotti gli spostamenti dovuti alla riorganizzazione delle funzioni dei Distretti e fatte salve eventuali modifiche senza incremento di costi o teste.

IRCCS

La scheda della dotazione organica è stata distinta in 2 macroaree:

1. Polo Ospedaliero
2. Ricerca.

Per la parte relativa al Polo Ospedaliero si rimanda in toto alla corrispondente sezione delle ASST.

Per la sezione della ricerca dovrà essere indicato il personale cosiddetto "piramidale", oltre al personale della ricerca, precisando che quest'ultimo non può essere superiore al numero indicato nella dotazione organica 2022.

FABBISOGNI E COSTI

Nelle apposite tabelle devono essere indicati i fabbisogni espressi in FTE e i relativi costi per gli anni 2023, 2024 e 2025.

Il dettaglio richiesto per colonna è lo stesso delle Tabella di dotazione organica e pertanto differiscono a seconda che si tratti di ATS, ASST e IRCCS.

Nella Tabella dovranno essere riportati i fabbisogni in FTE e Costi sia del personale dipendente, sia del personale non strutturato, in particolare sono previste le seguenti sezioni:

- DIPENDENTI
- CONVENZIONATO UNIVERSITARIO
- Convenzionato ACN (Conv. Specialisti Amb., medicina dei servizi e MET)
- Somministrazione lavoro
- Incarichi di lavoro autonomo
- co.co.co.

Per quanto riguarda gli FTE, gli stessi dovranno essere coerenti con i costi indicati, per quanto possibile e con le precisazioni che seguono.

I costi per l'anno 2023 devono essere costruiti partendo dal BPE 2022. A tale importo si sommano i costi emergenti dall'implementazione della riforma del territorio, riflessi anche in dotazione organica e nel fabbisogno in FTE. Come già specificato quanto riconosciuto in assestamento deve essere ristrutturato e richiesto, atteso che l'assestamento 2022 ha costituito un una tantum, che non si storicizza al di fuori dei criteri esposti.

Per le sole **ASST**, rispetto ai costi, è richiesto un ulteriore di cui, ovvero di specificare la quota costi 2023 conseguente all'apertura di CDC, COT e ODC, applicando gli standard del DM 77. Tali costi corrisponderanno agli FTE della colonna del territorio denominata "Distretti, CDC, COT e ODC".

Infine, si specifica che a eventuali incrementi dei costi ed FTE del personale dipendente deve corrispondere una diminuzione dello stesso valore del personale non strutturato, sia in termini di costi che FTE. Si segnala altresì che, a fronte di esternalizzazioni più o meno strutturate di servizi, con particolare riferimento ai turni di PS e Anestesisti, il costo e gli FTE riportati in questa Tabella deve essere quello riferito alla reale allocazione dei costi, senza che questo implichi la riduzione della dotazione organica.

Anni 2024 e 2025.

Per gli anni 2024 e 2025, il PTFP, sia in termini di dotazione organica che fabbisogni in FTE e costi, potrà essere incrementata ai soli fini del completamento delle dotazioni di COT, case di comunità e Ospedali di comunità. Ulteriori possibili incrementi saranno previsti nel corso del 2023.

PREVENZIONE

PRIORITA' 2
PIANO PANDEMICO PANFLU 3
ATS DIPS 4
ATS SC PROMOZIONE DELLA SALUTE - STILI DI VITA 5
ATS SC MEDICINA PREVENTIVA DI COMUNITA' 9
ATS SC PREVENZIONE SICUREZZA AMBIENTI DI LAVORO 13
ATS SC IGIENE PUBBLICA e SALUTE AMBIENTE 16
ATS SC IGIENE DEGLI ALIMENTI E NUTRIZIONE 20
ATS SC LABORATORI DI PREVENZIONE 23
ASST DIREZIONE 24
ASST AREA SCREENING ONCOLOGICI SC DI RADIOLOGIA, GASTROENTEROLOGIA, CONSULTORI 28
ASST SC VACCINAZIONI E SORVEGLIANZA DELLE MALATTIE INFETTIVE 28
ASST SS/FUNZIONE HOME VISITING 31
ASST CENTRI INFEZIONI SESSUALMENTE TRASMESSE 32
ASST SC /SS MEDICINA LEGALE 33
ASST UNITÀ OPERATIVE OSPEDALIERE DI MEDICINA DEL LAVORO (UOOML) 35
CENTRI ANTIVELENI (CAV) 36
AGENZIA PER LA PREVENZIONE E IL CONTROLLO DELLE MALATTIE INFETTIVE 36
RISORSE AREA PREVENZIONE 36
AZIONI INTEGRATE U.O. VETERINARIA E U.O. PREVENZIONE 37

PRIORITA'

Il **Piano Regionale di Prevenzione 2021 -2025 (PRP)** approvato con DCR 2395/2022 è di riferimento per la realizzazione delle attività del SSR e tramite il presente atto e successivi verrà declinato, oltre che per ATS/ASST/medicina di famiglia, anche per i nuovi modelli organizzativi attivati in seguito alla lr 22/2021 che aggiorna la 33/2009 (distretti, case di comunità, ospedali di comunità).

Nel 2023 proseguirà l'attività di "**data governance della prevenzione**" per fornire agli enti del SSR maggiore contezza del proprio stato di avanzamento e possibilità di benchmarking: sono previsti incontri con cadenza trimestrale per le Direzioni Generali di ATS e ASST e IRCCS. L'attività di data governance è inoltre propedeutica per l'aggiornamento dell'analisi delle "performance di prevenzione": rispetto ai modelli precedenti verrà inserita nella valutazione la dimensione del personale disponibile. Nel 2023 verranno messi a disposizione accessi informatici a sistemi di rappresentazione dei dati (dashboard) ad ATS, ASST e IRCCS.

Le indicazioni e gli obiettivi sono descritti di seguito e raggruppati per UO di riferimento; si segnalano prioritariamente alcune indicazioni di coinvolgimento complessivo delle Agenzie ed Aziende del SSR:

A. è obiettivo per gli enti del SSR la verifica interna dell'operatività della declinazione locale del **Piano Pandemico Influenzale** 2021-23 (DCR 2477/2022- vedere paragrafo dedicato)
B. essendo il **personale** il più importante fattore produttivo per il SSR e verificata la situazione di difficoltà al reclutamento:
    - obiettivo principale delle ATS è garantire il rispetto della dotazione organica dei DIPS in coerenza con il PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE vigente;
    - per l'area della prevenzione delle ASST il 2023 sarà di riferimento per la realizzazione di standard di personale, devono comunque almeno essere mantenuti i livelli di personale 2022, i Dipartimenti Funzionali di Prevenzione devono essere attivati entro giugno 2023;
    - entro aprile 2023 le ATS inviano alla UO Prevenzione organigramma del DIPS comprensivo di nominativi e modalità di contatto (mail, telefono) di responsabili di SC, SSD e SS; analogamente le ASST dei Direttori di Dipartimento Funzionale e delle SC Vaccinazioni e di altre SC, SS e SSD del Dipartimento stesso, nonché, per l'area medico-legale, i direttori di dipartimento o di SC, SS, SSD e gli atti di nomina dei presidenti di CML;
    - l'Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario Lombardo collabora con la UO Prevenzione per il monitoraggio ed il supporto per questa tematica per come definito nel PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE richiamato nel capitolo dedicato;

C. il 2023 è il primo anno di attivazione del **Sistema Regionale di Prevenzione Salute dai rischi ambientali e climatici** (**SRPS**). Verificato che ISS/MdS ha approvato la prima tranche della proposta di investimenti di cui alla DGR 6990/2022; verificato inoltre che il rispetto puntuale delle scadenze di impegno economico è monitorato dal Ministero della Salute e dal MEF, le ATS/ASST/IRCCS beneficiarie dell'investimento dovranno rendicontare alla UO Prevenzione con cadenza almeno mensile l'andamento delle progettualità approvate da ISS (entro il 30 di ogni mese a partire da Gennaio 2023); fino ad ulteriori indicazioni su modalità di rendicontazione la stessa avverrà via mail;
D. verificato l'alto impatto in termine di salute del **diabete** e la presenza di azioni di comprovata efficacia in tutta l'area della prevenzione nel 2023 si punta a intensificare e rendere maggiormente evidenti le azioni di prevenzione primaria, secondaria e terziaria (PHFD);
E. nell'urgenza di contrastare il fenomeno degli infortuni mortali sul lavoro, azione prioritaria per la tutela della salute e sicurezza sul lavoro è incrementare l'attività di controllo nelle imprese, in particolare realizzando un maggior numero di **ispezioni nei cantieri** a maggior rischio;
F. messa a regime della **sorveglianza tramite MICROBIO in tema di antibiotico resistenza** e **Infezioni Correlate all'assistenza**;
G. rappresenta un obiettivo specifico per l'area medico-legale la puntualità regolarità e completezza degli invii dei flussi di attività richiesti da regione, nonché la tempestiva esecuzione degli atti formali necessari alla nomina/sostituzione, da parte del presidente della Regione, del presidente della Commissione Medica Locale;
H. al fine di rendere più operativa e vicina alle esigenze del territorio l'attività di governo regionale della UO Prevenzione, gli operatori della UO Prevenzione si affiancheranno agli operatori di ATS / ASST / IRCCS in **sessioni di lavoro congiunto**: la UO Prevenzione condividerà con le aziende/agenzie interessate i momenti di affiancamento identificando le azioni da svolgere insieme (fermo restando il rispetto del mansionario, del profilo assicurativo e di protezione e prevenzione dai rischi ssl, degli operatori regionali) le aziende interessate dovranno identificare tutor dedicati.

PIANO PANDEMICO PANFLU

Le ATS e le ASST/IRCCS attivano nel 2023 verifiche interna dell'operatività della declinazione locale del Piano Pandemico Influenzale 2021-23 (DCR 2477/2022,) ed aggiornamento dello stesso entro agosto 2023.

In particolare, nel 2023 verrà posta attenzione alle seguenti attività:

- deve essere completata la mappatura delle competenze e la attivazione della formazione necessarie: in ogni azienda /ente deve essere disponibile elenco aggiornato delle persone formate per la risposta pandemica nei diversi ruoli previsti;
- verificato l'obbligo di segnalazione di cui all'articolo 253 e 254 del Regio Decreto 27/7/1934, n. 1265 e il nuovo sistema nazionale PREMAL DECRETO di cui al 7 marzo 2022 il **100%** dei medici di ATS, ASST, IRCCS deve:
    - avere credenziali per accesso al nuovo sistema di sorveglianza SMI;
    - avere effettuato almeno 1 accesso;
    - effettuare e superare il corso FAD regionale "Malattie Infettive";

  ATS inoltre verifica i primi due requisiti per i MMG/PLS e medici delle UDO Socio- Sanitarie e per tutti i i TdP e le AS dei DIPS
- facendo seguito alla prossima acquisizione dei finanziamenti ministeriali in tema di scorte pandemiche prevista dall'articolo 1 comma 264 e 265 della legge n. 234 del 30 dicembre 2021 verrà ridefinito con AREU un sistema di gestione e distribuzione delle scorte pandemiche;
- Verificata la disponibilità di risorse di spesa corrente di 33,5 milioni di euro dedicate al Piano Pandemico si segnala che per una quota indicativa di 29 sono a disposizione per il rafforzamento del personale dei Dipartimenti Funzionali di Prevenzione (UOC Vaccinazioni) e dei laboratori di riferimento per la sorveglianza influenzale/Covid (ASST FBF Sacco e IRCCS Pavia) e i restanti per i costi delle sorveglianze (vedi capitolo personale per la definizione delle modalità);
- le ATS attivano momenti di monitoraggio della realizzazione dei piani locali presso le UDO Sociosanitarie e facendo seguito ad indicazioni regionali anche a quelle Sociali.

ATS DIPS

Invio alla UO Prevenzione dei Programmi Integrati di Controllo e dei Piani Integrati Locali di Promozione della Salute entro il 28/2/23.

Corso di Studi in Tecniche della Prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di Lavoro (TePALL)

Il profilo professionale del Tecnico della Prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di Lavoro (DM del 17.01.1997 n. 58) riveste un ruolo di primaria importanza, accanto a quello delle altre figure sanitarie e tecniche, all'interno del Servizio Sanitario (SS) in particolar modo per le attività di prevenzione, promozione e tutela della salute e sicurezza negli ambienti di lavoro e di vita.

Le criticità riscontrate, che attengono ad una limitata disponibilità di laureati e a una carenza di competenze tecniche-industriali, pur nell'ambito di un profilo

sanitario, hanno portato alla costituzione di una collaborazione stabile, all'interno tra l'altro del Piano previsto dalla dgr 6869/2022, tra la DG Welfare e le Università di Milano, Pavia e Brescia e le parti sindacali. In questo contesto:

- le ATS di Milano, Pavia e Brescia realizzano, in collaborazione con le Università e sull'intero territorio regionale, interventi di promozione del Corso di Studi presso le scuole secondarie di secondo grado, in particolare negli istituti tecnici, al fine di incrementare il numero di iscrizioni;
- promuovono sull'intero territorio regionale tirocini curriculari presso aziende del settore privato, anche non sanitario. Detta attività di tirocinio dovrà essere coerente con gli obiettivi formativi e finalizzata ad aumentare le competenze tecniche industriali e ambientali (es.: chimiche, elettrotecniche, meccaniche, tecnologie alimentari e ambientali ecc.). A tale scopo questi tirocini dovranno essere definiti all'interno di progetti specifici, per periodi definiti e limitati che non dovranno essere superiori al 40% delle ore previste.

ATS SC PROMOZIONE DELLA SALUTE - STILI DI VITA

Prosieguo/implementazione/sviluppo delle attività che concorrono al raggiungimento dei LEA (programmi preventivi regionali e piano GAP), nei setting Scuola, Luoghi di lavoro, Comunità locali e SSR e relativi target perseguiranno i seguenti obiettivi specifici:

1. **redazione e approvazione da parte delle ATS del PIL –** Piano Integrato Locale Promozione della Salute – 2023 **(entro il 28.02.23)**, a seguito di specifiche indicazioni della UO Prevenzione, e **comunque comprendente**
   - la declinazione operativa dei piani e programmi previsti a livello territoriale, integrati con quanto previsto in attuazione della IV annualità, fondo 2019, del rispettivo Piano Locale GAP (DGR n, XI/6252 del 11/04/2022 e DDGW n 9591 del 01/07/22), con particolare riferimento ai contenuti operativi delle Azioni Equity oriented fissate dal PRP 2021-25 (PP 1-2-3-4-5 e ai PL 16-19-20), ed in particolare:
     - Scuola - implementazione della Rete SPS locale con incremento del n. di Scuole aderenti (n. aderenti al 31.12.2023 ≥ 10% n. aderenti al 31.12.2021) e adesione alla Rete Regionale SPS di almeno 3 Centri di Formazione professionale entro il 31.12.23 (in sinergia con Distretti/Case della Comunità)
     - Luoghi di lavoro – individuazione delle tipologie di Aziende con presenza di personale con bassa qualificazione presenti sul territorio, e promozione dell'adesione al Programma WHP (entro il 31.12.23 n. aziende con bassa qualificazione destinatarie della proposta ≥10% del n. aziende aderenti alla rete locale WHP)

- Comunità locali – Costituzione Laboratori per la Promozione di attività fisica e movimento:
  - Laboratorio ATS
  - 1 Laboratorio in ciascuna ASST (in sinergia con Dip.to Funz.le Prevenzione)
- Comunità locali - Attuazione 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 (in sinergia con Distretti)
- Comunità locali / SSR – pubblicazione sul sito web ATS della mappa dell'offerta di AFA nel territorio di riferimento (in collaborazione con Dip. Funz.le Prevenzione delle ASST)
- Comunità locali/SSR – avvio di progetti preventivi nel setting carcerario (nutrizione, stili di vita, dipendenze) in collaborazione con Dip. Funz.le Prevenzione delle ASST (entro il 31.12.23 almeno 1 progetto)
- 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 31.12.23 almeno 1 progetto)
- SSR – Offerta formativa "Counseling motivazionale breve" rivolto a MMG/PdF e Specialisti SSR (entro il 31.12.23 n. MMG/PdF aderenti ≥15% n. MMG/PdF)
- SSR – Offerta formativa e implementazione Protocollo "Foodia-Net" a MMG e Specialisti SSR, Pazienti diabete tipo B e caregiver (entro il 31.12.23 n. MMG/PdF aderenti ≥15% n. MMG/PdF e n. caregiver aderenti ≥ 50)

- gli elementi organizzativi relativi al raccordo operativo nell'area Stili di vita e Promozione della Salute fra ATS (DIPS/PIPPS) e ASST (Dip. Funz.le Prevenzione/Distretti), con particolare riferimento alle linee di attività "setting sociosanitario":
  - azioni integrate con i Consultori con particolare riferimento a target adolescenti/interventi nelle scuole, competenze genitoriali (Nati per Leggere, ecc.), salute donna ecc.
  - ingaggio degli Infermieri di famiglia e di Comunità in relazione alle attività inerenti 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;

- piena attuazione del Programma "Luoghi di lavoro che promuovono salute – WHP Lombardia" nelle ASST
- realizzazione di programmi di sensibilizzazione in materia di prevenzione del rischio di trasmissione di malattie infettive rivolti a target vulnerabili o ad alto rischio

- la descrizione dei dispositivi organizzativi previsti per l'integrazione fra Servizi Promozione Salute dei DIPS e Re.Di.Di (Reti diffuse Dipendenze ex l.r. 14 dicembre 2020 , n. 23), finalizzati:
  - alla piena integrazione fra Piani e Programmi preventivi in capo al DIPS e altre linee di intervento preventivo, di diagnosi precoce e di orientamento alla rete dei servizi nell'area dipendenze.
  - realizzazione di programmi 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.
- l'elencazione degli eventi formativi e le azioni di comunicazione pubblica previsti rispettivamente nel Piano Formativo ATS e nel Piano Comunicazione ATS connessi all'implementazione delle azioni previste nel PIL stesso.

2. **formale approvazione dei Piani Locali GAP - fondi 2021** (coerentemente con gli indirizzi DG Welfare);
3. fattiva 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** finalizzato allo sviluppo e al consolidamento in ambito scolastico di buone prassi per la prevenzione e il contrasto dei fenomeni legati alle diverse forme di dipendenza (DPR. 309/90), a bullismo e cyberbullismo (L. 29 maggio 2017, n. 71), alle altre forme di disagio sociale minorile e per la promozione della legalità (l. r. 24 giugno 2015, n. 17)", **di cui alla DGR n. XI/6761 del 25/07/2022**
4. **partecipazione operativa** – in sinergia fra Servizi Promozione della Salute e UO di Epidemiologia - alle fasi di raccolta dei dati relative alle **Sorveglianze Passi d'Argento** (popolazione over 65) e **OKkio alla Salute** 2020/23;
5. **adozione della Piattaforma regionale "Survey Stili di vita"** in avvio, per la programmazione equity oriented e la rendicontazione delle linee di attività e dei programmi territoriali;
6. **partecipazione alla programmazione formativa regionale "Stili di vita"**, promossa da UO Prevenzione in collaborazione con Polis Lombardia e le ATS, a consolidamento del modello operativo avviato nel corso del 2022.

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:

- 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.);
- 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.);
- 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:

- 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;
- Supporto all'implementazione in realtà regionali italiane della Rete di Promozione della Salute sui luoghi di Lavoro (Rete WHP – *Workplace Health Promotion*);
- 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 520.000 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".

	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 conduzione delle Comunità di Pratica (FSC) delle ATS/ASST, alla partecipazione a progetti/reti europee di WHO e CE (SHE Network, 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" e della "Banca Dati Prosa".

ATS SC MEDICINA PREVENTIVA DI COMUNITA'

ATS SC Medicina Preventiva di Comunità – area Sorveglianza delle Malattie Infettive MPC

Nel 2023 sono previste le seguenti implementazioni del Sistema di Sorveglianza delle Malattie Infettive SMI, in relazione con PL 15 "Malattie infettive quadro logico":

- 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, SIV, Terapie Intensive, Laboratori di Prevenzione, gestionale Allerta Alimenti, Sosia, gestionale Vaccinazioni, Fluper
- Attivazione flusso informativo in cooperazione applicativa verso PREMAL per la rendicontazione delle attività di sorveglianza
- Attivazione percorso di audit sulle ACL – Malattie infettive per la verifica dell'appropriatezza del sistema di gestione delle malattie infettive tramite SMI
- Predisposizione procedura regionale per la gestione delle malattie infettive e successivo recepimento nel sistema documentale ATS

Malattie infettive: quadro logico, preparedness e piano pandemico - PL15

<u>Covid-19</u>

L'attività di sorveglianza Covid prosegue secondo le indicazioni Ministeriali

- Si conferma il ruolo di supporto e coordinamento scientifico all'attività regionale di laboratorio per le tematiche Covid-19 del laboratorio di via Pascal Università degli Studi di Milano.

<u>Progetto SARI</u>

L'attività di sorveglianza ambientale del SARS-Cov2 nelle acque reflue prosegue secondo le indicazioni di ISS e del Ministero della Salute e con le modalità definite nella DGR 5807/2021. Coerentemente con le indicazioni della Commissione europea, si prevede uno sviluppo dell'attività della Rete anche per la sorveglianza dell'antimicrobico resistenza, di altri patogeni e, in prospettiva, anche delle sostanze che danno dipendenza.

<u>Verifica dell'efficacia e dell'appropriatezza delle attività:</u>

Ogni ATS è tenuta ad effettuare la verifica dell'efficacia e dell'appropriatezza delle attività svolte, sulla base di specifica procedura/istruzione operativa redatta entro il 30/03/2023, tenendo conto che:

- deve essere verificato il 100% delle pratiche gestite e riferite a patologie che generano allerta (fonte Premal)

- deve essere verificato almeno il 5% delle pratiche gestite e riferite alle altre patologie, stratificate per patologia e operatore ATS (case manager) con frequenza almeno trimestrale
- la verifica deve essere strutturata ed eseguita attraverso l'uso di strumenti specifici (check list, liste di riscontro, ecc)
- la verifica deve riguardare almeno: le modalità di implementazione di SMI, l'applicazione del contenuto delle schede descrittive delle malattie di cui alla DGR di "Revisione e riordino degli interventi di sorveglianza e controllo delle malattie infettive in regione Lombardia"
- la verifica può essere condotta tra pari o dal responsabile di struttura o suo delegato
- in caso di esito non conforme della verifica condotta è necessario definire le conseguenti azioni correttive attraverso la definizione e registrazione di: analisi delle cause, trattamento immediato (se pertinente), azione correttiva, verifica dell'efficacia dell'azione intrapresa, tempi di attuazione.

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	arbovirosi, morbillo-rosolia, febbre emorragica, Influenza, monkeypox
ASST Fatebenefratelli Sacco Polo Universitario	100.000	arbovirosi, 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
	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

Monitoraggio della situazione epidemiologica in tema di malattie infettive nelle UDO Socio-Sanitarie:

Nel 2023 prosegue il percorso di miglioramento delle capacità di monitoraggio delle condizioni di salute delle UDO Socio-Sanitarie: 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.

Misure per il contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza - PP10

Le ATS verificano la corretta rendicontazione delle sorveglianze dedicate alle ICA e all'antibiotico resistenza, verificano l'adesione delle strutture al sistema di sorveglianza MICROBIO e ne analizzano la qualità dei dati.

Malattie infettive correlate all'ambiente e ai vettori - PL22

Nel 2023 tutte le inchieste per Legionella e *West Nile* dovranno essere attivate anche attraverso l'utilizzo del portale GEOSA appositamente predisposto: le ATS aggiornano le procedure aziendali. Le ATS attivano per la primavera 2023 una campagna di sensibilizzazione (anche attraverso incontri con sindaci e istituzioni) per la prevenzione di arbovirosi.

Malattie infettive gravi correlate alle condizioni di vita - PL23

Nel 2023 verrà attivato il tavolo regionale dedicato alla tematica di malattie infettive gravi correlate alle condizioni di vita nel quale verranno indicati gli obiettivi prioritari.

Malattie Infettive Sessualmente Trasmesse - PL21

Nel corso del 2023 verrà completato il percorso – attivato nel 2022 -di aggiornamento del modello di offerta delle "case alloggio per pazienti HIV". Obiettivo è completare i requisiti di accreditamento per tali strutture e adeguare tale modello alle nuove esigenze di salute dei pazienti HIV cioè la presa in carico delle concomitanti patologie croniche (con quindi un aumento del bisogno assistenziale sanitario)

Screening HCV

Vista L'intesa stato Regioni n. 235/CSR del 30 novembre 2022 che proroga al 2023 lo screening HCV si prosegue anche nel 2023 in coerenza con gli obiettivi di screening di cui alla DGR 5832/2021 le ASST partecipano alla realizzazione dello screening HCV e rendicontano le prestazioni effettuate come da indicazioni regionali. Nel 2023 continuerà l'attività di audit della Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario Lombardo.

ATS SC Medicina Preventiva di Comunità – area Screening Oncologici (comprensiva di indicazioni per ASST) - **PL 14**

L'attività regionale 2023 prevede le seguenti linee di attività:

- verifica del recupero del ritardo di chiamata degli screening oncologici conseguente al periodo Covid;
- Sviluppo della campagna comunicativa regionale per i programmi di screening;
- Produzione di un atto di indirizzo da parte del Coordinamento Regionale Multidisciplinare Screening Oncologici e della Rete Epatogastroenterologica (in collaborazione con UO Polo Ospedaliero) sull'appropriatezza del follow-up endoscopico post-polipectomia;

- Nomina di due gruppi di lavoro multidisciplinari per la definizione di modelli e protocolli tecnico-organizzativi in ambito di diagnosi precoce del tumore del polmone e della prostata, in accordo alle linee di indirizzo del Consiglio dell'Unione Europea e del Piano Oncologico Nazionale;
- 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.

Saranno coordinati dalle U.O. a valenza regionale, istituite quale ai sensi della deliberazione n° XI/ 6608 del 30/06/2022:
Centro Regionale Screening Oncologici presso ATS di Pavia:

- avvio del progetto pilota di screening primario per la prevenzione del carcinoma della cervice uterina, attraverso l'utilizzo dell'auto-prelievo abbinato all'HPV test

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

- valutazione di impatto dello screening mammografico
- studio di fattibilità sull'introduzione della stratificazione per rischio di cancro della mammella, inclusa la valutazione del rischio eredofamigliare, nella fascia 45-49 anni invitata a screening.

In merito agli obiettivi ATS e ASST:
Esaurita la fase di recupero del ritardo degli screening oncologici conseguente al periodo Covid, nel 2023 saranno ripristinati gli attesi di estensione degli inviti e adesione secondo gli standard nazionali e le linee di indirizzo regionali (DDG n. 3711 del 3/4/2017, nota prot. G1.2022.0045569 del 11/11/2022), con graduale implementazione dello screening cervicale nelle aree non ancora coperte:

- Screening mammografico: invito attivo con appuntamento prefissato e sollecito per la fascia 47-74 (nate tra 1949 e 1976); per la fascia 45-46 (nate 1977 e 1978) garanzia dell'accesso su richiesta ed eventuale invito attivo per i territori che hanno già completato l'estensione (estensione 47-74 >95%, copertura per test 50-69 >55%)
- Screening colorettale: invito attivo e sollecito per la fascia 50-74 (nati tra 1949 e 1973) (estensione >95%, copertura per test 50-69>40%)
- 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 1998)

- 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 1959 e il 1965)
  Si ricorda l'importanza dell'offerta attiva della vaccinazione anti-HPV alle 25enni al momento dell'invito e dell'esecuzione del pap test

Gli indicatori attesi sono relativi sia ad ATS sia ad ASST per il proprio rispettivo bacino di residenti. Le modalità di calcolo degli indicatori e di rappresentazione su dashboard regionale saranno fornite in specifici atti di carattere tecnico. Nel corso dell'anno sarà sviluppato il nuovo indicatore composito di sintesi screening oncologici, che permetterà dal 2024 una valutazione quali-quantitativa dei programmi.

Inoltre, sono previsti i seguenti obiettivi per le ATS e ASST:
- Avvio da parte di ciascuna ATS e almeno una ASST/IRCCS del proprio territorio di un progetto di riorientamento delle prestazioni specialistiche e di diagnostica strumentale e di laboratorio erogate ai sensi dell'articolo 85 comma 4 della legge 23.12.2000;
- Avvio da parte di ciascuna ATS di un progetto equity-oriented di riduzione di diseguaglianze di accesso allo screening, sulla scorta dei risultati forniti dall'analisi del gruppo di lavoro tra UUOO di Epidemiologia e i Centri Screening;
- Messa a sistema da parte delle ATS degli interventi sui luoghi di lavoro finalizzati all'adesione agli screening nell'ambito del WHP, secondo la buona pratica regionale che sarà condivisa nei primi mesi dell'anno

Nel 2023 continuerà l'attività di audit della Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario Lombardo (ACSS) a conclusione del ciclo di audit PRECEDE-PROCEED 2019.

ATS SC PREVENZIONE SICUREZZA AMBIENTI DI LAVORO

Nell'attuale recrudescenza del fenomeno infortunistico, la priorità per la tutela della salute e sicurezza sul lavoro consiste nel garantire ed incrementare l'attività di controllo attraverso ispezioni ed interventi in modalità PMP (Piano Mirato di Prevenzione), come da obiettivi del Piano Regionale di Prevenzione 2021-2025. I Servizi ATS dedicati alla salute e sicurezza sul lavoro programmano i controlli nel PIC con attenzione a rispettare l'indicatore LEA di copertura del 5% e gli indicatori storicamente definiti dai c.d. Piani Nazionali Edilizia ed Agricoltura; inoltre, proseguono nella realizzazione dei PMP locali e attuano quelli a valenza regionale secondo gli indirizzi che sono forniti dai Tavoli Tecnici istituiti con dgr 6869/2022. Lo stato di attuazione dei PMP locali, avviati nel 2022, è illustrato nell'occasione del

primo incontro del Comitato Territoriale e Regionale di coordinamento art. 7 DLgs 81/08. Le ATS convocano almeno due incontri/anno del Comitato territoriale art. 7 DLgs 81/08: i verbali sono redatti e conservati anche al fine di una corretta rendicontazione ai livelli centrali dello stato di attuazione del PRP.
L'attività di controllo in edilizia è programmata utilizzando l'algoritmo Ca.Ri.Ca. già rilasciato da ARIA S.p.a. nella relativa Sezione di I.M.Pre.S@-BI. La qualità e l'efficacia dello strumento sarà monitorata attraverso l'analisi dei valori "controllo" e "provvedimenti" estratti dal Sistema Informativo Regionale della Prevenzione, in un confronto con gli anni precedenti, ed in un contesto di scambio e riflessione condotto all'interno del Tavolo Tecnico edilizia (Ta.Te. edilizia).
Il "Ta.Te. edilizia" monitora il raggiungimento della quota del 10% dei cantieri controllati sul totale dei cantieri notificati, denominatore che la DG Welfare aggiornerà rispetto alla precedente indicazione fornita, in coerenza con gli indirizzi che saranno forniti dallo specifico Gruppo Tematico Interregionale.
Il "Ta.Te. agricoltura" monitora l'attività di controllo nelle aziende agricole, compresa l'attività di verifica a campione delle aziende beneficiarie del Programma di Sviluppo Rurale 2014-2020. Operazione 6.1.01 "Incentivi per la costituzione di nuove aziende agricole da parte di giovani agricoltori".
Infine, i Servizi PSAL assicurano la partecipazione del personale al progetto formativo POLIS Lombardia ex dgr 2464/2019.

In ordine alle malattie professionali, ed in particolare al PP8 del PRP "Esposizione a cancerogeni professionali", la DG Welfare fornisce i codici di malattia a breve latenza che i Servizi utilizzano per l'estrazione dei casi dai Flussi informativi e dalle SDO, procedendo di seguito sia alle indagini dell'origine professionale che ai controlli sulla conformità ai Regolamenti REACH/CLP.
Con riguardo al PP8 del PRP "Prevenzione patologie da sovraccarico biomeccanico", sotto il coordinamento dello specifico Ta.Te., sarà avviato uno studio pilota in talune ATS su aziende fornitrici di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), d'intesa con le stesse, al fine di analizzare dettagliatamente le modalità di erogazione (con specifica attenzione ai lavoratori coinvolti), utile per la successiva attuazione del relativo PMP a valenza regionale.
In un contesto di collaborazione tra i Servizi di Salute e Sicurezza sul Lavoro e di Igiene Pubblica, il PIC delle ATS prevede l'indagine su una quota di tumori polmonari raccolti dal Servizio telematico di Segnalazione Malattia Professionale (SMP) dai reparti ospedalieri, al fine di accertarne l'ipotetica origine professionale o l'eziologia in ambiente di vita da esposizione a radon. Gli esiti, anonimizzati, sono oggetto di confronto e riflessione sia all'interno del Ta.Te. cancerogeni, che nell'ambito della rete UOOML.
Sempre in merito al PP8 del PRP "Prevenzione del rischio Stress lavoro correlato", con l'approvazione nella riunione di Cabina di Regia del documento "Criteri per l'individuazione dei settori produttivi e dei gruppi di aziende", i Servizi avviano il

Piano Mirato a valenza regionale procedendo, all'interno del Comitato di coordinamento art. 7 Dlgs 81/08 (prima Territoriale e poi Regionale) ad individuare i settori cui applicare l'intervento di prevenzione.

Per quanto concerne il flusso dei certificati medici di infortunio sul lavoro, l'attuale servizio telematico Gestione Certificati INAIL (GCINAIL) si avvale di un applicativo, integrato nell'architettura del Sistema Informativo Socio-Sanitario (SISS), che veicola, tramite cooperazione applicativa, i dati inseriti dal personale sanitario di PS di ASST, pubbliche e private, e dai MMG e li invia al Servizio Software INAIL "Certificazione Medica di Infortunio lavorativo" che provvede a effettuarne il controllo ed emettere un protocollo di ricezione. Poiché INAIL per detta trasmissione rilascerà un nuovo servizio in modalità REST, la DG Welfare provvederà a perfezionare l'Accordo di servizio di cui alla delibera di Giunta regionale del 12/07/2013, n. X/390 e alla delibera di Giunta regionale del 12/07/2013 n. X/391, e le ASST provvederanno - entro il primo semestre 2023 - all'integrazione del nuovo applicativo, a fronte dell'esposizione dei web service e secondo la calendarizzazione che sarà fornita da ARIA, d'intesa con la DG Welfare.

In tema prevenzione degli atti di violenza verso gli operatori sanitari, le ASST comunicheranno alla DG Welfare l'attuazione delle disposizioni approvate con dgr 6902 del 5 settembre 2022 e, altresì, insieme alle ATS, assicureranno l'adesione alla survey rilasciata dall'Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario Lombardo (ACSS). Il Centro regionale per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente predisporrà un sistema informatizzato di segnalazione (incident reporting) degli agiti violenti, con il diretto coinvolgimento dei risk manager aziendali, al fine di creare il flusso informativo per gli osservatori nazionali previsti dalla Legge 24/17 e Legge 113/20 e per il Tavolo Tecnico regionale sulla sicurezza del personale sanitario e sociosanitario (art. 3 commi 3 e 4 legge 15/2020).

U.O. a valenza regionale - Centro Regionale di non conformità delle macchine ed attrezzature di lavoro quale struttura ai sensi della deliberazione n° XI/ 6608 del 30/06/2022 presso la ATS Città Metropolitana di Milano:

- coordinamento del Gruppo Tematico Interregionale Macchine ed Impianti istituito all'interno del Gruppo Interregionale Salute e Sicurezza sul Lavoro, ossia del Coordinamento Interregionale Prevenzione e Sanità Pubblica per la Commissione Salute;
- supporto nell'interfaccia con l'Autorità Nazionale di Sorveglianza del Mercato, ex art.6 D.lgs. 17/2010, costituita dal Ministero dello Sviluppo Economico e dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali;
- partecipazione alle istruttorie dell'Autorità Nazionale relative alle segnalazioni delle presunte non conformità segnalate dagli Organi di Vigilanza territoriali che effettuano gli accertamenti previsti dall'art. 70 comma 4 del D.lgs. 81/08,

nel contesto di confronto con il Ministero del Lavoro e INAIL – Dipartimento Innovazione Tecnologica;
- supporto alla UO Prevenzione nel coordinamento delle ATS ai fini di una corretta gestione e conferimento delle segnalazioni di presunta non conformità all'Autorità Nazionale, anche mediante AUDIT presso le ATS;
- gestione e cura dell'archivio Regionale delle segnalazioni di presunta non conformità di cui all'art. 70 comma 4 del D.lgs. 81/08 accertate dai Servizi PSAL delle ATS, anche mediante lo studio di fattibilità circa la predisposizione di una piattaforma informatica a livello regionale, avvalendosi, se del caso, della collaborazione di ARIA S.p.A.
- supporto all'organizzazione e partecipazione alle attività di formazione in tema di macchine e attrezzature di lavoro;
- supporto Tavoli Tecnici istituiti con dgr 6869/2022 per le tematiche inerenti la sicurezza di macchine e attrezzature di lavoro.

UO amianto a valenza regionale quale struttura ai sensi della deliberazione n° XI/ 6608 del 30/06/2022 presso la ATS Pavia:
- supporto alla UO Prevenzione nel coordinamento dei Servizi PSAL e ISP per la redazione di report consuntivo annuale (2022) 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;
- supporto alla UO Prevenzione nel raccordo con il Centro operativo regionale (COR) art. 244 Dlgs 81/08, istituito presso il Policlinico di Milano, per lo sviluppo del registro regionale mesoteliomi, dei tumori nasali e nasosinusali e di quelli a bassa frazione ecologica;
- supporto alla UO Prevenzione nel monitoraggio sull'accesso alla sorveglianza sanitaria degli ex-esposti e sul grado di adesione all'offerta da parte dei lavoratori inseriti negli elenchi di cui alla dgr 2214 RECEPIMENTO DELL'INTESA, AI SENSI DELL'ART. 2 C. 1 LETT. A) E ART. 3 DEL D.LGS. 28 AGOSTO 1997, N. 281, TRA IL GOVERNO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO SULL' ADOZIONE DEL PROTOCOLLO DI SORVEGLIANZA SANITARIA DEI LAVORATORI EX ESPOSTI AD AMIANTO (REP. ATTI N. 39/CSR DEL 22/02/2018)

ATS SC IGIENE PUBBLICA e SALUTE AMBIENTE

Per consentire l'attuazione delle azioni previste nel PP9 "Ambiente, clima, salute" attraverso una rete regionale che ne presidi e coordini le attività, è richiesta alle ATS la partecipazione ai tavoli tecnici dedicati a:
- sistema informativo Geografia Salute Ambiente – Geo.S.A.
- sorveglianza inquinamento atmosferico

- valutazione impatto sanitario
- amianto
- igiene ed urban health
- sicurezza chimica
- acque

Ferma restando la definizione di nuovi indicatori di performance, a superamento degli attuali e più aderenti al nuovo profilo dell'area di Igiene Pubblica, di seguito si elencano alcune attività in tema di tutela della salute del cittadino.

Il decreto legislativo 101/2020 in materia di pericoli derivanti dall'esposizione alle **radiazioni ionizzanti** ha reso necessaria la stesura di una legge che ha aggiornato ed integrato il Titolo VI della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità), sostituendo i disposti relativi al funzionamento delle Commissioni; introducendo nuovi relativi ai rifiuti; aggiornando le regole di prevenzione e protezione dal rischio di esposizione al gas radon nelle abitazioni e nei luoghi di lavoro. Ferma restando l'azione regionale centrale, in particolare, ai Servizi ISP è richiesto di:

- assicurare 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;
- garantire corretta informazione ed assistenza ai Comuni - Uffici tecnici, agli operatori/professionisti di settore e cittadini relativamente ai nuovi disposti in materia di prevenzione e protezione dal rischio di esposizione al gas radon nelle abitazioni e nei luoghi di lavoro, in raccordo con gli indirizzi dettati da DG Welfare, supportata dalla UO a valenza regionale (segue) ed in raccordo con ARPA, ed in continuità con Linee guida per la prevenzione delle esposizioni al gas RADON in ambienti indoor" di cui al Decreto del Direttore Generale Sanità n. 12678 del 12 dicembre 2011.

In materia di **sicurezza chimica**, 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..
Le ATS, 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 e EoW (End of Waste). In materia di cosmetici, i Servizi assicurano la partecipazione al corso nazionale.

In tema di salute pubblica prosegue il presidio ATS nell'ambito della Commissione istruttoria regionale per la **VIA** e di cui alla l.r. 5/2010, delle conferenze dei servizi convocate 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). Altresì, prosegue l'azione regionale di consolidamento delle azioni di coordinamento tra DG Welfare 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.
Al fine di perfezionare gli scenari di esposizione relativi a legionella, i Servizi procedono a comporre **l'anagrafica delle fontanelle** ed aggiornano l'anagrafica relativa alle **torri di raffreddamento**, secondo le indicazioni DG Welfare. Le ATS prevedono nei PIC controlli con campionamento in una quota percentuale di torri di raffreddamento significativa del proprio territorio.

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 MS/ISS, le ATS integrano i PIC con controlli analitici relativi ad articoli/prodotti/agenti che saranno indicati dalla DG Welfare, in esito al confronto con la UO Laboratori di Prevenzione a valenza regionale, IZS e rete UOOML e che riguarderanno:

- **Reach – INCHIOSTRI TATUAGGI**
- **Reach – SIGARETTE ELETTRONICHE**
- **Reach – Prove esistenti**
- **Reach -OHS**
- **Cosmetici**
- **Fitosanitari**.

I controlli ed i relativi campionamenti sono rendicontati nelle apposite sezioni di I.M.Pre.S@-BI.

Monitoraggio aerobiologico pollini: il contrasto alla diffusione dell'Ambrosia ha ricadute positive anche sulla limitazione di possibili cause che possano influire negativamente sulla salute dei cittadini, con particolare riferimento all'apparato respiratorio. Avvalendosi del "Gruppo di lavoro monitoraggio aerobiologico" (DDGW n. 9271 del 26.06.2019) si predisporranno indicazioni tecniche cui uniformare le attività di informazione/divulgazione degli esiti del monitoraggio aerobiologico che consentiranno ai Servizi ISP l'individuazione di misure efficaci di prevenzione delle allergopatie.

Attività funebre: il percorso avviato con la lr 4 marzo 2019 - n. 4 "Modifiche e integrazioni alla legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità): abrogazione del Capo III 'Norme in materia di attività e servizi necroscopici, funebri e cimiteriali' del Titolo VI e introduzione del Titolo VI bis 'Norme in materia di medicina legale, polizia mortuaria, attività funebre" è stato completato con l'approvazione del regolamento regionale 14 giugno 2022, n. 4. È stata rilasciata la fase 1 della piattaforma Ge.A.F. – Gestione Attività Funebri, ai fini del caricamento dell'anagrafica delle imprese funebri e dei centri servizi, e l'imminente rilascio della fase 2, che consentirà di monitorare i volumi di attività delle imprese funebri e dei centri servizi, nel rispetto di quanto disposto dal Titolo VI della l.r. 33/2009. L'applicazione del regolamento e l'implementazione della piattaforma, ferma restando l'attività di vigilanza per quanto di competenza, richiedono ai Servizi ISP proattività nell'interlocuzione ed informazione ai Comuni, oltre alla disponibilità alle imprese funebri nell'indirizzarle verso una corretta applicazione dei nuovi disposti relativi, a titolo di esempio, alle case funerarie. In prospettiva la piattaforma informatica Ge.A.F. consentirà di digitalizzare e semplificare le attività delle imprese, dei Comuni e degli organi di vigilanza, attraverso la dematerializzazione e l'integrazione degli adempimenti burocratici previsti dalla normativa di settore.

Attività di disinfestazione: gli interventi di disinfestazione sono misure di lotta efficaci per il contenimento delle zanzare e delle zecche, realizzati a livello locale e per prevenire gli eventuali focolai di malattie trasmesse da vettori. Si raccomanda, pertanto, garantire l'interazione tra gli interventi di sorveglianza, la tempestività nell'identificare l'eventuale insorgenza di fenomeni rilevanti/focolai, l'informazione alla popolazione e gli interventi di disinfestazione finalizzati al contenimento della presenza di zanzare.

UO a valenza regionale radon quale struttura ai sensi della deliberazione n° XI/ 6608 del 30/06/2022 presso la ATS Brescia:

- Supporto all'attuazione delle disposizioni della lr 3/2022 Capo II quater *Prevenzione e protezione dal rischio di esposizione al gas radon in ambienti chiusi,* con particolare riguardo:

- alla progettazione del Sistema Informativo;
- alle campagne di informazione e sensibilizzazione,

- supporto nel coordinamento dei Servizi ATS dedicati all'attuazione delle azioni di prevenzione dal rischio esposizione gas radon.

U.O. a valenza regionale Epidemiologia della prevenzione quale struttura ai sensi della deliberazione n° XI/ 6608 del 30/06/2022 presso la ATS Città Metropolitana di Milano:

- supporto nell'attuazione dei progetti del PIANO NAZIONALE PER GLI INVESTIMENTI COMPLEMENTARI (PNC) 1.4: Promozione e finanziamento di

ricerca applicata con approcci multidisciplinari in specifiche aree di intervento salute – ambiente – biodiversità - clima, ed in particolare del programma 2 (Area A) "Prevenzione e riduzione dei rischi per la salute legati all'inquinamento dell'aria esterna;"
- supporto nell'attuazione degli obiettivi del PRP 2021-2025 con specifico riferimento al Macrobiettivo Ambiente Salute e Clima;

PP9 Ambiente e Salute

Predisposizione del lavoro di analisi per la costruzione di un database condiviso con i Gestori per la rendicontazione dei controlli analitici sulle acque destinate al consumo umano.

ATS SC IGIENE DEGLI ALIMENTI E NUTRIZIONE

PL 12 Nutrire la Salute

- Redazione di indicazioni alle ATS per i controlli sulla presenza di sale iodato nei punti vendita e ristorazione collettiva, etichettatura allergeni e indicazioni nutrizionali e salutistiche presenti sui prodotti alimentari
- Attivazione Tavoli Sicurezza Nutrizionale ATS
- Somministrazione del questionario per la rilevazione dello stato nutrizionale iniziale dei soggetti fragili nei diversi setting
- Realizzazione di un programma di formazione per gli addetti delle associazioni di volontariato
- Realizzazione delle attività di comunicazione
- Realizzazione dell'attività di formazione per gli operatori ATS

PL 13 Malattie infettive trasmesse da alimenti: prevenzione, sorveglianza e controllo

- adeguamento a PREMAL e predisposizione procedure ATS
- pianificazione e programmazione dei controlli per la Sicurezza Alimentare sulla base dei nuovi criteri di programmazione dei controlli secondo le indicazioni della UO Prevenzione
- realizzazione del nuovo Gestionale SIAN
- Realizzazione delle attività di comunicazione
- Realizzazione dei corsi di formazione secondo le indicazioni della DG Welfare

SICUREZZA DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE NON ANIMALE E TUTELA DEL CONSUMATORE

Nel corso dell'anno:

- verrà emanata la procedura regionale di pianificazione, programmazione, monitoraggio e rendicontazione dei controlli ufficiali,
- verranno aggiornati gli indirizzi regionali per la gestione delle attività di campionamento, analisi e provvedimenti successivi
- verranno aggiornati gli indirizzi regionali sui provvedimenti conseguenti al controllo ufficiale e la verifica della risoluzione delle non conformità rilevate
- verranno emanati gli indirizzi regionali per la gestione delle SCIA

Tali documenti dovranno essere recepiti nel sistema documentale delle ATS entro 60 giorni dalla singola emanazione.

In continuità con gli anni precedenti, sono previste le seguenti azioni ed interventi per l'anno 2023:

Verifica dell'efficacia e dell'appropriatezza dei controlli ufficiali per la sicurezza alimentare:

- o Verifica dell'efficacia a priori: almeno 1 audit interno per UOS ogni anno, entro la prima metà dell'anno
- o Verifica dell'efficacia a posteriori: 5 – 10% dei verbali del CU (audit, ispezione, campionamento) / anno, esplicitando la percentuale e il criterio di scelta dei verbali nella procedura IAN, utilizzando l'aggiornamento della scheda di riscontro fornita dalla UO Prevenzione
- o Verifica dell'efficacia in tempo reale: almeno il 25% degli operatori ogni anno, utilizzando la lista di riscontro fornita dalla UO Prevenzione con nota di protocollo G1.2020.0001065 del 10/01/2020. Almeno il 20% dell'attività di supervisione dovrà essere effettuata in occasione di controlli tramite audit; almeno 2 supervisioni dovranno essere effettuate in caso di CU presso stabilimenti riconosciuti, verificando le modalità di applicazione della scheda di categorizzazione del rischio.

In caso di esito "raccomandazione" è necessario intraprendere un'azione di miglioramento che comprende i seguenti step:

- o Analisi e ricerca delle cause e definizione delle azioni di miglioramento
- o Verifica dell'applicazione e dell'efficacia delle azioni intraprese
- o Registrazione delle azioni intraprese

Rendicontazione dell'attività di verifica dell'efficacia e dell'appropriatezza del controllo ufficiale utilizzando il format trasmesso con nota di protocollo G1.2020.0001065 del 10/01/2020.

Nel corso dell'anno verrà aggiornato il decreto 1272 del 02/02/2018.

Audit sulle ACL: proseguimento della programmazione secondo il decreto 4369/2019, con la realizzazione degli audit di sistema rimandati nel 2022 (SIAN ATS Montagna e SIAN ATS Pavia) e degli audit di settore sulla base della valutazione del rischio (secondo il modello di cui al decreto DG Welfare n. 10539 del 30/07/2021).

Tariffario prestazioni SIAN

Al fine della completa attuazione del D.Lgs. n. 32/2021, le ATS sono tenute ad individuare apposito capitolo di bilancio ove introitare le tariffe previste dal decreto stesso. La rendicontazione dovrà seguire le modalità previste da DG Welfare.

Acque destinate al consumo umano

Nell'anno 2023 saranno prioritarie le seguenti attività:

- Revisione delle linee di indirizzo per i controlli dei SIAN sulle acque destinate al consumo umano, alla luce del nuovo Decreto Legislativo
- Predisposizione anagrafe Zone di Fornitura e punti di prelievo armonizzati con i Gestori del Servizio Idrico
- Partecipazione del personale formato tramite corso regionale con l'Istituto Superiore di Sanità ai Team per la predisposizione dei Piani di Sicurezza dell'Acqua implementati dai Gestori del Servizio Idrico Integrato, fornendo il supporto e le informazioni necessarie a una corretta valutazione del rischio
- 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.

Nutrizione

Nel corso dell'anno, oltre alle attività previste nell'ambito del PRP 2021 – 2025 PL 12 Nutrire la Salute, si procederà a realizzare:

- Attività di formazione sul campo per uniformare modalità di controllo nutrizionale
- Nell'ambito della ristorazione collettiva: predisposizione di linee di indirizzo regionali per una sana alimentazione a scuola e nelle RSA
- Predisposizione di linee di indirizzo per l'effettuazione di controlli nutrizionali.

Istituzione del Tavolo Aziendale sulla Sicurezza Nutrizionale

Con riferimento al PRP 2021-2025 Programma Libero 12 "Nutrire la Salute" e al decreto n. 18020 del 22/12/2021 "Istituzione del Tavolo tecnico Regionale sulla Sicurezza Nutrizionale (TaRSiN) in applicazione dell'Accordo Stato-Regioni "Valutazione delle criticità nazionali in ambito nutrizionale e strategie d'intervento 2016/2019" e del Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025", nel corso dell'anno 2023 dovranno essere istituiti i Tavoli Aziendali sulla Sicurezza Nutrizionale presso ogni ATS.

Tali Tavoli Aziendali dovranno essere costituiti da:

- il responsabile della UOS Nutrizione o della UOC Igiene Alimenti e Nutrizione o suo delegato, in possesso delle competenze in materia
- il responsabile della UO Promozione della Salute o suo delegato
- il responsabile della UO Epidemiologia o suo delegato

- un referente della nutrizione clinica delle ASST territoriali

I Tavoli Aziendali lavoreranno in raccordo con il Tavolo Regionale (TaRSiN), attraverso i loro referenti, per contribuire agli obiettivi del PRP 2021 – 2025 e agli obiettivi assegnati dal Tavolo Nazionale (TaSiN).

UO IAN A VALENZA REGIONALE quale struttura ai sensi della deliberazione n° XI/ 6608 del 30/06/2022 presso la ATS Brianza:

- Supporto alla UO Prevenzione nella redazione di Piani Regionali, nell'analisi di dati e nella reportistica, nell'attività di verifica della corretta attuazione, stesura di report e analisi dei risultati raggiunti
- Supporto tecnico alla UO Prevenzione nei gruppi di lavoro regionali e interregionali
- Supporto alla UO Prevenzione per la scrittura/revisione e verifica delle procedure (atti di indirizzo) per i SIAN Lombardi
- Audit documentale sui PIC parte IAN entro marzo con restituzione alle ATS per eventuali aggiustamenti
- Audit documentale sull'attività di campionamento, analisi e azioni conseguenti alle NC con restituzione alle ATS
- Piano mirato MOCA
- Organizzazione e partecipazione alle attività di formazione

ATS SC LABORATORI DI PREVENZIONE

Nel corso del 2023 i laboratori dovranno:

- garantire la rendicontazione dei controlli analitici degli alimenti nei database nazionali (NSIS-RaDISAN, Cruscotto 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;
- garantire tempi di restituzione dei referti congrui con l'attività di controllo ufficiale e comunque entro 30 giorni lavorativi dal ricevimento del campione;
- razionalizzare l'attività dei LP secondo il progetto SRPS: rendicontazione semestrale dell'avanzamento e rendicontazione al 31/12/2023 dell'installazione della nuova strumentazione e sua messa in funzione.

UO LP A VALENZA REGIONALE quale struttura ai sensi della deliberazione n° XI/ 6608 del 30/06/2022 presso la ATS Città Metropolitana di Milano:

- Coordinamento tecnico dei laboratori di prevenzione, anche in relazione al progetto SRPS

- Supporto alla definizione delle politiche regionali anche in rapporto alle evoluzioni tecnologiche e normative
- Supporto alla realizzazione del LIMS regionale.

ASST DIREZIONE

Misure per il contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza - PP10

- Entro Maggio 2023 è previsto per tutte le ASST/IRCCS Pubblici l' allineamento con l'applicativo Microbio per le ASST che non lo hanno attivato nel 2022: le ASST/IRCCS Pubblici devono fornire evidenza e dichiarazione che la qualità dei dati trasmessi a Microbio (almeno i dati dell'ultimo quadrimestre utile) rappresentano la reale situazione in tema di infezioni ospedaliere e antibiotico resistenza.
- Si ricorda altresì l'obbligo di adesione ai sistemi di sorveglianza nazionali in tema di ICA e AMR da parte delle strutture del SSR.

Screening HCV

- Vista L'intesa stato Regioni n. 235/CSR del 30 novembre 2022 che proroga al 2023 lo screening HCV si prosegue anche nel 2023 in coerenza con gli obiettivi di screening di cui alla DGR 5832/2021 le ASST partecipano alla realizzazione dello screening HCV e rendicontano le prestazioni effettuate come da indicazioni regionali
- mantenere l'offerta ai nati 69-89 in tutti i punti prelievo e per tutti i ricoverati;
- attivare l'offerta sistematica e relativa rendicontazione per pazienti di Serd e Istituti Penitenziari.

Distretto - Case di Comunità - Ospedale di Comunità - Infermiere di Comunità

Nel corso del 2023 verranno date puntuali indicazioni rispetto alle attività di prevenzione dei nuovi soggetti dell'organizzazione territoriale, di riferimento è il paragrafo 2.9.3 della DGR di approvazione dell'atto di programmazione territoriale PNRR.

In merito al finanziamento dei Laboratori di riferimento per le malattie infettive si rimanda al paragrafo AST SC Medicina preventiva di comunita'

Nella tabella di seguito le modalità di raccordo tra i dipartimenti DIPS/ATS e Dipartimento Funzionale di Prevenzione ASST e gli altri soggetti territoriali rispetto alle principali azioni di Prevenzione sul territorio; valorizzando da una parte il ruolo di governace di ATS e dall'altra il ruolo di operatività e raccordo con il territorio di ASST/Distretti

In merito al Piano Pandemico (Panflu 21-23) le ASST da cui sono dipendenti i nuovi attori aggiornano i propri piani integrando le nuove figure, in particolare si raccomanda:

- per il distretto la funzione di raccordo con enti locali, scuole e luoghi di lavoro
- per l'ospedale di comunità e le CdC le funzioni di raccordo/supporto dei i pazienti fragili e dei loro bisogni
- per l'infermiere di comunità l'attività di tracciamento e presa in carico delle positività

	ATS -DIPS	ASST - DIP FUNZIONALE PREVENZIONE	INFERMIERE DI COMUNITA'	CDC /Ospedale di Comunità/ Consultorio	DISTRETTO
SCREENING	programmazione, governance, gestione del percorso del paziente, campagne informative, raccordi organizzativi con erogatori, contrattazione prestazioni, audit e verifica della erogazione	erogazione prestazioni, campagne informative	counselling, supporto al MMG/PLS per il recupero dei non rispondenti	erogazione prestazioni, campagne informative	raccordi organizzativi con erogatori, raccordo con Medicina di famiglia
	ha responsabilità di raggiungimento di copertura per il proprio territorio	ha responsabilità di raggiungimento di copertura per il proprio territorio			ha responsabilità di raggiungimento di copertura per il proprio territorio
VACCINAZIONI	governance, campagne informative, raccordi organizzativi con erogatori, contrattazione prestazioni, audit e verifica della erogazione	programmazione , erogazione prestazioni , gestione del percorso del paziente, campagne informative, raccordi organizzativi con altri erogatori (es farmacie, MMG, PLS)	counselling, supporto al MMG/PLS per il recupero dei non rispondenti, erogazione prestazioni	erogazione prestazioni, campagne informative	raccordi organizzativi con erogatori, raccordo con Medicina di famiglia
	ha responsabilità di raggiungimento di copertura per il proprio territorio	ha responsabilità di raggiungimento di copertura per il proprio territorio			ha responsabilità di raggiungimento di copertura per il proprio territorio
SORVEGLIANZA MALATTIE INFETTIVE E ANTIMICROBICO RESISTENZA	governance, gestione del sistema di sorveglianza, analisi epidemiologica del territorio, campagne informative, raccordi organizzativi con erogatori	segnalazione, profilassi, erogazione test diagnostici, campagne informative,	counselling, supporto a MMG/PLS segnalazione e profilassi	segnalazione, profilassi, campagne informative	Supporto alla analisi epidemiologica del territorio, raccordo con enti locali, scuole e luoghi di lavoro
	ha la responsabilità della sorveglianza sul territorio	ha la responsabilità della sorveglianza sul territorio			ha la responsabilità della sorveglianza sul territorio

	ATS -DIPS	ASST - DIP FUNZIONALE PREVENZIONE	INFERMIERE DI COMUNITA'	CDC /Ospedale di Comunità/ Consultorio	DISTRETTO
CONTROLLI (Igiene, Salute ambiente, Sicurezza Alimentare, Sicurezza ambienti di Vita e Lavoro)	programmazione, governance, gestione ed erogazione dei controlli				attività di supporto nella segnalazione di situazioni a rischio, attività di supporto nella gestione del rapporto con gli enti locali e con la popolazione
	ha responsabilità di raggiungimento di copertura per il proprio territorio				
PROMOZIONE DELLA SALUTE (Programmi di Promozione di Salute per l'ingaggio del paziente in tema di prevenzione primaria o secondaria)	governance, attivazione policy, campagne informative, raccordi organizzativi con soggetti, contrattazione prestazioni	counselling, e ingaggio dei pazienti da orientare verso le azioni di promozione della salute	counselling, e ingaggio dei pazienti da orientare verso le azioni di promozione della salute	counselling, e ingaggio dei pazienti da orientare verso le azioni di promozione della salute	raccordi organizzativi con enti locali, scuole luoghi di lavoro; supporto alla sottoscrizione di policy e supporto operativo alla realizzazione delle azioni
	ha responsabilità di raggiungimento di copertura per il proprio territorio				ha responsabilità di raggiungimento di copertura per il proprio territorio
PROMOZIONE DELLA SALUTE (Programmi di Promozione di Salute Sui Luoghi di Lavoro, Comunità Attive, Scuole che promuovono salute)	governance, attivazione policy, campagne informative, raccordi organizzativi con enti locali, scuole luoghi di lavoro,	supporto alla realizzazione aziendale delle azioni pe ril WHP, partecipazione alle attività della rete SPS		Per la CdC supporto e coordinamento delle associazioni per lo sviluppo di azioni di promozione della salute	raccordi organizzativi con enti locali, scuole luoghi di lavoro; supporto alla sottoscrizione di policy e supporto operativo alla realizzazione delle azioni
	ha responsabilità di raggiungimento di copertura per il proprio territorio				ha responsabilità di raggiungimento di copertura per il proprio territorio

ASST AREA SCREENING ONCOLOGICI SC DI RADIOLOGIA, GASTROENTEROLOGIA, CONSULTORI

Si rimanda al paragrafo SC Medicina Preventiva di Comunità – area Screening Oncologici. Si sottolinea il ruolo di ASST nel fornire la garanzia di disponibilità di sedute di primo livello per la popolazione eleggibile 2023 (mammografia, prelievo ostetrico) secondo la pianificazione inviti di ATS dando sempre la priorità all'erogazione in setting di screening rispetto alla richiesta con impegnativa nelle fasce di età corrispondenti, così come la garanzia dell'offerta di sedute tempestive di secondo livello conseguenti agli esiti di primo livello (approfondimento senologico, colonscopia, colposcopia), con priorità anche in questo caso alle agende di screening.

ASST SC VACCINAZIONI E SORVEGLIANZA DELLE MALATTIE INFETTIVE

Nel corso dell'ultimo biennio l'attenzione vaccinale è stata posta, in modo appropriato e intenso, sulla vaccinazione anti Covid consentendo il raggiungimento di obiettivi di copertura importanti in Regione Lombardia. In particolare, le fasce di popolazione più fragili (anziani, cornici, ospiti RSA/RSD e altre strutture sociosanitarie) sono state raggiunte in modo capillare con l'offerta attiva delle dosi booster che le indicazioni ministeriali hanno, di volta in volta, indicato nei piani di vaccinazione.
Per quanto concerne le altre vaccinazioni previste dall'offerta secondo il calendario del PNPV e dell'offerta ai gruppi a rischio, come accaduto in tutta Italia, anche in regione Lombardia si è registrato un calo di coperture negli adolescenti per la vaccinazione HPV e Meningococco ACWY ed il richiamo DTPP. Restano a livelli di copertura elevate le vaccinazioni del primo ciclo (0-2 anni) e, in misura minore, le coperture dei bambini ai 6 anni.
Di riferimento per gli obiettivi e le indicazioni è il programma del PRP "Malattie Infettive Prevenibili da Vaccino - PL18", si richiamano gli obiettivi attesi di copertura per l'anno 2023, come da PNPV vigente, >=95% per

- la coorte 2021 per le vaccinazioni: esavalente, MPRV, Men C, PNC, Rotavirus, MenB
- la coorte 2016 per le vaccinazioni: 4° DTPP e MPR
- la coorte 2011 per le vaccinazioni HPV (2 dosi), 5° DTPP e Men ACWY
- la coorte 2007 per le vaccinazioni 5° DTPP e Men ACWY

È quindi necessario che i centri vaccinali adottino tutte le strategie più opportune ed efficaci affinché:

1. mantengano alte le coperture della prima infanzia;
2. svolgano azioni di promozione attiva, anche con il coinvolgimento delle strutture scolastiche, nella fascia di età scolare;

3. dedichino azioni mirate per il recupero attivo delle vaccinazioni in adolescenza. Per la vaccinazione HPV è fondamentale il supporto dei ginecologi e dei consultori per una comunicazione e un'offerta efficace alle ragazze e giovani donne.

Le azioni mirate possono ricomprendere:

1. Vaccinazioni in situazioni opportunistiche (scuole, palestre, centri di ritrovo, ecc)
2. Vaccinazioni in giornate dedicate extrascolastiche (ad esempio tardo pomeriggio infrasettimanale / weekend)
3. Organizzazione di open day, ad accesso libero, a cui deve precedere un'ampia campagna di comunicazione con tutti i canali a disposizione, in modo particolare scuole e PLS/MMG
4. Verifica delle anagrafiche e solleciti vaccinali. Gli appuntamenti del sollecito possono essere sostituiti con giornate/orari di libero accesso al fine di evitare di occupare posti vaccinali di cui non è certa l'effettuazione
5. Verifica delle modalità di prenotazione e comunicazione con il centro vaccinale: in attesa che venga realizzato un sistema di prenotazione e gestione degli appuntamenti con maggior autonomia del cittadino, è opportuno che ogni ASST valuti modalità smart di prenotazione nonché l'utilizzo di SMS di reminder.

Tale elenco di proposte può essere implementato con ulteriori azioni specifiche per ogni territorio.

Le ASST, che svolgono la funzione di distribuzione del vaccino alle strutture esterne (RSA e altre Unità di Offerta Socio-Sanitaria) devono anche dare indicazioni tecniche sull'uso dei vaccini (cicli, principali indicazioni e controindicazioni, modulistica per anamnesi e consenso, ecc.), sulle modalità di registrazione ed effettuare il controllo periodico delle giacenze/somministrazioni.

Nel corso del 2023 la UO Prevenzione in collaborazione con le ATS e le ASST realizzerà un modello di analisi della non rispondenza alla vaccinazione utile anche ad intercettare situazioni di fragilità sociale e attivare percorsi dedicati.

Informazione ai cittadini

Le ASST e ATS sono tenute a dare evidenza sui propri siti web istituzionali delle seguenti informazioni:

- riferimenti dei centri vaccinali: indirizzo della sede e modalità di accesso (segnalare e parcheggi e punti di accesso disabili), orari di apertura, indirizzo mail dedicato (se presente) o altra modalità di comunicazione via web (es. "form"), numero di telefono e fasce orarie di disponibilità, ogni altra informazione utile al cittadino
- le informazioni di accesso di cui sopra devono essere declinate ai differenti target: infanzia e adolescenza, adulti e fragili, gravide, viaggiatori (profilassi internazionale), co-pagamento

- le informazioni devono essere costantemente aggiornate (deve essere evidente la data di aggiornamento/verifica che deve essere effettuata almeno ogni 30 giorni)
- le informazioni di tipo tecnico (calendario vaccinale, indicazioni di offerta ecc…) sono disponibili nel sito Wikivaccini a cui ogni ASST rimanda tramite apposito link

La UO Prevenzione provvede ad aggiornare nel 2023 i contenuti del sito Wikivaccini.

Focus HPV

Si conferma quanto previsto nel mese di ottobre 2022 Regione Lombardia con la nota Protocollo G1.2022.0041591 del 13/10/2022 con cui si è estesa la possibilità di offerta della vaccinazione HPV a tutte le donne con diagnosi di lesioni cervicali CIN 2+, senza limiti di età.

Nell'ambito della prevenzione primaria del tumore della cervice uterina per le giovani donne, considerato che dal 2022 è partita l'offerta con chiamata attiva alle donne nate nel 1997 in occasione del Pap Test, si può ampliare da subito la possibilità di vaccinazione gratuita del vaccino HPV a tutte le donne, non vaccinate in adolescenza, anche nella fascia di età 18-24 anni che ne facciano richiesta. Per tutto il 2023 le donne nate nel 1997 che non abbiano usufruito dell'offerta nel corso del 2022, mantengono la possibilità di vaccinarsi gratuitamente.

Le vaccinazioni dell'età adulta e del cronico

Le vaccinazioni nell'età adulta, con l'invecchiamento della popolazione e la disponibilità di vaccini nuovi ed a elevata efficacia, hanno preso un posto molto importante nella prevenzione di alcune malattie infettive, coinvolte soprattutto nella comorbilità di patologie croniche.

Le azioni attivabili nel 2023 sono:

- Offerta attiva delle vaccinazioni Pneumococco e Zoster presso gli studi dei MMG tutti i mesi dell'anno. L'offerta sarà gestita mediante la distribuzione di entrambi i vaccini tramite farmacie (Distribuzione per Conto) e registrazione sul portale informatico di Poste, esattamente come accade per antinfluenzale.
- Offerta/Promozione attiva presso gli ambulatori degli specialisti ospedalieri: si devono prevedere delle azioni di promozione vaccinale specifiche per la patologia, laddove possibile è preferibile la vaccinazione in loco, in alternativa un rinvio ad ambulatorio dedicato con appuntamento già fissato. Il fine è rendere il più semplice possibile l'accesso e la prenotazione delle vaccinazioni e rimuovere ostacoli organizzativi.

Una particolare attenzione deve continuare ad essere posta nelle donne in stato di gravidanza per la vaccinazione DTP, antinfluenzale e Covid. Tutti i luoghi di contatto (centri vaccinali, ospedali, consultori) sono coinvolti nella prevenzione di infezioni prevenibili da vaccino nella gravida e nel neonato.

Inoltre, anche alla donna in età fertile deve essere posta particolare attenzione per la immunizzazione di Morbillo, Rosolia e Varicella che, se contratte in gravidanza, possono avere esiti molto gravi.

Per quanto concerne la vaccinazione contro Herpes Zoster, questa è stata introdotta dal Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale nel 2017 per la coorte del 1952, con un obiettivo di copertura del 20%, e l'indicazione di incremento delle coperture al 35% nel 2018 e 50% nel 2019 per le coorti dei 65enni.
Nel 2022 in Regione Lombardia è stata svolta un'ampia offerta vaccinale Zoster in tutte le RSA del territorio, con il vaccino ricombinante, per tutti gli ospiti. Tale offerta riveste carattere di continuità e pertanto deve essere mantenuta nel tempo.
Considerati i benefici di salute ed economici in termini di mancata cura delle complicanze da infezione da Zoster, dal 2023 ci sarà l'ampliamento dell'offerta del vaccino Herpes Zoster per alcuni target specifici di popolazione:

- **Estensione dell'offerta per coorti**: fermo restando l'offerta attiva per i cittadini nell'anno in cui compiono 65 anni (nel 2023 i nati nel 1958) a richiesta del cittadino la vaccinazione sarà gratuita a partire dai nati 1952 (compreso).
- **Offerta ai soggetti affetti da disabilità over 18 ricoverati in Unità di offerta Socio-Sanitaria**: per questo specifico target, laddove ritenuta appropriata per lo stato di salute del soggetto ed in coerenza con le indicazioni del calendario vaccinale nazionale, si attiva l'offerta gratuita, previo accordo con le ASST per la distribuzione e rendicontazione dei vaccini.

La prevenzione del morbillo

Si raccomanda la sensibilizzazione per la vaccinazione antimorbillo da realizzarsi tramite il vaccino MPR agli adulti che non hanno ancora effettuato due dosi. Tale vaccinazione va offerta in maniera opportunistica ad ogni occasione utile nei centri vaccinali e consultori.

Analisi performance delle vaccinazioni

Nel corso del 2023 verranno realizzate analisi di valorizzazione economica delle vaccinazioni al fine di verificare la possibilità di passare da una retribuzione a funzione (come ora) ad una tariffa.
In contemporanea verrà realizzato un percorso di verifica degli standard di personale per la SC vaccinazioni.
Si precisa inoltre che nel corso del 2023 verranno fornite le indicazioni in merito alle azioni di profilassi attualmente in carico alle ATS.

ASST SS/FUNZIONE HOME VISITING

Nel corso del 2023, per il tramite del Dip. Fun.le Prevenzione e nell'ambito delle funzioni ad esso attribuite, ciascuna Azienda garantirà:

- l'effettiva implementazione all'interno della ASST stessa delle azioni previste dal Programma WHP (entro il 2023 almeno 2 Buone Pratiche realizzate e documentate secondo le indicazioni di DGW e ATS)
- l'integrazione dei percorsi/programmi di Home Visiting attivati a livello territoriale (vedi Distretto e Area Consultoriale) in modo da garantire il perseguimento degli obiettivi e l'attuazione delle azioni definiti nel PL 16 del PRP 2021-2025 nonché il rafforzamento delle competenze genitoriali in linea con gli obiettivi del programma "Nati per Leggere" (PIL ATS)
- la programmazione e l'implementazione delle azioni di aggiornamento professionale rivolte a tutti gli operatori coinvolti nell'erogazione dei Programmi Preventivi regionali nei diversi setting, in coerenza con le indicazioni di DG W e con quanto definito nel PIL della ATS di riferimento
- l'attivazione del Laboratorio ASST per la Promozione di Attività fisica e Movimento con l'ingaggio degli stakeholder del territorio 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)
- la collaborazione con le Strutture specialistiche dell'Azienda nell'avvio della implementazione a livello territoriale del Programma "Foodia-Net" coerentemente con le indicazioni ATS e con gli obiettivi specificati nel PL 20 - Prevenzione Cronicità del PRP 2021-2025.

ASST CENTRI INFEZIONI SESSUALMENTE TRASMESSE

Malattie Infettive Sessualmente Trasmesse - PL21

I centri IST sono tenuti a:

- Verificare le modalità di offerta gratuita e ad accesso libero dei test per la prevenzione delle IST in coerenza con le indicazioni degli atti sopracitati e aggiornamento dei siti web aziendali;
- Aggiornamento delle procedure di partner notification e counselling per il paziente;
- Le ATS attivano la creazione di reti locali tra enti del terzo settore con i centri IST del territorio per la creazione di percorsi di diagnosi (testing) e presa in carico in coerenza con le indicazioni che verranno date dalla commissione AIDS regionale;
- attivazione di azioni di home testing
- realizzazione di percorsi di collaborazione tra centri IST e enti/associazioni del terzo settore che hanno ricevuto apposita qualifica Ministeriale per l'erogazione di test, al fine di realizzare percorsi di emersione delle infezioni;

ASST SC /SS MEDICINA LEGALE

Le regole di sistema degli ultimi sette anni hanno costantemente fornito indicazioni, anche di natura organizzativa, per le attività di medicina-legale delle ASST, evidenziando la necessità di strutturare Unità Operative con competenze trasversali all'organizzazione sia territoriale che ospedaliera con opportunità di strutturazione di dipartimenti interaziendali. In particolare, sono stati forniti indirizzi nei settori degli accertamenti collegiali, nelle attività di medicina necroscopica, e per la gestione del contenzioso di natura medico-legale.
Tali indicazioni hanno orientato le ASST nel perseguire un livello organizzativo e gestionale che consenta non solo il miglioramento delle tempistiche per le prestazioni, e l'innovazione della gestione documentale (cartella medico-legale), ma anche il miglioramento continuo della qualità medico-legale di tutte le prestazioni, in un'ottica sovra-ziendale.
Nel 2023 si procederà alla verifica dei risultati raggiunti dalle ASST e alla implementazione delle nuove azioni rese necessarie dall'evoluzione del sistema sanitario.

Accertamento medico-legale della disabilità

Con la DGR n. 1046 del 17/12/2018, si era evidenziata la centralità della valutazione medico-legale prevista dal modello biopsicosociale della disabilità e la necessità di una trasformazione organizzativa delle commissioni che assicurasse l'interdisciplinarità nel contesto dei percorsi di valutazione della disabilità. Venivano in particolare identificati quali obiettivi:

1) l'individuazione di percorsi specifici per la valutazione e l'accertamento della disabilità nei minori;
2) l'implementazione di nuovi sistemi di ritorno informativo sull'attività complessiva e sugli esiti degli accertamenti;
3) la sistematizzazione di controllo di qualità dell'attività valutativa, svolta dalle commissioni.

L'azione di cui al punto 1, indirizzata alle "commissioni per minori con disabilità" consentirà di procedere nel 2023 in conformità a quanto previsto dall'intesa della Conferenza Unificata del 3 agosto 2022, sulle Linee Guida per la redazione della certificazione di disabilità in età evolutiva secondo indicazioni operative che verranno fornite nel corso dell'anno.
Nel contempo si prospetta la necessità di proseguire nella azione di riorganizzazione intrapresa, separando i percorsi di accertamento e valutazione per la popolazione anziana, anche in attuazione delle missioni 5, componente 2, e 6, componente 1, del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR).
Contestualmente alla distinzione dei tre percorsi (minori, persone in età lavorativa e persone anziane) sarà necessario, assicurare efficienza, equità e trasparenza nella attuazione di quanto previsto per tutti gli accertamenti contemplati all'articolo 2 della Legge 22 dicembre 2021, n. 227 "Delega al Governo in materia di disabilità".

Commissioni mediche locali

Nel corso del 2022 hanno visto la pubblicazione le "Linee di indirizzo per la valutazione dell'idoneità alla guida in soggetti con uso / abuso di bevande alcoliche", elaborate con il contributo di diverse società scientifiche. Il documento costituisce un forte riferimento metodologico al quale dovranno uniformarsi le CML operanti sul territorio regionale e le strutture del sistema sanitario collaboranti con le stesse (in particolare i Servizi per le dipendenze/NOA ed i laboratori di analisi).

Anche per tale ambito di attività saranno individuati nel corso del 2023 sistemi di misurazione della qualità organizzativa e di rendicontazione delle prestazioni alla luce delle indicazioni contenute nelle Linee di indirizzo regionali sull'organizzazione e funzionamento delle Commissioni Mediche Locali (novembre 2020).

In relazione agli incidenti stradali l'attività svolta dalle CML si inserisce, inoltre, nel tema della sicurezza, previsto dal Piano Regionale di Prevenzione 2021 – 2025 quale area di interesse rilevante per la sanità pubblica, sia per il numero di morti, sia per gli eventi di morbosità e i costi sociali che ne conseguono.

Sempre in tale ambito si darà inoltre attuazione alla 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.

Medicina Necroscopica

Le attività di medicina necroscopica e di riscontro diagnostico, previste dalla L.R. 4/2019, dovranno essere adeguate alla luce dell'avvenuta approvazione del Regolamento Regionale n. 4/2022 e contestuale abrogazione del Regolamento Regionale n. 6/2004. Anche in questo settore, tenuto conto delle criticità emerse nel corso della pandemia, dovranno trovare applicazione strumenti di revisione e miglioramento delle attività, quali – ad esempio – la trasmissione telematica delle certificazioni.

Attività medico-legali intraziendali

Fermo restando l'apporto delle U.O. di Medicina Legale nell'attività di gestione del contenzioso, si procederà ad una verifica delle azioni di miglioramento intraprese o da intraprendere, quali, ad esempio, la implementazione e condivisione di buone pratiche a livello interaziendale o dipartimentale, anche su tematiche inerenti il biodiritto, la tutela delle fragilità, le valutazioni medico-legali nelle idoneità lavorative complesse, che denotino una attività continuativa in tali settori. Si pone in particolare evidenza il supporto alle attività di gestione dei sinistri con la partecipazione ai raggruppamenti legali/medico-legali previsti dalle Linee di indirizzo per la armonizzazione della gestione dei sinistri, di cui al decreto DG n. 15406 del 27/10/2022; la necessità di dare attuazione ai principi sanciti dalla Legge 219/2017 nella relazione di cura con particolare riguardo alla gestione della pianificazione condivisa delle cure, ed alla tutela dei diritti della persona, in particolare nelle condizioni di fragilità; le necessità formative e informative previste

dalla normativa in materia di donazione di organi e dalle "Norme in materia di disposizione del proprio corpo e dei tessuti post mortem a fini di studio, di formazione e di ricerca scientifica".

ASST UNITÀ OPERATIVE OSPEDALIERE DI MEDICINA DEL LAVORO (UOOML)

La Rete delle Unità Operative Ospedaliere di Medicina del Lavoro (UOOML) presso le ASST assicura le prestazioni disposte con dgr 20 marzo 2017 - n. X/6359. In particolare, attraverso la partecipazione di suoi rappresentanti alla Cabina di Regia per l'applicazione del Piano Regionale Salute e Sicurezza sul Lavoro ed ai relativi Ta.Te. ex dgr 6869/2022, di cui assicura il coordinamento per talune tematiche, al Comitato regionale di coordinamento art. 7 DLgs 81/08, ed ai gruppi di lavoro regionali contribuisce all'attuazione degli obiettivi del PRP 2021-2025 ed dei progetti del PIANO NAZIONALE PER GLI INVESTIMENTI COMPLEMENTARI (PNC) 1.4: Promozione e finanziamento di ricerca applicata con approcci multidisciplinari in specifiche aree di intervento salute – ambiente – biodiversità - clima, di cui la DG Welfare è capofila o UO.

Le UOOML, in ragione delle competenze trasversali sull'ambito di lavoro ed ambientale, partecipano alle indagini relative ai tumori polmonari raccolti dal Servizio telematico di Segnalazione Malattia Professionale (SMP) dai reparti ospedalieri, al fine di accertarne l'ipotetica origine professionale o l'eziologia in ambiente di vita da esposizione a radon. Gli esiti, anonimizzati, sono oggetto di confronto e riflessione sia nell'ambito della rete UOOML, che all'interno del Ta.Te. cancerogeni.

In ragione della collocazione presso il Policlinico di Milano del Centro operativo regionale (COR) art. 244 Dlgs 81/08, la relativa UOOML assicura raccordo con la UO amianto a valenza regionale per lo sviluppo del registro regionale mesoteliomi, dei tumori nasali e nasosinusali e di quelli a bassa frazione ecologica;

Altresì, in tema amianto, la rete delle UOOML promuove, in collaborazione con le ATS, l'accesso alla sorveglianza sanitaria degli ex-esposti, al fine di implementare l'adesione all'offerta da parte dei lavoratori inseriti negli elenchi di cui alla dgr 2214 RECEPIMENTO DELL'INTESA, AI SENSI DELL'ART. 2 C. 1 LETT. A) E ART. 3 DEL D.LGS. 28 AGOSTO 1997, N. 281, TRA IL GOVERNO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO SULL' ADOZIONE DEL PROTOCOLLO DI SORVEGLIANZA SANITARIA DEI LAVORATORI EX ESPOSTI AD AMIANTO (REP. ATTI N. 39/CSR DEL 22/02/2018).

CENTRI ANTIVELENI (CAV)

Nell'ambito dei lavori nazionali - coordinati dal Ministero della Salute in seno al tavolo tecnico Stato/Regioni di cui Regione Lombardia è componente - finalizzati all'aggiornamento e all'integrazione dell'Accordo n. 56/CSR/2008, mediante un nuovo modello organizzativo, i CAV lombardi assicurano collaborazione e raccordo con la DG Welfare, favorendo l'interlocuzione tra il Dipartimento servizi ospedalieri ASST e il Dipartimento Prevenzione ATS. In questo modo si valorizzano le diverse specificità funzionali e si dà impulso e sostegno alle azioni centrali e regionali in tema di intossicazioni domestiche e tossinfezioni alimentari (PNP 2021-2025 PP5, PP9, PL13).

Nel 2023 verranno inoltre razionalizzate e verificate le procedure di attivazione dei CAV con l'analisi dei fabbisogni in tema di farmaci e antidoti ed eventuali azioni di approvvigionamento degli stessi.

AGENZIA PER LA PREVENZIONE E IL CONTROLLO DELLE MALATTIE INFETTIVE

Nel 2023 verrà attivata la Agenzia per la prevenzione e il controllo delle malattie infettive di cui all'art. 11 bis della lr 33/2009. Seguirà l'attivazione delle UO a valenza regionale "vaccinazioni", "sorveglianza malattie infettive", "antimicrobico resistenza" come previsto dalla DGR 6608/22 direttamente coordinate dalla UO Prevenzione. Tali UO concorreranno a quanto previsto per l'area prevenzione delle malattie infettive nel presente documento.

RISORSE AREA PREVENZIONE

E' prevista per la prevenzione l'assegnazione del 5,5% del finanziamento LEA da destinarsi agli interventi/area della prevenzione nonché apposito fondo vincolato dedicato al PRP.
Di seguito la specifica della necessità di alcune risorse

area	**Risorse**
Attività vaccinale: popolazione target + categorie a rischio + nuove attivazioni e incremento coperture (compresa campagna antinfluenzale)	€120.000.000,00 acquisto beni e servizi
Screening - hpv test per le ex asl senza screening (30 - 64 anni donne) - screening mammella (donne 45-49 70-74 anni in screening) - screening colon retto 70-74 anni in screening - screening mammella (donne 45-49 anni in screening) attività screening secondo livello	€51.672.864,00 prestazioni ambulatoriali
Prevenzione test MTS/IST (esenzione D98)	€1.700.000,00 prestazioni ambulatoriali
Prevenzione MTS/IST	100.000,00 acquisto beni e servizi
Test screening per malattie infettive in test di screening	50.0000 acquisto beni e servizi
sorveglianza laboratoristica PS	1.100.00,00 prestazioni ambulatoriali

Area promozione salute e prevenzione fattori di rischio comportamentali (PIL e Gestione attività regionali)	€520.000,00 finanziamento dedicato alla promozione della salute a inizio anno con rendicontazione
Laboratori di riferimento malattie infettive	€700.000,00 rimborso per prestazioni di laboratorio e costi di preparedness tramite rendicontazione a fine anno
Supporto comuni interventi straordinari per disinfestazione arbovirosi	€200.000,00 rimborso a comuni a seguito di rendicontazione ad ATS
UOOML	finanziamento a funzione
Case Alloggio HIV	fondo dedicato 135/90
Panflu (spesa corrente)	€33,5 Milioni

Inoltre, è confermata la possibilità di utilizzare gli introiti derivanti:

- dal Dlgs 32/2021 per il mantenimento, potenziamento e miglioramento dell'efficacia della programmazione e dell'attuazione del "piano integrato dei controlli" ai sensi del Reg (UE) 2017/625 in tema di sicurezza degli alimenti di origine non animale e tutela del consumatore;
- dal DLgs 758/1994 secondo le modalità di cui al decreto 18378/2019.

AZIONI INTEGRATE U.O. VETERINARIA E U.O. PREVENZIONE

Attuazione di quanto previsto dal PRP 2021-2025:

- PP9 Ambiente, Salute e Clima
  - programmazione e realizzazione di interventi formativi sul Sistema Classyfarm organizzati anche da Regione Lombardia in collaborazione con IZSLER e DVSAOA delle ATS;
- 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).
- 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.

Adozione di indirizzi regionali congiunti in tema di:

- gestione del Sistema di Allerta ai sensi del Reg (CE) 2002/178 e successivi atti di recepimento nazionali e regionali

Formazione:

- tutti gli operatori ATS che lavorano nell'applicativo regionale dell'Allerta Alimenti e in RASFF dovranno partecipare al corso di formazione che verrà organizzato dalla Regione, con superamento del test finale. A seguito di tale corso verrà predisposta una FAD sul Portale Formazione di IZSLER, che dovrà obbligatoriamente essere seguita dal personale che nel tempo sarà abilitato all'utilizzo degli applicativi citati.

AREA VETERINARIA

Premessa 1
Governance della sanità pubblica veterinaria 2
Sanità Animale 3
Sicurezza alimentare 4
Benessere animale, gestione del farmaco, alimentazione animale e condizionalità 4
Benessere animale 4
Investimenti in ordine a strutture per l'accoglienza dei gatti 5
Contrasto all'antimicrobicoresistenza (AMR) 5
Alimentazione Animale 5
Condizionalità 5
AZIONI INTEGRATE U.O. VETERINARIA E U.O. PREVENZIONE 6
Attuazione di quanto previsto dal PRP 2021-2025: 6
Sistema di Allerta: 6
Formazione: 6
Sintesi Regole U.O. Veterinaria 7

Premessa

La Veterinaria Pubblica regionale organizza le proprie attività sulla base del concetto di "*One Health*" secondo quanto previsto dal Piano Regionale Integrato della Sanità Pubblica Veterinaria 2019-2023 approvato con la DCR 522/2019. Questo 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.
A seguito dell'approvazione della Modifica al Titolo I e al Titolo VII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (testo unico delle leggi regionali in materia di sanità), il 2023 sarà caratterizzato da ulteriori provvedimenti funzionali alla riorganizzazione del Sistema Sanitario Regionale incluso l'ambito veterinario.

Anche nel corso del 2023 sarà dunque strategico il consolidato coordinamento con le regioni limitrofe (in particolare Veneto ed Emilia-Romagna) per affrontare in modo coordinato le problematiche sanitarie riguardanti la sanità pubblica veterinaria.
Relativamente all'ambito della Sanità Animale, il mantenimento dell'attuale stato di indennità del territorio regionale nei confronti delle principali malattie degli animali è essenziale per garantire la salvaguardia degli allevamenti e della fauna selvatica, al fine di tutelare la salute pubblica, consentire la libera circolazione degli animali e dei loro prodotti, tutelarne la produttività e il mantenimento della biodiversità.
Nell'ambito della Sicurezza Alimentare, compito dei Dipartimenti Veterinari è assicurare l'efficacia, l'appropriatezza, l'efficienza e l'uniformità dei controlli ufficiali e delle altre attività ufficiali. Tale obiettivo può essere perseguito mediante misure diverse tra le quali: la puntuale verifica della corretta gestione delle Non Conformità (NC), la formazione del personale addetto ai controlli ufficiali e alle altre attività ufficiali, la predisposizione e attuazione di un piano integrato dei controlli ufficiali anche in collaborazione con altre Autorità competenti.
Il benessere degli animali ed il corretto impiego del farmaco veterinario, con specifico riguardo al contrasto al fenomeno della resistenza agli antimicrobici, si confermano ambiti di particolare attenzione su cui anche per il 2023 verranno previsti interventi specifici in fase di programmazione.

Per quanto non specificamente indicato a seguire, si confermano le indicazioni contenute nelle Regole 2022.
Vengono di seguito declinate le attività che dovranno essere garantite dai Dipartimenti Veterinari delle ATS, con il coordinamento della UO Veterinaria, in linea con il PRISPV 2019 – 2023.

Governance della sanità pubblica veterinaria

- programmazione dell'attività di controllo ufficiale per l'anno 2023 tramite apposito atto formale. Verranno inoltre definiti modalità di programmazione/esecuzione e numero di controlli ufficiali che dovranno essere svolti, all'interno delle routinarie attività, da parte del personale afferente ai Dipartimenti Veterinari di ATS non competenti sulle strutture oggetto di controllo (verifiche interdipartimentali). I Dipartimenti Veterinari dovranno predisporre e attuare un piano delle verifiche interne "a priori", "in tempo reale" e "a posteriori", secondo le indicazioni regionali;
- definizione del programma di audit di sistema/settore sui Dipartimenti Veterinari delle ATS che verrà 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 e la biosicurezza. Risultanze non conformi daranno seguito a giudizi di non conformità;

- indicazioni ai Dipartimenti Veterinari relative all'adozione del provvedimento di puntuale allocazione dei "fondi funzione" assegnati annualmente per l'attuazione del Piano Regionale Integrato della Sanità Pubblica Veterinaria 2019-2023 e alla successiva rendicontazione;
- progressivo incremento dell'efficienza dei sistemi informativi regionali dell'area veterinaria per garantire una sempre maggiore interoperabilità, con particolare riguardo a VetInfo e ClassyFarm, come previsto dal PRISPV 2019-2023 per garantire trasparenza e fruibilità delle informazioni e per l'assolvimento dei debiti informativi comunitari e legati ai LEA;
- completamento del passaggio dell'anagrafi dal nodo regionale a quello nazionale (BDN), con preventiva e progressiva fase di formazione di tutti gli operatori interessati organizzata in collaborazione con il Ministero della Salute e IZSLER;
- organizzazione ed attuazione di eventi formativi diretti al personale dei Dipartimenti Veterinari e portatori di interesse, in collaborazione con IZSLER e Polis Lombardia;
- revisione del tariffario regionale in seguito alla redazione del documento relativo alle indicazioni applicative del D.lgs. n. 32/2021, condiviso dalle regioni in ambito interregionale e dal Ministero della salute;
- al fine della completa attuazione del D.Lgs. n. 32/2021, le ATS sono tenute ad individuare apposito capitolo di bilancio ove introitare le tariffe previste dal decreto stesso;
- esecuzione dei tirocini dei percorsi di formazione pre e post-laurea dell'area Veterinaria per i quali si conferma la necessità, anche per il 2023 e nell'ottica di Sistema, della massima collaborazione delle ATS.

Sanità Animale

- adozione tempestiva di provvedimenti di polizia veterinaria atti a estinguere rapidamente i focolai di malattie circolanti nel territorio nazionale o di nuova introduzione e limitarne la diffusione agli altri allevamenti e che possono minacciare il patrimonio zootecnico lombardo quali l'influenza aviaria e la Peste Suina Africana;
- mantenimento dello stato sanitario del patrimonio zootecnico regionale attraverso anche la rimodulazione delle attività di controllo ufficiale sulla base delle disposizioni che saranno presenti nei manuali operativi previsti dai

recenti decreti legislativi di adeguamento della normativa nazionale al regolamento (UE) 2016/429 e nelle disposizioni regionali di attuazione;

- consolidamento delle checklist sperimentali elaborate per i controlli sulle strutture di ricovero per gli animali d'affezione. A tal fine, i Dipartimenti Veterinari dovranno effettuare tutti i controlli di cui al piano regionale di controllo sulle strutture di cui al Reg. regionale 2-2017 - declinato nella programmazione 2023 - impiegando come parte integrante del verbale di controllo le checklist sperimentali suddivise per tipologia di struttura e disponibili già dal 2022 nei documenti regionali in nuovo SIV. Le checklist compilate dovranno essere scansite e caricate in nuovo SIV contestualmente all'inserimento del controllo.

Sicurezza alimentare

- potenziamento del rilievo della effettiva capacità e/o volontà degli OSA di perseguire e raggiugere gli obiettivi stabiliti dalla Legge alimentare, mediante:
  - conduzione del 40% dei controlli ufficiali sugli stabilimenti riconosciuti mediante audit;
  - verifica delle azioni correttive attuate dagli OSA a seguito del rilievo di NC da parte del controllo ufficiale entro 15 giorni dal termine stabilito, in almeno il 90% dei casi;
- predisposizione e attuazione di un programma di formazione del personale addetto ai controlli ufficiale e alle altre attività ufficiali alla luce dei fabbisogni rilevati a livello aziendale e tenuto conto del piano formativo predisposto dalla U.O. Veterinaria;
- 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.

Benessere animale, gestione del farmaco, alimentazione animale e condizionalità

<u>Benessere animale</u>

- i Dipartimenti Veterinari devono definire le procedure attuative e dare esecuzione a quanto previsto dal Decreto regionale n. 14023/2022 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;

Investimenti in ordine a strutture per l'accoglienza dei gatti

Al fine di realizzare nuove strutture che possano adeguatamente accogliere le necessità di ricovero di gatti nell'area metropolitana di Milano, nel corso del 2023 saranno stanziate risorse fino ad un importo massimo di 100.000 euro a favore dell'ATS Città Metropolitana di Milano a valere sulle risorse in conto capitale previste dalla legge regionale di bilancio per l'esercizio 2023. Tali finanziamenti saranno assegnati a fronte di specifiche progettualità che l'ATS dovrà presentare alla Direzione Generale Welfare.

Contrasto all'antimicrobicoresistenza (AMR)

- verranno definiti con la programmazione annuale gli indicatori per la selezione delle strutture sanitarie veterinarie da sottoporre a controllo ufficiale per l'uso prudente dell'antibiotico veterinario nell'ambito degli animali d'affezione concordemente a quanto previsto nel PRP 2021-2025, da attuarsi congiuntamente alla U.O. Prevenzione e all'Osservatorio Epidemiologico Regionale.

Alimentazione Animale

- i Dipartimenti Veterinari dovranno assicurare l'aggiornamento dell'anagrafica 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).

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.

AZIONI INTEGRATE U.O. VETERINARIA E U.O. PREVENZIONE

Attuazione di quanto previsto dal PRP 2021-2025:

- PP9 Ambiente, Salute e Clima
  - programmazione e realizzazione di interventi formativi sul Sistema Classyfarm organizzati anche da Regione Lombardia in collaborazione con IZSLER e DVSAOA delle ATS;
- 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).
- 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.

Sistema di Allerta:

- Adozione di indirizzi regionali congiunti in tema di gestione del Sistema di Allerta ai sensi del Reg (CE) 2002/178 e successivi atti di recepimento nazionali e regionali

Formazione:

- tutti gli operatori ATS che lavorano nell'applicativo regionale dell'Allerta Alimenti e in iRASFF dovranno partecipare al corso di formazione che verrà organizzato dalla Regione, con superamento del test finale. A seguito di tale corso verrà predisposta una FAD sul Portale Formazione di IZSLER, che dovrà obbligatoriamente essere seguita dal personale che nel tempo sarà abilitato all'utilizzo degli applicativi citati.

Sintesi Regole U.O. Veterinaria

1. *Governance* della Sanità Pubblica Veterinaria
   - interoperabilità dei sistemi informativi regionali con applicativi ministeriali
   - completamento del passaggio delle anagrafi veterinarie al nodo nazionale (BDN)
   - organizzazione ed attuazione di eventi formativi anche alla luce del nuovo quadro normativo
   - definizione delle modalità di programmazione/esecuzione e numero di controlli ufficiali da condursi come verifiche interdipartimentali
   - piano regionale audit, ivi compresi audit non programmati - condotti anche senza preventivo preavviso
   - indicazioni relative all'adozione del provvedimento di puntuale allocazione dei fondi funzione
   - attivazione dei tirocini dei percorsi di formazione pre e post-laurea dell'area Veterinaria
   - revisione del tariffario regionale

2. *Sanità Animale*
   - adozione tempestiva di provvedimenti di polizia veterinaria atti a estinguere rapidamente i focolai di malattie quali l'influenza aviaria e la Peste Suina Africana
   - programmazione/attuazione di controlli sanitari previsti dalle specifiche norme
   - consolidamento delle checklist sperimentali elaborate per i controlli sulle strutture di ricovero per gli animali d'affezione
3. *Sicurezza Alimentare*
   - incremento del ricorso alla tecnica dell'audit in sede di controllo ufficiale presso gli stabilimenti riconosciuti (40%)
   - predisposizione e attuazione di un programma di formazione del personale addetto ai controlli ufficiali e alle altre attività ufficiali
   - corretta alimentazione dei sistemi di Allerta alimenti regionale e iRASFF comunitario da parte dei Dipartimenti Veterinari
4. *Benessere animale, gestione del farmaco, alimentazione animale e condizionalità*
   - modalità attuative del Decreto n. 14023/2022 in tema di benessere animale e corretta gestione delle segnalazioni raccolte
   - attività di formazione per il personale in ambito di benessere animale
   - attività di contrasto all'AMR in attuazione e a sostegno del PRP 2021-2025

- puntuale aggiornamento delle anagrafiche degli operatori del settore mangimi nel Sistema Informativo Veterinario regionale
- supervisione dei controlli condizionalità nel 100% dei controlli con esito non conforme (campione ed extra campione) e almeno il 10% dei conformi (del solo campione)
- puntuale registrazione, successiva trasmissione e supervisione e delle attività connesse in materia di Condizionalità

POLO TERRITORIALE

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

1. IL SISTEMA DELLE CURE PRIMARIE

2. IL SISTEMA DELLE CURE PRIMARIE

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

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

3. LA RETE DELL'ASSISTENZA PRIMARIA IN LOMBARDIA

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

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

ATS-ASST-DISTRETTO	COMUNI	POPOLAZIONE	ODC	CDC	COT	AFT MMG	AFT PLS
ATS DELLA BRIANZA	**139**	**1.203.682**	**7**	**25**	**11**	**29**	**8**
ASST DELLA BRIANZA	55	870.113	2	13	6	20	5
CARATE BRIANZA	13	153.518	0	3	2		
DESIO	7	192.466	1	4	2		
MONZA	3	171.279	1	4	2		
SEREGNO	10	168.923	1	3	1		
VIMERCATE	22	183.927	0	3	1		
ASST DI LECCO	84	333.569	4	8	3	9	3
BELLANO	29	52.770	2	2	1		
LECCO	31	161.590	1	3	1		
MERATE	24	119.209	1	3	1		
ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO	**201**	**3.480.859**	**23**	**71**	**36**	**62**	**25**
ASST DI LODI	61	234.618	2	6	2	5	2
ALTO LODIGIANO	35	157.823	1	4	1		
BASSO LODIGIANO	26	76.795	1	2	1		
ASST FATEBENEFRATELLI SACCO	5	752.234	3	12	7	11	5
MUNICIPIO 1	1	97.897	1	2	2		
MUNICIPIO 2	1	160.873	0	1	0		
MUNICIPIO 3	1	142.726	1	3	3		
MUNICIPIO 4	1	160.679	0	2	0		
MUNICIPIO 8	1	190.059	1	4	2		
ASST GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO NIGUARDA	1	186.007	2	4	3	3	1
MUNICIPIO 9	1	186.007	2	4	3		
ASST MELEGNANO E DELLA MARTESANA	53	637.966	5	14	7	14	5
ADDA	15	127.329	2	4	3		
ALTA MARTESANA	9	122.569	1	2	1		
BASSA MARTESANA - PAULLESE	9	150.788	0	3	1		
SUD EST MILANO	9	112.445	1	2	1		
VISCONTEO	11	124.835	1	3	1		
ASST NORD MILANO	6	267.323	2	6	3	4	2
PARCO DELLA MEDIA VALLE DEL LAMBRO	2	127.411	1	2	2		
PARCO NORD	4	139.912	1	4	1		
ASST OVEST MILANESE	49	468.958	3	10	5	9	4
ABBIATENSE	14	82.588	1	3	1		
CASTANESE	11	68.974	1	2	1		
LEGNANESE	11	187.702	1	3	2		
MAGENTINO	13	129.694	0	2	1		
ASST RHODENSE	23	485.709	3	11	5	8	3
CORSICHESE	6	120.330	1	2	1		
GARBAGNATESE	8	191.886	1	4	2		
RHODENSE	9	173.493	1	5	2		
ASST SANTI PAOLO E CARLO	3	448.044	3	8	4	8	3
MUNICIPIO 5	1	124.094	0	1	0		
MUNICIPIO 6	1	150.159	2	5	3		
MUNICIPIO 7	1	173.791	1	2	1		
ATS DELLA MONTAGNA	**134**	**294.237**	**7**	**17**	**2**	**15**	**5**
ASST DELLA VALCAMONICA	41	98.582	2	8	1	5	1
VALLECAMONICA - SEBINO	41	98.582	2	8	1		
ASST DELLA VALTELLINA E DELL'ALTO LARIO	93	195.655	5	9	1	10	4
ALTA VALTELLINA	18	53.227	2	3	0		
BASSA VALTELLINA	25	46.959	1	1	0		
MEDIA VALTELLINA	22	54.389	1	3	1		
VALLECHIAVENNA E ALTO LARIO	28	41.080	1	2	0		
ATS DELLA VAL PADANA	**177**	**758.303**	**9**	**15**	**9**	**23**	**6**
ASST DI CREMA	48	160.469	2	2	1	3	1
CREMASCO	48	160.469	2	2	1		
ASST DI CREMONA	65	191.773	2	4	2	6	1
CREMONESE	48	156.113	2	3	1		
OGLIO PO - CASALASCO VIADANESE	17	35.660	0	1	1		
ASST DI MANTOVA	64	406.061	5	9	6	14	4
ALTO MANTOVANO	21	109.623	1	3	2		
BASSO MANTOVANO	19	93.894	1	3	2		
MANTOVANO	14	155.846	1	1	1		
OGLIO PO - CASALASCO VIADANESE	10	46.698	2	2	1		
ATS DELL'INSUBRIA	**270**	**1.459.692**	**8**	**31**	**17**	**27**	**17**
ASST DEI SETTE LAGHI	106	442.603	2	9	7	8	7
ARCISATE	11	49.426	1	1	1		
AZZATE	17	56.225	0	1	1		
LAVENO MOMBELLO	26	69.338	0	2	1		
LUINO	24	55.170	1	1	1		
SESTO CALENDE	12	49.707	0	2	1		
TRADATE	8	55.539	0	1	1		
VARESE	8	107.198	0	1	1		
ASST DELLA VALLE OLONA	32	437.490	2	11	4	8	4
BUSTO ARSIZIO E CASTELLANZA	8	148.713	0	4	1		
GALLARATE	9	122.382	0	3	1		
SARONNO	6	96.438	0	2	1		
SOMMA LOMBARDO	9	69.957	2	2	1		
ASST LARIANA	132	579.599	4	11	6	11	6
CANTU' - MARIANO COMENSE	14	131.912	2	2	1		
COMO-CAMPIONE D'ITALIA	23	143.840	1	3	1		
ERBA	27	72.848	0	1	1		
LOMAZZO - FINO MORNASCO	19	103.428	0	1	1		
MEDIO LARIO	29	36.992	1	3	1		
OLGIATE COMASCO	20	90.579	0	1	1		
ATS DI BERGAMO	**243**	**1.103.556**	**6**	**21**	**12**	**20**	**9**
ASST DI BERGAMO EST	103	380.660	2	11	5	8	3
SERIATE E GRUMELLO DEL MONTE	19	127.099	1	3	1		
VALLE CAVALLINA, MONTE BRONZONE - BASSO SEBINO E ALTO SEBINO	42	115.819	0	3	2		
VALLE SERIANA, VALLE SERIANA SUPERIORE E VALLE DI SCALVE	42	137.742	1	5	2		
ASST DI BERGAMO OVEST	77	477.302	3	4	4	7	4
BASSA OCCIDENTALE - TREVIGLIO	18	111.533	1	1	1		
BASSA ORIENTALE - ROMANO DI LOMBARDIA	17	84.977	1	1	1		
ISOLA BERGAMASCA E VALLE SAN MARTINO - PONTE SAN PIETRO	25	135.059	1	1	1		
MEDIA PIANURA - DALMINE	17	145.733	0	1	1		
ASST PAPA GIOVANNI XXIII	63	245.594	1	6	3	5	2
BERGAMO	6	152.684	0	3	1		
VALLE BREMBANA E VALLE IMAGNA - VILLA D'ALME'	57	92.910	1	3	2		
ATS DI BRESCIA	**164**	**1.157.127**	**7**	**25**	**12**	**38**	**11**
ASST DEGLI SPEDALI CIVILI DI BRESCIA	44	509.182	2	11	5	17	4
BRESCIA	2	201.842	1	4	2		
BRESCIA EST	13	97.569	0	2	1		
BRESCIA OVEST	11	100.557	0	2	1		
VALLE TROMPIA	18	109.214	1	3	1		
ASST DEL GARDA	76	382.217	3	8	4	12	4
BASSA BRESCIANA CENTRALE	20	114.533	1	2	1		
BASSA BRESCIANA ORIENTALE	7	67.221	0	1	1		
GARDA	22	126.282	1	3	1		
VALLE SABBIA	27	74.181	1	2	1		
ASST DELLA FRANCIACORTA	44	265.728	2	6	3	9	3
BASSA BRESCIANA OCCIDENTALE	15	56.134	1	2	1		
OGLIO OVEST	11	95.769	0	1	1		
SEBINO - MONTE ORFANO	18	113.825	1	3	1		
ATS DI PAVIA	**186**	**535.801**	**4**	**11**	**5**	**21**	**5**
ASST DI PAVIA	186	535.801	4	11	5	21	5
ALTO E BASSO PAVESE	48	121.335	2	2	1		
BRONI - CASTEGGIO	49	69.201	0	2	1		
LOMELLINA	51	174.034	2	4	1		
PAVIA	12	103.533	0	1	1		
VOGHERA E COMUNITA' MONTANA OLTREPO' PAVESE	26	67.698	0	2	1		
TOTALE COMPLESSIVO	**1514**	**9.993.257**	**71**	**216**	**104**	**235**	**86**

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

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

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

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

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

Entro il 31 marzo 2023

Area	Azioni	Responsabile	Indicatore
Rapporti istituzionali con i medici del ruolo unico e pediatri di famiglia	Aggiornare gli operatori distrettuali in materia: - obiettivi regionali per la dematerializzata - Vigilanze studi medici - Autorizzazione prestazioni aggiuntive (piani ADI e ADP, PPIP, bilanci di salute) in osservanza della convenzione - Autorizzazione scelta in deroga Fornire Indicazioni operative per i distretti e le AFT in merito alla organizzazione e gestione della turnistica del Servizio di Continuità Assistenziale	ATS per indicazioni e supporto; Distretti ASST per competenza operativa	Materiale informativo Report sintetici di incontri

Appropriatezza, formazione e governo clinico	Formare gli operatori distrettuali in materia: - Realizzazione di audit distrettuali con i MMG e PLS; - Comunicazione, informazione aggiornamento continuo a MMG/PLS sull'attuazione dell'appropriatezza clinica e prescrittiva, anche in applicazione delle relative indicazioni regionali e nazionali; - Coordinamento dei medici tirocinanti in Medicina Generale; - Promozione della formazione continua per i medici convenzionati, integrata con Specialisti;	ATS, per indicazioni e supporto; ASST per competenza operativa	Materiale informativo Report sintetici di incontri
Attività amministrativa	Diffondere indicazioni operative e aggiornare/formare gli operatori distrettuali in tema di: - attività di scelta/revoca dei medici di famiglia; - esenzioni per reddito e per patologia, anche in applicazione di indicazioni regionali; - gestione e consegna ricettari; - gestione PdA/PdR - Gestione, in collaborazione col distretto, della rilevazione presenze del personale convenzionato a rapporto orario ai fini della liquidazione (medico di ruolo unico, Specialisti ambulatoriali, medici dei Servizi);	ATS per indicazioni e supporto; Distretti ASST per competenza operativa	Materiale informativo Report sintetici di incontri

Entro il 30 giugno 2023

Area	Azioni	Responsabile	Indicatore
Gestione progettualità	Realizzare le azioni propedeutiche per la presa in carico da parte della ASST nei tempi previsti di: - Attuazione dei contenuti degli Accordi nazionali e regionali per la medicina generale, la Continuità assistenziale e la pediatria di famiglia e delle relative progettualità; - Monitoraggio della reportistica su consumi di farmaceutica e specialistica per la realizzazione di audit distrettuali con i MMG e PLS; - Monitoraggio dei progetti di	ATS	Report sintetici di incontri Report attività svolte

	Governo clinico in attuazione dell'AIR; - Promozione e diffusione dei PDTA regionali ai medici convenzionati e operatori distrettuali; - Gestione di eventuali accordi/contratti con gli Enti Locali relativamente alle attività SISS estensibili a questi Enti, comprese le azioni propedeutiche e conseguenti; - Collaborazione con il dipartimento funzionale di prevenzione circa l'organizzazione e reclutamento dei medici sentinella.		

Entro il 30 settembre 2023

Area	Azioni	Responsabile	Indicatore
Convenzioni e attività amministrative centrali	Realizzare le azioni propedeutiche per la presa in carico da parte della ASST nei tempi previsti di: - Gestione amministrativa delle convenzioni per la Medicina Generale, la Pediatria di Libera Scelta, la Continuità Assistenziale, la specialistica ambulatoriale e la Medicina dei Servizi, a supporto delle azioni di governo delle diverse UO aziendali; - Rilevazione degli ambiti carenti MMG/PLS e fabbisogni di ore medico ruolo unico e specialistica ambulatoriale del territorio delle ASST di riferimento; - Tenuta e aggiornamento dei fascicoli individuali dei medici; - Allineamento delle anagrafiche medici e cittadini su NAR; - Predisposizione e gestione centralizzata delle graduatorie regionali (medico ruolo unico e PLS) per le ASST interessate da cui discende: espletamento delle procedure per l'affidamento degli incarichi sia a tempo indeterminato (Procedura ordinaria, Procedura SISAC Procedura Corsisti) sia tempo determinato attraverso incarichi provvisori e di sostituzione con	ATS	Report sintetici di incontri Report attività svolte

	predisposizione di Avvisi Pubblici annuali per le tre categorie professionali sopra citate comprese le azioni propedeutiche e conseguenti • Gestione delle parti stipendiali variabili e RAR; • Inserimento in PaMe della rendicontazione dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta con riferimento alle voci per prestazioni (PPIP, ADI, ADP, Bilanci di Salute, APA ecc.); • Rilevazione della consistenza sindacale annuale da inviare a SISAC, per ciascuna ASST di riferimento; • Redazione centralizzata del Bilancio Preventivo, Certificazioni Trimestrali (CET) e Bilancio Consuntivo con conseguente monitoraggio della spesa per tutte le categorie a rapporto convenzionale, per ciascuna ASST di riferimento; • Elaborazione e gestione dei flussi di competenza (FLUPER, Flussi ministeriali ecc.), per ciascuna ASST.		

3. INDIRIZZI PER GLI AIR 2023 MEDICINA GENERALE E PEDIATRIA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5. L'INTEGRAZIONE TRA I DIVERSI SETTING ASSISTENZIALI

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

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

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

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

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

6. UNITÀ DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE (UCA)

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

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

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

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

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

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

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

7. INDIRIZZI PER AFFRONTARE LA TEMATICA DELLA CARENZA MEDICI

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Percorso proposto:

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

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

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

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

Pertanto, l'attività potrebbe essere svolta prioritariamente:

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

Riguardo gli aspetti operativi occorre tenere presente le seguenti considerazioni:

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

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

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

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

Inoltre, Il sistema delle Cure primarie sosterrà le iniziative di Polis Lombardia, riguardo la formazione dei nuovi medici di famiglia, in particolare per i tirocini professionalizzanti eventualmente attivati.
Nel corso del 2023 la situazione, in raccordo con le ASST, sarà costantemente monitorata in modo da attuare, in anticipo e nel rispetto della convenzione e degli AIR, gli interventi necessari, anche individuando soluzioni innovative.
Per garantire assistenza ai cittadini residenti, si definisce inoltre il tempo massimo, stabilito di cinque anni, per garantire l'iscrizione temporanea (annuale e rinnovabile), di cittadini non iscritti negli elenchi anagrafici dei Comuni lombardi ma che vi dimorano abitualmente per motivi attinenti al lavoro, allo studio o per motivi di salute, secondo quanto disposto dalla circolare del Ministero della Salute n. 1000/1984 e dall'Accordo Conferenza Stato- Regioni dell'8 maggio 2003.

8. PARTECIPAZIONE MMG E PLS ALLA CAMPAGNA VACCINALE:

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

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

9. PROGETTI DI GOVERNO CLINICO:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

11. ASSISTENZA SANITARIA IN FAVORE DI CITTADINI EXTRACOMUNITARI

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

Per questi cittadini, quindi, non è contemplata l'assistenza del medico di Medicina Generale ed è previsto che possano accedere al Servizio Sanitario Regionale attraverso il Pronto Soccorso con assegnazione di STP.
L'elevata numerosità dei soggetti interessati da una parte e l'urgenza di evitare un uso non appropriato delle strutture di pronto soccorso, suggeriscono l'opportunità di attivare iniziative specifiche nei confronti di questa parte di popolazione.
A tale proposito si invitano le ASST/ATS a porre in opera, con le strutture presenti sul proprio territorio e con il ricorso di collaborazione con le Associazioni no profit di cooperazione, PROGETTI SPERIMENTALI di assistenza. che siano efficaci dal punto di vista sanitario.

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

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

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

Dal punto di vista organizzativo tale integrazione si declina:

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

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

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

1. INDICAZIONI E IMPEGNI TRASVERSALI

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

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

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

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

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

I GIOVANI – Fascia di età 14 – 25 anni

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2. SALUTE MENTALE/DIPENDENZE E GIUSTIZIA MINORILE:

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

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

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

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

3. IL TERRITORIO E LA MARGINALITA'

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

3.1 STRUTTURE DI PROSSIMITA'

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

- una prima fase di continuità con le numerose progettualità avviate da Regione in relazione alla prossimità (Progetti Innovativi Psichiatria, Progetti Budget Salute, Progetti Dipendenze)

- una seconda fase di affidamento ad ATS Città Metropolitana di Milano del compito di realizzare e potenziare strutture di prossimità per soggetti fragili e marginali, con particolare riferimento ai target caratterizzati da accessi sporadici ovvero assenti alla rete dei servizi.

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

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

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

Avviso pubblico di cui alla Deliberazione n. 231 del 17/03/2022 individuando come ente capofila Fondazione Casa della Carità Angelo Abriani Onlus.
Le risorse previste dalla DGR n. XI/5447 del 3/11/2021 assegnate interamente ad ATS Città Metropolitana di Milano ammontano a **€ 2.336.269**. La rendicontazione da parte di ATS dei risultati raggiunti dalla sperimentazione delle strutture di prossimità avverrà attraverso l'utilizzo della apposita scheda di cui alla sopracitata Intesa del 4 agosto 2021 (Rep Atti n. 134/CSR).

3.2 PROGETTO CENTRO PERMANENZA RIMPATRIO (CPR) CORELLI

Prosegue l'attività di supporto agli ospiti del Centro di permanenza rimpatrio con problemi psichiatrici e/o dipendenza.
Il Centro di Permanenza per il Rimpatrio di Via Corelli di Milano presenta situazioni di criticità nell'area della diagnosi, trattamento e assistenza di soggetti. Tale esigenza, rilevata dai Servizi per la Salute Mentale, è altresì segnalata dalla Prefettura di Milano e dagli stessi gestori del Centro alla ATS Città Metropolitana di Milano.
In considerazione di quanto sopra con nota della DG Welfare (Protocollo 0109127/21 del 15/07/2021) ad oggetto "CPR via Corelli" è stato disposto, con riferimento alle problematiche sanitarie emerse, il coinvolgimento della Fondazione ERIS Onlus a cui si è aggiunto, nel 2022 anche l'azione sinergica dei servizi dei Dipartimenti di Salute Mentale con particolare esperienza negli aspetti di etnopsichiatria.
A tal fine ATS Città Metropolitana di Milano prosegue l'attività di supporto con un impegno di spesa complessivo pari a euro **90.000** dedicando 45.000 euro alle attività di supporto/assistenza dei soggetti con problemi di dipendenza e 45.000 euro per i soggetti con sintomatologia psichiatrica.

4. PATOLOGIE TRASVERSALI OGGETTO DI PARTICOLARE ATTENZIONE

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

4.1 DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE:

I Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (DNA) , patologie ad esordio precoce attenzionati a livello nazionale, sono considerate aree di intervento dei Dipartimenti di Salute Mentale nel PANSM (Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale, CU 4/U del 24 gennaio 2013). Si evidenziano, in particolare, le implicazioni di complessità assistenziale per quanto riguarda la storia naturale del disturbo, la diagnosi e il decorso, e gestionale in relazione agli esiti del trattamento ed alla organizzazione della rete dei Servizi preposti alla costruzione ed alla fruibilità di un efficace sistema di intervento.
In coerenza con tali aspetti, i DNA sono stati nel corso del tempo, oggetto di interesse sempre maggiore anche nella programmazione di Regione Lombardia.
A seguito dell'Approvazione **Intesa** ai sensi dell'articolo 1, comma 689, della legge 30 dicembre 2021, n. 234, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento

e Bolzano sull'"Allegato tecnico per la definizione di criteri, modalità e linee di intervento per l'utilizzo del Fondo per il contrasto dei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione" e sulle procedure per la presentazione dei Piani di attività biennali da parte delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano, regione Lombardia ha presentato al Ministero della Salute il proprio Piano di Attività Biennale (Protocollo G1.2022.0033032 del 08/08/2022).
Con DGR XI/7357 del 21/11/2022 si è preso atto dell'approvazione della progettualità da parte del tavolo ministeriale degli esperti (Protocollo 0039707-20/09/2022-DGPRE-MDS-P) e si è dato avvio alla fase attuativa con il conseguente riparto del finanziamento previsto dall'Intesa, pari a euro **4.195.000**.
Nel corso del 2023 ciascuna ATS darà seguito alle progettualità locali avvalendosi delle linee di orientamento fornite da Regione Lombardia.
Legge Regionale n. 2 del 23 febbraio 2021 – "Disposizioni per la prevenzione e la cura dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione e il sostegno ai pazienti e alle loro famiglie". Nel corso del 2022 ha lavorato con regolarità la Cabina di Regia (costituita con DGR n. XI/5722 del 15.12.2021), fornendo anche riflessioni indispensabili alla definizione delle linee di indirizzo per la destinazione dell'impegno economico previsto dalla legge stessa. Tale lavoro è stato recepito dalla DGR XI/7590 del 15/12/2022 "*Approvazione del documento "Potenziamento della rete dei servizi a favore di soggetti che presentano disturbi della nutrizione e dall'alimentazione (DNA): atto di indirizzo per la finalizzazione delle risorse previste per l'attuazione dalla L.R. 23 febbraio 2021 n. 2" - "Disposizioni per la prevenzione e la cura dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione e il sostegno ai pazienti e alle loro famiglie*" con assegnazione di risorse pari a **1.490.000 euro** alle 8 ATS.
Nel corso del 2023, gli esperti impegnati nei sottotavoli di lavoro della Cabina di Regia, elaboreranno specifico documento a carattere clinico ed organizzativo finalizzato al miglioramento dell'offerta dei servizi in materia di DNA.

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

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

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

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

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

PSICHIATRIA

Alla luce delle evidenze rappresentate dal Gruppo di lavoro "Piano biennale di emergenza risorse di personale in psichiatria" istituito all'interno del Coordinamento Direttori UOC Psichiatria, sono stati avviati raccordi con la Direzione Generale Welfare che hanno portato ad intraprendere **azioni in risposta alle criticità rilevate,** in particolare in riferimento alla difficoltà a reperire professionisti.
Uno specifico tavolo di confronto condurrà alla rilettura del fabbisogno degli organici e ad affrontare possibili strategie organizzative, come l'orientamento al task shifting tra i professionisti.
E' emerso inoltre come sia risultato utile avviare un lavoro di revisione degli attuali **requisiti organizzativi specifici di accreditamento** delle strutture residenziali psichiatriche (SRP) e dei Centri Diurni, per rendere la risposta clinica più adeguata e per poter allocare in modo più efficiente le risorse. A tal fine si è dato avvio ad uno specifico gruppo di lavoro che troverà pieno sviluppo nel corso del 2023, realizzando proposte organizzative attualizzate e sostenibili.

1. SPERIMENTAZIONE DEL BUDGET DI SALUTE

In coerenza con i contenuti dell'Intesa sul documento recante "Linee programmatiche: progettare il Budget di salute con la persona -proposta degli elementi qualificanti" del 6/07/2022 – rif 104/CU –, nel corso del 2022 la competente Struttura della Direzione Generale Welfare ha svolto un lavoro finalizzato alla predisposizione degli specifici strumenti di rilevazione ed ad un costante monitoraggio della fase attuativa dei progetti avviati ai sensi della DGR n. XI/1046/2018 nelle due Aziende coinvolte – ASST Santi Paolo e Carlo e ASST Franciacorta .
Date le finalità della sperimentazione con particolare riferimento al mix di interventi di natura sanitaria, sociosanitaria e di natura sociale a sostegno dei percorsi territoriali, si è proceduto ad inserire nel Sistema Informativo Psichiatria Regione Lombardia (SIPRL) la possibilità di registrazione delle attività con la preliminare definizione dei criteri di assegnazione della "Classe del Budget di Salute" ed è stata predisposta una apposita scheda di rilevazione degli interventi di natura sociale nei domini dell'abitare, della formazione, dell'inserimento lavorativo, della socialità ed affettività sviluppati sulla base di accordi di collaborazione delle ASST con gli Enti del Territorio (Comuni – Terzo Settore).
Per la sperimentazione la citata DGR ha previsto una durata biennale, ma, stante l'intervenuta situazione emergenziale pandemica, la fase attuativa ha avuto avvio con il Decreto n.11876 del 09/09/2021, registrando comunque degli iniziali rallentamenti a causa del perdurare degli effetti conseguenti alla situazione emergenziale conclusasi il 31/03/2022 (rif. DL. N.24 del 2473/2022).
La conclusione della sperimentazione è pertanto prevista il 31 dicembre 2023 e nel corso dell'anno 2023 la competente Struttura della Direzione Generale Welfare darà continuità al costante monitoraggio della fase attuativa dei due progetti con la conseguente elaborazione dei primi dati di esito.

2. STRUTTURE RESIDENZIALI PSICHIATRICHE PER TRATTAMENTI SOCIORIABILITATIVI (SRP3)

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

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

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

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

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

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

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

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

1. programmi di residenzialità leggera;
2. trasferimento del budget su altre attività già accreditate erogate dallo stesso gestore con contestuale chiusura dei posti di CPB;
3. riconversione del budget in attività di semi-residenzialità/centro diurno o altre attività territoriali con contestuale chiusura dei posti di CPB;
4. riclassificazione in SRP2;
5. riclassificazione in una delle 3 tipologie di SRP3 :
   - SRP 3.1 con personale nelle 24 ore;
   - SRP 3.2 con personale nelle 12 ore giornaliere;
   - SRP 3.3 con personale per fasce orarie.

– ad esito del processo di riconversione le competenti ATS comunichino alla Direzione Generale Welfare la riclassificazione secondo le modalità già in essere relative alle variazioni degli assetti organizzativi delle strutture sanitarie.

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

La Legge Regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)**,** art 53 bis comma 1 lettera d) recita: "*la valorizzazione, la promozione e la diffusione di attività di supporto tra pari, utenti e familiari, comprese anche le forme di incentivazione, che tengano conto delle evidenze emerse dalle sperimentazioni effettuate*".
Come già richiamato nella DGR XI/6387 del 16/05/2022, anche alla luce della progressiva realizzazione della nuova rete dei servizi sanitari e sociosanitari territoriali, è raccomandato che le organizzazioni considerino azioni di specifico interesse nei confronti degli utenti esperti dell'area della salute mentale, anche alla luce delle esperienze già intraprese in alcune realtà regionali, allo scopo di promuovere sempre più la cultura dell'inclusione e dell'aiuto tra pari, alla luce della proficua esperienza del loro intervento in supporto a condizioni fragili nel corso della pandemia.

4. DEPRESSIONE PERINATALE - Progetto Pensare Positivo

Il progetto mira ad implementare nei consultori familiari, da parte delle ostetriche, un'attività di home-visiting finalizzata al supporto psicosociale rivolto alle donne con depressione perinatale**.**
Nel 2023 verrà avviata la formazione ai consultori delle ASST e nel contempo verrà rivalutata la progettualità con l'obiettivo di favorire l'integrazione con gli psicologi del consultorio.

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

Attraverso l'approvazione dell'Intesa, ai sensi dell'allegato sub A, lettera o) dell'Intesa 4 agosto 2021 - Rep. Atti n. 153/CSR, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento "Linee di indirizzo per la realizzazione dei progetti regionali volti al rafforzamento dei Dipartimenti di Salute Mentale regionali" 28/04/2022 - Rep. Atti n. 58/CSR, i DSMD avvieranno azioni finalizzate al potenziamento dell'attività delle equipe forensi (DGR n. X/5340/2016), promuovendo l'implementazione dei protocolli nonché i raccordi con tutti gli enti e agenzie coinvolte nel percorso sanitario, sociale e giudiziario del paziente.
L'attuazione dei Progetti – definiti da un gruppo di lavoro di esperti individuati nei Coordinamenti dei Primari della Psichiatria e Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza in collaborazione con la Struttura Regionale – si pone a sostegno della qualificazione dei percorsi per l'effettiva presa in carico e per il reinserimento sociale dei pazienti con disturbi psichiatrici autori di reato .
Tali attività – ottimizzando l'intervento per questa tipologia di pazienti – contribuiranno ad evitare l'ingresso in REMS o a renderne più veloce la permanenza/dimissione , facilitando lo scorrimento delle liste d'attesa .
Il finanziamento derivante dalla suddetta Intesa – oggetto di una DGR di prossima emanazione – è pari ad euro **11.351.483**.
È proseguito nel 2022 il lavoro di collaborazione di raccordo organizzativo stabile tra la struttura della Salute Mentale di Regione Lombardia e il Sistema Polimodulare REMS della ASST di Mantova anche a seguito della confermata attenzione posta da organismi nazionali e internazionali (Corte Costituzionale, Ministero della Salute, AGENAS, Corte Strasburgo , Comitato Prevenzione Torture) sui percorsi all'interno dei quali si gestisce la presa in carico della persona autore di reato e affetta da disturbi psichici.
La gestione delle liste d'attesa per gli ingressi in REMS nonché l'impegno dei DMSD in relazione ai pazienti presenti nei rispettivi territori, è oggetto di costante monitoraggio da parte della Direzione Generale Welfare che con nota Protocollo G1.2022.0053664 del 19/12/2022 avente oggetto: "Criticità REMS : interventi per la riduzione delle liste di attesa e per l'agevolazione delle dimissioni", ne ha ulteriormente richiamato l'attenzione da parte degli enti coinvolti, indicando l'operatività per il 2023.
Anche i criteri per la gestione delle liste d'attesa verranno ulteriormente ribaditi alla luce della raccomandazione del Ministero della Salute ad oggetto "Consiglio d'Europa – Corte Europea dei Diritti dell'Uomo- Controllo dell'esecuzione delle sentenze della Corte EDU" Prot m_dg.GDAP.12/12/2022.0474442.U.
Nel corso del 2023 saranno riattivati i tavoli di lavoro finalizzati alla verifica dell'implementazione e alla eventuale rilettura dei protocolli specifici realizzati con la Magistratura (Decreto n. 9958 del 10/07/2018 e Decreto n. 17847 del 06/12/2019).

6. PROGETTI DI RICERCA INTERNAZIONALI

La DG Welfare partecipa a due importanti progetti nel campo della salute mentale, finanziati dalla Commissione Europea e di durata triennale**: la Joint Action ImpleMental ed il progetto HORIZON 2020 RESPOND.**
La Joint Action (*Joint Action on Implementation of Best Practices in the area of Mental Health), ha* lo scopo di implementare best practices nel campo della salute mentale, finalizzate allo sviluppo della community care. In questa Joint Action

Regione Lombardia rappresenta l'Italia ed è leader insieme con la Germania di uno dei due work-package che svilupperà le best practices in undici Paesi europei. Come best practice da implementare nei DSMD lombardi, la DG Welfare ha scelto di migliorare la qualità della cura negli adolescenti con precursori di disturbo di personalità e nei giovani adulti con disturbo di personalità borderline. Inoltre, per migliorare l'utilizzo delle informazioni in salute mentale, Regione Lombardia attiverà per i Paesi partecipanti un cruscotto di indicatori per monitorare l'attività dei servizi di salute mentale e valutarne la qualità della cura erogata.
Il Progetto RESPOND permetterà di conoscere l'effetto del COVID19 sulla salute mentale della popolazione europea. Più nello specifico Regione Lombardia, utilizzando i databases sanitari insieme con Svezia e Catalogna, studierà l'effetto della pandemia sia sulla popolazione generale, analizzando il rischio suicidario nella pandemia ed il rischio di disturbi mentali nelle persone ammalatesi di COVID, che sui servizi di salute mentale, valutandone la qualità della cura erogata prima, durante e dopo la pandemia.

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

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

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

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

L'interfaccia dell'attuale Sistema Informativo è dotata di un area documentale nella quale vengono pubblicate le principali evoluzioni e integrazioni apportate al sistema stesso e che si intendono consultate tanto dagli utilizzatori del sistema quanto dagli eventuali livelli gestionali, di governo e di controllo dei diversi enti.
I controlli e le regole introdotte nell'applicativo SIPRL sono orientati alla crescita dell'appropriatezza dei dati inseriti in relazione alle normative vigenti. Alcuni dei controlli introdotti, non rilevando l'informazione corretta, intervengono nel

salvataggio delle attività inserite oppure nella possibilità di generare il debito informativo.
Vengono riportati di seguiti i principali interventi che sono direttamente correlati alla definizione della progettualità individuale di inserimento in Struttura Residenziale Psichiatrica e all'attivazione di Programmi di Residenzialità Leggera

7.2 Campo Diagnosi

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

7.3 Residenzialità Leggera

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

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

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

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

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

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

7.4 Tempi di Permanenza in Residenzialità (SRP)

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

Permane invece tale modalità nella gestione clinica del paziente e quindi nella stesura della progettualità individuale e nelle verifiche periodiche da mantenersi così come indicate dalle disposizioni vigenti.
È altresì richiamata l'elaborazione di progettualità che limitino il più possibile la permanenza in struttura a favore di interventi territoriali nel contesto domiciliare e di vita della persona o individuando idonea collocazione attraverso la collaborazione con le diverse agenzie del territorio.
Viene inoltre precisato nella tabella sottostante, il calcolo dei tempi di durata dei programmi residenziali ricondotti al conteggio dei giorni per tipologia livello d'intensità già tenuto conto dell'assorbimento del tempo di deroga.

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

Tabella 1 - Durata delle residenzialità

7.5 Classi ex OP e Percorso Giudiziario

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

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

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

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

7.5 Permessi

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

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

7.6 Estrazione Debito Informativo

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

E' possibile produrre il debito informativo del mese concluso dal primo giorno del mese successivo. Oltre al mese immediatamente precedente, verranno estratte tutti i dati di nuovo inserimento o le modifiche apportate alle informazioni già registrate anche di periodi precedenti al mese oggetto del debito informativo.
La finestra di estrazione del mese oggetto di debito viene mantenuta attiva per tutta la durata del mese successivo (per esempio, per tutto il mese di ottobre sarà possibile produrre il debito informativo del mese di settembre).
Per tale motivo, ciascun ente si doterà di proprie tempistiche utili sia al completamento della registrazione degli interventi in SIPRL sia alla generazione del debito e successivo invio in regione.
Una volta estratto il debito dovrà essere obbligatoriamente inserito in SMAF per l'assolvimento della trasmissione nel flusso regionale.
Si ricorda che per ciascun mese di riferimento è possibile generare un solo debito informativo.
Nel caso in cui il debito estratto non venga inserito in SMAF nelle finestre temporali previste, salvo la possibilità di inserirlo con specifiche e straordinarie riaperture delle finestre di inserimento, sarà necessario provvedere a riportare i debiti presenti in SIPRL all'ultimo inserito regolarmente in SMAF. Per tale operazione, salvo competenza specifica, sarà necessario richiedere l'assistenza di ARIA.

NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA (NPIA)

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

Con la DGR XI/6387 del 16/05/2022 "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l'anno 2022", sono stati avviati i lavori per la riorganizzazione dell'area NPIA, istituendo un tavolo coordinato dalla struttura regionale alla presenza di erogatori pubblici e privati, esperti della disciplina e rappresentanti della rete di offerta residenziale e semiresidenziale terapeutica.
Nel corso del 2023 verranno prioritariamente presi in considerazione 2 tra i principali strumenti terapeutici a disposizione:

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

Tali ambiti saranno oggetto di un provvedimento di prossima emanazione che riguarderà l'aggiornamento del modello assistenziale e del processo di presa in carico, la ridefinizione dei requisiti gestionali di accreditamento e il conseguente aggiornamento del regime tariffario .
Si rimanda a tale provvedimento per l'attuazione delle necessarie azioni da parte delle Aziende e degli Erogatori coinvolti nel processo di riordino.

2. SISTEMA INFORMATIVO DI NPIA

Nel corso del 2023 verrà progressivamente implementato il Sistema Informativo della Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza.
Tale sistema è stato sviluppato in coerenza con le definizioni oggetto di lavoro di uno specifico tavolo avviato dal Ministero della Salute e finalizzato alla realizzazione

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

3. DISABILITA' PSICHICA

3.1 INTERVENTI RELATIVI AI DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO (ASD)

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

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

Regione ha prodotto periodiche indicazioni a tutti gli interlocutori sopranominati.

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

Tra le azioni realizzate, si evidenziano:

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

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

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

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

- **Progetto Auter** «Attivare una risposta territoriale per la formulazione del progetto di vita per le persone con disturbo dello spettro autistico basato sui costrutti di "Quality of Life», progetto volto a sviluppare interventi/iniziative per persone con autismo con età maggiore di 16 anni che ha quale Ente attuatore l'ASST di Lecco e assegnazione pari a euro 1.218.512 (annualità 2021 e 2022)
  A fronte della scadenza naturale della durata del progetto – 09/12/2022 –, stante gli importanti obiettivi fino ad ora conseguiti e la coerenza degli stessi con il Piano Operativo Regionale Autismo, la Direzione Generale Welfare ha dato indicazioni alle ASST ed all'IRCCS Policlinico per assicurare la prosecuzione del Progetto sul territorio lombardo, nelle more dell'approvazione dei criteri e delle modalità di utilizzazione delle annualità 2021 e 2022 del Fondo Nazionale Autismo.
  L'Istituto Superiore di Sanità in data 16/12 us ha formalmente comunicato l'avvenuta approvazione del decreto di proroga al 10/12/2023.

- **Progetto Pervinca** «PER una Visione Inclusiva e Continuativa dell'Autismo», progetto volto a sviluppare interventi/iniziative per persone con autismo con età dai 7 ai 21 anni che ha quale Ente attuatore l'ATS Val Padana e assegnazione pari a 3.307.756 euro (per anni 2022- 2024). Il Progetto è stato approvato dall'Istituto Superiore di Sanità nel mese di aprile 2022 con una durata prevista fino al mese di gennaio 2024.

– **Progetto sperimentale "Autismo: dall'analisi territoriale al progetto di Vita"** DGR n. XI/5213 del 13/09/2021 e Decreto n. 15881 del 22/11/2021 – Ente attuatore: ATS Val Padanae assegnazione pari a 300.000 euro .
  Nel corso dell'anno ha preso avvio lo sviluppo delle attività progettuali, con durata prevista 2022- 2024 – con il conseguente monitoraggio da parte della competente Struttura della Direzione Generale Welfare che ha definito le modalità ed i tempi di rendicontazione da parte dell'Ente attuatore con particolare attenzione agli elementi concernenti il modello gestionale organizzativo sostenuto dal Progetto che si inserisce nell'ambito dello sviluppo del tema del Budget di Salute.

– **Interventi relativi a ASD e disabilità complesse - DGR n. XI/1460/2019**

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

la conclusione è prevista per il 31/12/2022, la competente Struttura della Direzione Generale Welfare ha svolto una costante azione di monitoraggio con gli Enti attuatori (rispettivamente IRCCS Medea, ASST Spedali Civili di Brescia, ASST di Pavia e IRCCS Policlinico) che si concluderà con la rendicontazione finale del finanziamento 2022 pari a euro 875.000, prevista nel mese di gennaio 2023.
Se la valutazione di tale rendicontazione dovesse rilevare eventuali risorse non consumate, la struttura competente della Direzione Generale Welfare, sentito il Gruppo Tecnico di Approfondimento ASD, procederà all'individuazione dell'ambito e delle modalità di utilizzo delle stesse sempre in coerenza con le indicazioni del Piano Operativo Regionale Autismo.
Sempre in una logica di coerenza e sinergia con il POA, con DGR n. XI/6003 del 21/02/2022, nell'ambito della revisione dei Voucher sociosanitari previsti a completamento delle azioni sostenute con il Fondo Non Autosufficienza (FNA), è stato istituito il **Voucher Autismo** rivolto alle persone con Autismo di livello 3 della classificazione DSM-5.
Le tipologie di prestazioni/interventi di natura riabilitativa ed abilitativa erogabili con tale Voucher sono state declinate, in coerenza con le Linee Guida Nazionali in materia di Autismo, in rapporto alle diverse fasce di età a cui possono essere affiancati, altresì, interventi di sostegno alla domiciliarità ed all'inclusione erogati attraverso i Voucher sociosanitari, previsti dalla medesima DGR e rivolti a tutte le persone con gravissima disabilità, ivi comprese quelle con ASD.
In considerazione delle tempistiche previste dalla sopra indicata DGR (29/04/22 per l'approvazione da parte delle ATS del primo elenco degli Enti erogatori e 01/05/22 per la decorrenza dei Voucher) lo sviluppo del complessivo sistema declinato per i Voucher Autismo ha necessariamente comportato una fase di start-up che è stata gestita dalla Struttura regionale competente della Direzione Generale Welfare in stretto raccordo con la Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale, Disabilità e Pari opportunità, attraverso un costante monitoraggio sullo stato di attuazione e implementazione del sistema sui singoli territori con incontri periodici con ATS e ASST e analisi dei dati rendicontativi.
Nel 2023 verrà data continuità ai **Voucher Autismo** nell'ambito del Programma operativo regionale a favore di persone con gravissima disabilità e in condizione di non autosufficienza e grave disabilità di cui al Fondo per le Non Autosufficienze a cui si rinvia, ed al relativo lavoro di monitoraggio da parte delle due Direzioni coinvolte, confermando la destinazione di una quota specifica – pari ad **euro 6,5 milioni** - delle risorse complessivamente assegnate per i voucher sociosanitari Misura B1 – pari a 13 milioni.
Per il 2023 si chiede alle ATS di monitorare lo sviluppo dell'offerta da parte degli enti erogatori inseriti nell'apposito elenco, anche in riferimento al tema della distribuzione territoriale e della dinamica dei volumi e di tipologie di voucher erogati da parte dei singoli erogatori.

3.2 DISTURBI SPECIFICI DELL'APPRENDIMENTO (DSA)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.3 SERVIZI PER LA DISABILITA' PSICHICA

In riferimento alla costituzione dei servizi dedicati alla disabilità psichica, l'analisi dei

Piani di Organizzazione Aziendale Strategici (POAS) 2022-2024, ha registrato la **presenza di servizi per la Disabilità in tutte le ASST lombarde.**

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

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

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

DIPENDENZE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2. RETE DIFFUSA DIPENDENZE

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

3. OSSERVATORIO REGIONALE DELLE DIPENDENZE

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

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

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

Tale attività è confermata per l'anno 2023

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Con DGR del 21/12/2021, n.5748 Regione Lombardia ha sottoscritto l'accordo di collaborazione con il Ministero della Salute e la convenzione con la ASST di Crema quale ente attuatore per la realizzazione del Progetto **"L'intervento in Alcologia e nelle Dipendenze nella forma della Telemedicina",** finanziato con il fondo della Legge n.125/2001 per **97.008 euro**.
Regione Lombardia è capofila nazionale del Progetto per cui operano anche la ASST Fatebenefratelli-Sacco, la ASST di Monza e la Università degli Studi di Brescia. La finalità è quella di sviluppare strumenti di supporto e Linee di indirizzo alle attività di Telemedicina in Alcologia e nelle Dipendenze.
Le attività sono state avviate a marzo 2022 con una Review scientifica internazionale; la costruzione di questionari on line per la rilevazione delle Best Practices e dei Gruppi in telemedicina; la definizione di una Netiquette per gli operatori e una per gli utenti; la strutturazione di un Protocollo per il Monitoraggio on line e la valutazione dell'andamento e dell'esito. Il materiale prodotto è stato condiviso con il Ministero della Salute e il Gruppo Interregionale delle Dipendenze ed è ora oggetto della sperimentazione.
Il progetto si concluderà a settembre 2023 con un evento formativo nazionale di restituzione degli strumenti elaborati e le Linee di indirizzo per la Telemedicina in Alcologia e nelle Dipendenze.

PSICOLOGIA

1. UNITA' OPERATIVE DI PSICOLOGIA (UOPSI)

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

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

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

I principali compiti risultano:

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

2. ATTUAZIONE D.L 73 art. 33

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

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

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

3. PSICOLOGIA DELLE CURE PRIMARIE

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

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

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

4. PROMOZIONE DELLA SALUTE E DEL BENESSERE AZIENDALE

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

5. FLUSSO INFORMATIVO UOPSI

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

SANITA' PENITENZIARIA

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

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

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

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

- il mantenimento di disponibilità da parte della ASST Santi Paolo e Carlo, in collaborazione con l'Amministrazione Penitenziaria, di un numero congruo di posti letto presso gli HUB COVID Regionali di Milano San Vittore e Bollate allo scopo di gestire casi di detenuti affetti da COVID 19 in forma di lieve e media gravità in eventuali successive ondate. Presso tali HUB, con procedura predisposta dal titolare UOSP, verranno somministrati gli anticorpi monoclonali e gli antivirali secondo le indicazioni AIFA.

- l'eventuale riattivazione, da parte della ASST SS Paolo e Carlo in collaborazione con l'Amministrazione Penitenziaria, dell'assetto modulare organizzativo del Reparto di Medicina Protetta dell'Ospedale San Paolo e, nel caso di nuova necessità, la predisposizione all' accoglienza di detenuti affetti da COVID 19 in forma grave non gestibile all'interno degli Istituti Penitenziari.

- la realizzazione, in collaborazione con le ATS e le ASST, di formazione continua del personale sanitario, penitenziario e del terzo settore per la gestione dei mezzi di contenimento dell'infezione da COVID 19.

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

Screening HCV

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4. PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CRONICO DETENUTO

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

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

5. TELEMEDICINA

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

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

6. CARTA DEI SERVIZI SANITARI

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

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

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

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

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

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

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

3. AREA CONSULTORI

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

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

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

A tale scopo le Direzioni Strategiche delle ASST orientano l'organizzazione dei Consultori familiari secondo le linee di indirizzo regionali e il cronoprogramma delle attività di cui alla DGR 7592/2022, riorganizzandoli secondo un modello Hub e Spoke e prendendo in considerazione tutte le necessità organizzative e strutturali.
Nella programmazione dei servizi finalizzata al potenziamento dell'assistenza territoriale, all'interno del distretto, i Consultori Familiari saranno progressivamente collegati funzionalmente alle Case della Comunità in una logica di raccordo hub e spoke (anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale) privilegiando le soluzioni logistiche più idonee alla tutela della riservatezza dell'utente, al fine di concorrere progressivamente alla copertura dell'indice definito dagli standard nazionali per la rete dei Consultori.
I Consultori potranno essere attivati, in un'ottica di prospettiva evolutiva, dalla Casa di Comunità attraverso il nuovo Sistema per la Gestione Digitale del Territorio, in corso di sviluppo, che implementerà progressivamente le funzionalità applicative per supportare le attività degli operatori delle CdC e delle COT.

Dovrà essere strutturato il coordinamento delle attività consultoriali con gli altri attori della CdC quali il PUA, l'Equipe Multidisciplinare della CdC, la COT, nonché con il Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze, in particolare nella sua articolazione organizzativa della U.O. PSIcologia, oltre che con i Servizi per la fragilità disabilità e cronicità e il Dipartimento funzionale di prevenzione delle Asst.
Data la complessità legata alla progressiva implementazione della sanità territoriale, si prevede l'attivazione di un tavolo "tecnico" regionale composto da rappresentanti della DG Welfare, della DG Famiglia, Solidarietà Sociale, Disabilità e Pari Opportunità e delle Ats e Asst al fine di monitorare e valutare, prioritariamente,

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

2. PRESTAZIONI DA REMOTO E TELEMEDICINA

Nelle more della messa a sistema del processo di erogazione in modalità di telemedicina di talune prestazioni rientranti nel nomenclatore dei consultori, secondo quanto previsto dall'Accordo Stato-Regioni n. 215 del 17/12/2020 e dall'Accordo Stato-Regioni n. 231 del 18/11/2021 e nelle more della messa a regime della piattaforma regionale di telemedicina in corso di implementazione, si garantisce per il 2023 la possibilità di dare continuità all'erogazione di prestazioni in modalità da remoto per i servizi consultoriali come sperimentati durante l'emergenza pandemica.
La stessa continuità è garantita per le prestazioni erogate in Rsa aperta.
Si confermano le modalità di rendicontazione di tali prestazioni rese in modalità da remoto negli specifici flussi informativi secondo le indicazioni già fornite dagli uffici competenti.

3. SALUTE DELLA DONNA, PERCORSO NASCITA, DEPRESSIONE PERINATALE

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

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

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

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

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

4. PRESTAZIONI DI SCREENING PRENATALE NEI CONSULTORI

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

il tracciato ministeriale prevederà la presenza di codifiche volte ad individuare le aree e le sotto-aree di attività a cui dovranno riferirsi le singole prestazioni codificate nel nomenclatore regionale. Si prevede fin d'ora, a tal fine, una modifica del tracciato del flusso regionale CON per recepire tale modalità di esposizione delle informazioni. Non si escludono altre modifiche di tracciato all'esito dei lavori in via definitiva del GdL ministeriale. Le indicazioni operative saranno successivamente fornite dagli uffici regionali competenti.
Per il flusso CON, sono confermate le modalità e le tempistiche di rendicontazione introdotte nel 2022. Si conferma altresì che le prestazioni dovranno essere rendicontate sul Cudes della sede principale anche qualora erogate da una sede secondaria.
L'istituzione di un nuovo flusso informativo nazionale finalizzato alla rilevazione dell'attività consultoriale rende necessaria la corretta rendicontazione delle prestazioni al fine di concorrere positivamente non solo al raggiungimento degli obiettivi di PNRR ma anche alla più reale fotografia del livello erogativo di tale servizio. E' pertanto fondamentale che le prestazioni, sia di specialistica che ad alta integrazione, qualora erogate nelle sedi consultoriali pubbliche e private, trovino rendicontazione nel flusso CON.
Per quanto riguarda la corretta alimentazione dei Modelli Ministeriali, i consultori pubblici e privati accreditati e a contratto sono censiti secondo il seguente schema:

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

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

4. AREA DISABILITA'

1. INQUADRAMENTO DEL PERCORSO EVOLUTIVO NELL'AREA DISABILITÀ

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

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

Nell'ambito di tale percorso particolare rilievo assume l'avvenuta costituzione dei **Servizi per la Disabilità** in tutte le ASST lombarde così come emerso dall'analisi dei Piani di Organizzazione Aziendale Strategici (POAS) 2022-2024, definiti dalle ASST ed approvati da Regione nella seconda parte del 2022.
La costituzione di tali Servizi, quali punti di riferimento chiari e identificabili da parte delle persone con disabilità e delle loro famiglie, rappresenta una svolta nodale all'interno del sistema in quanto sostiene lo sviluppo di percorsi integrati tra le diverse aree afferenti alle ASST in stretto collegamento con i Servizi Sociali Comunali e gli Ambiti Territoriali, con l'attivazione di tutte le risorse presenti nel territorio, in un'ottica di programmazione condivisa degli interventi, delle risorse di personale ed economiche.
Nel corso del 2023 sarà pertanto promosso un coinvolgimento attivo dei Servizi per la Disabilità delle ASST in tutti gli interventi sostenuti in tale area: lo sviluppo dei percorsi per le persone con Disabilità in capo al Tavolo tecnico interdirezionale "Rete d'offerta territoriale area disabilità" costituito con Decreto n. 15781 del 04/11/2022 che li vede tra i componenti, lo sviluppo dei Voucher sociosanitari per le persone con gravissima disabilità ed anche, come indicato nel paragrafo "Disabilità Psichica" del presente documento, lo sviluppo delle azioni previste dal Piano Operativo Regionale Autismo, con particolare riferimento alla fase dell'età di transizione – dall'età evolutiva all'età adulta – ed all'età adulta.

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

Al fine di dare compimento a quanto previsto dal livello nazionale e regionale, nel 2022 è stato dato avvio al previsto processo di ridefinizione complessiva dell'area della Disabilità con la costituzione con Decreto Direzione Generale Welfare n 15781 del 04/11/2022 del **Tavolo tecnico interdirezionale "Rete d'offerta territoriale area disabilità".**
La composizione del Tavolo, che segna il rinnovato stretto raccordo tra la Direzione Generale Welfare e la Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale, Disabilità e Pari Opportunità, garantisce la partecipazione di tutti gli interlocutori istituzionali e non coinvolti in tale area: ASST, ATS, ANCI, rappresentanti degli Enti gestori e delle associazioni maggiormente rappresentative.
Tale articolata composizione è funzionale allo sviluppo degli elementi che hanno determinato la costituzione dello stesso Tavolo, ovvero la necessità, di orientare i percorsi di cura in favore delle persone con disabilità e delle loro famiglie, spostando il focus dalla dimensione di «cura e protezione» al tema della «inclusione e delle scelte» delle persone, dalla valutazione dei bisogni di protezione alla

condivisione dei percorsi di vita, con la conseguente introduzione di strumenti e strategie che consentano di offrire una risposta unitaria e integrata che riduca l'attuale rischio di frammentazione delle risposte e con la contestuale rimodulazione dell'intera filiera dei servizi/interventi per offrire risposte e prestazioni sociosanitarie e sociali integrate e modulabili sulla base dei bisogni della persona nella prospettiva del modello del budget di salute.
Nel corso del 2023 i lavori del Tavolo tecnico interdirezionale "Rete d'offerta territoriale area disabilità", avviati nel mese di dicembre 2022, saranno sviluppati, con il coordinamento da parte della U.O. Rete Territoriale della Direzione Generale Welfare in stretto raccordo con la Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale, Disabilità e Pari Opportunità, al fine di dare attuazione agli obiettivi assegnati al Tavolo:

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

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

Nel corso del 2022, in stretto raccordo con la DG Famiglia, Solidarietà Sociale, Disabilità e Pari Opportunità, è stato completato un importante lavoro nell'ambito del Programma operativo regionale a favore di persone con gravissima disabilità e in condizione di non autosufficienza e grave disabilità di cui al Fondo per le Non Autosufficienze, finalizzato alla sistematizzazione dei **Voucher sociosanitari B1**, previsti a completamento delle azioni sostenute con il Fondo Non Autosufficienza (FNA).
Ad esito di tale lavoro, con DGR n. XI/6003 del 21/02/2022 si è pervenuti alla revisione del preesistente sistema di offerta con la definizione di un nuovo percorso per i Voucher sociosanitari e con l'enucleazione di specifici Voucher destinati a persone affette da ASD di livello 3 della classificazione DSM-5, per cui si rinvia al paragrafo "Disabilità Psichica" del presente documento.
La ridefinizione dei Voucher sociosanitari si inserisce nella più ampia azione svolta nel corso del 2022 che, in linea con la programmazione espressa nel PNRR, è stata finalizzata al potenziamento dell'assistenza domiciliare, così come declinato dalla DGR n. XI /6867 del 02/08/2022. I Voucher sociosanitari quali interventi finalizzati al sostegno alla domiciliarità di persone con gravissima disabilità sono stati infatti ridefiniti in un'ottica di equità di accesso e maggiore efficacia dell'intervento complessivo anche allo scopo di superare la frammentazione delle risposte e ottimizzare l'utilizzo delle risorse.
La ridefinizione dei Voucher ha pertanto evidenziato il ruolo centrale delle ASST per la valutazione multidimensionale, la definizione del Progetto individuale insieme alla

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

Nel corso del 2023 viene data continuità ai Voucher sociosanitari nell'ambito del Programma operativo regionale a favore di persone con gravissima disabilità e in condizione di non autosufficienza e grave disabilità di cui al Fondo per le Non Autosufficienze a cui si rinvia, ed al relativo lavoro di monitoraggio da parte delle due Direzioni coinvolte.
In considerazione che il 2023 rappresenta la fase di consolidamento dei voucher sociosanitari, si chiede alle ATS di monitorare lo sviluppo dell'offerta da parte degli enti erogatori inseriti nell'apposito elenco anche in riferimento al tema della distribuzione territoriale e della dinamica dei volumi e di tipologie di Voucher erogati da parte dei singoli erogatori.
In coerenza con l'impostazione sopra declinata nel corso del 2023, anche con la collaborazione delle ATS, verrà promosso un coinvolgimento attivo e con modalità omogenee dei Servizi per la Disabilità delle ASST, al fine di sostenere lo sviluppo sul territorio di percorsi di sostegno alle persone con gravissima disabilità sulla base di una progettazione integrata ed unitaria da parte del sistema sanitario, sociosanitario e sociale, oltre che di una composizione degli interventi flessibile, modulabile appropriata e coerente con i bisogni della persona, tenuto conto dell'evoluzione degli stessi.

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

Nel corso del 2022, in coerenza con il sopra richiamato lavoro di potenziamento dell'assistenza domiciliare, è stata svolta un'importante azione rivolta ai minori con disabilità grave e gravissima che frequentano la scuola.
Il processo di sistematizzazione dei Voucher sociosanitari di cui alla DGR n. XI/6003/2022 ha infatti riguardato anche il rafforzamento dell'assistenza domiciliare a favore delle persone in condizione di disabilità gravissima in ambito scolastico con la definizione del Voucher sociosanitario rafforzamento ADI per l'inclusione scolastica a favore degli studenti frequentanti fino alla scuola secondaria di secondo grado o della formazione professionale.
Tale intervento è stato integrato con la DGR XI/6387 del 16/05/2022 che ha previsto l'assegnazione di ulteriori risorse fino a complessivi euro 800.000, già nella

disponibilità dei bilanci di ATS a valere sulle risorse del FSR destinate al FNA, per l'indizione di specifiche manifestazioni di interesse rivolte alla rete degli enti gestori di ADI per l'erogazione di prestazioni a supporto della frequenza scolastica di minori affetti da patologie croniche che richiedono supporto socio sanitario e per l'organizzazione di percorsi di orientamento a favore del personale docente/scolastico disponibile a collaborare, sul presupposto del consenso e della responsabilità delle famiglie dei minori frequentanti la scuola.
Nel corso del 2022 è stata svolta un'importante azione congiunta da parte delle due Direzioni Welfare e Famiglia, Solidarietà Sociale, Disabilità e Pari Opportunità, con le ATS e le ASST nell'ottica di rinforzare una gestione integrata e coordinata per la risposta al bisogno dei minori con disabilità/cronicità che frequentano la scuola.
Nel 2023 viene data continuità Voucher sociosanitario rafforzamento ADI per l'inclusione scolastica, come indicato dal Programma operativo regionale a favore di persone con gravissima disabilità anno 2020 – 2022 – esercizio 2023 e in condizione di non autosufficienza e grave disabilità di cui al Fondo per le Non Autosufficienze a cui si rinvia. E si conferma l'autorizzazione alle ATS all'utilizzo delle risorse previste dalla DGR XI/6387/2022 a valere sulle risorse del FSR destinate al FNA su FNA.
In considerazione della dinamica registrato nel 2022 in relazione alle richieste di sostegno dei minori con grave e gravissima disabilità che frequentano la scuola, centrale diventa lo sviluppo di percorsi integrati da parte delle ASST che valorizzino le risorse pubbliche e quelle private presenti nella rete territoriale. Nel corso de 2023 verrà pertanto dato continuità al lavoro avviato, nell'ambito del modello organizzativo della nuova sanità territoriale.

4. IMPLEMENTAZIONE DEL PROGETTO DAMA

Nel corso del 2022 è stata avviata la prevista azione volta favorire la disseminazione sull'intero territorio regionale del progetto D.A.M.A. (Disabled Advanced Medical Assistance), avviato dal 2000 nel Presidio Ospedaliero San Paolo di Milano a favore delle persone con grave disabilità e/o disturbi del neuro sviluppo e già replicato in più Presidi Ospedalieri della Regione, per rafforzare e consolidare i servizi già attivati, creando canali di continuità ed integrazione tra ospedale e territorio.
Lo sviluppo di tale azione, come indicato nel paragrafo "Disabilità Psichica" del presente documento, è stato sostenuto dal Progetto Pervinca di cui al Fondo Nazionale Autismo che, in coerenza con le Linee Guida dell'Istituto Superiore di Sanità, ha tra i suoi obiettivi la progettazione e messa in opera di un modello di rete di percorsi ospedalieri di prevenzione diagnosi e cura per le necessità sanitarie delle persone con grave disabilità e/o disturbi del neuro sviluppo basati sul modello organizzativo di DAMA organizzato in Hub e Spoke, con la definizione di protocolli operativi comuni e di modalità di comunicazione tra i nodi della rete e le realtà territoriali.
Il progetto, approvato dall'Istituto Superiore di Sanità, è stato avviato nel corso del 2022, sviluppando le azioni previste ed in particolare la progettazione, l'organizzazione e l'attivazione di corsi formativi sul modello organizzativo D.A.M.A. rivolta ai professionisti di tutte le ASST/IRCCS.

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

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

Nel corso del 2022, nell'ottica di dare compimento a quanto previsto dal livello nazionale in ordine alla riabilitazione in età evolutiva ed in attuazione degli indirizzi di programmazione di cui alla DGR n. XI/6387 16/05/2022 , è stato dato sviluppo al percorso di flessibilità nell'area della riabilitazione in età evolutiva in funzione dell'implementazione dell'efficacia e dell'appropriatezza degli interventi con la costituzione **Gruppo di Lavoro "Area della riabilitazione in età evolutiva**" con Decreto della Direzione Generale Welfare n.11787 del 05/08/2022, successivamente integrato con il Decreto n. 17766 del 02/12/2022.
La composizione del Gruppo di Lavoro, che segna lo sviluppo di un percorso integrato e sinergico tra la U.O. Rete Territoriale e la U.O. Polo Ospedaliero della Direzione Generale Welfare, garantisce la partecipazione di tutti gli interlocutori istituzionali, e non, coinvolti in tale area (ASST, ATS, rappresentanti degli Enti gestori dei servizi di riabilitazione in età evolutiva della rete sanitaria e sociosanitaria, nonché degli Enti che hanno sostenuto le Sperimentazioni Ria Minori e Case Management).
Tale articolata composizione è funzionale allo sviluppo degli elementi che hanno determinato la costituzione dello stesso GdL, ovvero la necessità di procedere alla definizione di criteri di accreditamento di appropriatezza specifici per l'età evolutiva, inserendo organicamente i servizi di riabilitazione per l'età evolutiva nella rete dei Servizi dedicata ai disturbi dello sviluppo neuropsichico dell'infanzia e dell'adolescenza, in un'ottica di integrazione e continuità dei percorsi di cura tra ambito sanitario e sociosanitario, allineando regole e sviluppando un sistema informativo integrato per tutti gli ambiti che operano nell'area della NPIA.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Il nuovo flusso NSIS SIAR sarà alimentato dal flusso informativo regionale SDOFAM, dal gestionale SIDI e dalla Scheda Struttura limitatamente ai dati aggregati riferiti al personale in termini di ore lavorate per figura professionale. Non si esclude a tale proposito, che le scadenze di invio di Scheda Struttura, limitatamente alla sezione "Personale" possano essere adeguate alle esigenze del nuovo livello informativo nazionale, anticipandone le tempistiche di invio.
Si prevede fin d'ora una modifica del tracciato del flusso regionale SDOFAM per recepire il livello informativo nazionale e non si escludono altre modifiche all'esito dei lavori in via definitiva del GdL ministeriale.
Per SDOFAM, SIDI e Scheda Struttura sono al momento confermate le modalità e le tempistiche di rendicontazione vigenti, salvo diverse disposizioni conseguenti all'esito dei lavori del GdL nazionale.
L'istituzione di un nuovo flusso informativo nazionale finalizzato alla rilevazione delle prestazioni di riabilitazione territoriale rende necessaria la corretta rendicontazione delle prestazioni a livello regionale al fine di concorrere positivamente al raggiungimento degli obiettivi di PNRR. E' pertanto fondamentale operare ponendo la massima attenzione alla corretta gestione degli errori in esito alle procedure di controllo della piattaforma Smaf.
Per quanto riguarda l'alimentazione dei Modelli Ministeriali, le unità d'offerta che concorrono al nuovo flusso informativo SIAR sono censite secondo il seguente schema:

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

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

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

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

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

regolamentare vigente per RSD e CSS.

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

La decorrenza prevista dalle regole sopra definite si intende dal giorno di effettivo compimento dell'età.
Le presenti determinazioni sono assunte a parità di risorse di budget, nell'ambito della macroarea 4 dell'allegato 1) al presente atto.

5. AREA MISURE INNOVATIVE A FAVORE DELLA POPOLAZIONE FRAGILE

1. INDICAZIONI PER LE MISURE INNOVATIVE

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

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

Si conferma la loro prosecuzione nel 2023 richiamando le previsioni di cui alla DGR XI/6387 16/05/2022. I contratti 2023 per le misure sono sottoscritti dalle ATS con le stesse tempistiche e la stessa validità temporale di quelle delle Unità di offerta consolidate.
Il budget 2023 della RSA Aperta è definito secondo le determinazioni di cui ai paragrafi successivi e, in analogia a quanto disposto per la rete ordinaria, è rimodulabile secondo i criteri delle altre UdO, potendo altresì concorrere al budget di filiera. I budget per il finanziamento dei contratti relativi alle Misure, per la parte a valere sulle risorse di parte corrente del FSR indistinto 2023, concorrono all'eventuale processo di rimodulazione di fine esercizio, in una logica di piena trasversalità da e verso i setting della rete consolidata delle unità di offerta sociosanitarie. La rimodulazione di queste quote non è in ogni caso soggetta a storicizzazione sull'esercizio successivo.

Non accedono al contratto le sperimentazioni e le strutture erogatrice di RSA Aperta inattive nei 12 mesi antecedenti l'adozione del presente provvedimento e parimenti per le medesime non opera la proroga dei primi 4 mesi.
Nelle more della messa a sistema del processo di erogazione in modalità di telemedicina secondo quanto previsto dall'Accordo Stato-Regioni n. 215 de 17/12/2020 e dall'Accordo Stato-Regioni n. 231 del 18/11/2021 e nelle more della messa a regime della piattaforma regionale di telemedicina in corso di implementazione, si garantisce per il 2023 la possibilità di dare continuità all'erogazione di prestazioni in modalità da remoto per i servizi di RSA aperta.

2. MISURA RESIDENZIALITÀ ASSISTITA E MISURA RESIDENZIALITÀ ASSISTITA PER RELIGIOSI

Per la **Residenzialità Assistita,** si richiamano le determinazioni di cui alla DGR n. XI/6387 del 16/05/2022. Fatto salvo il rispetto di quanto previsto dalla DGR n. X/7769/2018 in ordine alle modalità di accesso, di erogazione della Misura, nel corso del 2023 le ATS potranno ammettere nuovi erogatori a contratto per residenzialità assistita, previa valutazione della copertura territoriale dell'offerta e nei limiti del budget di riferimento assegnato, da declinare a titolo di sotto budget sulle ASST quale modalità per assicurare la compatibilità tra i voucher emessi e il relativo finanziamento.
In considerazione della registrazione nel corso del 2022 di un trend di utilizzo della Misura allineato a quello del 2021, con la conferma di un decremento di circa il 15% rispetto ai valori registrati nel 2019, nel corso del 2023 si procederà, in collaborazione con le ATS e le ASST, ad un approfondimento in ordine alla collocazione e relativo impatto della Misura all'interno sistema di servizi erogati in favore di persone anziane.
Sono destinate alla Misura della residenzialità assistita risorse complessive di FSR fino ad euro 5.344.000.

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

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

Si conferma altresì che, in caso di comunità di nuova attivazione o di modifiche di comunità già attive, fatta salva la verifica positiva dei requisiti da parte delle equipe di Vigilanza, le ATS assicurano in corso d'anno la sottoscrizione dei contratti, nei limiti dei budget a disposizione delle Agenzie.
Sono destinate alla Misura della residenzialità assistita per religiose risorse complessive di FSR fino ad euro 3.165.000,00.

3. RSA APERTA E VILLAGGIO ALZHEIMER

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

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

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

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

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

In merito al Villaggio Alzheimer, si confermano le indicazioni di cui alla DGR n. XI/6387 del 16/05/2022 per le due sperimentazioni attivate.
Nel corso del 2023 gli elementi relativi alle due progettualità contenuti nelle relazioni redatte dalle ATS di riferimento saranno inseriti nel lavoro che sarà svolto, in raccordo e coordinamento con la Commissione Tecnica Demenza afferente alla Rete delle Neuroscienze (istituita con Decreto n.18447 del 17/12/2019), in un'ottica di sviluppo di percorsi di presa in carico delle persone con demenza che, lungo tutto il decorso della malattia, garantiscano continuità e modularità di risposte ai bisogni delle persone e delle loro famiglie.
Sono destinate alla Misura risorse complessive di FSR fino ad euro 28.500.000, comprensivo degli interventi del Villaggio Alzheimer in quanto rientrante nell'area dei servizi rivolti alle persone affette da demenza.

4. COMUNITÀ PER MINORI VITTIME DI ABUSO E GRAVE MALTRATTAMENTO

Per la Misura Comunità per minori vittime di abuso e grave maltrattamento, fatto salvo il rispetto di quanto previsto dalla DGR X /7626 del 28/12/2017, si richiamano le determinazioni di cui alla DGR XI/6387 del 16/05/2022.
Si richiama il compito definito in capo all'ATS in ordine al monitoraggio dell'appropriatezza degli inserimenti dei minori, con particolare riferimento alla loro durata, anche qualora svolti in strutture diverse, nel rispetto alle finalità della misura. Tali elementi saranno oggetto di un percorso di approfondimento che sarà svolto con le ATS nel corso del 2023.
Le ATS sono altresì tenute alla continua verifica della compatibilità della spesa rispetto alle assegnazioni a disposizione delle Agenzie.
Per il 2023 si conferma un'assegnazione di risorse di FSR fino ad euro 11.000.000.
Al fine del governo delle risorse destinate in via specifica alla Misura, le ATS operano un monitoraggio trimestrale dell'andamento degli inserimenti, con particolare riguardo alla durata dei medesimi, intraprendendo le necessarie azioni correttive.

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

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

anni di convenzioni con le ATS per l'erogazione di riabilitazione ambulatoriale e diurna.
Tale inclusione è comunque stata circoscritta fino alla conclusione del processo di stabilizzazione che è stato inoltre inserito tra gli obiettivi in capo al Gruppo di Lavoro "Area della riabilitazione in età evolutiva" per cui si rimanda al paragrafo "Il percorso di flessibilità nell'area della riabilitazione in età evolutiva in funzione dell'implementazione dell'efficacia e dell'appropriatezza degli interventi" del presente documento.
Al fine di dare continuità agli interventi ad oggi garantiti ai minori ed alle loro famiglie, nel 2023 si darà continuità alle attività dei progetti di Riabilitazione Minori e Case Management, entro i quali è stato ricondotto anche il "Counseling educativo/abilitativo a favore di soggetti con autismo e disturbi generalizzati dello sviluppo" attivo presso l'ATS Città Metropolitana di Milano.

La natura sperimentale di tali progetti determina, come risulta evidente anche dal modello di convenzione, che ogni singolo progetto deve rispondere dell'attuazione dei contenuti e delle modalità indicate nella progettualità singolarmente approvata tramite specifico Decreto regionale.
Alla luce di quanto sopra, essendo prioritaria la valutazione del progetto inizialmente autorizzato, tutte le richieste di flessibilità non possono che essere coerenti con la stessa. Quindi in ordine al riconoscimento delle attività indirette (a favore della famiglia e/o della rete), le stesse devono essere previste dal progetto e attuate con le modalità ivi indicate, compreso eventualmente il tetto massimo.
In ordine al tema della numerosità degli interventi erogabili nella medesima giornata, si rileva che le modalità erogative possono essere oggetto di flessibilità, fermo restando il rispetto del tetto massimo del budget, al fine di un allineamento delle sperimentazioni ai principi espressi nelle linee di programmazione regionale in ordine all'importanza dell'appropriatezza erogativa rispetto ai percorsi di cura differenziati per intensità e alla conciliazione dei percorsi con i tempi di vita dei minori e delle loro famiglie.
Si evidenzia l'importanza di effettuare verifiche di appropriatezza in ordine a quanto garantito ai singoli beneficiari.
Nei percorsi riabilitativi per minori, gli interventi indiretti svolgono un ruolo significativo agendo nei confronti del contesto di vita e della rete di riferimento dei minori in un'ottica di azione sinergica in favore dell'evoluzione di tali percorsi.
In considerazione delle diverse modalità di raccordo che, anche alla luce dell'esperienza pandemica, i diversi servizi hanno sperimentato e nel tempo consolidato, pervenendo ad una gestione mixata di incontri di rete in presenza e da remoto, ritenendo tale possibile modulazione degli interventi un elemento a favore della massimizzazione del tempo lavoro, si prevede la possibilità che nell'ambito delle sperimentazioni Ria e Case Management gli incontri con i servizi che a diverso titolo seguono il minore (UONPIA, altri servizi/strutture sanitarie e/o sociosanitari, Scuola, servizi sociali dei Comuni/Ambiti) possano avvenire anche con modalità telematica ed essere rendicontati con le stesse modalità e valorizzazioni previste per le attività in presenza.

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

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

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

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

6. RESIDENZIALITÀ MINORI DISABILI GRAVISSIMI

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

6. AREA ANZIANI

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

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

Indicatori demografici (Italia e Lombardia, Fonte Istat)

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

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

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

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

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

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

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

<u>Potenziamento sul territorio della lomellina della presa in carico del paziente affetto da demenza</u>

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

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

La prevalenza dei cittadini ultrasessantacinquenni con demenza, che utilizzano i servizi sanitari e/o sociosanitari, in Lomellina e in Oltrepò è stata di circa il 5% nel 2019 e tendenzialmente in crescita nei tre anni successivi per tutti gli Ambiti territoriali dell'ATS di Pavia, attestandosi su valori non distanti dalla stima della prevalenza di tutte le demenze (circa 5-6%) ricavata con studi di popolazione esistenti.
Appariva invece sottostimata, in Lomellina e in Oltrepò, la prevalenza della malattia di Alzheimer; tale dato con tutta probabilità è attribuibile all'assenza di un Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenze in tale ambito territoriale poiché nel territorio della ATS di Pavia vi sono due centri, entrambi dislocati nel Pavese.
Dalle analisi effettuate dall'ATS di Pavia è emerso, inoltre, che sul territorio della Lomellina non vi è solo una sottostima della patologia, ma anche una minore presa in carico sul territorio e un utilizzo inferiore di servizi dedicati di tipo ambulatoriale e/o

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

7.AREA ASSISTENZA DOMICILIARE

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

PIANO-MISSIONE:
PNRR: Piano nazionale di ripresa e resilienza
M6 – Missione 6 Salute
COMPONENTE
C1: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale
INVESTIMENTO
M6C1I1.2 - Casa come primo luogo di cura e telemedicina
SUB-INVESTIMENTO
M6C1 I1.2.1_Assistenza domiciliare 2 miliardi e 700 milioni a livello nazionale

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

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

In particolare, attraverso il sub-investimento M6C1I1.2.1 - Assistenza domiciliare: l'obiettivo è quello di aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare fino a prendere in carico, entro il 2025 a livello nazionale almeno il 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni (in linea con le migliori prassi europee),

rispetto all'attuale in media tra le diverse regioni italiane di poco inferiore al 5%. Il PNRR ha infatti definito la strategia e la performance attesa dal SSN. Il livello nazionale dispone il riparto delle risorse, le regole di relativo utilizzo, gli indicatori diretti a misurare l'avanzamento intermedio nel raggiungimento dell'obiettivo target definito da parte dei singoli sistemi regionali (flusso SIAD).
In questo contesto le singole regioni devono quindi definire le azioni organizzative dirette a traguardare lo scenario per il miglior concorso al raggiungimento del target definito.

Con DGR XI/7592/2022 è stata approvata in questo contesto la programmazione di un primo cronoprogramma per il concorso di ciascuna ATS e ASST al raggiungimento dell'obiettivo come ad oggi definito dall'ipotesi di riparto calcolata a livello nazionale per le singole regioni e che fissa per regione Lombardia un target al 2025 di prese in carico (PIC SIAD) pari a 214.400 pari al 8,98% della popolazione over 65 anni, con un incremento netto del 4,95%, pari a + 121.850 entro il 2025, rispetto al valore T0 di 92.551 assistiti over 65 anni. In sede di successivi provvedimenti verranno assunte determinazioni volte ad allineare i target programmati con eventuali variazioni disposte in sede di riparto definitivo del target a livello nazionale.
Questo a partire dall'utilizzo delle risorse di personale assegnate al territorio ex DL 34/2020 per l'ADI e del 50% degli infermieri di famiglia e di comunità (IFeC) già assunti ovvero in corso di assunzione, come previsto dalle indicazioni del decreto in corso di finalizzazione a livello nazionale che disporrà il riparto del target e delle risorse.
Nelle tabelle che seguono viene indicato:

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

Ai fini del raggiungimento dell'obiettivo target concorrono i poli territoriali di ASST, gli enti gestori accreditati e a contratto per le cure domiciliari nell'ambito delle previsioni di cui alla DGR XI/6867/2022 in relazione alle regole di riparto a livello nazionale, le prestazioni domiciliari della medicina generale, anche attraverso i relativi infermieri, in una logica di raccordo hub e spoke con le Case di Comunità, nel quadro del modello organizzativo di cui alla DGR XI/6760 del 25/07/2022.
Come previsto nell'atto di approvazione della programmazione della Missione 6 del PNRR di cui alla DGR XI/7592/2022, viene declinato nella tabella di seguito l'obiettivo per ciascuna delle annualità di PNRR in capo alle singole ASST del Comune di Milano **in termini di prese in carico in ADI (PIC SIAD).**

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

TABELLA N. 1 obiettivo target PNRR per ATS

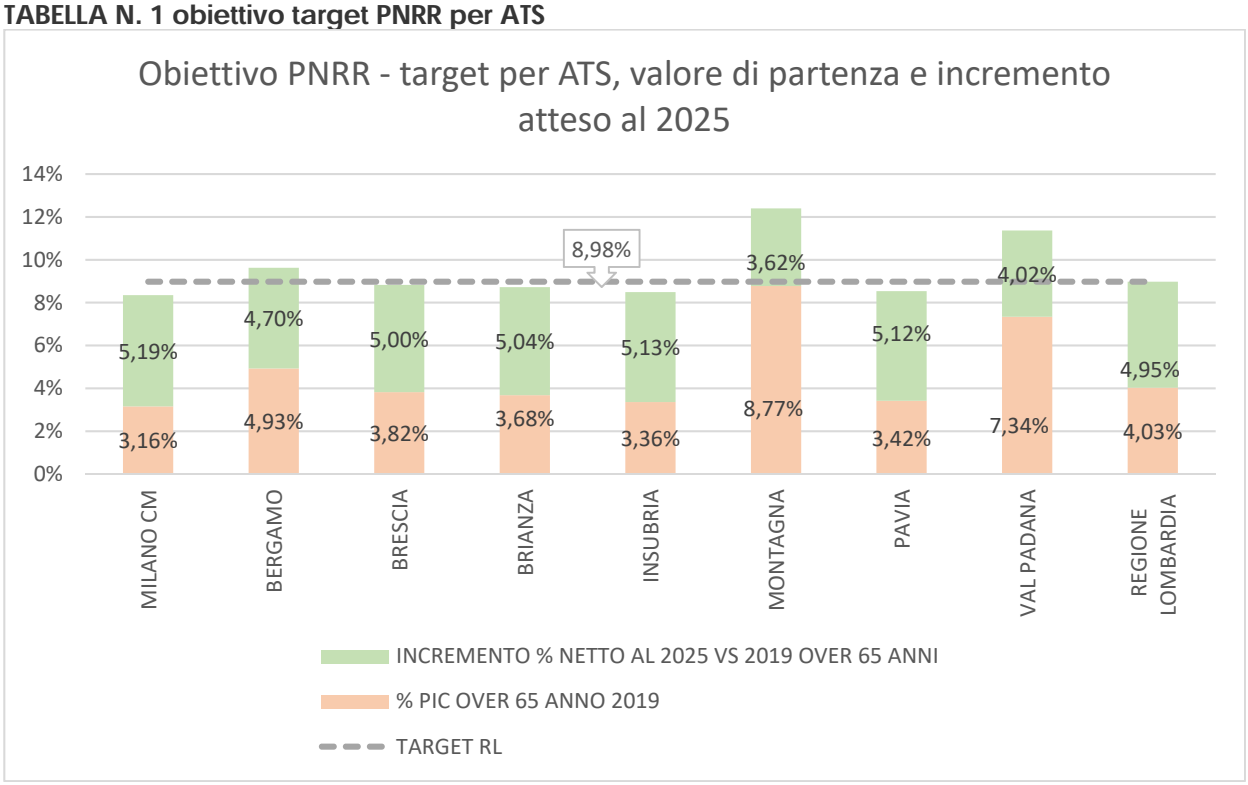


TABELLA N. 2 obiettivo target PNRR per ATS

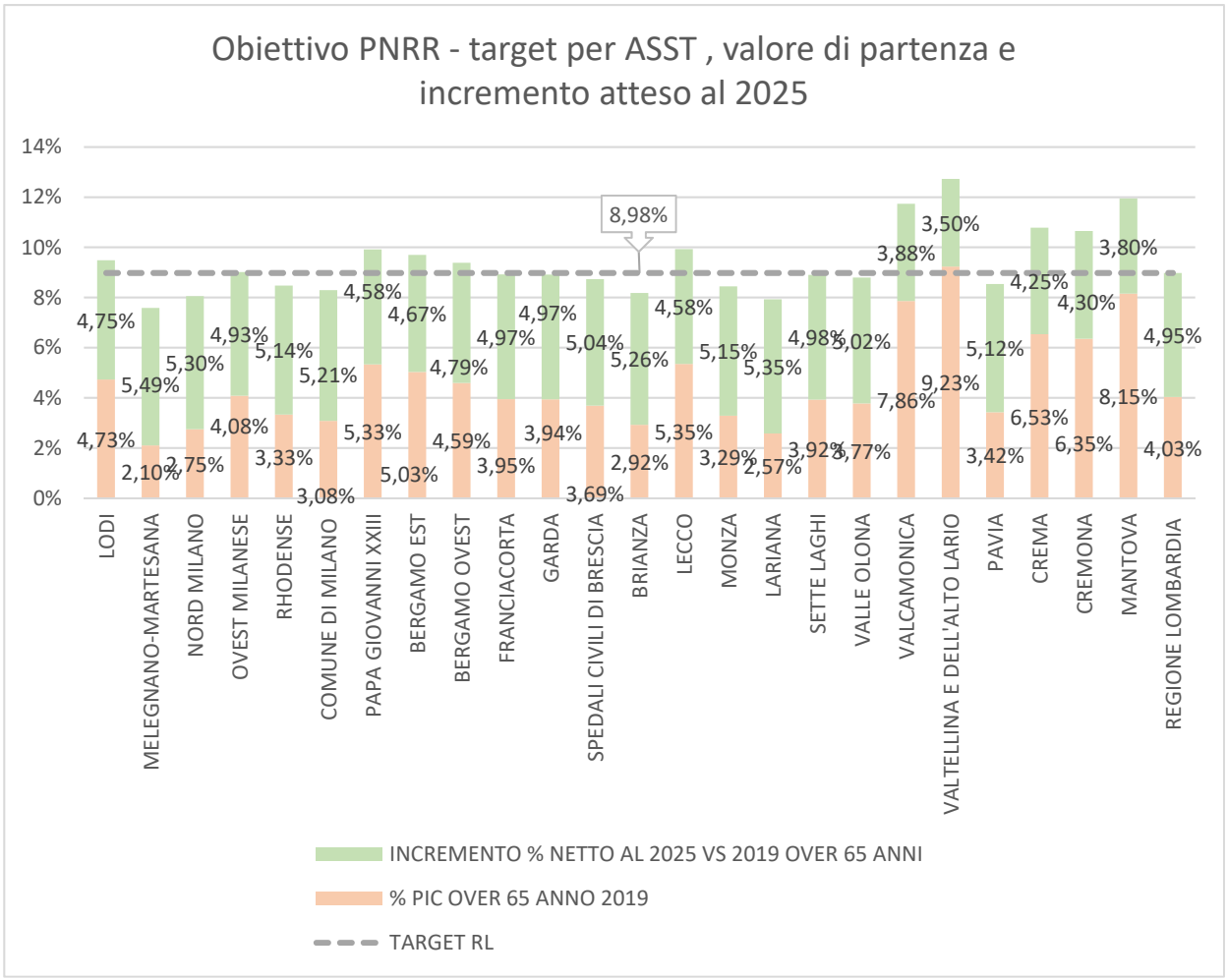


TABELLA N. 3 Ipotesi della dinamica di incremento netto di prese in carico pz over 65 anni per singola annualità

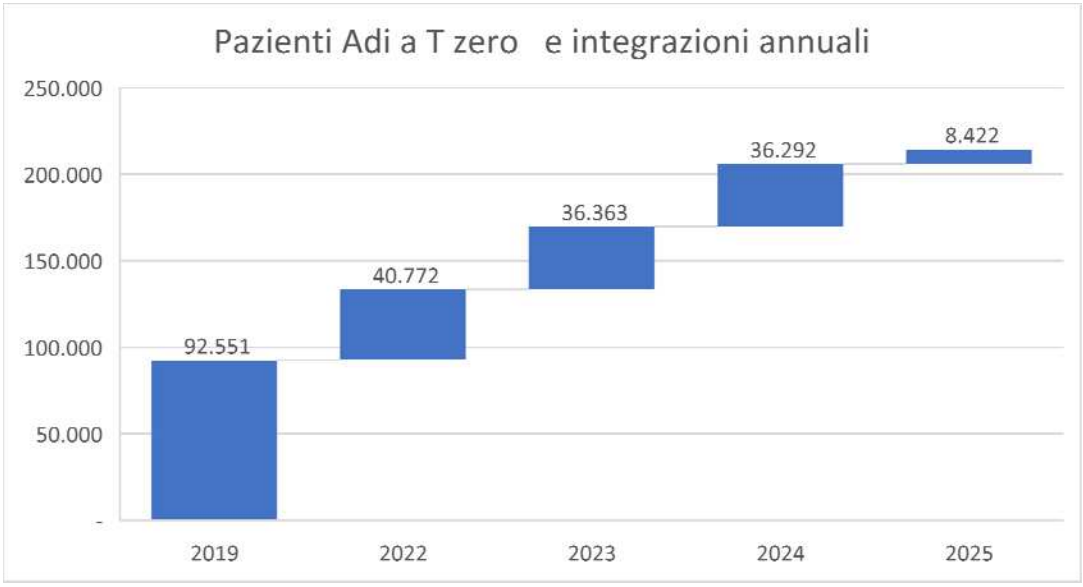


TABELLA n. 4 Incremento lordo per ATS e ASST per annualità fino al 2025, oltre all'obiettivo di mantenimento del livello 2019 di 92.551 assistiti al 1/'1/2020

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

TABELLA N. 3 obiettivo target PNRR per ATS

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

TABELLA N. 4 obiettivo target PNRR per ASST

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

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

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

è possibile implementare processi di telemedicina, in una logica di prevenzione del carico di cronicità legato all'età sul SSR, in allineamento al percorso di implementazione previso dal decreto stesso.
Ai fini del raggiungimento del target di PNRR legato all'implementazione delle cure domiciliari nella logica del PNRR e del DM 77/2022, e, con esso, del pieno concorso

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

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

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

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

2. EVOLUZIONE DEL SISTEMA INFORMATIVO A SUPPORTO DELLE CURE DOMICILIARI

Nel corso del 2022 la piattaforma regionale costituente il Sistema di Gestione Digitale Territoriale (SGDT) ha visto la messa in esercizio di alcuni moduli funzionali al processo di presa in carico nell'assistenza domiciliare.
Sono già disponili e in esercizio i moduli relativi all'Accoglienza, alla Valutazione, al Progetto Individuale. Nel corso del 2023 sarà reso disponibile anche il modulo relativo all'Erogazione. In particolare, con specifico riferimento alle cure domiciliari, il modulo di Valutazione mette a disposizione dei soggetti valutatori deputati alla VMD per la presa in carico in Assistenza Domiciliare Integrata gli strumenti del Triage, come evoluto dalla DGR 6867/2022, dell'Interai HomeCare e la scheda Siad finalizzata all'adempimento del debito informativo.
L'equipe di Valutazione Multi-Dimensionale (EVM), nell'ambito delle articolazioni organizzative dei distretti delle ASST, in corso di sviluppo in attuazione del DM 77/2022, e i MMG possono fin da subito, previo completamento delle operazioni di profilazione, utilizzare la piattaforma regionale per le fasi di presa in carico e valutazione dell'assistito, garantendo anche la rivalutazione periodica della persona assistita.
In prospettiva evolutiva, la SGDT, attraverso un servizio di cooperazione applicativa, renderà disponibili agli erogatori delle cure domiciliari scelti dal cittadino gli elementi della valutazione (Triage e, quando necessario, Interai Homecare) e il Progetto Individuale predisposto dall'EVM, nonché la scheda Siad. Con la formulazione del Progetto Individuale, che comprende anche il PRI quando necessario, l'EVM individua le risposte assistenziali, differenziate per intensità e complessità, e assegna il percorso/livello più appropriato rispetto ai bisogni individuati.
L'erogatore di cure domiciliari che prende in carico l'utente, acquisita nei propri sistemi informativi attraverso il servizio di cooperazione applicativa la

documentazione sanitaria predisposta dall'EVM di ASST, definirà il PAI e si attiverà per l'erogazione secondo i paradigmi stabiliti dalla DGR 6867/2022.
Nel disegno complessivo evolutivo del sistema di Gestione Digitale del Territorio, l'erogatore di cure domiciliari, attraverso un secondo servizio di cooperazione applicativa, renderà disponibili alla piattaforma regionale i dati riferiti agli eventi legati all'assistenza erogata. I due servizi in ogni caso conteranno le informazioni necessarie a garantire il livello informativo funzionale all'alimentazione del flusso Siad. In quest'ottica, e secondo questo modello, l'implementazione della SGDT si pone in prospettiva, quale obiettivo strategico, quello di superare progressivamente l'attuale logica del conferimento periodico dei dati attraverso i flussi informativi di rendicontazione ex post con un nuovo sistema di conferimento dei dati *real time* per consentire un reale e tempestivo monitoraggio del bisogno utile per la governance del SSR nonché per la gestione di eventuali casi di emergenza.
Le specifiche tecniche dei due servizi di cooperazione applicativa su richiamati sono in corso di definizione e saranno oggetto di un atto formale predisposto dalla DG Welfare.

3. GESTIONE DELLA FASE TRANSITORIA

Per la gestione della fase transitoria, come anticipato dal paragrafo 18 della DGR 6867/2022, l'ente gestore, all'esito positivo della riclassificazione dell'accreditamento acquisisce un nuovo Cudes, con conseguente acquisizione dello status di unità d'offerta C-DOM, che, ai fini delle rendicontazioni periodiche, dovrà essere utilizzato non prima del 1/4/2023. L'ente gestore riclassificato provvede alla chiusura delle prese in carico che risultano attive al 31/3/2023 procedendo ad una dimissione "tecnica", che in ogni caso si classifica quale dimissione amministrativa, e pertanto garantendo in ogni caso la continuità assistenziale. In fase di primo avvio gli stessi enti gestori provvedono alla riconversione dei profili secondo il nuovo sistema dei percorsi/livelli e ne danno comunicazione alle Asst e alle Ats secondo le indicazioni che le stesse allo scopo forniranno al fine delle verifiche di coerenza.
Gli enti gestori, contestualmente, procedono all'apertura della presa in carico per gli stessi assistiti con data 1/4/2023 utilizzando i nuovi Cudes post-riclassificazione. Per la riconversione nei percorsi/livelli del nuovo modello di erogazione delle cure domiciliari l'ente gestore farà riferimento agli esiti dell'ultima valutazione in corso di validità.
Successivamente al 1/4/2023, le eventuali rivalutazioni, ordinarie o straordinarie, che si rendono necessarie per gli assistiti oggetto di riconversione provvisoria, saranno indirizzate alle EVM dell'Asst competente che potrà procedere alla valutazione utilizzando gli strumenti della piattaforma regionale. In questo caso, l'EG dovrà provvedere alla dimissione amministrativa dell'utente e la rivalutazione dell'EVM di Asst si configurerà quale prima valutazione di presa in carico, potendo attivare il processo digitale predisposto sulla SGDT.
L'Ente Gestore che non presenta istanza di riclassificazione, o nel caso di istruttoria di riclassificazione con esito non positivo, è tenuto a coordinarsi con l'Asst di riferimento affinchè sia garantita, a partire dal 1/4/2023, la continuità assistenziale agli assistiti in loro carico.
Al fine della progressiva implementazione della SGDT, dall' 1/4/2023 le nuove prese in carico in assistenza domiciliare potranno gradualmente e progressivamente

essere attivate utilizzando le funzioni messe a disposizione dalla SGDT, anche in considerazione del progressivo subentro nella rete d'offerta regionale della componente di parte pubblica.
A tutto il 2023 il debito informativo, costituito dai flussi Siad e FE4 è garantito a Regione Lombardia per il tramite delle Ats con invio tramite Smaf.
Per il primo trimestre 2023 sono confermate le regole, contenuti e procedure di rendicontazione vigenti fino all'entrata in vigore delle disposizioni della DGR 6867/2022 di riordino dell'Adi. L'ente gestore, per la rendicontazione della produzione, a tutto il 31/3/2023 utilizza il Cudes Adi pre-riclassificazione. Gli uffici regionali comunicheranno per tempo indicazioni per la chiusura delle pratiche/posizioni rispetto al flusso SIAD ed FE4.

A partire dal secondo trimestre 2023, eventuali evoluzioni dei flussi informativi Siad ed Fe4 saranno valutati e quanto prima comunicati da parte degli uffici regionali competenti.
Tenuto conto del sistema allargato delle cure domiciliari, si conferma che le prese in carico in Rsa Aperta e in Adp delle cure primarie concorrono all'alimentazione del flusso Siad nazionale. Pertanto, anche nel 2023 si procederà alla rilevazione della produzione erogata secondo le indicazioni fornite dai competenti uffici della DG Welfare.
E' in corso da parte del Ministero della Salute la valutazione di una evoluzione del flusso informativo Siad nazionale orientato principalmente ad una più puntuale identificazione dell'assistenza erogata dalla rete di cure palliative domiciliari, nonché alla rilevazione delle prestazioni erogate in modalità da remoto con la telemedicina. Gli esiti in via definitiva dei lavori ministeriali potrebbero rendere necessario provvedere all'adeguamento dei tracciati regionali dei flussi informativi Siad e CP.

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

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

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

<u>Assistenza al domicilio di pazienti oncologici</u>

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

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

Il progetto Homcology si rivolge a:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CURE PALLIATIVE

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

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

a. la promozione dell'utilizzo dello Strumento (sub-allegato E ex DGR 1046/2018) aggiornato, ai fini dell'avvio della valutazione della condizione clinica del malato da parte delle Reti Locali di Cure Palliative che dovrà prevedere momenti di formazione specifica, rivolta ai professionisti coinvolti nel processo, in particolar modo, MMG, IFoC, medici delle RSA, medici specialisti di branca;
b. l'introduzione di strumenti univoci di valutazione multidimensionale, di competenza specialistica, per stratificare il BCP per livelli di complessità e di intensità assistenziale, prevedendo anche in questo caso una formazione ad hoc.

2. Efficientamento della capacità erogativa delle rlcp ai fini di una risposta più puntuale al BCP, nonché al fine di dare la massima prossimità alle cure, saranno progressivamente monitorati e identificati i profili/livelli assistenziali da assicurare sia in ambito ospedaliero che territoriale, con particolare riguardo alle attività ambulatoriali (comprese le cure simultanee) e consulenziali (intra ed extraospedaliere) incluse le forme di tecnoassistenza. In tal senso, si procederà a valutare l'attivazione di un flusso informativo dedicato a questa tipologia di prestazioni, ad implementazione del Flusso CP, e contestualmente ad aggiornare le schede struttura in modo coerente alle suddette attività.

- *Cure palliative specialistiche in Ospedale*: nel corso del 2023 la DG Welfare, in aderenza all'articolo 38, comma 2 del DPCM del 12 Gennaio 2017 "Nuovi LEA" e in attuazione del DM 77 del 23 maggio 2022, monitora l'attività di cure palliative nell'ambito delle strutture ospedaliere da parte di Équipe dedicate di cure palliative. L'équipe di cure palliative svolge funzioni di governo clinico dei processi di ricovero e dimissione dei malati con BCP, coordinando e integrando le Cure palliative nei diversi livelli di assistenza, in collaborazione con le COT, i PUA, l'ADI complessa e l'Assistenza Primaria.
- *Cure palliative specialistiche in ambulatorio*: sono erogate in modo precoce e simultaneo da equipe dedicate e specificatamente formate in cure palliative che operano all'interno della RLCP nei livelli ospedaliero e territoriale. Ai fini di una risposta più puntuale al Bisogno di Cure Palliative, e per dare la massima prossimità alle cure, saranno progressivamente monitorati e valutati i profili/livelli assistenziali da assicurare sia in ambito ospedaliero che territoriale, con particolare riguardo alle attività ambulatoriali (comprese le cure simultanee) e consulenziali (intra ed extraospedaliere), incluse le forme di tecno-assistenza, per una progressiva attivazione presso Case di Comunità e altre strutture accreditate per le Cure Palliative.
- *Ulteriori Azioni di efficientamento delle RLCP*: al fine di valorizzare l'offerta territoriale di cura e assistenza in modo omogeneo nelle diverse aree geografiche, verranno messe in atto azioni volte a sviluppare le migliori sinergie tra tutti i soggetti erogatori di cure palliative e le altre risorse del territorio di riferimento delle RLCP. Inoltre, sarà utile effettuare l'analisi degli strumenti di valutazione dell'appropriatezza, in uso presso le ATS, per l'ambito specifico delle cure palliative per un loro successivo aggiornamento.

3. FORMAZIONE DEGLI OPERATORI

Nel corso del 2023 in attuazione al Piano degli eventi formativi 2020-2023 rivolti al personale del SSR si procederà alla realizzazione dei percorsi formativi a favore dei professionisti delle Reti di cure palliative nonché, in aderenza all'Intesa CSR del 9 luglio 220 rep. Atti n. 103/CSR, dei referenti delle Organizzazioni di Volontariato delle Reti Locali di Cure Palliative

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

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

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

5. RETE DI TERAPIA DEL DOLORE

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

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

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

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

8. MEDICINA DI GENERE

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

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

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

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

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

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

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

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

–

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Gli spostamenti hanno come obiettivo un riequilibrio dell'offerta nell'ambito territoriale, e possono avvenire purché l'unità d'offerta che riduce il proprio assetto sia e rimanga al di sopra dell'indice di dotazione medio regionale. A tale scopo, in calce al presente capitolo si fornisce, la situazione degli assetti contrattualizzati al 31/12/2021 (Appendice 1).
Restano escluse l'area delle dipendenze, delle cure intermedie, dell'ADI e le cure domiciliari, in quanto interessate da specifici processi di riordino.
Le proposte di spostamento dovranno essere presentate dalle ATS ai competenti uffici della DG Welfare, già corredate da proprio parere.
Le proposte dovranno attestare che:

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

- l'effettivo funzionamento delle udo che cedono i posti/volumi, nel quadro di quanto previsto al paragrafo del presente allegato che disciplina l'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 2022, rimane altresì confermata la possibilità introdotta per il biennio precedente con l'obiettivo di applicare le regole di prevenzione e controllo del rischio Covid correlato, di superare il tetto del 130% per la remunerazione delle prestazioni in regime ambulatoriale e domiciliare (rif. § 6.3.8.12 Ulteriori regole di remunerazione della DGR 2672/2019), fermo restando i limiti di risorse del budget assegnato alla struttura).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Eventuali UDO della rete consolidata e sperimentale:

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

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

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

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

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

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

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

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

25% dei budget delle nuove C-DOM si tiene conto degli effetti giuridici prodotti dall'applicazione delle determinazioni assunte con DGR XI/6991/2022.
Il contratto relativo alle UDO ADI coinvolte dal processo di riclassificazione di cui alla DGR XI/6867/2022, e sottoscritto nel 2022 dalle ATS ai sensi della DGR 6387/2022, ha efficacia giuridica a titolo di proroga fino al 31/03/2023 e per effetto dell'applicazione delle determinazioni di cui alla DGR XI/6991/2022 ha una scheda di budget valore di riferimento per gli acconti calcolato incrementando il valore del budget definitivo 2022 della differenza positiva diretta a garantire sul trimestre 2023 il valore del 2,5% dell'incremento tariffario su base annua disposto dalla medesima delibera (2,5%-1,88%).
Il processo di definizione del budget 2023 rivolto alle UDO di C-DOM derivanti dal processo di riclassificazione si articola nei seguenti passaggi:

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

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

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

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

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

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

TERZA FASE: AGGIORNAMENTO PER TENERE CONTO DEI PERIMETRI DI RICLASSIFICAZIONE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Anche per l'esercizio 2023 si prevede la possibilità per l'Ente gestore riconosciuto come Ente unico di chiedere, anche trasversalmente sulle differenti tipologie di unità di offerta sociosanitarie ricomprese nell'atto che lo riconosce Ente unico, la stipula di un "contratto di filiera". Il valore del budget è pari alla somma dei budget definitivi sottoscritti nel 2022 – come eventualmente ricalcolati in ragione dell'applicazione dei provvedimenti e delle regole richiamate ai paragrafi precedenti del presente atto – sui diversi setting oggetto del contratto di filiera con rilevanza complessiva e indistinta in termini di livello di relativo assorbimento a fine esercizio. Tenuto conto di un contesto di gestione qualificato sin dal 2021 da un processo di rimodulazione delle attività assistenziali della rete di offerta e non da una disposizione di blocco totale e continuativo delle stesse, si prevede che eventuali forme di ristoro che dovessero essere successivamente previste a livello nazionale anche legate al caro energia, non troveranno applicazione nelle ipotesi di unità d'offerta inattiva (senza produzione sull'esercizio), neanche con riferimento alle fattispecie di contratto di filiera. Al fine della stipula del contratto, rimane fermo l'utilizzo dello schema tipo approvato per l'area sociosanitaria con il presente provvedimento, integrato con l'indicazione di tutte le UDO con esso contrattualizzate sull'esercizio 2023, con una scheda di budget per struttura e una scheda di riepilogo dell'afferenza alla filiera, trasversalmente riferita ai setting in esso ricompresi.
Il contratto di filiera di Ente unico non può comportare la storicizzazione sull'esercizio successivo della dinamica di assorbimento delle risorse di budget che produrrà sul 2023 sui diversi setting assistenziali sui quali è declinato.
Si richiama qui quanto previsto ai paragrafi precedenti, laddove si prevede il passaggio il passaggio al regime della valorizzazione del budget nei limiti di quello riconosciuto nell'esercizio precedente al netto delle eventuali quote non storicizzabili, tenuto in ogni caso conto della necessità di ricercare il coordinamento tra tale meccanismo e quello, funzionale alla continuità assistenziale, del budget di filiera.
Il passaggio al regime della valorizzazione del budget nei limiti di quello riconosciuto nell'esercizio precedente al netto delle eventuali quote non storicizzabili.
Tenuto conto dei molteplici processi in atto legati all'attuazione della L.R. 22/2021, si prevede che nel corso dell'anno 2023 verrà avviato un gruppo di lavoro regionale con la partecipazione delle ATS ai fini di approfondire quanto previsto all'art. 15 c. 12 bis della Legge Regionale 33/2009, e questo con riferimento sia all'ambito territoriale che del polo ospedaliero.

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

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

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

Questo con l'obiettivo:

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

E conseguentemente:

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

- il budget 43 san derivante da dimissioni nel corso del 2023 da posti di **centro diurno di NPIA** in applicazione di una tariffa specifica legata a comprovate condizioni cliniche, non può essere utilizzato da ATS e UONPIA per ulteriori inserimenti ex 43 san, potendo esclusivamente impiegarlo per il passaggio al contratto ordinario con stipula del contratto con ATS di ubicazione e passaggio del budget da ATS di assegnazione a ATS di ubicazione – se diverse – con applicazione delle tariffe del nomenclatore; funzionamento del posto a produzione, con compensazione della mobilità a fine esercizio; con riferimento invece ai posti occupati a titolo di 43 san alle tariffe previste dal nomenclatore tariffario di NPIA, le ATS di ubicazione provvedono al passaggio dei posti al regime del contratto ordinario;

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

- il budget di 43 san 2023 derivante da dimissione nel corso del 2023 da posto di **centro diurno della salute mentale adulti** per i quali è applicata una tariffa specifica legata a comprovate condizioni cliniche, non può essere utilizzato da ATS e UO di psichiatria per ulteriori inserimenti ex 43 san, potendo esclusivamente impiegarlo per il passaggio dei posti al contratto ordinario, con stipula del contratto con ATS di ubicazione e passaggio del budget da ATS di assegnazione a ATS di ubicazione – se diverse – con applicazione delle tariffe del nomenclatore, il funzionamento del posto a produzione, con compensazione della mobilità a fine esercizio; con riferimento ai posti occupati a titolo di 43 san alle tariffe previste dal nomenclatore tariffario di UO di psichiatria, si prevede il passaggio al contratto ordinario con stipula del contratto con ATS di ubicazione e passaggio del budget da ATS di assegnazione a ATS di ubicazione – se diverse – con applicazione delle tariffe del nomenclatore, funzionamento del posto a produzione, con compensazione della mobilità a fine esercizio;

Il decreto di assestamento del FSR per l'esercizio 2023 sarà adeguato a tale conversione anche tenendo conto delle quote extracontratto che le ATS cederanno ad altre ATS, quando impegnate per propri pazienti inseriti in strutture ubicate in altri territori lombardi.
L'utilizzo della quota sanitaria 43 san *è autorizzato esclusivamente* con riferimento a pazienti psichiatrici o minori in carico alla neuro psichiatria per il ricovero in strutture terapeutiche di tipo sanitario.
Come già indicato nella DGR XI/6387-2022, le quote di 43/SAN non impiegate nel processo di contrattualizzazione devono essere destinate ad inserimenti che non trovano collocazione nelle Strutture terapeutiche lombarde, a seguito di una puntuale e attenta valutazione da parte di ASST e ATS che **evidenzi la saturazione delle strutture e le motivazioni cliniche**.

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

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

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

In coerenza con gli interventi sopra indicati e finalizzati al potenziamento del sistema di offerta in favore dei minori, viene confermata anche per il 2023 la possibilità di **integrare la retta delle unità di offerta sociali lombarde di accoglienza residenziale per minori**, con la corresponsione **di una quota sanitaria** aggiuntiva sulla base di un progetto personalizzato redatto dalla UONPIA di riferimento ed inviato, per quanto di competenza, alla ATS di residenza del soggetto. Ciò secondo le indicazioni operative declinate dalla DGR X/7600/2017 e dalla successiva nota prot. n. G1.2018.16858 del 25/05/2018, che dispone la possibilità di riconoscere una quota sanitaria "che non potrà superare il 40% della retta giornaliera totale e che, in ogni caso, non potrà superare i 60 € die".
Nel corso del 2023 si procederà, anche attraverso il raccordo con la Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale, Disabilità, **alla definizione delle modalità organizzative e procedurali per l'attuazione di interventi sistematizzati e modulabili nei contesti residenziali educativi** ove è inserito il minore che manifesta anche bisogni sanitari.

7.1 PROCESSO DI NEGOZIAZIONE PER L'AREA DELLA SALUTE MENTALE

Premesso che i contratti sottoscritti per il 2022 sono prorogati fino al 30/4/2023 e che i valori degli acconti per il suddetto anno tengono conto degli adeguamenti tariffari del 2,5% disposti dalle DRG XI/7241/2022 e XI/7477/2022, le ATS dovranno procedere – in continuità e *a completamento* del processo avviato nel 2022 - entro il 31/1/2023 agli adeguamenti contrattuali per recepire la conversione dei posti di 43 SAN che applicano la stessa tariffa del nomenclatore di riferimento, sottoscrivendo una scheda budget integrativa dei contratti esistenti con decorrenza 1/1/2023 fino al 30/4/2023. In tal caso, se la conversione ex 43 SAN riguarda la contrattualizzazione di una nuova struttura (senza posti a contratto in precedenza) ATS procede alla stipula del contratto secondo lo schema tipo di riferimento, oltre alla firma della scheda di budget con decorrenza 1/1/2023 fino al 30/4/2023
Nel quadro delle determinazioni di cui al paragrafo precedente, al fine di recepire le disposizioni di potenziamento della rete semiresidenziale e residenziale di NPIA disposto con la DGR di riordino della NPIA adottata in data odierna, entro il 30/1/2023 è necessario altresì procedere alla sottoscrizione dei nuovi contratti/adeguamento delle schede budget per i posti residenziali e semiresidenziali della NPIA accreditati e non a contratto da contrattualizzare dal 1/1/2023: allo scopo di allineare le scadenze con quelle degli altri contratti, le schede budget legate ai nuovi posti residenziali e diurni di NPIA a contratto avranno decorrenza 1/1/2023 fino al 30/4/2023.

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

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

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

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

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

7.2 PROGRAMMI INNOVATIVI DI PSICHIATRIA E PROGETTI DI NPIA

E' confermata la stabilizzazione delle risorse economiche dedicate ai programmi innovativi e progetti di NPIA, con le medesime aree e destinazione di risorse.
Le ATS valuteranno attentamente gli esiti di tali progettualità, in stretto raccordo con le ASST/IRCCS di riferimento e in relazione alle annuali indicazioni di rendicontazione da parte della DG Welfare.
Eventuali rimodulazioni dei budget, concordati rispetto alle aree, andranno comunicate all'atto di presentazione dei progetti per l'anno successivo da parte delle ATS alla DG Welfare con specifica motivazione e valutazione dei bisogni del territorio.
Le attività dei programmi e dei progetti potranno essere erogate con le medesime modalità e nelle sedi già previste per l'attività ordinaria e registrate nei rispettivi Sistemi Informativi di riferimento (Sistema informativo di Psichiatria della Regione Lombardia -SIPRL e Flusso Informativo della NPIA) e rendicontate con le modalità previste con specifiche comunicazioni.

7.3 INSERIMENTI IN STRUTTURE RESIDENZIALI PER TOSSICODIPENDENTI EXTRA REGIONE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

10.ULTERIORI DETERMINAZIONI

1. RILEVAZIONE DELL'UTENZA IN SOLVENZA

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

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

2. BANDI PER NUCLEI ALZHEIMER E PER STATI VEGETATIVI

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

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

3. AZIENDE SERVIZI ALLA PERSONA

Le Aziende di Servizi alla Persona (ASP) si caratterizzano per la loro unicità nel panorama del Sistema Socio Sanitario Regionale: sono infatti enti di diritto pubblico che erogano un variegato insieme di attività che attiene sia alla sfera sociosanitaria che a quella più prettamente sanitaria. A fronte di questa casistica molto peculiare, va evidenziato che tali strutture soggiacciono a tutti i vincoli e gli adempimenti previsti per le strutture pubbliche ma non accedono ai fondi destinati agli obiettivi del PSSR e il contratto di lavoro del personale adottato da queste strutture è quello dell'area sanitaria, con le conseguenze che questo comporta in termini di costi.
In questo contesto appare sempre più necessario avviare percorsi che, in linea con quanto previsto dalla normativa regionale ed in particolare dall'articolo 7, comma 19 della legge regionale n. 33/2009, possano permettere una revisione delle attività con una sempre maggiore integrazione tra queste strutture e le strutture sanitarie del SSR.
In quest'ottica proseguirà nel 2023 l'attività del gruppo di lavoro costituito con decreto n. 15584/2022 e sarà indirizzata a predisporre proposte amministrative e normative finalizzate ad individuare modelli gestionali integrati e sostenibili che, partendo dalla città di Milano, siano orientati a prendere in carico le persone che maggiormente si rivolgono a tali strutture.

Appendice 1

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

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

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

AGENZIA 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	

ENTE 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

complessivo contrattato	
(solo per Riabilitazione/Cure Intermedie) di cui Riabilitazione	
(solo per Riabilitazione/Cure Intermedie) di cui Cure Intermedie	
(solo per cure palliative) di cui cure palliative domiciliari	
(solo per cure palliative) di cui cure palliative residenziali	

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

per l'Adi-UCDOM, indicare i Cudes ADI ante riclassificazione e quelli assegnati alla corrispondente UCDOM post riclassificazione. Il valore del budget è riferito al complesso delle due unità di offerta per l'esercizio 2023.

SCHEMA DI CONTRATTO PER LA DEFINIZIONE DEI RAPPORTI GIURIDICI ED ECONOMICI TRA ATS E SOGGETTO GESTORE DI UNITÀ D'OFFERTA SOCIOSANITARIE ACCREDITATE

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. 80 del d.lgs. 50/2016;

- 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 esistenti, dei componenti dell'organo di amministrazione attestante l'insussistenza di sentenze penali di condanna, anche non definitive, per i reati indicati all'articolo 80 comma 1 del decreto legislativo n. 50/2016 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.

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;

..) erogare i profili ADI COVID di cui alla DGR 2906/2020 e s.m.i., assicurando, oltre ai requisiti previsti dalla normativa in tema di accreditamento ADI, gli specifici requisiti organizzativi dei profili in questione (*comma da inserire per i casi previsti*)

..) 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. 80 del d.lgs. 50/2016.

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

[1] ***Non si applica per SMI e Consultori Familiari***

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 01/01/2023 al 31/12/2023.
   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

3. L'ATS eroga acconti mensili secondo le modalità definite annualmente dalla Giunta regionale come validati dalla competente Direzione regionale. 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. 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.

5. 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.

6. 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.

7. 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 diposizioni 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.

Articolo 7 Penali, sospensione e risoluzione del contratto

1. 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.

2. 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.

3. 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.

4. 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.

5. 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.

6. In tutte le ipotesi di sospensione le prestazioni eventualmente rese non produrranno in ogni caso effetti obbligatori nei confronti di ATS.

7. 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.

8. 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.

9. Resta in ogni caso fermo quanto già previsto all'art. 3, comma 3.

10. 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 (1/1/2023 – 31/12/2023) 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

LA MISURA NAZIONALE DI CUI ALL'ART. 5 DELLA L.175/2022 DI CONVERSIONE DEL DL AIUTI TER N. 144/2022 PER CONTRIBUIRE A FAR FRONTE AI MAGGIORI COSTI DETERMINATI DALL'AUMENTO DEI PREZZI DELLE FONTI ENERGETICHE

1. PREMESSA

La Legge n. 175 del 17.11.2022 di conversione del DL Aiuti ter n. 144/2022 contenente misure a sostegno delle imprese: prevede due misure a sostegno del caro energia in ambito sanitario e sociosanitario. Il presente paragrafo richiama tali misure e disciplina la procedura amministrativa diretta a garantire l'applicazione dell'art. 5 in Regione Lombardia, previa l'effettiva disponibilità a livello regionale delle relative risorse.

2. LA MISURA DI CUI ALL'ART. 5 DELLA LEGGE N. 175 DEL 17.11.2022 DI CONVERSIONE DEL DL AIUTI TER N. 144/2022

Il comma 3) e 4) dell'art 5 della Legge n. 175 del 17.11.2022 di conversione del DL Aiuti ter n. 144/2022 prevede che "*allo scopo di contribuire a far fronte ai maggiori costi determinati dall'aumento dei prezzi delle fonti energetiche e dal perdurare degli effetti della pandemia, il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato è incrementato di 1.400 milioni di euro per l'anno 2022, di cui 1.000 milioni di euro assegnati con la legge 5 agosto 2022, n. 111*". alla ripartizione delle risorse di cui al comma 3 (….) accedono tutte le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, in deroga alle disposizioni legislative che stabiliscono per le autonomie speciali il concorso regionale e provinciale al finanziamento sanitario corrente.
Il comma 5) del medesimo articolo dispone poi che "*Le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano possono riconoscere alle strutture sanitarie private accreditate nell'ambito degli accordi e dei contratti di cui all'articolo 8 -quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, anche in deroga all'articolo 15, comma 14, primo periodo, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, per le finalità richiamate nel comma 3 del presente articolo, un contributo una tantum, a valere sulle risorse ripartite con il decreto di cui al comma 4, non superiore allo 0,8 per cento del tetto di spesa assegnato per l'anno 2022, a fronte di apposita rendicontazione, da parte della struttura interessata, dell'incremento di costo complessivo sostenuto nel medesimo anno per le utenze di energia elettrica e gas, comunque ferma restando la garanzia dell'equilibrio economico del Servizio sanitario regionale*".
Possono quindi accedere alla misura esclusivamente gli enti gestori delle strutture sanitarie e gli enti gestori delle unità d'offerta sociosanitarie rientranti nella rete consolidata del sistema di offerta titolari di un budget 2022 assegnato e sottoscritto.
Il presente contributo è compatibile con quello previsto dall'art. 8 della medesima legge.
Al fine di garantire l'attuazione delle disposizioni di cui al comma 5) sopra richiamate le ATS procedono a raccogliere **entro il mese di febbraio 2023** la rendicontazione dell'incremento complessivo sostenuto nel 2022 rispetto al 2021 dei costi per le utenze di energia elettrica e gas relativo alla singola struttura/unità d'offerta

ubicata sul territorio di riferimento, utilizzando a tal fine il format di seguito riportato e lo schema di domanda di contributo riportata in appendice.
L'ente gestore di strutture sanitarie o unità d'offerta sociosanitarie procederà a presentare la domanda di contributo ex art. 5, correlata dal prospetto di rendicontazione dei costi autocertificati ai sensi del D.P.R. 445/2000 per utenze di energia elettrica e di gas relativamente alla struttura/unità d'offerta ubicate sul territorio delle singole ATS, secondo lo schema "*Domanda di contributo ex Art. 5, comma 5 della L. 175/2022 di conversione DL n. 144/2022 "Aiuti Ter"* allegato alla delibera di approvazione del presente atto.

L'IVA è esposta solo quando è indetraibile.

Nel caso fosse necessario, l'ente gestore può allegare all'autodichiarazione presentata una eventuale nota metodologica di accompagnamento relativa alla rendicontazione dei costi incrementali

Al riparto del fondo per ATS si procederà con successivo specifico provvedimento regionale, all'esito dell'acquisizione della rendicontazione dei costi incrementali per singola struttura sanitaria/unità d'offerta sociosanitaria come trasmessi dagli enti gestori alle ATS in ragione dell'ubicazione delle strutture/unità d'offerta stesse. In ogni caso la concessione per singola struttura/unità d'offerta non potrà essere superiore allo 0,8 per cento del tetto di spesa assegnato per l'anno 2022 e, pertanto, del budget effettivamente negoziato e sottoscritto per la singola struttura/unità d'offerta dall'ente gestore.
Il legislatore nazionale richiede quindi che, ai fini del riconoscimento del contributo, deve trattarsi di strutture/unità d'offerta che abbiano sottoscritto nel 2022 un contratto con assegnazione di un tetto di spesa (budget) e che lo stesso contratto rientri nell'ambito degli accordi e dei contratti di cui all'articolo 8 -quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.
Al fine del riparto del fondo tra le ATS, il calcolo del contributo è pertanto operato a livello regionale in proporzione ai costi incrementali sostenuti e rendicontati dagli enti gestori in relazione alle singole strutture/unità d'offerta gestite che presentano domanda per le utenze di energia e elettrica e di gas, fermo restando il limite massimo di risorse assegnate dal legislatore nazionale e pari, in relazione a ciascun contratto, allo 0,8 per cento del tetto di spesa assegnato per l'anno 2022.
Nel caso in cui l'importo economico calcolato superi, a livello regionale, le risorse massime assegnate dal legislatore nazionale, nei limiti dello 0,8%, il contributo verrà riproporzionato tra gli enti che hanno presentato la domanda di contributo in oggetto con correlata rendicontazione dei costi incrementali.

3. INDICAZIONI OPERATIVE PER LA GESTIONE ISTRUTTORIA DELLE DOMANDE DI CONTRIBUTO DI CUI ALL'ART. 5, COMMA 3, 4 E 5 DEL D.L. 144/2022, CONV L. 175/2022 – C.D. "DECRETO AIUTI TER"

3.1 UNITA' DI OFFERTA RIENTRANTI NEL CAMPO DI APPLICAZIONE DEL CONTRIBUTO IN OGGETTO

In applicazione della norma dell'art 5 della L. 175 del 17.11.2022 di conversione del DL aiuti ter n. 144/2022, rientrano nel campo di applicazione del contributo concesso una tantum sull'esercizio 2022 in relazione ai costi per utenze di energia elettrica e di gas sostenuti nel 2022 rispetto al 2021:

- le strutture sanitarie gestite da soggetti privati, ivi compresi gli ETS;

- le strutture sociosanitarie della rete consolidata, gestite da soggetti privati, ivi compresi gli ETS e le ASP;
- le strutture sociosanitarie della rete sperimentale, gestite da soggetti privati, ivi compresi gli ETS e le ASP;

per le quali l'ente gestore ha sottoscritto nel 2022 un contratto con assegnazione di un tetto di spesa (budget) rientrante nell'ambito degli accordi e dei contratti di cui all'articolo 8 - quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

3.2 TRASMISSIONE DALLE ATS AGLI ENTI GESTORI DI STRUTTURE SANITARIE E UNITA' DI OFFERTA SOCIOSANITARIE DELLO SCHEMA DI DOMANDA DI CONTRIBUTO IN OGGETTO

Entro 15/01/2023 le ATS trasmettono a tutti gli enti gestori privati - diversi da ASST e IRCSS pubblici - di strutture sanitarie e di unità di offerta sociosanitarie ubicate sul proprio territorio e che rientrano nel campo di applicazione del contributo in oggetto (strutture e/o unità di offerta sociosanitarie rientranti nella rete consolidata del sistema di offerta e titolari di un budget 2022 assegnato e sottoscritto nell'ambito degli accordi e dei contratti di cui all'articolo 8 -quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 lo schema di domanda di contributo per la richiesta del contributo in oggetto previsto una tantum sull'esercizio 2022.

La domanda di contributo va presentata sottoforma di dichiarazione resa ai sensi dell'ART. 47 DPR 28 dicembre 2000, n. 445, e va redatta utilizzando il modulo riportato in fondo al presente allegato, recante i format dei prospetti per la rendicontazione dei costi sostenuti nel 2021 e nel 2022 per utenze di energia elettrica e di gas in relazione alla struttura/unità d'offerta per la quale è la domanda è presentata.

3.3 PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA DI CONTRIBUTO DA PARTE DELL'ENTE GESTORE ALLA ATS DI UBICAZIONE DELLA/E UNITA' DI OFFERTA INTERESSATE, REDATTA SU SPECIFICO SCHEMA DI DOMANDA E DI FORMAT DI RILEVAZIONE DEI COSTI PER LE UTENZE

L'ente gestore, ricevuta da ATS la comunicazione di cui al paragrafo 2) del presente allegato, può presentare entro il 31/01/2023 la domanda di contributo ex art. 5 recante lo schema con i prospetti di rendicontazione dei costi autocertificati ai sensi del D.P.R. 445/2000 per utenze di energia elettrica e di gas relativamente alla struttura/unità d'offerta ubicate sul territorio delle singole ATS. La domanda e lo schema per l'esposizione dei costi sono redatti dall'Ente gestore utilizzando gli schemi tipo riportati in fondo al presente allegato. Con riferimento al comprato delle unità d'offerta sociosanitarie consolidate, l'ente gestore applica una metodologia di imputazione dei costi coerente con quella prevista per scheda struttura.

Nel caso fosse necessario, l'ente gestore può allegare all'autodichiarazione presentata una eventuale nota metodologica di accompagnamento relativa alla rendicontazione dei costi incrementali.

3.4 IL PROCEDIMENTO FINALIZZATO ALLA DETERMINAZIONE DEL CONTRIBUTO IN OGGETTO E ADOZIONE DEL PROVVEDIMENTO DI CONCESSIONE DA PARTE DELLE ATS A SEGUITO DELL'APPROVAZIONE DEL RIPARTO DEL FONDO A LIVELLO REGIONALE

L'ATS, ricevuta la domanda di contributo da parte dall'Ente gestore:

- verificata la correttezza della domanda, in termini di utilizzo degli schemi tipo definiti e di completezza in ordine all'effettiva indicazione e compilazione di tutte le informazioni in essi richieste;

- verificata la coerenza e correttezza dei dati indicati dall'Ente gestore con quelli risultanti agli atti della stessa ATS (es. valore del contratto 2022, tetto dello 0.8% sul valore del contratto);
- verificato che lo schema valorizza un incremento dei costi 2022 rispetto ai costi 2021 sostenuti dall'ente gestore per utenze di energia elettrica e di gas in relazione in relazione alla struttura sanitaria/unità d'offerta sociosanitaria per la quale/le quali la domanda è presentata;

La ATS, verificata la correttezza e completezza della rendicontazione ricevuta:

- elabora due prospetti excel sinottici:
  - uno complessivo compilato in allineamento alla tabella A) riportata nella domanda di contributo;
  - uno complessivo compilato in allineamento alla tabella B) riportata nella domanda di contributo con il dettaglio sinottico di tutti gli enti gestori e i relativi singoli CUDES per i quali le domande contributo sono state presentate.
- trasmette i prospetti excel ai competenti uffici della DG Welfare ai fini del riparto del fondo funzionale alla concessione dei contributi che verrà disposta dalle stesse ATS a seguito dell'approvazione del riparto a livello regionale.

La ATS contabilizza i costi legati alla concessione del contributo in oggetto sui conti di costo che saranno comunicati nell'ambito delle indicazioni per la predisposizione del bilancio di esercizio 2022

Allegato _____gestione misura caro energia - strutture e unità d'offerta sociosanitarie rete consolidata a contratto

DOMANDA DI CONTRIBUTO EX ART. 5, COMMA 5 DELLA LEGGE N. 175 DEL 17.11.2022 DI CONVERSIONE DEL D.L. "AIUTI TER" N. 144/2022

Il/la sottoscritto/a……., in qualità di legale rappresentante dell'Ente gestore _____ con sede legale nel comune di _____ via _____:

PRESENTA DOMANDA

di concessione del contributo di cui all'art. 5, comma 5 della legge n. 175 del 17.11.2022 di conversione del D.L. "Aiuti ter" n. 144/2022, riconosciuto una tantum sull'esercizio 2022 e non storicizzabile sul 2023 e gli esercizi successivi, a fronte dei maggiori costi determinati dall'aumento dei prezzi delle fonti energetiche e pertanto in relazione ai costi per utenze con riferimento alla/alle strutture sanitarie e/o alle unità di offerta sociosanitarie che abbiano sottoscritto nel 2022 un contratto con assegnazione di un tetto di spesa (budget) rientrante nell'ambito degli accordi e dei contratti di cui all'art. 8-quinquies del D. Lgs. n. 502 del 30 dicembre 1992,

avendo verificato che le stesse:

- rientrano nel campo di applicazione del contributo in oggetto, come individuato dalla DGR di approvazione del presente schema tipo di domanda, in quanto strutture e/o unità di offerta sociosanitarie rientranti nella rete consolidata del sistema di offerta e titolari di un budget 2022 assegnato e sottoscritto nell'ambito degli accordi e dei contratti di cui all'articolo 8 -quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502;*(1)

dichiarando di essere consapevole che il contributo stesso

- non potrà in ogni caso superare il tetto dello 0,8 per cento del tetto di spesa assegnato per l'anno 2022 e, pertanto, del budget effettivamente negoziato e sottoscritto per la singola struttura/unità d'offerta per la quale/le quali la presente domanda è presentata;

E

A TAL FINE

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti:

DICHIARA CHE

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(ART. 47 DPR 28 dicembre 2000, n. 445)

i costi sostenuti per le utenze di energia elettrica e di gas rispettivamente nell'esercizio 2021 e 2022 in relazione alla/e strutture sanitarie e/o sociosanitarie distintamente indicate nella tabella B) sotto riportata, sono pari a quanto indicato complessivamente nella tabella A) sempre sotto riportata:

Allegato _____gestione misura caro energia - strutture e unità d'offerta sociosanitarie rete consolidata a contratto

TABELLA A			
TIPOLOGIA STRUTTURA SANITARIA / UNITA' D'OFFERTA	**ESERCIZIO 2021**	**ESERCIZIO 2022**	**SCOSTAMENTO IN INCREMENTO ESECIZIO 2021 VS 2022**
ATS ..... CUDES			
COSTI	€	€	€
COSTO SOSTENUTO PER UTENZE DI ENERGIA ELETTRICA	0,00 €	0,00 €	0,00 €
COSTO SOSTENUTO PER UTFNZE DI GAS	0,00 €	0,00 €	0,00 €
TOT COSTI PER ESERCIZIO E SCOSTAMENTO 2022 VS 2021	**0,00 €**	**0,00 €**	**0,00 €**
VALORE TOTALE CONTRATTO 2022 STIPULATO CON ATS			0,00 €
TOTALE TETTO EX ART. 5, LEGGE 175/1022 (0,8% CONTRATTO 2022}			0,00 €
VALORE RJCONOSCIUTO COME CONTRBUTO UNA TANTUM 2022 EX ART. 5, LEGGE N. 175/2022 (Valore minore tra scostamento in incremento 2022 vs 2021 e Totale Tetto ex Art.5, Legge n. 175/2022)			**0,00 €**

TABELLA B													
ATS	**DENOMINAZIONE ENTE GESTORE**	**TIPOLOGIA STRUTTURA/UNITA' D'OFFERTA (INDICARE DENOMINAZIONE)**	**CODICE CUDES**	**FATTURA**	**N.**	**DATA FATTURA**	**ANNO IMPUTAZIONE FATTURA**	**IMPORTO DEL DOCUMENTO**	**IMPORTO IMPUTABILE ALLA STRUTTURA/UNITA' D'OFFERTA PER LA QUALE LA DOMANDA DI CONTRIBUTO E' PRESENTATA**	**N. QUIETANZA**	**DATA QUIETANZA**	**VALORE CONTRATTO 2022 STIPULATO CON ATS**	**TETTO EX ART. 5 LEGGE 175/2022**
								0,00 €	0,00 €			0,00 €	0,00 €
								0,00 €	0,00 €				
								0,00 €	0,00 €				
								0,00 €	0,00 €				
TOTALE CUDES X								**0,00 €**	**0,00 €**			**0,00 €**	**0,00 €**
								0,00 €	0,00 €			0,00 €	0,00 €
								0,00 €	0,00 €				
								0,00 €	0,00 €				
								0,00 €	0,00 €				
								0,00 €	0,00 €				
TOTALE CUDES Y								**0,00 €**	**0,00 €**			**0,00 €**	**0,00 €**

*(1) e *(2)

- di essere consapevole che l'ATS dovrà effettuare controlli a campione allo scopo di accertare la veridicità di quanto qui dichiarato.

allegando:

- eventuale nota metodologica di accompagnamento alla rendicontazione dei costi incrementali.
- copia del documento di identità valido.

Luogo e data

Firma digitale _____

* (1) l'importo imputabile alla struttura sanitaria per la quale la domanda di contributo è presentata va inserito al netto dei costi incrementali sostenuti per l'erogazione di prestazioni extra SSR (libera professione, solvenza, ricerca, etc.);

* (2) l'IVA della fattura è esposta solo quando è indetraibile;

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 n. IX/3239/2012 e s.m.i.

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 di ……in 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 XI/…. del …… "…… " ha definito la prosecuzione delle sperimentazioni socio sanitarie in area disabilità per l'anno ……;

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;
- 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 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)[1] 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 convezione può essere risolta, previa formale diffida.

[1] Per il primo anno a partire dalla scadenza dell'addendum con cui era stata data continuità ai servizi

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'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 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: _____

ALLEGATO- SCHEDA DI BUDGET MISURA RSA APERTA

AGENZIA DI TUTELA DELLA SALUTE _____

SCHEDA DI NEGOZIAZIONE E FORMALIZZAZIONE DEL BUDGET

Codice CUDES

Parte integrante e sostanziale del contratto sottoscritto in data

Validità dal 1/1/…… *al*

Riferimenti provvedimento ATS

STRUTTURA

Tipologia

Denominazione

ENTE GESTORE

Denominazione sociale

Comune sede legale

Legale Rappresentante
(od altro soggetto munito di rappresentanza legale)

BUDGET DI PRODUZIONE

complessivo contrattato

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)

_____

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".

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. XI/….. del …… ha confermato:

- la prosecuzione della RSA Aperta per l'anno ….;
- 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.*

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 "sollievo" 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 Fasas 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)1 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.

[1] Per il primo anno a partire dalla scadenza dell'addendum con cui era stata data continuità ai servizi

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 ;
- 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;
- 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

CONVENZIONE PER LA DEFINIZIONE DEI RAPPORTI GIURIDICI ED ECONOMICI PER LA REALIZZAZIONE

DELLA SPERIMENTAZIONE "CASE MANAGEMENT" DI CUI ALLA D.G.R. n. X/392/2013 e s.m.i.

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 di ……in 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;
- 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 XI/…. del …… "…… " ha definito la prosecuzione delle sperimentazioni socio sanitarie in area disabilità per l'anno ……;

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 progeto;
- 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)[1] 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.

[1] Per il primo anno a partire dalla scadenza dell'addendum con cui era stata data continuità ai servizi

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 convezione 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 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: _____

PROTOCOLLO DI PREVENZIONE E GESTIONE DEI CONTAGI POST EMERGENZA COVID - STRUTTURE DELLA RETE TERRITORIALE

PREMESSA

La fase epidemiologica attuale mostra un progressivo superamento della fase pandemica ma non ancora un pieno ritorno alla condizione pre-covid (ad esempio sono ancora in vigore alcune norme relative all'obbligo di isolamento e alla valutazione quotidiana dei casi): siamo quindi in una fase di transizione tra la fase pandemica alla fase interpandemica.

Con riferimento alla rete delle Unità di Offerta sociosanitarie e della salute mentale, con il presente documento si intende definire il quadro regolatorio con ritorno a condizioni di vita e di attività di gestione ordinaria, mantenendo una prudente attenzione e promozione dei comportamenti che possono proteggere ospiti, utenti e operatori dalla diffusione dei virus SARS-CoV-2 e dagli altri virus respiratori, tra cui i VIRUS influenzali.

L'attività di gestione del Covid nell'attuale fase di transizione deve determinare un aumento delle competenze nella gestione dei virus respiratori che possono comunque essere di nocumento agli ospiti; le varie misure intraprese per Covid sono pertanto da considerare buone pratiche raccomandabili per la prevenzione delle infezioni di tutti i virus respiratori: isolamento del sintomatico (singolo o per coorte), diagnosi precoce, copertura vaccinale e costante analisi delle infezioni.

Pare opportuno rimarcare il ruolo del Medico responsabile nelle unità d'offerta sociosanitarie, ove è previsto, in particolare nelle RSA e nelle RSD. Tale figura centrale per la tutela della salute delle persone fragili che sono in carico alla struttura ha, tra i diversi compiti, quello di garantire la redazione ed il rispetto delle procedure e dei protocolli tra cui la prevenzione delle malattie infettive. Nelle unità d'offerta della rete territoriale ove la figura del medico non è prevista, la funzione di tutela della salute compete ai Servizi preposti di ATS ed ASST, comprendenti il ruolo principale del Medico di Medicina Generale ed il Servizio di Continuità Assistenziale e le competenze dei Dipartimenti di prevenzione.

Nel rispetto delle disposizioni nazionali e regionali, ogni struttura delle rete territoriale si è dotata di un Piano Operativo Pandemico dedicato che fornisce le indicazioni per la prevenzione e gestione di eventuali focolai di infezione, in raccordo con i servizi di Igiene pubblica delle ATS.

Nell'attuale fase di progressivo ritorno alla gestione ordinaria prepandemica occorre tener anche in dovuta considerazione che gli ospiti/pazienti in carico alla rete delle Unità di Offerta sociosanitarie e della salute mentale sono caratterizzati da particolari condizioni di fragilità che richiedono di puntare al superamento delle regole di gestione assistenziale legate al precedente periodo emergenziale attraverso la graduale e prudente definizione di regole funzionali a facilitare la ripresa del regime ordinario di attività e di relazioni interpersonali.

In questo quadro occorre:

- promuovere la ripresa delle attività e relazioni interne ed esterne alle unità d'offerta, seppur con prudenza e, a tal fine, è stato richiesto ai gestori delle unità d'offerta della Rete Territoriale, tramite le ATS di competenza, di redigere il Piano Operativo Pandemico dedicato, che contempla le azioni da attuare nelle diverse fasi, aggiornandole alle disposizioni nazionali e regionali;
- è stato chiesto ad ogni Gestore di predisporre una procedura di prevenzione dell'infezione da SARS-CoV-2, all'interno della procedura di "Sorveglianza e prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza compresa l'adozione di adeguate strategie vaccinali ove ritenute opportune" (DGR 2569/2014, all.1); per le RSA, DGR VII/7435/2001) da richiamare anche nel Piano Operativo Pandemico dedicato. I contenuti devono essere aggiornati con la normativa regionale e, nello specifico, devono essere coerenti con le disposizioni nazionali e regionali che saranno progressivamente emanate. Tale procedura deve essere tenuta in sede, aggiornata e deve essere facilmente consultabile per la sua corretta applicazione;
- è stato sperimentato in fase pandemica, come utile strumento, la sottoscrizione del "patto di corresponsabilità" con la famiglia degli ospiti quale atto da sottoscrivere allo scopo di condividere i comportamenti da adottare, con sottolineatura degli impegni che si devono assumere durante le uscite programmate degli ospiti. Tale patto di corresponsabilità è importante per contenere quanto più possibile il rischio infettivo in genere e, in particolare da virus influenzale e del virus SARS-COV-2. Il contenuto del patto di corresponsabilità deve essere esteso ai comportamenti che i familiari devono assumere in corso di visita in struttura. La presentazione, condivisione e firma tra Gestore, e familiare di riferimento, rappresenta una buona prassi da mantenere per le uscite programmate, almeno fino al primo semestre 2023, salvo diversa disposizione nazionale o regionale.

Con la finalità di garantire un progressivo ritorno al regime ordinario interpandemico proseguiranno non oltre il 30.6.2023 le deroghe, già previste al punto 3 della DGR 5181 del 6/09/2022, in tema di personale nello specifico:

- relativamente al debito orario e al mix di figure professionali previsti dagli standard di autorizzazione e di accreditamento, limitatamente ai casi di impossibilità protratta al reclutamento di figure professionali nell'attuale mercato del lavoro, dimostrabile con documentazione probante agli atti del soggetto gestore dell'unità d'offerta, nella garanzia comunque della continuità assistenziale e sicurezza degli utenti/ospiti e della tutela degli operatori con particolare riferimento ai carichi di lavoro;

In merito alla deroga strutturale per l'isolamento vedasi quanto previsto nello specifico paragrafo *"LOCALI PER ISOLAMENTO"*.

GESTIONE DEL PERSONALE

Per tutto il personale, secondo quanto previsto dal D. lgs. 9 aprile 2008, n. 81 "Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro", si conferma che è compito del medico competente la programmazione della sorveglianza sanitaria dei lavoratori a mezzo di test antigenico a carico dell'ente gestore. Nello specifico, le attività di sorveglianza devono essere aggiornate alle disposizioni regionali e, allo stato attuale si definiscono di seguito le seguenti casistiche:

- in caso di esito positivo del test antigenico è indicata l'esecuzione di test molecolare per conferma, quest'ultimo a carico del SSR ed erogato nell'ambito della rete ordinaria degli ambulatori accreditati e a contratto con le ATS;
- in caso di operatore sintomatico con esito negativo, l'operatore è rinviato al curante per la valutazione e l'eventuale prescrizione del test molecolare; in tal caso l'esecuzione del test molecolare viene valutata e prescritta dal MMG e viene erogata a carico del SSR, nell'ambito della rete ordinaria degli ambulatori accreditati a contratto con le ATS.

  Al fine di garantire l'esecuzione del test sugli operatori sintomatici o con link epidemiologico, le ATS garantiscono sino al 30.06.2023 (comunque fino a diverse indicazioni Ministeriali o analisi epidemiologiche) a dette strutture la fornitura dei tamponi antigenici (come nei casi espressamente indicati nei paragrafi successivi solo in relazione alle casistiche di soggetti sintomatici).

  Ai fini del reintegro, i lavoratori Covid positivi oltre il quattordicesimo giorno saranno riammessi al lavoro solo dopo la negativizzazione del tampone molecolare o antigenico; il lavoratore avrà cura di inviare tale referto, anche in modalità telematica, al datore di lavoro, per il tramite del medico competente.

  Per quanto riguarda la gestione dei contatti ad alto rischio con un caso confermato di Covid-19, gli operatori sanitari e sociosanitari addetti all'assistenza nell'ambito della rete delle Unità di Offerta sociosanitarie e della salute mentale, come previsti dalla nota del Ministero della Salute prot. n. 0019680 del 30/03/2022 "devono eseguire un test antigenico o molecolare fino al quinto giorno dall'ultimo contatto con un soggetto contagiato".
  Per il personale che opera a contatto con gli utenti/pazienti per misure e sperimentazioni, valgono le stesse regole.
  E' inoltre previsto, fino a diverse disposizioni nazionali, *il regime dell'autosorveglianza, consistente nell'obbligo di indossare dispositivi di protezione delle vie respiratorie di tipo FFP2 al chiuso o in presenza di assembramenti, fino al decimo giorno successivo alla data dell'ultimo contatto stretto".*

  I test antigenici per operatori sintomatici o per il contatto ad alto rischio sono a carico del SSR. Le ATS garantiscono sino al 30.06.2023 a dette strutture la fornitura dei tamponi antigenici.

MISURE DI PREVENZIONE E PROTEZIONE DEL PERSONALE

Resta necessario, fino al 30/06/2023, e comunque fino a diversa disposizione nazionale e regionale, mantenere le misure di prevenzione e protezione per il personale sotto riportate.

Per il <u>personale addetto all'assistenza</u> degli utenti/ospiti, nell'ambito di tutte le Unità di Offerta della rete territoriale sociosanitaria e della salute mentale:

- autosorveglianza dei sintomi;
- uso di mascherina (anche i familiari);
- appropriata igienizzazione delle mani;
- cambio dei guanti dopo ogni contatto con l'utente/ospite.

Con specifico riferimento alla rete residenziale sociosanitaria o all'assistenza domiciliare, in caso di utenti/ospiti Covid-19 positivi, in aggiunta alle misure di prevenzione sopra definite, è necessario l'utilizzo di:

- mascherina FFP2/FFP3 (per tutti gli operatori - anche quelli delle pulizie - se entrano nelle stanze di pz Covid positivi);
- camice impermeabile, a seconda del livello di esposizione al rischio da contagio, è possibile l'utilizzo di camice/grembiule monouso in correlazione con la mansione svolta su valutazione del medico competente;
- occhiali di protezione/visiera;
- raccomandati calzari/copri-scarpe monouso.

Per i DPI/DM sopracitati si segnala l'opportunità di verificare tramite le ATS la possibilità di ritiro degli stessi direttamente da magazzino AREU stoccati a partire dalle forniture della struttura commissariale

Per il <u>personale non addetto all'assistenza</u> degli utenti/ospiti:

- autosorveglianza dei sintomi;
- uso di mascherina, anche chirurgica;
- appropriata igienizzazione delle mani;

Si richiama l'Ordinanza del Ministero della salute del 31/10/2022 che dispone l'obbligo fino al 31/12/2022 di indossare dispositivi di protezione delle vie respiratorie ai lavoratori, agli utenti e ai visitatori delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e socioassistenziali, comprese le strutture di ospitalità e lungodegenza, le residenze sanitarie assistenziali, gli Hospice, le strutture riabilitative, le strutture residenziali per anziani, anche non autosufficienti, e comunque le strutture residenziali di cui all'articolo 44 del decreto del presidente del consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 65 del 18 marzo 2017. La suddetta Ordinanza ha precisato che non hanno l'obbligo di indossare il dispositivo di protezione delle vie respiratorie:

a) I bambini di età inferiore ai sei anni;
b) Le persone con patologie o disabilità incompatibili con l'uso della mascherina, nonché le persone che devono comunicare con una persona con disabilità in modo da non poter fare uso del dispositivo.

<u>Dal 1 gennaio 2023</u>, salvo diverse disposizioni normative nazionali o regionali, l'uso dei DPI sopra richiamati da parte del personale dedicato all'assistenza <u>resta fortemente raccomandato</u> e da regolamentare nell'ambito delle competenze del Medico responsabile della struttura per il contenimento delle infezioni correlate all'assistenza nella specifica unità d'offerta e sulla base del rischio specifico di diffusione delle infezioni.

PROTEZIONE DEGLI OSPITI

Ingresso di nuovi ospiti nelle strutture Residenziali della Rete Territoriale

Al fine di garantire l'accesso in sicurezza dei nuovi ospiti nelle strutture residenziali sociosanitarie si prevedono le seguenti casistiche e regole da applicare fino al 30/06/2023:

<u>Ingresso da casa:</u>

L'ingresso delle persone con sintomatologia suggestiva di COVID-19 è rimandato alla completa risoluzione dei sintomi, indipendentemente degli esiti dei test.

In assenza di sintomatologia è prevista l'esecuzione di un tampone antigenico nelle 48 ore precedenti l'ingresso, a carico della struttura di accettazione (che può accettare tamponi eseguiti anche da altri soggetti autorizzati); in caso di test positivo rinviare l'ingresso a dopo la negativizzazione, rimandando il paziente al proprio medico di medicina generale.

Ingresso a seguito di trasferimento da struttura sanitaria o sociosanitaria o da altra struttura residenziale di salute mentale:

la Struttura di provenienza si fa carico di eseguire un test antigenico in prossimità della dimissione (o trasferimento) e comunque entro le 48 ore precedenti.

Il trasferimento è ammesso in caso di esito negativo del test antigenico e in assenza di sintomatologia suggestiva di Covid-19.

Possono essere riaccolti soggetti ancora Covid-19 positivi:

a) già in carico alla struttura che al termine delle prestazioni effettuate in strutture sanitarie, rientrano e se, a giudizio del medico della struttura sociosanitaria, è possibile garantire un adeguato isolamento;
b) nuovi ospiti in dimissione ospedaliera se asintomatici da almeno 2 giorni e dopo 14 giorni di isolamento, con dichiarazione di guarigione da parte del medico dimettente, anche indipendentemente dall'esito del tampone.

Ad eccezione delle condizioni a) e b) sopradefinite, si definiscono di seguito le indicazioni valide fino al 30/06/2023, salvo diverse disposizioni normative nazionali e regionali, per l'ingresso in struttura residenziale sociosanitaria e della salute mentale, in base alla situazione vaccinale del nuovo ospite:

1. Protezione immunitaria completa
   a) Somministrazione seconda dose booster;
   b) guarigione dall'infezione, da meno di 120 giorni, in presenza di pregressa vaccinazione con ciclo primario completo;
   c) ciclo vaccinale completato o somministrazione di primo booster da più di 14 gg e meno di 120 giorni;

La struttura si fa carico di eseguire un test antigenico all'ingresso, rinviando l'ingresso a dopo la negativizzazione, in caso di test antigenico positivo.
Se il test all'ingresso è negativo, fino al 30/06/2023, salva l'evoluzione del quadro normativo nazionale è previsto:

c) nessuna quarantena;
d) sorveglianza per 5 giorni ed esecuzione immediata di test antigenico in caso di sintomi.

2. Guarigione da meno di 120 giorni in assenza di pregressa vaccinazione con ciclo primario completo:

la Struttura si fa carico di eseguire un test antigenico all'ingresso, rinviando l'ingresso a dopo la negativizzazione, in caso di test antigenico positivo. Se il test è negativo, fino al 30/06/2023, salva l'evoluzione del quadro normativo nazionale:

- nessuna quarantena;
- sorveglianza per 5 gg ed esecuzione immediata di test antigenico in caso di sintomi;

- programmazione dell'avvio o del completamento del ciclo vaccinale secondo le tempistiche previste, previo consenso dell'interessato o di chi ne fa le veci.

3. <u>Protezione immunitaria parziale o assente:</u>
   - nessuna vaccinazione;
   - ciclo primario iniziato ma non ancora completato;
   - ciclo primario completato da meno di 14 giorni;
   - guarigione da più di 120 giorni in assenza di pregressa vaccinazione;

   Indicazioni fino al 30/06/2023, salva l'evoluzione del quadro normativo nazionale:
   - la Struttura si fa carico di eseguire un test antigenico all'ingresso, rinviando l'ingresso a dopo la guarigione come da indicazioni ministeriali, in caso di test antigenico positivo. In caso di test negativo, viene precauzionalmente attuata una quarantena di 5 gg che termina con nuovo test antigenico negativo;
   - programmazione tempestiva dell'avvio o del completamento del ciclo vaccinale della somministrazione della dose booster, secondo le tempistiche previste, previo consenso dell'interessato o di chi ne fa le veci.

Per le tre casistiche soprariportate la presenza di un focolaio nella struttura prevede una analisi da parte della struttura sull'opportunità dell'inserimento del nuovo ospite rimandando l'inserimento ove non sia possibile garantire la sicurezza del paziente ovvero la chiusura del focolaio (almeno 7 gg senza nuovi casi collegati).

Nuovi ingressi nella rete diurna delle unità di offerta sociosanitarie e della salute mentale

In assenza di sintomatologia, prima della presa in carico (primo accesso) è prevista l'esecuzione di un test anti SARS-CoV-2 antigenico o molecolare nelle 48 ore precedenti il primo ingresso, a carico della struttura (che può accettare tamponi eseguiti anche da altri soggetti autorizzati).

L'ingresso delle persone con sintomatologia suggestiva di Covid-19 è rimandato alla completa risoluzione dei sintomi, indipendentemente degli esiti dei test. L'ingresso è rinviato, quindi, in presenza di un test antigenico o molecolare negativo.

Regole specifiche per gli ingressi in Hospice

In considerazione dei requisiti strutturali e gestionali degli Hospice, caratterizzati da stanze singole e da consistente presenza di personale sanitario, in Hospice possono essere accolti anche pazienti Covid-19 positivi, previa autorizzazione del medico responsabile della struttura che garantirà ogni rigorosa osservanza delle regole di isolamento e precauzione per evitare la diffusione dell'infezione da SARS-CoV-2.

Presa in carico in Cure domiciliari (C-dom) e Ucp-dom

In caso di sintomi potenzialmente riconducibili a infezione delle vie respiratorie o Covid-19, il paziente andrà gestito con DPI come da area/reparto Covid. Ciò vale anche per paziente con nota diagnosi di Covid-19 non ancora guarito, senza necessità di esecuzione di ulteriore test all'accesso da parte del personale sanitario.

Per le attività erogate nell'ambito delle misure e sperimentazioni in regime domiciliare, valgono le stesse regole.

Presa in carico nei setting ambulatoriali

Per la gestione delle attività in servizi ambulatoriali della rete sociosanitaria valgono le stesse regole valide per il setting ambulatoriale del Polo Ospedaliero.

Sorveglianza sanitaria sugli ospiti/utenti di strutture residenziali e della salute mentale territoriale

Per la sorveglianza sugli ospiti/utenti, si distinguono le seguenti casistiche:

- ospiti asintomatici e senza link epidemiologico: successivamente all'ingresso attuato secondo le indicazioni di cui sopra, non è necessario procedere con attività di screening per SarS-Cov-2, fatto salvo il test antigenico effettuato dopo i 5 giorni di quarantena precauzionale, limitatamente ai casi in cui è previsto (vedi sopra);
- ospiti con sintomatologia suggestiva per infezione da SARS-Cov-2 o contatto stretto di caso, fino al 30/06/2023, è prevista l'esecuzione del test antigenico. A tal fine le ATS garantiscono la fornitura dei tamponi antigenici, per tale periodo, alle strutture residenziali sociosanitarie e della salute mentale territoriale. In caso di esito positivo del test antigenico e sintomi suggestivi di infezione da SarS-CoV-2, non è necessaria la conferma con test molecolare, essendo sufficiente l'esito positivo del test antigenico per l'attuazione delle misure di isolamento previste.
- ospiti con sintomatologia suggestiva per infezione da SARS-Cov-2 ma esito negativo del test antigenico: è raccomandata l'esecuzione del test molecolare che resta a carico del SSR e viene erogato nell'ambito della rete dei laboratori autorizzati e a contratto con le ATS, a seguito di prescrizione da parte del medico. In attesa dell'esito del test molecolare l'ente gestore adotta idonee misure di isolamento.

GESTIONE DEGLI OSPITI GIA' IN CARICO ALLE STRUTTURE RESIDENZIALI E RISULTATI COVID POSITIVI

Per l'ospite/utente già in carico alla Struttura, in presenza di test positivo per SarS-CoV-2, indipendentemente dalla sintomatologia, si prevede, a giudizio del medico, che la permanenza possa proseguire presso la struttura, garantendo idoneo isolamento individuale o di coorte. Tali misure si applicano anche durante l'attesa del test molecolare eseguito in caso di sintomi suggestivi di infezione da Sars-Cov-2 con esito negativo del test antigenico.

La gestione dell'ospite Covid-19 positivo varia in relazione alla copertura vaccinale del soggetto:

- i soggetti con dose booster/ciclo vaccinale primario completato nei 120 giorni precedenti: 7 giorni di isolamento, di cui gli ultimi 3 senza sintomi;
- negli altri casi: 10 giorni di isolamento, di cui gli ultimi 3 senza sintomi.

In caso di positività ai test eseguiti dopo i periodi sopra indicati, si ripete il test fino a negativizzazione. Nel caso di positività per oltre 14 giorni, di cui gli ultimi 2 senza sintomi, il paziente si considera guarito con indicazioni di cautele di auto-sorveglianza.

Il trasferimento verso una Struttura per acuti avviene in relazione allo sviluppo di un quadro clinico che lo renda necessario a giudizio del medico.

LOCALI PER ISOLAMENTO

Per garantire la quarantena e l'isolamento delle persone con infezione respiratoria o Covid positive, viene prorogata al 30/06/2023 la deroga per l'utilizzo dei locali per ricavare PL singoli, purchè si tratti di locali idonei da un punto di vista igienico sanitario e previa comunicazione alla ATS. Anche la possibilità di riorganizzare i percorsi all'interno della struttura, per la gestione di eventuali positività, viene prorogata fino al 30/06/2023.

Per tutte le strutture residenziali, le modalità organizzative adottate, comprese la riorganizzazione dei percorsi, l'utilizzo di DPI, la vestizione e svestizione per accedere al locale con ospite Covid-19 positivo, devono essere descritte nelle procedure richiamate nel Piano Operativo Pandemico. Per l'assistenza all'ospite in isolamento non è necessario assegnare equipe di personale dedicato. Con riferimento all'utilizzo dei necessari DPI, si applicheranno le indicazioni di cui al paragrafo specifico sopra riportato.

USCITE DEGLI OSPITI DELLE STRUTTURE RESIDENZIALI

Le uscite temporanee degli ospiti delle strutture residenziali, sono consentite senza che sia necessario, dopo il rientro, ricorrere a misure di isolamento. Resta inteso che la presenza di eventuali sintomi di infezione virale respiratoria dovrà comportare l'applicazione delle procedure di prevenzione previste dal Medico responsabile della struttura.
In particolare si raccomandano gli Enti gestori delle Unità di Offerta per persone con disabilità, disturbi dello spettro autistico, Salute Mentale, NPIA, di garantire il miglior contemperamento tra l'applicazione delle regole di prevenzione e l'attuazione di azioni coerenti per garantire la realizzazione dei progetti individuali nell'ottica di generare benessere e qualità di vita.
In caso di ospiti che escono/rientrano dalla/nella struttura, l'esecuzione di test antigenico è prevista solo in caso di sintomatologia potenzialmente riconducibile a Covid-19, che deve essere verificata all'ingresso. Analogamente deve essere garantito il test se il paziente risulta contatto di caso nel periodo di permanenza fuori dalla struttura.

Anche con riferimento alle uscite programmate si ribadisce l'importanza di sottoscrivere il patto di corresponsabilità con la famiglia.

STRUTTURE SOCIALI RESIDENZIALI

Per le strutture sociali residenziali si applicano le stesse regole di gestione di utenti delle strutture sociosanitarie sopra descritte, precisando che in tale settore le competenze di prevenzione-diagnostico-terapeutiche sono di competenza del MMG e del servizio di Continuità Assistenziale e che le indicazioni per la sorveglianza e l'isolamento sono definite dal Dipartimento di Prevenzione di ATS.

GESTIONE DEGLI UTENTI NEGLI ALTRI SETTING ASSISTENZIALI DELLA RETE SOCIOSANITARIA E DELLA SALUTE MENTALE TERRITORIALE

Setting semiresidenziale

Per gli utenti già in carico, in presenza di sintomatologia, l'ingresso in struttura è rinviato alla completa risoluzione dei sintomi e previo test antigenico o molecolare negativo. Il test in questi casi, prima di affidare la persona al MMG, può essere effettuato dal personale abilitato del soggetto gestore e, solo in questi casi sintomatici, l'ATS fornirà al gestore i test antigenici fino al 30/06/2023.

Anche in caso di comparsa di eventuali sintomi sospetti nel corso dell'attività, il gestore, prima di affidare la persona al MMG, può effettuare il test antigenico comunicandone l'esito al medico curante. Anche in questi casi di utenti sintomatici il gestore può utilizzare i test antigenici forniti da ATS.

Per la gestione di eventuali contatti di caso il gestore si atterrà alle disposizioni dell'ATS.

Setting ambulatoriale

Vedasi quanto previsto per la gestione degli utenti negli ambulatori del Polo Ospedaliero.

Setting domiciliare (C-Dom e UCP-Dom)

E importante una accurata anamnesi telefonica prima di accedere a domicilio. Nell'eventuale presenza di sintomi suggestivi di infezione respiratoria e/o da SARS-CoV-2, il personale deve adottare le precauzioni e indossare i DPI previsti nei reparti Covid. In caso di paziente con sintomi sospetti ma in assenza di test noto, effettuare il test antigenico utilizzando i laboratori della rete prevista da ATS.

Strutture sociali semiresidenziali e domiciliari

Per le strutture sociali si applicano le stesse regole di gestione di utenti delle strutture sociosanitarie sopra descritte, con le specificità dei rispettivi regimi semiresidenziale e domiciliare, precisando che in tale settore le prestazioni sanitarie diagnostico-terapeutiche rientrano nelle competenze del MMG e del servizio di Continuità Assistenziale e che le indicazioni per la sorveglianza e l'isolamento sono definite dal Dipartimento di Prevenzione di ATS.

ACCESSI ACCOMPAGNATORI, FAMILIARI, VISITATORI

L'accesso dei visitatori alle strutture residenziali sociosanitarie è consentito nel rispetto dei requisiti di esercizio e di accreditamento delle diverse tipologie.

Resta di fondamentale importanza, a tutela degli ospiti/utenti, l'adozione e la sottoscrizione del patto di corresponsabilità per il rispetto delle regole di comportamento, tra cui la responsabile astensione dall'accesso in caso di sintomi sospetti e l'osservanza delle regole all'interno della struttura, come l'uso di DPI fortemente raccomandati, nel rispetto delle procedure del Medico responsabile della struttura che terranno conto dell'epidemiologia e del rischio clinico.

Sul tema delle visite si ricorda, tra i requisiti di accreditamento delle RSA, la DGR VII/7435/01 e, in particolare il requisito di accreditamento 3.2.a: "L'orario di visita è libero nelle ore diurne e regolamentato dalle 20:00 alle 8:00". Per le altre Unità d'Offerta residenziali sociosanitarie diverse dalle RSA, la DGR 2569/14 prevede, tra i requisiti di accreditamento, la definizione di un orario di apertura dell'Unità d'Offerta con indicazione dell'orario delle visite nella carta dei servizi".

Eventuali restrizioni, commisurate all'entità del rischio, sono ammissibili solo in presenza di contesti epidemiologici che ne giustifichino l'adozione a giudizio del medico responsabile, al fine di garantire la sicurezza degli ospiti. La possibilità di adozione di misure più restrittive da parte del medico responsabile della struttura, è da intendersi, quindi, nella regolamentazione degli orari in modo da prevenire assembramenti o rischi per la salute degli ospiti e non nell'impedire le visite. La necessità eventuale di interrompere la continuità delle visite giornaliere, per motivi di sicurezza e sanità pubblica, deve essere

tempestivamente comunicata alla ATS, trattandosi, di fatto, di un provvedimento straordinario in deroga ad un requisito di accreditamento e confermata o revocata dal competente Dipartimento di Prevenzione di ATS nei termini e nel rispetto della normativa vigente.

All'interno dei locali delle strutture socio-sanitarie, salvo che non intervenga una diversa disposizione nazionale o regionale, resta fortemente raccomandato per tutti gli accompagnatori-familiari-visitatori, l'utilizzo di protezione delle vie respiratorie, a tutela degli ospiti.

Anche in presenza di casi di Covid-19 positivi tra gli ospiti, dovrà essere garantito l'accesso dei familiari e visitatori adottando le dovute misure di protezione da parte del Medico responsabile della struttura. Una regolamentazione degli accessi intesa come organizzazione oraria degli accessi o restrizioni sono giustificabili solo se motivate da particolari rischi per la salute di ospiti e visitatori e comunque previa comunicazione al Dipartimento di Prevenzione di ATS.

Salvo che non sopraggiunga una diversa disposizione nazionale o regionale, le visite anche agli Ospiti Covid-19 positivi devono essere garantite valutandone frequenza, modalità e durata con la Direzione della Struttura in modo da garantire l'applicazione delle idonee misure di sicurezza e la disponibilità del necessario personale di sorveglianza e supporto. Le visite in area/nuclei Covid dovranno, infatti, prevedere il corretto utilizzo dei DPI e la sorveglianza da parte del personale.

In particolare per gli Hospice, in considerazione delle caratteristiche strutturali e gestionali, nonché delle condizioni degli ospiti, deve essere favorito e garantito l'accesso dei familiari all'interno delle stanze di degenza, anche in ospite Covid-19 positivo. A tal fine il responsabile medico adotterà le precauzioni necessarie.

Le visite agli ospiti devono essere garantite anche nei nuclei, osservando le regole e i comportamenti per prevenire le infezioni, impartite dal medico responsabile della struttura.

MONITORAGGIO STRUTTURE SOCIO-SANITARIE

Nel 2023 prosegue il percorso di miglioramento delle capacità di monitoraggio delle condizioni di salute delle UDO Socio Sanitarie: obiettivo è mettere a regime una informativa settimanale sempre più dettagliata che permetta ai responsabili delle UDO Sociosanitarie e della rete territoriale di porre attenzione alle tematiche di prevenzione di malattie infettive comprese le coperture vaccinali dei propri ospiti

Si ricorda che come previsto dal DM 1990 in tema di malattie infettive è vigente l'obbligo di segnalazione di tutte le malattie infettive previste da Decreto sopracitato, anche tramite le specifiche piattaforme in uso e secondo le indicazioni regionali garantite per il tramite delle ATS.

Le Unità di Offerta verificano settimanalmente sui siti Ministeriali e tramite le rendicontazioni regionali l'andamento dell'incidenza regionale e dello specifico territorio, nonché la presenza di nuove varianti. I gestori informano (ad esempio con esposizioni in bacheca dell'andamento delle malattie infettive) gli operatori per aumentare la sensibilizzazione alla tematica e ai comportamenti corretti da adottare.

SRP.3 – Strutture Residenziali Psichiatriche per interventi socioriabilitativi in attuazione dell'Accordo Stato Regione del 17/10/2013 "Le strutture residenziali psichiatriche" - rif: 13/054/CR7A/C7 del 13/06/2013

Definizione:

si tratta di strutture che accolgono pazienti non assistibili nel proprio contesto familiare e con quadri variabili di autosufficienza e di compromissione del funzionamento personale e sociale, per i quali risultano efficaci interventi da attuare in programmi a bassa intensità riabilitativa.

In base al livello di non autosufficienza e dei conseguenti bisogni sanitari e socioassistenziali, si articolano tre sotto tipologie:

- SRP.3.1 - Strutture Residenziali Psichiatriche per interventi socioriabilitativi con personale sulle 24 h giornaliere
- SRP.3.2 - Strutture Residenziali Psichiatriche per interventi socioriabilitativi con personale nelle 12 h giornaliere
- SRP.3.3 - Strutture Residenziali Psichiatriche per interventi socioriabilitativi con personale per fasce orarie

Requisiti di personale:

Le figure professionali previste e il loro impegno orario devono essere adeguati alle attività richieste dall'intensità riabilitativa bassa dei programmi erogati e dai livelli di intensità assistenziale offerti, con personale sociosanitario presente nelle 24 ore, nelle 12 ore, per fasce orarie, come declinato nella tabella 1.

Capacità ricettiva:

La capacità ricettiva è fino a 10 posti

SRP. 3 .1	STRUTTURE RESIDENZIALI PSICHIATRICHE PER INTERVENTI SOCIORIABILITATIVI CON PERSONALE SULLE 24 H GIORNALIERE							
TARIFFA/DIE	**PROGRAMMI**	**DURATA MAX DEGENZA**	**INDICAZIONI CLINICO-RIABILITATIVE**		**AREE DI INTERVENTO**		**STANDARD OPERATORI**	
€ 90.00 **PARTECIPAZIONE 40% FSR:** **€ 36,00 FSR** **€ 54,00 Utente/Comune**	Bassa intensità riabilitativa con prevalenza di attività di assistenza e risocializzazione	Non determinata, definita nel Progetto terapeutico riabilitativo personalizzato (PTRP)	**Condizioni psicopatologiche**	Stabilizzate	**Clinico psichiatrica**	Monitoraggio periodico delle condizioni psicopatologiche, al fine di mantenere la condizioni di stabilizzazione clinica	**Psichiatri**	Deve essere garantito il raccordo con le strutture territoriali di riferimento e (dove non possibile) con il CPS dove insiste la struttura
			Compromissione di funzioni e di abilità	Nelle attività della vita quotidiana insorte da tempo e/o con pregressa scarsa risposta ai trattamenti riabilitativi	**Assistenziale**	Attività assistenziale e di supporto	**Infermieri** **OSS**	1 INF 4 h die diurne 1 OSS h 24
					Riabilitativa	Non sono previste attività strutturate. Prevalgono le attività di assistenza erogate direttamente dal personale. Il coinvolgimento del paziente nelle attività quotidiane nella struttura è previsto in misura minore		
			Problemi relazionali	Di media gravità o gravi in ambito familiare e con amici/conoscenti	**Risocializzazione**	Offerta prevalente di interventi di risocializzazione, partecipazione ad attività comunitarie e di gruppo di tipo espressivo, ludico o motorio, in sede e fuori sede. È auspicabile un raccordo con la rete sociale	**Educatori / TeRP**	1 Educatore/TeRP 4 h die x 5 giorni settimana
			Aderenza al programma terapeutico-riabilitativo	Almeno sufficiente	**Coordinamento**	Incontri periodici con il CPS che ha in carico il paziente, al fine di monitorare il progetto socioriabilitativo.	**Coordinatore**	in sovrapposizione ad altre strutture dell'ente o già componente dell'equipe della medesima struttura

SRP. 3.2	Strutture Residenziali Psichiatriche per interventi socioriabilitativi con personale sulle 12 h giornaliere							
TARIFFA/DIE	**PROGRAMMI**	**DURATA MAX DEGENZA**	**INDICAZIONI CLINICO-RIABILITATIVE**		**AREE DI INTERVENTO**		**STANDARD OPERATORI**	
€ 70.00 **PARTECIPAZIONE 40% FSR:** **€ 28,00 FSR** **€ 42,00 Utente/Comune**	Bassa intensità riabilitativa con prevalenza di attività di risocializzazione ed il persistere di una quota di assistenza diretta da parte del personale	Non determinata, definita nel Progetto terapeutico riabilitativo personalizzato (PTRP)	**Condizioni psicopatologiche**	Stabilizzate	**Clinico psichiatrica**	Monitoraggio periodico delle condizioni psicopatologiche al fine di mantenere la condizioni di stabilizzazione clinica	**Psichiatri**	Deve essere garantito il raccordo con le strutture territoriali di riferimento e (dove non possibile) con il CPS dove insiste la struttura
			Compromissione di funzioni e abilità	Nelle attività della vita quotidiana insorte da tempo e/o con pregressa scarsa risposta ai trattamenti riabilitativi nella cura del sé e nelle attività sociali complesse	**Assistenziale**	Attività assistenziale e di supporto	**Infermieri** **OSS**	1 INF 2 h diurne 1 OSS 12 h die diurne
					Riabilitativa	Non sono previste attività strutturate. Alcune attività di assistenza sono erogate direttamente dal personale o sotto la sua supervisione. Maggiore è il coinvolgimento attivo del paziente nelle attività quotidiane della struttura, rispetto alla SRP.3.1		
			Problemi relazionali	Di media gravità in ambito familiare e con amici/conoscenti	**Risocializzazione**	Attività di risocializzazione, prevalentemente fuori sede, in raccordo con la rete sociale	**Educatori /TeRP**	1 Educatore/TeRP 2 h die x 5 giorni settimana
			Aderenza al programma terapeutico-riabilitativo	Almeno buona	**Coordinamento**	Incontri periodici con il CPS che ha in carico il paziente, al fine di monitorare il progetto socioriabilitativo.	**Coordinatore**	In sovrapposizione ad altre strutture dell'ente o già componente dell'equipe della medesima struttura

SRP. 3 .3	Strutture Residenziali Psichiatriche per interventi socioriabilitativi con personale su fasce orarie

TARIFFA/DIE	PROGRAMMI	DURATA MAX DEGENZA	INDICAZIONI CLINICO-RIABILITATIVE		AREE DI INTERVENTO		STANDARD OPERATORI	
€ 45.00 **PARTECIPAZIONE 40% FSR** **€ 18,00 FSR** **€ 27,00 Utente/Comune**	Bassa intensità riabilitativa con prevalenza di attività di supervisione e risocializzazione	Non determinata, definita nel Progetto terapeutico riabilitativo personalizzato (PTRP)	**Condizioni psicopatologiche**	Stabilizzate	**Clinico Psichiatrica**	Monitoraggio periodico delle condizioni psicopatologiche, al fine di mantenere la condizione di stabilizzazione clinica	**Psichiatri**	Deve essere garantito il raccordo con le strutture territoriali di riferimento e (dove non possibile) con il CPS dove insiste la struttura
			Compromissione di funzioni e abilità	Nelle attività della vita quotidiana insorte da tempo. Non presenti di norma difficoltà nel far fronte agli imprevisti e soprattutto alle emergenze	**Assistenziale**	Attività assistenziale e di supporto	**Infermieri**	1 INF 2 h die diurne
					Riabilitativa	Non sono previste attività strutturate. Il personale svolge attività di supervisione. Coinvolgimento attivo del paziente nella gestione delle attività quotidiane della struttura		
			Problemi relazionali	Di gravità media in ambito familiare e con amici/conoscenti	**Risocializzazione**	Le attività di risocializzazione avvengono fuori dalla struttura in raccordo con la rete sociale	**Educatori/TeRP**	1 Educatore/TeRP 2 h die x 5 giorni settimana
			Aderenza al programma terapeutico-riabilitativo	Almeno buona	**Coordinamento**	in sovrapposizione ad altre strutture dell'ente o già componente dell'equipe della medesima struttura	**Coordinatore**	In sovrapposizione ad altre strutture dell'ente o già componente dell'equipe della medesima struttura

Indirizzi per affrontare la problematica della carenza medici: progetto sperimentale di assistenza primaria in ambiti territoriali carenti in favore di pazienti privi di MMG

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

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

TOT MMG PENSIONABILI (età >= 68anni)	**717**
di cui TOT MMG PENSIONABILI nel 2022/2023 (età >= 69 anni)	**143**

TOT PLS PENSIONABILI (età >= 65anni)	**180**
di cui TOT PLS PENSIONABILI nel 2022/2023 (età >= 69 anni)	**18**

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

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

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

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

Una ulteriore soluzione alla criticità di cui sopra potrebbe essere quella di richiedere ai MMG la disponibilità a prestare, al di fuori del proprio orario di servizio e senza penalizzazione delle proprie attività di ambulatorio, un servizio di assistenza primaria ai cittadini temporaneamente sprovvisti di MMG (a titolo esemplificativo studenti e

insegnanti fuori sede, pazienti il cui MMG è andato in pensione e per i quali non è temporaneamente possibile nominare nè il sostituto né l'incaricato, ecc.).

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

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

Percorso proposto

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

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

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

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

Pertanto l'attività potrebbe essere svolta prioritariamente:

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

Riguardo gli aspetti operativi occorre tenere presente le seguenti considerazioni:

- condizione necessaria affinchè un paziente possa essere assistito da un MMG aderente al progetto è che sia sprovvisto di proprio MMG
- il cittadino può prenotare il servizio: in farmacia, su applicativi regionali o presso il centro servizi della CdC o eventuali altri punti di accesso

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

- prescrizioni farmaceutiche per una terapia non differibile e per coprire un ciclo di terapia non superiore a 48/72 ore;
- certificazione di malattia
- ripetizioni di ricette in terapie croniche;
- trascrizioni non differibili su ricettario S.S.N. di prescrizione di altri medici;

- certificati per attività sportiva;
- certificati per rientro scolastico;
- certificati di malattia a lavoratori non turnisti;
- punti di sutura;
- prescrizione di esami diagnostico-strumentali o di visite specialistiche.

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

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

FAMIGLIA, SOLIDARIETA' SOCIALE, DISABILITA' E PARI OPPORTUNITA'

Integrazione delle politiche sociosanitarie con le politiche sociali 1
Rafforzamento della prossimità e integrazione delle politiche sociosanitarie con le politiche sociali 1
Programmi, progetti e interventi a sostegno delle persone con disabilità 3
Area Integrazione con le reti di offerta sociale del territorio 6
Cabine di regia 8
Cabina di regia integrata ATS 9
Regolamento della Cabina di Regia 10
Regolamento della Cabina di regia ASST 12
Area revisione unità di offerta sociale: servizi educativi diurni e residenziali per persone con disabilità 12
Area attività di controllo sulle unità d'offerta sociali 13
Rendicontazione attività svolta 13
Area Famiglia e componenti fragili 14
Reti di famiglie affidatarie 15
Ampliamento sperimentazione Centri per la Famiglia 16
Interventi di sostegno abitativo a favore dei coniugi separati o divorziati in condizioni di disagio economico (art. 5 l.r. 24.06.2014 n. 18) 16
Politiche per favorire la conciliazione in un'ottica di corresponsabilità dei carichi di cura 17
Interventi a favore dell'infanzia e dell'adolescenza 18
Qualità della vita e inclusione sociale delle persone sottoposte a terapia oncologica 20
Contrasto alla violenza sulle donne 20
Sostegno al mantenimento al domicilio delle persone anziani e disabili e sostegno ai carichi di cura delle famiglie 21
Inclusione attiva, contrasto alla povertà e alla marginalità 22

Integrazione delle politiche sociosanitarie con le politiche sociali
Rafforzamento della prossimità e integrazione delle politiche sociosanitarie con le politiche sociali

Nel 2023 si rafforza ulteriormente lo sforzo di Regione Lombardia per migliorare la prossimità dei servizi sociali offerti ai cittadini, in particolare per agganciare coloro che sono rimasti fuori o addirittura lontani dalle opportunità di crescita e benessere. Rafforzare la prossimità vuol dire innovare le pratiche di intervento migliorando l'*outreach* (la capacità di andare verso le persone), l'accessibilità (ricomponendo l'offerta col progetto di vita della persona) e la flessibilità (sviluppando risposte precise ai bisogni individuali).

A seguito dell'emergenza COVID sul territorio regionale si sono verificati grandi cambiamenti, che dovranno essere necessariamente considerati per dare risposte alle necessità ed a nuove fragilità emerse. La pandemia ha evidenziato quanto il lavoro congiunto tra i diversi servizi e la continuità degli interventi sia determinante per offrire una risposta adeguata a bisogni e quanto questi ultimi siano sempre più multidimensionali.
È necessario, pertanto, garantire un lavoro congiunto tra enti territoriali, ATS, ASST, Terzo Settore ma soprattutto continuare a valorizzare la collettività come attore necessario per progettare "il post-COVID".
L'approvazione da parte della Commissione Europea del nuovo programma operativo 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) è il primo passo verso il rafforzamento del contrasto alle diseguaglianze e delle situazioni di marginalità e vulnerabilità sociale di individui e famiglie, fragilità accentuate dalla crisi economica. La dotazione finanziaria a favore di questi interventi è significativa, oltre 340 milioni di euro su 1,5 miliardi di euro complessivi. Le prime iniziative avviate a fine 2022 danno priorità all'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, puntando tutte alla valorizzazione delle filiere territoriali e delle partnership pubblico-privato.
Nel 2023 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:

- l'ulteriore sviluppo di punti unici di accesso fisici (centri per la famiglia) e virtuali, sia come luoghi di fruizione che di condivisione e socializzazione;
- 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;
- 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.
Anche l'avvio dei primi interventi a valere sulla missione 5 componente 2 del PNRR con riguardo alla linea 1.2 a favore delle persone con disabilità, assieme a quelli in partenza nel primo semestre 2023 (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; housing sociale di carattere sia temporaneo che definitivo) saranno l'occasione per continuare a sviluppare l'innovazione sociale a livello territoriale e attuare le prime 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.

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, 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", 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.

È previsto un percorso di stabilizzazione dei voucher misura B1 con particolare riferimento ai minori in condizioni di disabilità gravissima di cui alla lettera g) del DECRETO FNA 2016. Tale percorso, coerente con gli indirizzi del Piano per l'Autismo, terrà conto dell'evoluzione delle sperimentazioni attive in tema di presa in carico dei disturbi dello spettro autistico, mettendo al centro la famiglia e orientando la risposta in una logica di flessibilità tra i possibili regimi/setting di erogazione degli interventi in tutte le fasi del percorso evolutivo.
Nell'ambito del percorso attuativo della Legge 112/2016, svoltosi in Regione Lombardia con i tre programmi operativi disciplinati dalle DDGR n. X/6674/2017, XI/3404/2020, XI/4749/2021 e XI/6218/2022, 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 DGR 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 biennale, 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.

Con tale provvedimento si è proceduto:

- ad individuare un panel di prerequisiti essenziali di tipo strutturale, gestionale e processuale per modellizzare interventi specifici di sostegno alla coabitazione per le persone con ASD a basso funzionamento;
- ad implementare il percorso di progressiva infrastrutturazione del budget di progetto, mediante l'integrazione delle diverse risorse economiche pubbliche (sociali e sanitarie) e private, nell'attuazione della Legge 112/2016, con l'obiettivo di ricomporle e sperimentarle all'interno di un Fondo Unico;
- a garantire livelli di proceduralizzazione degli interventi e dei necessari processi di sinergia tra pubblico e privato sociale e tra dimensione sociale, sociosanitaria e sanitaria che integri in modo coordinato - nella costruzione dei progetti individuali - le funzioni tra ATS, ASST, Ambiti Territoriali, Comuni di residenza, Enti del Terzo Settore, Associazioni di rappresentanza dei familiari.

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 smi, 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.
A riguardo si ricorda la DGR 6575/2022 con la quale si è riconosciuto a Ledha e Fand Lombardia un contributo straordinario oltre che per il perseguimento in modo ottimale dei propri compiti istituzionali di preminente rilievo sociale, di rappresentanza e tutela delle persone con disabilità anche per il supporto alla realizzazione e implementazione del modello di accoglienza e di assistenza medica della persona con disabilità all'interno del Progetto D.A.M.A

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, in attuazione della DGR 4392/2021, garantisce e promuove l'attivazione di servizi di inclusione scolastica a favore di alunni/studenti con disabilità sensoriale per l'anno scolastico 2021/2022.

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.

Regione Lombardia ha inoltre promosso in via sperimentale una nuova azione progettuale destinata ai bambini con disabilità sensoriale nella fascia di età 0-36 mesi che. La sperimentazione Nidi, che ha subito dei rallentamenti in ragione delle oggettive difficoltà organizzative per il perdurare dello stato di emergenza COVID 19, proseguirà anche per l'anno educativo 2022/2023.
<u>Algoritmo di identificazione della disabilità</u>

Durante il 2022 la Direzione Generale Famiglia, Solidarietà sociale, Disabilità e Pari opportunità ha avviato, in collaborazione con ATS Milano, una progettualità dedicata all'analisi e all'individuazione di un algoritmo di identificazione della disabilità.

Il progetto nasce dall'esigenza di avere a disposizione una fotografia dinamica della disabilità in Regione definendone alcuni confini - tipologia di disabilità, numerosità delle persone con disabilità e distribuzione territoriale - finalizzata ad attuare una programmazione delle azioni e degli interventi maggiormente rispondente al bisogno dei cittadini.

Il progetto, sviluppato a livello di UOC di Epidemiologia della ATS di Milano, ha previsto l'operazionalizzazione del concetto di disabilità secondo tre diverse modalità: facendo riferimento a patologie o menomazioni definite come causa di disabilità, identificando l'utilizzo di servizi di assistenza dedicati alle persone disabili e individuando l'utilizzo di presidi ed ausili specificamente legati alla condizione di disabilità.

Definito l'algoritmo ciascun soggetto residente/assistito sarà classificato anche sulla base dell'associazione a patologie croniche come:

- portatore di condizioni croniche
- non portatore di condizioni croniche

La compresenza di patologia croniche verrà definita utilizzando la Banca Dati Assistiti (BDA).

Al termine del procedimento, dunque, l'algoritmo sarà in grado di identificare la popolazione con disabilità, determinando, quando possibile, la patologia soggiacente, individuare la tipologia di compromissione, l'evolutività della condizione e l'eventuale compresenza di patologie croniche.

Al fine di validare l'algoritmo identificato e di estenderlo a livello regionale, nel 2023, con il coordinamento di ATS Milano (UOC di Epidemiologia) si procederà in due fasi principali:

1. Coinvolgimento Rete Osservatori Epidemiologici delle ATS lombarde;
2. Validazione dell'algoritmo attraverso il metodo Delphi.

Durante il 2023, pertanto, le ATS, UO di epidemiologia e Dipartimenti PIPSS, saranno coinvolte in tutte le fasi della validazione e ampliamento del progetto.

Area Integrazione con le reti di offerta sociale del territorio

Il drammatico impatto della crisi del 2020 sui servizi invita a ripensare in modo approfondito gli obiettivi e la programmazione del welfare locale, accelerando il processo in grado di contribuire alla realizzazione di quel cambio di paradigma che consenta di superare il modello di una risposta al bisogno rigida, settoriale e focalizzata, soprattutto, sul versante dell'offerta, per muoversi verso un modello di risposta che riequilibri il focus dall'offerta al bisogno e che riesca a fornire un effettivo accoglimento e un più ampio e semplice accesso dei cittadini nell'ambito del sistema dei servizi sociali e sociosanitari.

Le Linee di indirizzo per il triennio 2021-2023, approvate con D.G.R. n. XI/4563, si pongono l'obiettivo di consolidare la capacità di programmazione e di intervento degli Ambiti, rafforzando la governance e la spinta verso un maggiore coordinamento territoriale, utilizzando come bussola le esigenze di policy, la struttura dei modelli organizzativi e la necessità di definire una programmazione che non sia solo una risposta al contingente, ma che abbia una prospettiva di medio-lungo periodo.

La programmazione sociale territoriale 2021-2023 è costruita attorno ad un meccanismo premiale volto a supportare ed incentivare un modello di programmazione trasversale tra aree di policy a livello sovra zonale, con particolare attenzione verso percorsi che integrino gli interventi sociali con quelli di natura sanitaria e sociosanitaria, mirando quindi al

rafforzamento di un modello di programmazione coordinata ed integrata a livello di Distretto tra ATS, ASST e Ambiti territoriali.

La realizzazione di obiettivi prioritari previsti dai 52 progetti approvati ai sensi della D.G.R. n. XI/4563 assume particolare importanza perché implica il coinvolgimento diretto e la partecipazione attiva degli altri attori della rete (ATS, ASST, Terzo Settore, ecc.) al fine di migliorare l'efficacia delle misure. Tali progetti mirano quindi a rafforzare percorsi di coordinamento e ricomposizione che siano in grado di produrre risposte di sistema ai bisogni attraversando trasversalmente il territorio lombardo. Per questo motivo viene individuato come prioritario rendere sistematica la cooperazione e il coordinamento sovra zonale tra Ambiti con le ASST e le ATS di riferimento: da una parte per allargare e approfondire lo spettro di cooperazione tra gli attori territoriali e spingere per una reale sistematizzazione nella definizione di filiere integrate di servizi, e dall'altra parte per stringere il coordinamento tra attori al fine di potenziare la concretizzazione dei percorsi di integrazione sociosanitaria.

Alla realizzazione di questo livello programmatorio devono concorrere le ASST di competenza e tutti gli attori ritenuti rilevanti nella programmazione/erogazione della policy individuata, il tutto sotto il coordinamento della ATS di riferimento.

Nel nuovo contesto la multidimensionalità del bisogno richiede necessariamente la programmazione di risposte sociosanitarie pensate in modo trasversale. Una strada segnata anche, ad esempio, dagli impegni della D.G.R. n. 3525/2020 ad integrare i soggetti coinvolti nella gestione dell'emergenza e a potenziare l'organizzazione dei servizi territoriali, ponendo una rinnovata attenzione al ruolo del distretto come articolazione territoriale operativa. La necessità di potenziare la filiera integrata dei servizi sociali e sanitari rende essenziale un miglior funzionamento delle modalità di lavoro congiunto tra Ambiti territoriali, ATS, ASST e gli attori sociali interessati. Il lavoro su progettualità trasversali programmate ad un livello sovra zonale e preferibilmente secondo i nuovi assetti distrettuali introdotti con la l.r. 22/2021, può aiutare non solo a definire policy che richiedono una dimensione e un coordinamento più ampio rispetto al Piano di Zona, ma anche a costruire modelli di cooperazione rafforzata tra attori che non riescono ancora ad agire ad un livello pienamente soddisfacente di coordinamento. È necessario quindi proseguire nell'implementazione di un sistema che risponda ai "bisogni di ascolto, cura, sostegno e presa in carico" a sostegno della centralità della persona e della sua famiglia, attraverso una maggiore prossimità dei servizi, una presa in carico sempre più integrata e una continuità assistenziale per le persone. In tal senso le costituende "Case della Comunità" "e "Centrali Operative Territoriali", introdotte dalla recente l.r. 22/2021, rappresentano lo snodo centrale per l'attuazione del nuovo modello di integrazione sociosanitaria della Regione.

I diversi livelli di integrazione previsti tra l'ambito sociale e quelli sanitari e sociosanitario, come da D.G.R. n. 6760/2022, si attuano anche attraverso la co-abitazione fisica dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali nella Casa della Comunità, privilegiando i servizi utili a determinare unificazione dei processi informativi, di accesso, valutazione, erogazione e monitoraggio anche tramite l'integrazione con la Cartella sociale informatizzata identificata con la DGR 2457/2019.

L'organizzazione distrettuale ed in particolare la Casa della Comunità, infatti, permette di riprogettare i servizi in una logica non di mera sommatoria ma di reale integrazione di funzioni, competenze e professionalità. I servizi, pertanto, non saranno più organizzati come silos autonomi ma come parte di un medesimo processo nel quale gli interventi vengono ricomposti in base ai bisogni delle persone. Si passa ad una impostazione funzionale "per percorsi" dando centralità alle persone più che alle prestazioni.

Nell'ambito distrettuale si sviluppa il coordinamento dei percorsi e la regia per la continuità assistenziale e per tutti gli interventi territoriali. La Casa della Comunità rappresenta a livello concreto il luogo d'incontro tra le varie professionalità del mondo sociosanitario e soprattutto il luogo di promozione e sviluppo di reti integrate (già in parte esistenti), di individuazione di particolari percorsi di cura e di presa in carico, nonché di accoglienza, orientamento ed accompagnamento dei cittadini.
L'integrazione dei servizi sanitari e sociosanitari con quelli sociali dei comuni si esplica in particolare attraverso il PUA, la valutazione multidimensionale del bisogno, la gestione congiunta di casi complessi e la valorizzazione delle reti sociali.

L'articolo 1 comma 163 della Legge 234/2021, infatti, dispone che il Servizio sanitario nazionale e gli Ambiti garantiscono, mediante le risorse umane e strumentali di rispettiva competenza, alle persone in condizioni di non autosufficienza l'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari attraverso punti unici di accesso (PUA), che hanno la sede operativa presso le articolazioni del servizio sanitario denominate «Case della comunità». Nell'ambito del nuovo PNNA 2022/2024, approvato con DPCM 3 ottobre 2022, sono state assegnate infatti risorse specifiche per assunzione di personale con professionalità sociale per il rafforzamento dei PUA. Nello specifico € 3.200.000,00 per incremento n. 80 unità di personale nell'esercizio 2023; € 7.920.000,00 per n. 198 unità di personale nell'esercizio 2024 ed € 7.920.000,00 per n. 198 unità di personale nell'esercizio 2025.

Nel corso del 2023 verranno approvate le disposizioni attuative, sia per gli Ambiti che per le ASST, per dar seguito a quanto previsto.

Cabine di regia

Le D.G.R. n. 6278 del 11/04/22 "Linee guida POAS" e n. 6762 del 25/07/2022 "Attuazione L.R. 22/2021 Regolamento di funzionamento della conferenza dei sindaci, del collegio dei sindaci, del consiglio di rappresentanza dei sindaci e dell'assemblea dei sindaci del distretto" hanno confermato le cabine di regia come "luogo istituzionale" deputato a supportare l'impegno di ATS, ASST e Ambiti territoriali nel potenziamento dell'integrazione sociosanitaria e a garantire la programmazione, il governo, il monitoraggio e la verifica degli interventi sociosanitari e sociali erogati, destinate a presidiare aree comuni d'intervento e allo sviluppo di un approccio integrato alla presa in carico dei bisogni espressi dalle persone, evitando duplicazioni e frammentazione nell'utilizzo delle risorse e nell'erogazione degli interventi e contestualmente garantirne appropriatezza. Con questa funzione, nell'ambito dei percorsi di integrazione sociosanitaria, le cabine di regia rappresentano un importante strumento che si pone anche a supporto delle funzioni del Consiglio di rappresentanza dei Sindaci e delle Assemblee distrettuali.

Si propongono di seguito alcune indicazioni attuative con il fine di orientare e rendere maggiormente omogenei, nel rispetto delle esperienze maturate localmente negli anni recenti, gli assetti organizzativi e funzionali che le Aziende adotteranno nell'adeguare le cabine di regia di ATS E ASST ai sensi di quanto previsto dagli art. 6 c. 6 lettera f) e art. 7 c. 11 l.r. 33/09.

Cabina di regia integrata ATS

Definizione e Funzioni

La Cabina di Regia è istituita ai sensi degli art. 6 c.6 e c 6 bis all'interno del Dipartimento della programmazione per l'integrazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie con quelle sociali delle ATS quale strumento attuativo e consultivo delle attività DIPSSS con il particolare compito di garantire processi integrati e sinergici tra sanitario, sociosanitario e sociale.

Alla cabina di regia sono attribuite funzioni di tipo consultivo/conoscitivo/ informativo, di coprogrammazione e di valutazione con particolare riguardo alla:

- Analisi e valutazione dei fabbisogni e individuazione delle risorse disponibili;
- Definizione di indicazioni omogenee per la programmazione sociale territoriale con individuazione dei criteri generali e priorità di attuazione;
- Promozione di strumenti di monitoraggio relativi alla spesa sociale e sanitaria;
- Promozione e il sostegno del lavoro di rete fra ì diversi attori del territorio, compresi associazioni di categoria, enti del terzo settore e dell'associazionismo;
- Individuazione e monitoraggio di modelli di intervento per lo sviluppo di un approccio integrato in ordine alla valutazione e alla presa in carico dei bisogni da realizzarsi anche attraverso l'integrazione di risorse e strumenti.

Inoltre, attraverso la Cabina di Regia si garantisce la continuità, l'unitarietà degli interventi e dei percorsi di presa in carico delle famiglie e dei loro componenti con fragilità, con particolare attenzione alle persone con disabilità, promuovendo l'utilizzo da parte dei comuni e delle ASST del progetto di vita quale strumento per creare percorsi personalizzati e integrati nella logica del budget di salute e collabora alla definizione di linee guida e modelli omogenei per lo sviluppo dell'integrazione dei servizi sanitario, sociosanitario e sociale in raccordo con la Direzione Sociosanitaria della ASST e i Distretti.

Composizione:

la cabina di regia può assumere una composizione "variabile" in funzione della natura tematiche poste all'ordine del giorno.

La composizione della Cabina di Regia di ATS è definita con atto del Direttore Generale ed è presieduta dal Direttore Sociosanitario, con il supporto del Dip. PIPSS.

La Cabina di Regia può essere organizzata in commissioni/coordinamenti per lo sviluppo di tematiche specifiche.

È individuato un nucleo permanente composto dalle Cabine di Regia ASST, o da loro rappresentanze, a seconda della complessità del territorio.

Il Collegio dei Sindaci di ATS partecipa alla Cabina di Regia, ai sensi della L.R 22/2021, con le modalità da esso individuate al fine di facilitare e migliorare l'integrazione tra politiche sanitarie, sociosanitarie e socio assistenziali.

Il Collegio dei Sindaci individua altresì le più efficaci modalità di partecipazione, riportate nel regolamento della Cabina di Regia, di ulteriori componenti istituzionali e/o tecnici degli enti locali.

La partecipazione alla Cabina di Regia è estesa e variabile, quando all'ordine del giorno vengono poste indicazioni di informazione sanitaria e sociosanitaria al territorio: il regolamento della Cabina di Regia definisce in questo caso le più opportune e trasparenti modalità di individuazione degli invitati/aderenti/partecipanti.

a titolo esemplificativo, gli enti gestori di unità di offerta e enti del terzo settore laddove non siano componenti della Cabina di Regia di ASST, partecipano funzionalmente alla Cabina di Regia ATS a seconda dell'ordine del giorno e sono individuati tramite manifestazione di interesse aperta.

La composizione della Cabina di Regia di ATS prevede le seguenti figure:

- Direttore Sociosanitario della ATS con funzioni di coordinamento;
- Direttore del Dipartimento PIPSS;
- Responsabili che, per materia, il Direttore Sociosanitario della ATS ritiene opportuno individuare;
- Direttori Sociosanitari e Direttori di Distretto delle ASST;
- Rappresentanti dei gestori delle Unità d'Offerta/servizi interessati alle tematiche oggetto della Cabina di Regia;
- Coordinatori/responsabili Uffici di Piano;

Alla Cabina di Regia partecipano obbligatoriamente i rappresentanti degli Enti Locali laddove i temi trattati dalla Cabina di Regia sia rilevanti per gli stessi oppure abbiano un impatto significativo sulle comunità e i territori afferenti.

Regolamento della Cabina di Regia

Il Direttore Generale di ATS contestualmente al Decreto di Istituzione della Cabina di Regia o con successivo atto adotta un regolamento, che disciplina il funzionamento della Cabina di Regia.

In esso sono comprese le modalità di convocazione, la disponibilità della documentazione in rapporto alle principali funzioni, inclusi eventuali tavoli tecnici e di coordinamento.

Cabina di regia integrata ASST

Definizione e Funzioni

La Cabina di Regia è istituita ai sensi dell'art 7 c.11 e 12 all'interno del polo territoriale della ASST con il compito di promuovere e facilitare l'integrazione delle funzioni sanitarie e

sociosanitarie con le funzioni sociali di competenza delle autonomie locali in raccordo con la conferenza dei sindaci

Alla cabina di regia sono attribuite funzioni di tipo consultivo/conoscitivo/ informativo, di coprogrammazione e di valutazione con particolare riguardo alla:

Definizione delle modalità di accesso e presa in carico, in particolare per persone in condizione di cronicità e di fragilità.

Definizione delle modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali territoriali e domiciliari in base a livelli di intensità di cura in una logica di sistema integrazione delle funzioni e delle risorse.

Programmazione per la realizzazione a livello distrettuale della rete di offerta territoriale con particolare riferimento ai servizi da erogare a seguito della valutazione dei bisogni dell'utenza.

Programmazione a livello distrettuale dei livelli di servizio da garantire, alle decisioni in materia di logistica, accesso, offerta di servizio.

Stesura del Piano di sviluppo del Polo Territoriale (PPT), ai sensi della L.R 22/2021 art 7 cm 17 ter, nonché il suo monitoraggio annuale.

Collaborazione alla stesura dei Piani di Zona degli ambiti sociali territoriali

Organizzazione e monitoraggio delle attività di tutta l'organizzazione distrettuale finalizzata a garantire l'uniformità nell'accesso ai servizi e nell'erogazione degli interventi

Composizione:

la cabina di regia può assumere una composizione "variabile" in funzione della natura delle tematiche poste all'ordine del giorno

La composizione della Cabina di Regia di ASST è definita con atto del Direttore Generale ed è presieduta dal Direttore Sociosanitario,

La Cabina di Regia può essere organizzata in commissioni/coordinamenti per lo sviluppo di tematiche specifiche.

Il Consiglio di rappresentanza dei Sindaci dell'ASST partecipa alla Cabina di Regia, ai sensi della L.R 22/2021, con le modalità da esso individuate al fine di facilitare e migliorare l'integrazione tra politiche sanitarie, sociosanitarie e socio assistenziali.

Il Consiglio di rappresentanza dei Sindaci dell'ASST individua altresì le più efficaci modalità di partecipazione, riportate nel regolamento della Cabina di Regia, di ulteriori componenti istituzionali e/o tecnici degli enti locali.

La partecipazione alla Cabina di Regia è estesa e variabile, quando all'ordine del giorno vengono poste indicazioni di informazione sanitaria e sociosanitaria al territorio: il regolamento della Cabina di Regia definisce in questo caso le più opportune e trasparenti modalità di individuazione degli invitati/aderenti/partecipanti.

Nella definizione della composizione della Cabina di Regia di ASST il Direttore Generale dovrà prevedere le seguenti figure;

- Direttore Sociosanitario della ASST con funzioni di coordinamento;
- Direttori di Distretto;
- Responsabili che, per materia, il Direttore Sociosanitario ritiene opportuno individuare;
- Rappresentanti dei gestori delle Unità d'Offerta/servizi interessati alle tematiche oggetto della Cabina di Regia;
- Coordinatori/responsabili Uffici di Piano;

Alla Cabina di Regia partecipano obbligatoriamente i rappresentanti degli Enti Locali laddove i temi trattati dalla Cabina di Regia sia rilevanti per gli stessi oppure abbiano un impatto significativo sulle comunità e i territori afferenti.

Regolamento della Cabina di regia ASST

Il Direttore Generale di ASST, contestualmente al Decreto di Istituzione della Cabina di Regia o con successivo atto adotta un regolamento, che disciplina il funzionamento della Cabina di Regia.

In esso sono comprese le modalità di convocazione, la disponibilità della documentazione in rapporto alle principali funzioni, inclusi eventuali tavoli tecnici e di coordinamento.

Area revisione unità di offerta sociale: servizi educativi diurni e residenziali per persone con disabilità

La mutate caratteristiche delle persone con disabilità e l'ampliamento della gamma di possibilità di risposta alle molteplici esigenze di cura, terapia, educazione, socialità e relazione, richiedono un ripensamento dei servizi diurni e residenziali per offrire risposte e prestazioni sociali e sociosanitarie integrate e modulabili sulla base dei bisogni della persona stessa.

Nel 2023 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. 16 maggio 2022, n. 6387 "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l'anno 2022" - Allegato 7 " e dal successivo Decreto DG Welfare n. 15781 del 4 novembre 2022 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 nel corso del 2022 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 che dovranno qualificare il percorso di revisione:

- 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) 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.

Area attività di controllo sulle unità d'offerta sociali

Attività di verifica dei requisiti

L'attività ordinaria di vigilanza e controllo per le unità di offerta sociale, proseguirà nel 2023 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 2023 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.

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 2022 da trasmettere entro il mese di aprile 2023 che espliciti quanto segue:

1. verifica sul 100% delle "Comunicazioni Preventive di Esercizio" pervenute;
2. numero e relativa percentuale delle "visite routinarie da campionamento" 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.

Si conferma per il 2023 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.

Area Famiglia e componenti fragili

Nel 2023 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.
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.
Verrà, infatti, istituito un tavolo "tecnico" regionale composto da rappresentanti della DG Welfare, della DG Famiglia, Solidarietà Sociale, Disabilità e Pari Opportunità e delle Ats e Asst finalizzato ad individuare strumenti di integrazione con le reti esistenti. I Consultori, infatti, rappresentano uno dei nodi più significativi della rete che, insieme agli altri servizi presenti sul territorio (Centri per la famiglia, Enti del terzo settore, Centri Antiviolenza e altri servizi specialistici), si occupano delle famiglie in una logica sia preventiva e di promozione delle risorse delle famiglie sia riparativa durante i periodi di "crisi/fragilità" della famiglia. L'ambito dei servizi per la famiglia si snoda, infatti, tra servizi leggeri che promuovono e valorizzano le caratteristiche della famiglia attraverso una azione di orientamento e coinvolgimento della famiglia stessa come, ad esempio, i Centri per la famiglia, le reti di conciliazione e tra servizi che invece si occupano della famiglia in momenti di crisi o fragilità. 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 e dei piani di conciliazione da parte delle ATS.
Secondo la logica della sinergia e dell'integrazione, è stata effettuata una revisione della l.r. 23/99 prevedendo una Consulta per la famiglia che diventa il luogo di confronto e di decisione per Regione Lombardia sulle politiche per la famiglia. Alla consulta parteciperanno ATS, ASST, ANCI, e alcuni rappresentanti di soggetti del terzo settore che si occupano di tematiche famigliari.

In considerazione di alcuni fattori quali l'evoluzione delle norme, lo sviluppo di nuovi approcci di intervento e servizi resi possibili anche dalle sperimentazioni realizzate negli ultimi anni, il mutare delle condizioni sociali con la conseguente diversificazione delle problematiche che le famiglie portano oggi ai servizi, si rende necessaria una ri-lettura integrata delle Linee di indirizzo sull'affido familiare (D.G.R. n. IX/1772 del 24/05/2011) e sugli interventi rivolti alle famiglie con minori in difficoltà (D.G.R. n. X/4821 del 15/02/2016), con l'obiettivo di:

- delineare una visione condivisa dell'area dell'intervento di accompagnamento della genitorialità vulnerabile, identificando gli obiettivi trasversali e le azioni che permettono di raggiungere tali obiettivi;
- fornire orientamenti comuni rispetto agli interventi rivolti alle famiglie che vivono in situazione di vulnerabilità su tutto il territorio regionale;

- migliorare l'organizzazione e il funzionamento dei percorsi di accompagnamento, definendo la governance regionale e locale, di per sé complessa, che necessita di tenere conto dell'insieme dei soggetti e delle azioni che concorrono alla cura e alla protezione dell'infanzia e di migliorare la conoscenza sull'attività e i mandati dei diversi attori per sviluppare un sistema di governance integrato Ambiti, ATS e ASST;
- facilitare i servizi nell'operare in maniera conforme a quanto indicato nella recente normativa;
- fornire agli Enti locali e ai servizi sociosanitari coinvolti un quadro complessivo delle indicazioni provenienti dalle più recenti ricerche scientifiche, dalle innovative esperienze e dalle buone prassi consolidate (quali ad esempio la sperimentazione ministeriale PIPPI e Carelivers);
- armonizzare pratiche e modelli di intervento;
- avviare un rinnovamento delle pratiche interprofessionali e interistituzionali tramite la costruzione di forme concrete di condivisione di responsabilità.

Nel 2023 verrà attivato uno specifico gruppo di lavoro che si raccorderà anche con l'Organismo di Coordinamento dei Consultori, e si dedicherà alla revisione delle Linee di indirizzo sull'affido familiare (D.G.R. n. IX/1772 del 24/05/2011) e sugli interventi rivolti alle famiglie con minori in difficoltà (D.G.R. n. X/4821 del 15/02/2016) anche alla luce del nuovo assetto territoriale determinato dalla l.r. 22/2021 e della recente modifica normativa dell'art. 403 c.c. apportata dall'art. 1 comma 27 della legge n. 206/2021.

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.

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 2023 verranno implementati i seguenti interventi:

Reti di famiglie affidatarie

Accanto ad associazioni di famiglie impegnate prevalentemente a sensibilizzare e promuovere la cultura dell'accoglienza, in Regione Lombardia operano anche reti di famiglie che si sono organizzate per offrire a coloro che accolgono minori in affido familiare, attraverso un'équipe multidisciplinare di professionisti, un supporto strutturato e continuativo per tutta la durata del progetto di affido, in collaborazione con i servizi pubblici di tutela. Si tratta di una peculiarità della nostra Regione che ha promosso e sostenuto l'associazionismo familiare e, più in generale, la capacità del Terzo Settore di innovare il sistema anche attraverso la sperimentazione di nuovi modelli e la proposta di nuove soluzioni organizzative nel segno di una rinnovata collaborazione tra pubblico e privato interpretando ancora una volta in modo originale il concetto di sussidiarietà Con il decreto n. 17628 del 7/12/2021 sono state definiti i processi operativi per

l'accreditamento delle 'Reti di famiglie affidatarie sostenute da equipe professionale' riconosciute da Regione Lombardia con D.G.R. n. 2856/2020 ed è stato dato avvio alla fase attuativa che ha condotto al riconoscimento regionale di 8 reti di famiglie affidatarie che coinvolgono 350 famiglie operanti in tutte le province del territorio regionale.

Nel corso del 2023 con la collaborazione dei dipartimenti PIPPS delle ATS saranno approvate le procedure di verifica del possesso e mantenimento dei requisiti delle reti di famiglie affidatarie sostenute da équipes professionali.

Ampliamento sperimentazione Centri per la Famiglia

A seguito dell'approvazione delle linee guida per la sperimentazione dei Centri per la famiglia (D.G.R. n.5955/2022) le ATS hanno approvato complessivamente 48 progetti sul territorio regionale così distribuiti:
ATS Pavia: 3;
ATS Bergamo: 6;
ATS Brescia: 8;
ATS Insubria: 7;
ATS Brianza: 3;
ATS Valpadana: 5;
ATS Milano: 10;
ATS Montagna: 6.

I capofila dei progetti sono principalmente Enti del Terzo settore oltre ad alcune ASST, Comuni e enti capofila dell'accordo di programma per i Piani di Zona.
La logica di intervento dei progetti è stata caratterizzata dal lavoro in rete e dall'integrazione con tutti gli operatori degli altri servizi socioeducativi, sociali, sanitari e sociosanitari e con le organizzazioni del territorio (associazioni, cooperative sociali, reti di famiglie, ecc.) attraverso la definizione di protocolli operativi di collaborazione che definiscano il percorso di accesso e di presa in carico delle famiglie che si rivolgeranno ai centri.

Per il 2023, in attuazione della D.G.R. n.7427/2022, il ruolo dei centri per la famiglia verrà ulteriormente consolidato grazie al finanziamento del Fondo per le politiche per la famiglia che prevede una assegnazione pari al 80% della quota già assegnata.

Inoltre, proseguirà il confronto stabile con le ATS finalizzato all'analisi e al monitoraggio delle attività e la definizione di indicatori per la relativa messa a sistema.

Interventi di sostegno abitativo a favore dei coniugi separati o divorziati in condizioni di disagio economico (art. 5 l.r. 24.06.2014 n. 18)

Prosegue anche per il 2023 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.

Con DGR 3756/2022 sono state ulteriormente incrementare le risorse destinate all'attuazione della misura.
Le ATS mantengono il ruolo di gestione complessiva della misura attraverso la valutazione delle domande, le relative liquidazioni agli ammessi raccordandosi con Regione Lombardia sull'andamento della spesa e sul monitoraggio dei risultati.
In attuazione della DGR 3756/2022, inoltre, si procederà ad una revisione della procedura prevista dal bando finalizzata a semplificarne l'attuazione.
Verranno calendarizzati degli specifici momenti di approfondimento con le ATS al fine di procedere all'approvazione del nuovo bando.

Politiche per favorire la conciliazione in un'ottica di corresponsabilità dei carichi di cura

Regione Lombardia con D.G.R. n. 5755/2021 ha approvato i criteri per una iniziativa volta a promuovere un intervento rivolto principalmente a lavoratori e alle loro famiglie dipendenti delle micro e piccole imprese al fine di favorire la diffusione di iniziative di welfare aziendale, la corresponsabilità dei compiti di cura, l'armonizzazione tra vita privata e vita professionale anche con l'obiettivo di garantire una maggiore parità tra uomini e donne nel lavoro e nell'accesso alle opportunità.
Le risorse destinate a tale iniziativa ammontano a 5.050.000,00 euro ed è stata rivolta a partenariati di enti pubblici e/o privati il cui capofila potrà essere sia un ente pubblico sia un ente del terzo settore che del privato profit.
La gestione della misura è in carico alle ATS che, a chiusura della fase di valutazione hanno approvato 41 progetti su 42 presentati così suddivisi:

ATS Bergamo: 3/3
ATS Brescia: 9/9
ATS Brianza: 6/6
ATS Città Metropolitana di Milano: 9/9
ATS Insubria: 5/5
ATS Pavia: 8/7
ATS Val Padana: 2/2
I progetti validati sono in fase di avvio.

Proseguono gli interventi previsti dai Piani Conciliazione attuati a seguito della D.G.R. n. 2398/2019 che ha adottato le linee guida per il triennio 2020-2023.
Le ATS gestiscono l'iniziativa, anche in virtù della esperienza nel ruolo di capofila delle Reti di Conciliazione, coordinando le iniziative e garantendo la sinergia nei relativi territori attraverso l'istruttoria formale, la valutazione dei progetti e l'approvazione delle graduatorie, e svolgendo il monitoraggio dei progetti approvati e controllo della rendicontazione.
Gli interventi hanno preso avvio nel 2020 periodo caratterizzato dall'emergenza sanitaria che ha compromesso e rallentato lo svolgimento delle attività.

A seguito del monitoraggio sullo stato di avanzamento fornito dalle ATS complessivamente risultano 40 progetti/Alleanze in via di realizzazione.

Dal monitoraggio ricevuto, attualmente 19 Alleanze hanno avviato almeno un intervento rivolto direttamente ad imprese/enti, tra cui ad esempio:

- Supporto alla contrattazione territoriale
- Servizio di mediazione tra le aziende partecipanti al progetto e le reti che si occupano di realizzare i servizi di welfare a livello locale
- Consulenza alle imprese per lo sviluppo di piani di welfare aziendale personalizzati
- Tavoli di lavoro con l'obiettivo di siglare accordi di conciliazione realizzando piani di conciliazione o accordi di secondo livello
- laboratori di formazione e accompagnamento per implementazione piani di smart working
- sperimentazione e adozione a regime di un piano di smart working indirizzato a incrementare produttività e benessere di lavoratori/trici
- Sperimentazione maggiordomo aziendale

Inoltre, 31 Alleanze hanno avviato almeno un intervento rivolto alle persone tra cui:

- Servizi di assistenza e supporto al caregiver familiare

(ad es. servizio di accompagnamento in occasione di visite ed esami per familiari anziani e/o disabili)

- Servizi per la gestione del pre e post scuola e dei periodi di chiusura scolastica;

(ad es. Erogazione contributi per il sostegno dei servizi conciliativi, campus estivi, servizio pre-post, Supporto allo studio, laboratori educativi extra-scolastici con lo scopo di favorire la gestione del tempo dei genitori).

Si rileva pertanto da tale analisi che 10 Alleanze hanno avviato sia interventi rivolto a persone che interventi rivolti ad imprese.

È stata, inoltre, rilevata una percentuale del 47% di spesa liquidata dovuta principalmente ai rallentamenti conseguenti alla pandemia.

Viste le difficoltà determinate dall'emergenza, nelle more dell'approvazione del nuovo provvedimento di programmazione, le ATS potranno procedere nell'attuazione degli interventi fino ad esaurimento delle risorse previo confronto con la direzione generale Famiglia.

Interventi a favore dell'infanzia e dell'adolescenza

L'infanzia e l'adolescenza sono state duramente colpite dalla pandemia amplificando le difficoltà fisiologiche date dalla fase di crescita. Il gruppo sull'emergenza Covid creato in seno all'Osservatorio nazionale per l'infanzia e l'adolescenza ha, infatti, evidenziato il ruolo della pandemia nell'aver messo a nudo le fragilità delle ragazze e dei ragazzi tra gli 11 e i 18 anni che manifestano un disagio psicologico e sociale crescente, espresso attraverso svariate forme comportamentali devianti e disadattivi.
In particolare, queste situazioni di fragilità, richiedono da parte del sistema dei servizi una capacità di presa in carico tempestiva, di valutazione multidimensionale della persona nel suo contesto di vita e di comunità e di ricomporre interventi in grado di rispondere in modi efficace ai bisogni.

In risposta a tale situazione di disagio diventa inoltre necessario individuare strumenti operativi flessibili e sinergici finalizzati a costruire dispositivi integrati sul territorio a favore dei minori.
In questa logica la DGR 6761/2022 ha definito delle sinergie istituzionali finalizzate all'individuazione di percorsi integrati e innovativi di prevenzione e presa in carico dei pre-adolescenti e adolescenti che manifestano disagio psicologico attraverso comportamenti spesso disadattivi e devianti (come le baby gang).

In attuazione alla DGR 7671/2022, la direzione generale Famiglia ha avviato un intervento complementare a quelli già in essere con le seguenti finalità:

- implementare e rafforzare le politiche di prevenzione e contrasto al bullismo e cyberbullismo e alle forme di disagio giovanile che si manifestano con comportamenti devianti (baby gang, atti di vandalismo);
- sostegno a progetti rivolti ai giovani e alle famiglie per far crescere la cultura della legalità e del rispetto dei valori della vita e della salute basati su un approccio intersettoriale e interistituzionale anche attraverso la valorizzazione del ruolo di ATS, ASST, Comuni, Ambiti territoriali, Terzo settore e Associazionismo locale.

Con D.G.R. n. 7498/2022 sono stati stanziati dei fondi ad hoc (€ 2.213.000,00) per la realizzazione di piani di azione territoriali a regia ATS secondo un'ottica di co-progettazione e sinergia progettuale finalizzati a contrastare il disagio minorile che si baseranno su un modello a rete coinvolgendo tutti gli enti interessati con particolare attenzione alle Prefetture. I piani di azione si svilupperanno a seguito di una analisi del bisogno che dovrà essere effettuata in Tavoli Tecnici Provinciali che vedono la partecipazione innanzitutto delle Prefetture.

A seguito della trasmissione dei piani di azione da parte delle ATS verranno individuati stabili momenti di confronto con la direzione.

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.

Per la realizzazione degli interventi ATS collabora con ASST ed Enti del terzo settore con l'obiettivo di intercettare il bisogno là dove si manifesta, favorire l'accesso ai servizi per la valutazione multidimensionale del bisogno e la definizione di risposte mirate, flessibili ed integrate ai bisogni di giovani, preadolescenti e adolescenti di età compresa tra i 11 e i 25 anni.
Al fine di garantire la prossimità e la piena accessibilità ai servizi di presa in carico del disagio, e in linea con la L.R. 22 del 2021 e con la D.G.R. n. 6760 del 25/07/2022, le ASST dovranno definire équipe multiprofessionali per la valutazione del bisogno a livello distrettuale.

Qualità della vita e inclusione sociale delle persone sottoposte a terapia oncologica

Nell'ambito delle politiche a sostegno delle famiglie in condizioni di fragilità, Regione Lombardia già dal 2014 ha sviluppato azioni per la qualità della vita delle persone sottoposte a terapia oncologica chemioterapica/radioterapica, attraverso il coinvolgimento delle ATS, prevedendo l'assegnazione di un contributo per l'acquisto della parrucca alle persone affette da alopecia e coinvolte nel percorso riabilitavo a seguito di terapia oncologica chemioterapica/radioterapica.
Considerati i risultati dell'analisi dei dati che confermano il gradimento dell'iniziativa sul territorio regionale e tenendo conto delle esigenze connesse alla semplificazione e digitalizzazione dei processi amministrativi, con D.G.R. n.1829/2019 sono state individuate nuove modalità di attuazione dell'iniziativa, prevedendo la gestione dell'iniziativa attraverso Bandi Online da parte delle ATS quali intermediari per l'istruttoria delle domande e l'erogazione del contributo, nonché per le funzioni di monitoraggio e controllo.
Inoltre, viste le numerose domande dal 2019 il contributo è stato portato da 150 euro a 250 euro e considerato che ogni anno vengono presentate oltre 2.000 richieste, con D.G.R. n. 5684/2021è stata data continuità alla misura anche nel 2022.
Con DGR 7099/2022 oltre a dare continuità alla misura è stata, inoltre, prevista l'estensione del contributo anche all'acquisto di protesi tricologiche per le persone sottoposte a terapie oncologiche, chemioterapica che e radioterapiche, affette da alopecia in conseguenza di tali terapie, prevedendo per questa tipologia un contributo fino a euro 400 a persona.

Contrasto alla violenza sulle donne

In riferimento al tema del contrasto alla violenza domestica e intra familiare, come indicato nell'ambito delle linee guida dei Piani di Zona, diventa fondamentale creare un raccordo sempre più stabile tra la programmazione delle reti antiviolenza, le iniziative e le sperimentazioni promosse in attuazione del Piano quadriennale regionale (DCR 999/2020), 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.
Diventa fondamentale infatti coinvolgere in modo più strutturato e coordinato il sistema sanitario/sociosanitario nell'ambito dei percorsi integrati realizzati dai servizi presenti sul territorio, con l'obiettivo di favorire il riconoscimento precoce dei casi di violenza e l'avvio

immediato al percorso specifico, mediante 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 al fine di realizzare l'obiettivo comune di accompagnare la donna e i minori ad attraversare la fase di emergenza e a costruire condizioni di vita autonome e libere dalla violenza.
Al fine di favorire l'intervento precoce è fondamentale che l'azione delle reti antiviolenza sia sempre più coordinata con la filiera di tutti i servizi per la famiglia e con 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 2023 si darà avvio all'attuazione della nuova Intesa Stato Regioni che effettua una revisione dei requisiti minimi dei Centri Antiviolenza e delle Case Rifugio nella logica della qualificazione del sistema.
In particolare, si proseguirà nel lavoro di analisi dei requisiti previsti dall'Intesa identificando uno specifico percorso per l'attuazione dell'Intesa stessa.
A tal fine proseguirà il lavoro del gruppo identificato ad hoc costituito da alcuni Comuni capofila di reti antiviolenza e alcune ATS.
Inoltre, alla luce dell'approvazione dell'Intesa Stato regioni relativa ai requisiti minimi dei centri per uomini autori di violenza domestica e di genere verrà attivato uno specifico gruppo di lavoro con le ATS al fine di definirne una modalità strutturata di attuazione.

In attuazione della D.G.R. n. 6299/2022, inoltre, è stata effettuata una ricognizione tra le ASST finalizzata alla valorizzazione di progettualità/percorsi/strutture a valenza territoriale che promuovono servizi multidisciplinari ed integrati con i soggetti che concorrono per specifiche competenze nelle reti territoriali interistituzionali antiviolenza. In particolare, l'obiettivo principale è quello di indentificare modelli e procedure coordinate di presa in carico delle donne e di minori vittime di violenza sin dalla fase di emergenza.
Nel corso del 2023 verrà costituito un gruppo di lavoro relativo alle tipologie di intervento che risulteranno ammissibili e le ATS del territorio.

Sostegno al mantenimento al domicilio delle persone anziani e disabili e sostegno ai carichi di cura delle famiglie

Al fine costruire percorsi sempre più personalizzati di risposta al bisogno delle famiglie in particolare quelle con elevati carichi di cura assistenziali, con D.G.R. 5756/2021, è stata rinnovata la Misura a favore degli assistenti familiari con l'emanazione di nuove modalità oltre al rifinanziamento (1.500.000,00 euro) della Misura relativa allo sviluppo di interventi a favore del lavoro di assistenza e cura svolto dagli assistenti familiari di cui alla D.G.R. n. 914/2018 - l.r. 15/2015 per il potenziamento della stessa.
Il budget è stato ripartito in base alla popolazione di età superiore o uguale a 65 anni residente sul rispettivo territorio per il tramite delle ATS. Le ATS nel loro ruolo di governance complessiva hanno compiti di liquidazione delle risorse agli ambiti, verifica dei requisiti

degli sportelli e liquidazione dei budget agli Ambiti territorialmente competenti anche al fine del collegamento della presente misura con il sistema dei servizi sociosanitari.

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").

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/adeguata 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 da1l'Autorità giudiziaria, l'integrazione delle risorse finanziarie, umane e strumentali dei servizi territoriali e delle articolazioni territoriali de11'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 anche alla luce della recente riforma penitenziaria (legge 27 settembre 2021, n. 134, Decreto Legislativo 10 ottobre 2022, n. 150), si intende, proseguire già nel lavoro avviato nelle scorse annualità, per la realizzazione dei programmi di giustizia riparativa e per la realizzazione degli sportelli di ascolto e accompagnamento alle vittime di reato generalista.

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 2023 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.

ACCORDI CON LE REGIONI DI CONFINE PER IL GOVERNO DELLA MOBILITA' SANITARIA

L'art. 1 c. 492 della L. n. 178 del 30 dicembre 2020 stabilisce che, a decorrere dal 2022, la sottoscrizione degli accordi bilaterali tra le regioni di confine per il governo della mobilità sanitaria interregionale costituisce adempimento ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo del Servizio sanitario.
E' quindi necessario procedere alla formalizzazione e sottoscrizione degli accordi per il governo della mobilità sanitaria con le Regioni Emilia-Romagna, Piemonte e Veneto.
Alla direzione generale Welfare è demandata la sottoscrizione degli accordi per il governo della mobilità sanitaria di seguito riportati.
Gli eventuali effetti economici dovuti agli abbattimenti sulle produzioni che tali accordi prevedono ricadranno sulle strutture erogatrici delle prestazioni.

ACCORDO TRA REGIONE EMILIA-ROMAGNA E REGIONE LOMBARDIA PER IL GOVERNO DELLA MOBILITA' SANITARIA ANNI 2022 - 2024

(Ai sensi dell'art. 1, c. 576, della L. 28 dicembre 2015, n. 28)

VISTI, *inter alia*:

- L'art. 8-*sexies*, c. 8, del D.Lgs. 502/1992, stando al quale "Il Ministro della Sanità d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, con apposito decreto definisce i criteri generali per la compensazione dell'assistenza prestata a cittadini in Regioni diverse da quelle di residenza. Nell'ambito di tali criteri, le Regioni possono stabilire specifiche intese e concordare politiche tariffarie, anche al fine di favorire il pieno utilizzo delle strutture e l'autosufficienza di ciascuna regione, nonché l'impiego efficiente delle strutture che esercitano funzioni a valenza interregionale e nazionale";

- L'Accordo Stato – Regioni del 22.11.2001 sui "Livelli essenziali di assistenza sanitaria", che al punto 10 prevede che: "Laddove la Regione definisca specifiche condizioni di erogabilità delle prestazioni ricomprese all'interno dei livelli essenziali di assistenza sanitaria con particolare riferimento alle prestazioni di cui agli allegati 2B e 2C, o individui prestazioni/servizi aggiuntivi a favore dei propri residenti, l'addebitamento delle stesse in mobilità sanitaria deve avvenire sulla base di:
  - un accordo quadro interregionale che regoli queste specifiche problematiche di compensazione della mobilità;
  - eventuali specifici accordi bilaterali tra Regioni interessate".

- L'Articolo 19 del Patto per la Salute 2010–2012, siglato tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano il 3 dicembre 2009 (Rep. N. 243/CSR), il quale prevede che per il conseguimento del livello di appropriatezza nella erogazione e nella organizzazione dei servizi di assistenza ospedaliera e specialistica le Regioni individuino adeguati strumenti di governo della domanda tramite **accordi tra Regioni confinanti** per disciplinare la mobilita' sanitaria al fine di
  - evitare fenomeni distorsivi indotti da differenze tariffarie e da differenti gradi di applicazione delle indicazioni di appropriatezza definite a livello nazionale;
  - favorire collaborazioni interregionali per attività la cui scala ottimale di organizzazione possa risultare superiore all'ambito territoriale regionale;
  - individuare meccanismi di controllo tesi a prevenire l'insorgere di eventuali comportamenti opportunistici di soggetti del sistema, attraverso la definizione di tetti di attività condivisi funzionali al governo complessivo della domanda;

- L'art. 1, c. 576, della L. 28 dicembre 2015, n. 208 (legge di stabilità 2016), il quale – modificando l'art. 15, c. 14, del D.L. 6 luglio 2012, n. 95 (convertito, con modificazioni, dalla L. 7 agosto 2012, n. 135) – prevede che le Regioni stipulino accordi bilaterali per il governo della mobilità sanitaria interregionale, ai sensi dell'art. 19 del Patto per la Salute 2010-2012 soprarichiamato;
- L'art. 1, c. 574, della L. 28 dicembre 2015, n. 208 (legge di stabilità 2016) il quale prevede che a decorrere dall'anno 2016 al fine di valorizzare il ruolo dell'alta specialità all'interno del territorio nazionale, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono

programmare l'acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera di alta specialità, nonché di prestazioni erogate da parte degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) a favore di cittadini residenti in regioni diverse da quelle di appartenenza ricomprese negli accordi per la compensazione della mobilità interregionale di cui all'articolo 9 del Patto per la salute sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano con intesa del 10 luglio 2014 (atto rep. 82/CSR), e negli accordi bilaterali fra le regioni per il governo della mobilità sanitaria interregionale, di cui all'articolo 19 del Patto per la salute sancito con intesa del 3 dicembre 2009, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 3 del 5 gennaio 2010, in deroga ai limiti previsti dall'art. 15, c. 14, del D.L. 6 luglio 2012, n. 95 (convertito, con modificazioni, dalla L. 7 agosto 2012, n. 135);

- La Scheda n. 4 "Mobilità sanitaria" del Patto per la Salute 2019-2021, siglato tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano il 18 dicembre 2019 (Rep. N. 209/CSR),
- L'art. 1 c. 492 della L. n. 178 del 30 dicembre 2020 il quale stabilisce che, a decorrere dal 2022, la sottoscrizione degli accordi bilaterali tra le regioni per il governo della mobilità sanitaria interregionale di cui all'articolo 1, comma 576, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, costituisce adempimento ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo del Servizio sanitario nazionale la cui verifica è effettuata nell'ambito del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA di cui all'articolo 9 dell'intesa tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sancita in data 23 marzo 2005.

LA PARTI CONVENGONO E STIPULANO IL PRESENTE ACCORDO

ART. 1 DURATA DELL'ACCORDO

Il presente accordo è in vigore dal 1 gennaio 2022 al 31 dicembre 2024.

ART.2 AMBITO OGGETTIVO

L'ambito oggettivo di applicazione del presente accordo sono le prestazioni di ricovero ospedaliero e di specialistica ambulatoriale erogate a carico del SSN dalle strutture pubbliche e private accreditate ai cittadini residenti nelle due regioni.

Relativamente alle attività di **ricovero** si concorda quanto segue:

a) nessun tetto per le seguenti macro-categorie:

- *DRG di Alta complessità* come classificata in base all'Accordo di compensazione della mobilità interregionale e sulla base delle regole tecniche di applicazione previste dall'Accordo di compensazione della mobilità interregionale
- *Attività oncologica*, così come definita nell'Allegato tecnico.
- *Chirurgia dei trapianti,* così come definita nell'Allegato tecnico*;*
- *Unità spinale (codice disciplina 28) e neuroriabilitazione (codice disciplina 75);*
- Grandi ustionati (*codice discipline 46 e 47*)
- *Traumi ed incidenti stradali*, così come definiti nell'Allegato tecnico
- *Ricoveri in urgenza da pronto soccorso*

- *Ricoveri riconducibili alla casistica Covid secondo le codifiche previste nel DM 28 ottobre 2020 recante "Integrazione dei sistemi di classificazione adottati per la codifica delle informazioni cliniche contenute nella scheda di dimissione ospedaliera e per la remunerazione delle prestazioni ospedaliere in conseguenza della nuova malattia da SARS-CoV-2 (COVID-19). Modifiche al decreto del 18 dicembre 2008".*

b) Tutta la restante attività, compresa la riabilitazione intensiva ed estensiva, è vincolata al rispetto del tetto economico massimo determinato sulla base del valore economico di produzione dell'anno 2019, corrispondente a:

- Complessivi € 34.450.000,00 per i ricoveri della Lombardia;
- Complessivi € 32.700.000,00 per i ricoveri della Emilia-Romagna.

Per l'anno 2023 il tetto è incrementato del 5% e per l'anno 2024 è previsto un ulteriore incremento del tetto del 5%

Relativamente alle attività di **specialistica ambulatoriale,** escluse le prestazioni eseguite in Pronto soccorso**,** si concorda la suddivisione della stessa in quattro macro-categorie. In particolare, per due macro-categorie è previsto il pagamento di tutta l'attività erogata, mentre per altre due il pagamento è effettuato nei limiti dei tetti economici differenziati per categoria – calcolati sulla base del corrispondente dato di produzione resa nell'anno 2019 -, come di seguito specificati:

a) *Medicina nucleare e dialisi: nessun tetto;*

b) *Attività oncologica: chemioterapia, radioterapia: nessun tetto;*

c) *RMN e TAC: tetto pari alla produzione dell'anno 2019 al lordo del ticket:*

- per le prestazioni erogate dalla Lombardia il tetto è fissato in: 2.900.000,00 euro;
- per le prestazioni erogate dalla Emilia-Romagna il tetto è fissato in: 1.400.000,00 euro

d) *Altra attività: tetto pari alla produzione dell'anno 2019 al lordo del ticket:*

- per le prestazioni erogate dalla Lombardia il tetto è fissato in: 14.700.000,00 euro;
- per le prestazioni erogate dalla Emilia-Romagna il tetto è fissato in: 6.000.000,00 euro.

Per l'anno 2023 il tetto è incrementato del 5% e per l'anno 2024 è previsto un ulteriore incremento del tetto del 5%

Le Regioni concordano di applicare strumenti per l'appropriatezza dell'accesso alla specialistica ambulatoriale.
Le parti concordano di prevedere eventuali regolamentazioni specifiche per le prestazioni definite "non a tetto" a seguito di eventuali fenomeni osservati nei propri territori.

I tetti economici sono specifici per livello assistenziale.

Durante la vigenza del presente accordo, su richiesta anche di una sola parte i tetti economici possono essere rideterminati solo in caso di sopravvenute modifiche normative che introducano attività e/o prestazioni non comprese nel presente accordo.

ART. 3 TARIFFE

Le attività sono valorizzate con la Tariffa riferita agli scambi di mobilità così come definita nell' "Accordo interregionale per la compensazione della mobilità interregionale-regole tecniche, approvato annualmente dalla Conferenza Stato – Regioni ai sensi dell'art. 9 del Patto per salute 2014-2016 di cui all'intesa del 10.7.2014.

ART. 4 SUPERAMENTO DEL TETTO ECONOMICO

In caso di superamento del tetto economico previsto per l'anno di riferimento e riferito al punto b) per l'attività di ricovero e ai punti c e d) per l'attività di specialistica ambulatoriale, si stabilisce l'applicazione del seguente meccanismo di regressione tariffaria:

- nessuna penalizzazione fino ad un aumento del 5% fra produzione effettiva e tetto dell'anno di riferimento;
- in caso di aumento superiore al 5% rispetto al tetto concordato per l'anno di riferimento, verrà applicato un abbattimento sulla produzione eccedente in proporzione alla percentuale di aumento (vedi allegato tecnico parte integrante del presente accordo).

Le liste di attesa per i ricoveri e per le prestazioni ambulatoriali devono essere sovrapponibili tra assistiti residenti e non residenti, qualora nel corso di un anno venissero verificati tempi di attesa che in una singola struttura privilegino in modo evidente i residenti fuori regione, le relative prestazioni verranno abbattute del 50% rispetto alla stessa produzione del 2019.

ART. 5 CONTROLLI DI QUALITÀ E APPROPRIATEZZA

Ciascuna Regione garantisce un accurato monitoraggio della qualità e della appropriatezza delle prestazioni erogate.

ART. 6 MODALITÀ DI GESTIONE E MONITORAGGIO DELL'ACCORDO

Al fine di consentire il monitoraggio dell'accordo, le parti si impegnano a scambiarsi i dati di attività relativi ai ricoveri e alla specialistica ambulatoriale - come da flusso di mobilità secondo il tracciato definito dall'Accordo per la compensazione interregionale della mobilità sanitaria -, comprensivo di importo.

Le scadenze di trasmissione sono le seguenti:

- I invio – 6 mesi di attività – entro il 30 settembre;
- II invio – 9 mesi di attività – entro il 31 dicembre;
- III invio – attività dell'intero anno – entro il 31 marzo dell'anno successivo.

Resta inteso che continuano ad essere valide le scadenze per l'invio dei dati di mobilità secondo le regole previste dall'Accordo per la compensazione interregionale della mobilità sanitaria.

I tecnici delle due Regioni firmatarie si incontrano con cadenza semestrale per valutare l'andamento della produzione. Degli incontri viene stilato un verbale che resta agli atti dei rispettivi Assessorati.

Entro il 15 novembre dell'anno successivo è definita la chiusura dell'anno di competenza e, pertanto, sono certificati i volumi economici da porre in mobilità, attraverso la trasmissione al coordinamento del modello M definitivo, comprensivo degli effetti degli accordi bilaterali, delle contestazioni accettate e degli eventuali storni per le attività di controllo dell'appropriatezza.

Regione Lombardia
Il Direttore
Direzione Generale Welfare

Regione Emilia-Romagna
Il Direttore
Direzione Generale Cura della Persona Salute e Welfare

Allegato Tecnico

Riepilogo dei criteri utilizzati per la definizione degli importi a tetto e non a tetto

Selezioni a monte: SDO di mobilità extraregionale con onere della degenza 1, 2 (a carico SSN), 5, 6.

N.B.: Le attività sotto descritte vanno considerati gerarchicamente ordinate e mutuamente esclusivi, con l'eccezione del contenitore 09 – Ricoveri Covid, che va considerato prioritariamente rispetto a tutti gli altri contenitori.

ATTIVITÀ NON A TETTO

01 – Trapianti

- Trapianto di cellule staminali

SDO Acute con DRG 042 e:
- diagnosi 370.62 in principale e diagnosi secondaria V42.9
- intervento 11.59 in prima posizione e intervento secondario 11.99

- Trapianto cornea

SDO Acute con DRG 042 e:
- un intervento qualsiasi compreso nel range 11.60 – 11.69

- Trapianto pancreas isolato

SDO Acute con DRG 191, 192, 292, 293 e:
- un intervento qualsiasi tra 52.80, 52.81, 52.82, 52.83

- Altri trapianti

SDO Acute con:
- DRG 103 (trapianto di cuore o impianto sistema di assistenza cardiaca)
- DRG 302 (trapianto renale)
- DRG 480 (trapianto di fegato e/o trapianto di intestino)
- DRG 481 (trapianto di midollo osseo)
- DRG 495 (trapianto di polmone)
- DRG 512 (trapianto simultaneo di pancreas/rene)
- DRG 513 (trapianto di pancreas)

Restano esclusi i trapianti di pelle (DRG 263-265-266-364).

02 - Oncologia chirurgica e medica

SDO Acute con diagnosi principale compresa tra 140.0 e 239.9.

03 - Grandi ustioni

SDO Acute con Disciplina di Dimissione 46, 47.

04 - Traumi ed incidenti stradali

SDO Acute con campo "Traumatismi o intossicazioni" compilato, al netto di quelle già comprese nei contenitori precedenti.

05 - DRG di alta complessità

SDO Acute con DRG di Alta Complessità (come definiti dal Testo Unico), al netto di quelle già comprese nei contenitori precedenti

06 – Unità spinale

SDO con almeno un transito in Disciplina 28, valorizzate in base al numero di giornate consumate in Disciplina 28. Ai fini del computo del numero dei ricoveri, viene comunque considerata la Disciplina di Dimissione.

07 – Neuroriabilitazione
SDO con almeno un transito in Disciplina 75, valorizzate in base al numero di giornate consumate in Disciplina 75. Ai fini del computo del numero dei ricoveri, viene comunque considerata la Disciplina di Dimissione.

08 - Ricoveri in urgenza da Pronto soccorso
SDO Acute con campo "Tipo ricovero" 2

09 - Ricoveri COVID
SDO Acute e Post-Acute individuate secondo le specifiche del D. M. 28.10.2020, da considerarsi gerarchicamente precedenti a tutte le altre categorie.

ATTIVITÀ A TETTO

10 - DRG potenzialmente inappropriati

Il Patto per la Salute 2010-2012 definisce una lista di DRG ad alto rischio di inappropriatezza se erogati in Regime ordinario.

Vengono individuati sulle sole SDO Acute e sono esclusi tutti i ricoveri ordinari urgenti.

11 - Altri DRG- DRG di non alta complessità

Tutte le restanti SDO Acute di mobilità extraregionale non comprese nei contenitori precedenti.

12 - Attività di lungodegenza/riabilitazione
SDO con almeno un transito in Disciplina 56 e 60, valorizzate in base al numero di giornate consumate in Disciplina 56 e 60. Ai fini del computo del numero dei ricoveri, viene comunque considerata la Disciplina di Dimissione.

ESEMPIO PER L'APPLICAZIONE DELL'ART. 4

Sia per attività di ricovero che per attività ambulatoriale.
Esempio per incremento della produzione pari al 8% rispetto al tetto di riferimento:

	Produzione erogata 2019	Ulteriore produzione rispetto al 2019 (+8%)	Produzione totale	Produzione effettiva riconosciuta	Differenze (abbattimento 3% dell'incremento)
	P1	**I**	**PT=P1+I**	**PE**	**PE-PT**
Regione x vs Regione y	34.450.000,00	2.756.000,00	37.206.000,00	37.123.320,00	-82.680,00

ACCORDO FRA REGIONE LOMBARDIA E REGIONE PIEMONTE PER IL GOVERNO DELLA MOBILITÀ SANITARIA ANNI 2022 – 2023

(Ai sensi dell'art. 1, c. 576, della L. 28 dicembre 2015, n. 28)

CONSIDERATO che l'art. 1 c. 492 della L. n. 178 del 30 dicembre 2020 stabilisce che, a decorrere dal 2022, la sottoscrizione degli accordi bilaterali tra le regioni per il governo della mobilità sanitaria interregionale di cui all'articolo 1, comma 576, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, costituisce adempimento ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo del Servizio sanitario nazionale la cui verifica è effettuata nell'ambito del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA di cui all'articolo 9 dell'intesa tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sancita in data 23 marzo 2005.

LE PARTI CONVENGONO QUANTO SEGUE

ART. 1 DURATA DELL'ACCORDO

Il presente accordo è in vigore dal 1 gennaio 2022 al 31 dicembre 2023.

ART.2 AMBITO APPLICATIVO

L'ambito di applicazione del presente accordo sono le prestazioni di ricovero ospedaliero e di specialistica ambulatoriale erogate a carico del SSN dalle strutture pubbliche e private accreditate ai cittadini residenti nelle due regioni.

Relativamente alle attività di **ricovero** si concorda quanto segue:

a nessun tetto per le seguenti attività così definite nell'allegato tecnico:
- 01 - Chirurgia dei trapianti;
- 02 - Attività oncologica;
- 03 - Grandi ustionati;
- 04 - Traumi ed incidenti stradali;
- 05 - DRG di Alta complessità;
- 06 - Unità spinale e neuroriabilitazione;
- 07 - Ricoveri in urgenza da pronto soccorso;
- 08 – Ricoveri TSO – pazienti deceduti;
- 09 - Ricoveri riconducibili alla casistica Covid.

b tutta la restante attività di ricovero, compresa la riabilitazione intensiva ed estensiva, è vincolata al rispetto del tetto economico massimo determinato sulla base del valore economico di produzione dell'anno 2019, calcolato secondo le specifiche contenute nell'allegato tecnico, e corrispondente a:
  - complessivi € 46.394.077,00 per Regione Lombardia
  - complessivi € 30.676.124,00 per Regione Piemonte

Relativamente alle attività di **specialistica ambulatoriale** si concorda la suddivisione della stessa in quattro macro-categorie. In particolare, per due macro-categorie è previsto il pagamento di tutta l'attività erogata, mentre per altre due il pagamento è effettuato nei limiti dei tetti economici differenziati per

categoria calcolati sulla base del corrispondente dato di attività/produzione resa nell'anno 2019, come di seguito specificati:

a Medicina nucleare e dialisi: nessun tetto;

b1) Attività oncologica: chemioterapia, radioterapia: nessun tetto;
b2) attività di pacchetti di macroattività ambulatoriale complessa ed ad alta integrazione di risorse (MAC) riconducibili all'attività oncologica (MAC01 – MAC02 – MAC03 – MAC04 – MAC05): nessun tetto;

c) RMN e TAC, tetto pari alla produzione dell'anno 2019 al netto del ticket;

- complessivi € 1.941823,00 per Regione Lombardia
- complessivi € 1.500.000,00 per Regione Piemonte

d) Altra attività, tetto pari alla produzione dell'anno 2019 al netto del ticket;

- complessivi € 18.964.543,00 per Regione Lombardia
- complessivi € 5.155.649,00 per Regione Piemonte

Le Regioni concordano di applicare strumenti per l'appropriatezza dell'accesso alla specialistica ambulatoriale.

Rimane nell'autonomia delle parti prevedere nell'accordo regolamentazioni anche per prestazioni definite "non a tetto", oggetto di specifici fenomeni osservati nei propri territori.

I tetti economici sono specifici per livello assistenziale (ricovero e specialistica ambulatoriale) e per totale complessivo delle rispettive sotto-categorie.
Durante la vigenza del presente accordo, su richiesta anche di una sola parte i tetti economici possono essere rideterminati solo in caso di sopravvenute modifiche normative che introducano attività e/o prestazioni non comprese nel presente accordo.

ART. 3 TARIFFE

Le attività sono valorizzate con la Tariffa individuata per gli scambi di mobilità così come definita nell'"Accordo interregionale per la compensazione della mobilità interregionale", approvato annualmente dalla Conferenza Stato – Regioni ai sensi dell'art. 9 del Patto per salute 2014-2016 di cui all'intesa del 10.7.2014.

ART. 4 SUPERAMENTO DEL TETTO ECONOMICO

In caso di superamento del tetto economico previsto per l'anno di riferimento e riferito al punto b) per l'attività di ricovero e ai punti c e d) per l'attività di specialistica ambulatoriale, sarà oggetto di definizione fra le regioni confinanti l'eventuale applicazione di un meccanismo di regressione tariffaria che prevede:

- nessuna penalizzazione fino al 5% dello scostamento fra produzione effettiva e produzione 2019;

- al superamento della soglia del 5% dello scostamento fra produzione effettiva e produzione 2019, si applica una percentuale di abbattimento della produzione eccedente pari alla % di tale superamento

ART. 5 CONTROLLI DI QUALITÀ E APPROPRIATEZZA

Ciascuna Regione garantisce un accurato monitoraggio della qualità e della appropriatezza delle prestazioni erogate. Le parti individueranno le migliori modalità per la condivisione dei criteri da applicare per i controlli di appropriatezza. A tale scopo verranno coinvolti anche i referenti delle ASL/ATS di confine per un'analisi più approfondita dei fattori che inducono gli assistiti a varcare i confini regionali per i propri bisogni di salute.

ART. 6 FONDAZIONE C.N.A.O. di PAVIA

Per quanto riguarda le prestazioni rese dal CNAO di Pavia, si concorda che la Regione Piemonte avrà cura di richiedere alle ASL e di monitorare il pagamento entro l'anno 2023 delle fatture emesse per le attività rese a residenti piemontesi ed ad oggi ancora non completamente saldate. Dal 2023 le attività di adroterapia verranno inserite nella mobilità sanitaria secondo la tariffa prevista dal nomenclatore tariffario nazionale delle prestazioni di specialistica ambulatoriale o in mancanza di quest'ultimo secondo il nomenclatore tariffario lombardo.

ART. 7 MODALITÀ DI GESTIONE E MONITORAGGIO DELL'ACCORDO

Al fine di consentire il monitoraggio dell'accordo, le parti si impegnano a scambiarsi i dati di attività relativi ai ricoveri e alla specialistica ambulatoriale - come da flusso di mobilità secondo il tracciato definito dall'Accordo per la compensazione interregionale della mobilità sanitaria -, comprensivo di importo.
Le scadenze di trasmissione sono le seguenti:

- I invio – 6 mesi di attività – entro il mese di settembre dell'anno in corso;
- II invio – 9 mesi di attività – entro il mese di dicembre dell'anno in corso;
- III invio – attività dell'intero anno – entro il 31 marzo dell'anno successivo.

Resta inteso che continuano ad essere valide le scadenze per l'invio dei dati di mobilità secondo le regole previste nell'anno di riferimento dall'Accordo per la compensazione interregionale della mobilità sanitaria.

I tecnici delle due Regioni si incontrano con cadenza semestrale per valutare l'andamento della produzione.

Entro il 15 novembre dell'anno successivo è definita la chiusura dell'anno di competenza e, pertanto, sono certificati i volumi economici da porre in mobilità, attraverso la trasmissione al coordinamento del modello M definitivo, comprensivo degli eventuali effetti del presente accordo.

Regione Lombardia	Regione Piemonte
Il Direttore	Il Direttore
Direzione Generale Welfare	Direzione Regionale Sanità e Welfare

Allegato Tecnico - SDO - Riepilogo dei criteri utilizzati per la definizione delle attività a tetto e non a tetto

Selezioni a monte: SDO di mobilità extraregionale con onere della degenza 1, 2 (a carico SSN), 5, 6.

N.B.: i contenitori sotto descritti vanno considerati gerarchicamente ordinati e mutuamente esclusivi, con l'eccezione del contenitore 09 – Ricoveri Covid, che va considerato prioritariamente rispetto a tutti gli altri contenitori.

ATTIVITÀ NON A TETTO

01 – Trapianti

- Trapianto di cellule staminali

SDO con DRG 042 e:
- diagnosi 370.62 in principale e diagnosi secondaria V42.9
- intervento 11.59 in prima posizione e intervento secondario 11.99

- Trapianto cornea

SDO con DRG 042 e:
- un intervento qualsiasi compreso nel range 11.60 – 11.69

- Trapianto pancreas isolato

SDO con DRG 191, 192, 292, 293 e:
- un intervento qualsiasi tra 52.80, 52.81, 52.82, 52.83

- Altri trapianti
  - DRG 103 (trapianto di cuore o impianto sistema di assistenza cardiaca)
  - DRG 302 (trapianto renale)
  - DRG 480 (trapianto di fegato e/o trapianto di intestino)
  - DRG 481 (trapianto di midollo osseo)
  - DRG 495 (trapianto di polmone)
  - DRG 512 (trapianto simultaneo di pancreas/rene)
  - DRG 513 (trapianto di pancreas)

02 - Oncologia

SDO con diagnosi principale compresa tra 140.0 e 239.9,

03 - Grandi ustioni

Dimessi dalle discipline 46, 47.

04 - Traumi ed incidenti stradali

SDO con campo "Traumatismi o intossicazioni" compilato, al netto di quelle già comprese nei contenitori precedenti.

05 - DRG di alta complessità
come classificati nella tabella delle tariffe presente nell'Accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria

06 - Unità spinale (codice disciplina 28) e neuroriabilitazione (codice disciplina 75);

07 - Ricoveri in urgenza da Pronto soccorso
SDO con campo "Tipo ricovero" = 2

08 - Deceduti – TSO
"Tipo ricovero" = 3, Modalità dimissione" =1

09 - Ricoveri COVID
Secondo le codifiche previste nel DM 28 ottobre 2020 recante "Integrazione dei sistemi di classificazione adottati per la codifica delle informazioni cliniche contenute nella scheda di dimissione ospedaliera e per la remunerazione delle prestazioni ospedaliere in conseguenza della nuova malattia da SARS-CoV-2 (COVID-19). Modifiche al decreto del 18 dicembre 2008.
Questa categoria è da considerarsi gerarchicamente precedenti a tutte le altre categorie.

ATTIVITÀ A TETTO

10 - Attività di lungodegenza/riabilitazione
Valorizzazione delle giornate consumate nelle discipline 56,60

11 - DRG potenzialmente inappropriati
Il Patto per la Salute 2010-2012 definisce una lista di DRG ad alto rischio di inappropriatezza se erogati in Regime ordinario e sono definiti nella tabella delle tariffe presente nell'Accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria. Vengono individuati sulle sole SDO Acute e sono esclusi tutti i ricoveri ordinari urgenti.

12 - Altri DRG
Tutte le restanti SDO acute di mobilità extraregionale non comprese nei contenitori precedenti.

Allegato Tecnico – Attività di specialistica ambulatoriale - Riepilogo dei criteri utilizzati per la definizione delle attività a tetto e non a tetto

Selezioni a monte: devono essere escluse dalle prestazioni a tetto quelle erogate c/o pronto soccorso (campo modalità erogazione del tracciato dello scambio dati della mobilità nazionale = P)

Le prestazioni sono tariffate secondo le modalità di tariffazione previste per gli scambi di mobilità così come definite nell'"Accordo interregionale per la compensazione della mobilità interregionale", approvato annualmente dalla Conferenza Stato – Regioni ai sensi dell'art. 9 del Patto per salute 2014-2016 di cui all'intesa del 10.7.2014.

I tetti economici sono calcolati sull'importo al netto del ticket delle prestazioni rese dalle strutture ubicate sul territorio di una regione a favore di un residente nell'altra regione.

ACCORDO TRA REGIONE DEL VENETO E REGIONE LOMBARDIA PER IL GOVERNO DELLA MOBILITA' SANITARIA ANNI 2022 - 2024

(Ai sensi dell'art. 1, c. 576, della L. 28 dicembre 2015, n. 28)

- Visto l'art. 1 c. 492 della L. n. 178 del 30 dicembre 2020 il quale stabilisce che, a decorrere dal 2022, la sottoscrizione degli accordi bilaterali tra le regioni per il governo della mobilità sanitaria interregionale di cui all'articolo 1, comma 576, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, costituisce adempimento ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo del Servizio sanitario nazionale la cui verifica è effettuata nell'ambito del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA di cui all'articolo 9 dell'intesa tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sancita in data 23 marzo 2005;
-

LA PARTI CONVENGONO E STIPULANO IL PRESENTE ACCORDO

ART. 1 DURATA DELL'ACCORDO

Il presente accordo è in vigore dal 1 gennaio 2022 al 31 dicembre 2024.

ART.2 AMBITO APPLICATIVO

L'ambito oggettivo di applicazione del presente accordo sono le prestazioni di ricovero ospedaliero e di specialistica ambulatoriale erogate a carico del SSN dalle strutture pubbliche e private accreditate ai cittadini residenti nelle due regioni.

Relativamente alle attività di **ricovero** si concorda quanto segue:

a) nessun tetto per le seguenti macro-categorie:

- *DRG di Alta complessità* come classificata in base all'Accordo di compensazione della mobilità interregionale e sulla base delle regole tecniche di applicazione previste dall'Accordo di compensazione della mobilità interregionale
- *Attività oncologica*, così come definita nell'Allegato tecnico.
- *Chirurgia dei trapianti,* così come definita nell'Allegato tecnico*;*
- *Unità spinale (codice disciplina 28) e neuroriabilitazione (codice disciplina 75);*
- Grandi ustionati (*codice discipline 46 e 47*)
- *Traumi ed incidenti stradali*, così come definiti nell'Allegato tecnico
- *Ricoveri in urgenza da pronto soccorso*
- *Ricoveri riconducibili alla casistica Covid secondo le codifiche previste nel DM 28 ottobre 2020 recante "Integrazione dei sistemi di classificazione adottati per la codifica delle informazioni cliniche contenute nella scheda di dimissione ospedaliera e per la remunerazione delle prestazioni ospedaliere in conseguenza della nuova malattia da SARS-CoV-2 (COVID-19). Modifiche al decreto del 18 dicembre 2008".*

b) Tutta la restante attività, compresa la riabilitazione intensiva ed estensiva, è vincolata al rispetto del tetto economico massimo determinato sulla base del valore economico di produzione dell'anno 2019, corrispondente a:

- Complessivi € 23.100.000,00 per i ricoveri della Lombardia;
- Complessivi € 21.600.000,00 per i ricoveri del Veneto.

Per l'anno 2022 il tetto è riferito alla produzione 2019, per l'anno 2023 il tetto è incrementato del 5% e per l'anno 2024 è previsto un ulteriore incremento del tetto del 5%

Relativamente alle attività di **specialistica ambulatoriale,** escluse le prestazioni eseguite in Pronto soccorso**,** si concorda la suddivisione della stessa in quattro macro-categorie. In particolare, per due macro-categorie è previsto il pagamento di tutta l'attività erogata, mentre per altre due il pagamento è effettuato nei limiti dei tetti economici differenziati per categoria – calcolati sulla base del corrispondente dato di produzione resa nell'anno 2019 -, come di seguito specificati:

e) *Medicina nucleare e dialisi: nessun tetto;*

f) *Attività oncologica: chemioterapia, radioterapia: nessun tetto;*

g) *RMN e TAC: tetto pari alla produzione dell'anno 2019 al lordo del ticket:*

- per le prestazioni erogate dalla Lombardia il tetto è fissato in: 1.550.000,00 euro;
- per le prestazioni erogate dal Veneto il tetto è fissato in: 2,350.000,00 euro

h) *Altra attività: tetto pari alla produzione dell'anno 2019 al lordo del ticket:*

- per le prestazioni erogate dalla Lombardia il tetto è fissato in: 7.850.000,00 euro;
- per le prestazioni erogate dal Veneto il tetto è fissato in: 7.400.000,00 euro.

Per l'anno 2022 il tetto è riferito alla produzione 2019, per l'anno 2023 il tetto è incrementato del 5% e per l'anno 2024 è previsto un ulteriore incremento del tetto del 5%

Le Regioni concordano di applicare strumenti per l'appropriatezza dell'accesso alla specialistica ambulatoriale.
Le parti concordano di prevedere eventuali regolamentazioni specifiche per le prestazioni definite "non a tetto" a seguito di eventuali fenomeni osservati nei propri territori.

I tetti economici sono specifici per livello assistenziale.

Durante la vigenza del presente accordo, su richiesta anche di una sola parte i tetti economici possono essere rideterminati solo in caso di sopravvenute modifiche normative che introducano attività e/o prestazioni non comprese nel presente accordo.

ART. 3 TARIFFE

Le attività sono valorizzate con la Tariffa riferita agli scambi di mobilità così come definita nell' "Accordo interregionale per la compensazione della mobilità interregionale-regole tecniche, approvato annualmente dalla Conferenza Stato – Regioni ai sensi dell'art. 9 del Patto per salute 2014-2016 di cui all'intesa del 10.7.2014.

ART. 4 SUPERAMENTO DEL TETTO ECONOMICO

In caso di superamento del tetto economico previsto per l'anno di riferimento e riferito al punto b) per l'attività di ricovero e ai punti c e d) per l'attività di specialistica ambulatoriale, si stabilisce l'applicazione del seguente meccanismo di regressione tariffaria:

- nessuna penalizzazione fino ad un aumento del 5% fra produzione effettiva e tetto dell'anno di riferimento;
- in caso di aumento superiore al 5% rispetto al tetto concordato per l'anno di riferimento, verrà applicato un abbattimento sulla produzione eccedente in proporzione alla percentuale di aumento (vedi allegato tecnico parte integrante del presente accordo).

Le liste di attesa per i ricoveri e per le prestazioni ambulatoriali devono essere sovrapponibili tra assistiti residenti e non residenti, qualora nel corso di un anno venissero verificati tempi di attesa che in una singola struttura privilegino in modo evidente i residenti fuori regione, le relative prestazioni verranno abbattute del 50% rispetto alla stessa produzione del 2019.

ART. 5 CONTROLLI DI QUALITÀ E APPROPRIATEZZA

Ciascuna Regione garantisce un accurato monitoraggio della qualità e della appropriatezza delle prestazioni erogate.

ART. 6 MODALITÀ DI GESTIONE E MONITORAGGIO DELL'ACCORDO

Al fine di consentire il monitoraggio dell'accordo, le parti si impegnano a scambiarsi i dati di attività relativi ai ricoveri e alla specialistica ambulatoriale - come da flusso di mobilità secondo il tracciato definito dall'Accordo per la compensazione interregionale della mobilità sanitaria -, comprensivo di importo.

Le scadenze di trasmissione sono le seguenti:

- I invio – 6 mesi di attività – entro il 30 settembre;
- II invio – 9 mesi di attività – entro il 31 dicembre;
- III invio – attività dell'intero anno – entro il 31 marzo dell'anno successivo.

Resta inteso che continuano ad essere valide le scadenze per l'invio dei dati di mobilità secondo le regole previste dall'Accordo per la compensazione interregionale della mobilità sanitaria.

I tecnici delle due Regioni firmatarie si incontrano con cadenza semestrale per valutare l'andamento della produzione.

Entro il 15 novembre dell'anno successivo è definita la chiusura dell'anno di competenza e, pertanto, sono certificati i volumi economici da porre in mobilità, attraverso la trasmissione al coordinamento del modello M definitivo, comprensivo degli effetti degli accordi bilaterali, delle contestazioni accettate e degli eventuali storni per le attività di controllo dell'appropriatezza.

Regione Lombardia	Regione del Veneto
Il Direttore	Il Direttore
Direzione Generale Welfare	DirezioneArea Sanità e Sociale

Allegato Tecnico

Riepilogo dei criteri utilizzati per la definizione degli importi a tetto e non a tetto

Selezioni a monte: SDO di mobilità extraregionale con onere della degenza 1, 2 (a carico SSN), 5, 6.

N.B.: Le attività sotto descritte vanno considerati gerarchicamente ordinate e mutuamente esclusivi, con l'eccezione del contenitore 09 – Ricoveri Covid, che va considerato prioritariamente rispetto a tutti gli altri contenitori.

RICOVERI ATTIVITÀ NON A TETTO

01 – Trapianti

- Trapianto di cellule staminali

SDO Acute con DRG 042 e:
- diagnosi 370.62 in principale e diagnosi secondaria V42.9
- intervento 11.59 in prima posizione e intervento secondario 11.99

- Trapianto cornea

SDO Acute con DRG 042 e:
- un intervento qualsiasi compreso nel range 11.60 – 11.69

- Trapianto pancreas isolato

SDO Acute con DRG 191, 192, 292, 293 e:
- un intervento qualsiasi tra 52.80, 52.81, 52.82, 52.83

- Altri trapianti

SDO Acute con:
- DRG 103 (trapianto di cuore o impianto sistema di assistenza cardiaca)
- DRG 302 (trapianto renale)
- DRG 480 (trapianto di fegato e/o trapianto di intestino)
- DRG 481 (trapianto di midollo osseo)
- DRG 495 (trapianto di polmone)
- DRG 512 (trapianto simultaneo di pancreas/rene)
- DRG 513 (trapianto di pancreas)

Restano esclusi i trapianti di pelle (DRG 263-265-266-364).

02 - Oncologia chirurgica e medica

SDO Acute con diagnosi principale compresa tra 140.0 e 239.9.

03 - Grandi ustioni

SDO Acute con Disciplina di Dimissione 46, 47.

04 - Traumi ed incidenti stradali

SDO Acute con campo "Traumatismi o intossicazioni" compilato, al netto di quelle già comprese nei contenitori precedenti.

05 - DRG di alta complessità
SDO Acute con DRG di Alta Complessità (come definiti dal Testo Unico), al netto di quelle già comprese nei contenitori precedenti

06 – Unità spinale
SDO con almeno un transito in Disciplina 28, valorizzate in base al numero di giornate consumate in Disciplina 28. Ai fini del computo del numero dei ricoveri, viene comunque considerata la Disciplina di Dimissione.

07 – Neuroriabilitazione
SDO con almeno un transito in Disciplina 75, valorizzate in base al numero di giornate consumate in Disciplina 75. Ai fini del computo del numero dei ricoveri, viene comunque considerata la Disciplina di Dimissione.

08 - Ricoveri in urgenza da Pronto soccorso
SDO Acute con campo "Tipo ricovero" 2

09 - Ricoveri COVID
SDO Acute e Post-Acute individuate secondo le specifiche del D. M. 28.10.2020, da considerarsi gerarchicamente precedenti a tutte le altre categorie.

RICOVERI ATTIVITÀ A TETTO

10 - DRG potenzialmente inappropriati
Il Patto per la Salute 2010-2012 definisce una lista di DRG ad alto rischio di inappropriatezza se erogati in Regime ordinario.
Vengono individuati sulle sole SDO Acute e sono esclusi tutti i ricoveri ordinari urgenti.

11 - Altri DRG- DRG di non alta complessità
Tutte le restanti SDO Acute di mobilità extraregionale non comprese nei contenitori precedenti.

12 - Attività di lungodegenza/riabilitazione
SDO con almeno un transito in Disciplina 56 e 60, valorizzate in base al numero di giornate consumate in Disciplina 56 e 60. Ai fini del computo del numero dei ricoveri, viene comunque considerata la Disciplina di Dimissione.

ESEMPIO PER L'APPLICAZIONE DELL'ART. 4

Sia per attività di ricovero che per attività ambulatoriale.

Anno 2022, produzione attesa 2019 (+ aumento del 5% senza penalizzazione).
Anno 2023, produzione attesa 2019 + 5% (+ ulteriore 5% senza penalizzazioni)
Anno 2024, produzione attesa 2019 + 10% (+ ulteriore 5% senza penalizzazioni)

Ogni produzione oltre la soglia attesa (+ ulteriore 5%) viene abbattuta della stessa % corrispondente all'aumento, esempio: anno 2023 produzione aumentata del 22% rispetto al 2019, viene applicato un abbattimento del 12% sul 12% di maggior produzione.