RegioneLombardia

LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° XI / 1046 Seduta del 17/12/2018

Presidente **ATTILIO FONTANA**

Assessori regionali FABRIZIO SALA *Vice Presidente*
STEFANO BOLOGNINI
MARTINA CAMBIAGHI
DAVIDE CARLO CAPARINI
RAFFAELE CATTANEO
RICCARDO DE CORATO
MELANIA DE NICHILO RIZZOLI
PIETRO FORONI
GIULIO GALLERA
STEFANO BRUNO GALLI
LARA MAGONI
ALESSANDRO MATTINZOLI
SILVIA PIANI
FABIO ROLFI
MASSIMO SERTORI
CLAUDIA MARIA TERZI

Con l'assistenza del Segretario Fabrizio De Vecchi

Su proposta dell'Assessore Giulio Gallera di concerto con gli Assessori Davide Carlo Caparini, Stefano Bolognini e Silvia Piani

Oggetto

DETERMINAZIONI IN ORDINE ALLA GESTIONE DEL SERVIZIO SOCIOSANITARIO PER L'ESERCIZIO 2019 - (DI CONCERTO CON GLI ASSESSORI CAPARINI, PIANI E BOLOGNINI)

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

I Direttori Generali Luigi Cajazzo Giovanni Daverio Claudia Moneta

Il Direttore Centrale Manuela Giaretta

I Dirigenti Marco Cozzoli Aldo Bellini Laura Lanfredini Luca Merlino
Andrea Pellegrini Piero Frazzi Maria Gramegna

L'atto si compone di 347 pagine

di cui 327 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 DPR 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 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 legge 25 giugno 2008 n. 112 "*Disposizioni urgenti per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività, la stabilizzazione della finanza pubblica e la perequazione tributaria*" convertito, con modificazioni, in legge 6 agosto 2008 n. 133;
- il decreto legge 7 ottobre 2008 n. 154 "*Disposizioni urgenti per il contenimento della spesa sanitaria e in materia di regolazioni contabili con le autonomie locali*" convertito, con modificazioni, in legge 6 agosto 2008 n. 133;
- il decreto legislativo 27 ottobre 2009 n. 150 "*Attuazione della legge 4 marzo2009 n. 15 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni*";
- 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*";
- la legge 15 marzo 2010, n. 38 "*Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore.*";
- 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 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 legislativo 23 giugno 2011, n. 118 "*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 legge 5 maggio 2009, n. 42*";
- 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 2 novembre 2011 del Ministero dell'Economia e delle Finanze ad oggetto "*De-materializzazione della ricetta medica cartacea, di cui all'articolo 11, 1 comma 16, del decreto-legge n. 78 del 2010. (Progetto Tessera Sanitaria)*.";
- 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 13 settembre 2012 n. 158, "*Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute*", convertito in legge 189/2012;
- il decreto legge 10 ottobre 2012, n. 174 - "*Disposizioni urgenti in materia di finanza e funzionamento degli enti territoriali, nonché ulteriori disposizioni in favore delle zone terremotate nel maggio 2012*", convertito in legge 213/2012;
- 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 "*Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche.*";

- 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 98/2013;
- il decreto legge 31 agosto 2013 n. 101 "*Disposizioni urgenti per il perseguimento di obiettivi di razionalizzazione nelle pubbliche amministrazioni*", convertito, con modificazioni, in legge 125/2013;
- la legge 30 ottobre 2014, n. 161 "*Disposizioni per l'adempimento degli obblighi derivanti dall'appartenenza dell'Italia all'Unione europea - Legge europea 2013-bis.*";
- il DPCM 6 marzo 2015 "*Disciplina delle procedure concorsuali riservate per l'assunzione di personale precario del comparto sanità*";
- il decreto ministeriale 2 aprile 2015, n. 70 "*Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera*";
- il decreto legge 19 giugno 2015, n. 78 e la relativa legge di conversione 6 agosto 2015, n. 125, recante: «*Disposizioni urgenti in materia di enti territoriali. Disposizioni per garantire la continuità dei dispositivi di sicurezza e di controllo del territorio. Razionalizzazione delle spese del Servizio sanitario nazionale nonché norme in materia di rifiuti e di emissioni industriali*»;
- il D.P.C.M. 29 settembre 2015 n. 178 "*Regolamento in materia di fascicolo sanitario elettronico*";
- il decreto legge 13 novembre 2015, n. 179 "*Disposizioni urgenti in materia di contabilità e di concorso all'equilibrio della finanza pubblica delle Regioni*";
- 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*";
- il D.M. 21 giugno 2016 "*Piani di cui all'articolo 1, comma 528, della legge 28*

dicembre 2015, n. 208, per le aziende ospedaliere (AO), le aziende ospedaliere universitarie (AOU), gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici (IRCCS) o gli altri enti pubblici.";

- 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 D.M. 7 dicembre 2016, n. 262 "*Regolamento recante procedure per l'interconnessione a livello nazionale dei sistemi informativi su base individuale del Servizio sanitario nazionale, anche quando gestiti da diverse amministrazioni dello Stato*";
- 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 legislativo 19 aprile 2017, n. 56 "*Disposizioni integrative e correttive al decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50.*";
- il decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 75 "*Modifiche e integrazioni al decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, ai sensi degli articoli 16, commi 1, lettera a), e 2, lettere b), c), d) ed e) e 17, comma 1, lettere a), c), e), f), g), h), l) m), n), o), q), r), s) e z), della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche*";
- il decreto legge 7 giugno 2017 n. 73 "*Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale, di malattie infettive e di controversie relative alla somministrazione di farmaci*" convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, L. 31 luglio 2017, n. 119;
- il decreto legge 20 giugno 2017, n. 91 "*Disposizioni urgenti per la crescita economica nel Mezzogiorno*" convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, L. 3 agosto 2017, n. 123;
- il Decr. 4 agosto 2017 "*Modalità tecniche e servizi telematici resi disponibili dall'infrastruttura nazionale per l'interoperabilità del Fascicolo sanitario elettronico (FSE) di cui all'art. 12, comma 15-ter del decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221.*";
- il D.M. 25 ottobre 2018 "*Modifica del Decreto ministeriale 4 agosto 2017, concernente le modalità tecniche e i servizi telematici resi disponibili dall'infrastruttura nazionale per l'interoperabilità*";

VISTE altresì:

- la legge 27 dicembre 2017, n. 205 "*Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2018 e bilancio pluriennale per il triennio 2018-2020*";
- il disegno di legge concernente il Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019, in corso di approvazione;

VISTE le seguenti Leggi Regionali:

- 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 29 dicembre 2016, n. 34 "*Disposizioni per l'attuazione della programmazione economico-finanziaria regionale, ai sensi dell'articolo 9-ter della L.R. 31 marzo 1978, n. 34 (Norme sulle procedure della programmazione, sul bilancio e sulla contabilità della Regione) - Collegato 2017.*";
- la legge regionale 28 dicembre 2017 - n. 42 "*Legge di stabilità 2018 – 2020*";
- la legge regionale 28 dicembre 2017 - n. 43 "*Bilancio di previsione 2018 – 2020*";
- la legge regionale 10 agosto 2018, n. 12 "*Assestamento al bilancio 2018-2020 con modifiche di leggi regionali*";

VISTA inoltre:

- la D.G.R. n. XI/709 del 30 ottobre 2018 "*Approvazione della proposta di progetto di legge "Bilancio di previsione 2019/2021 e del relativo documento tecnico di accompagnamento*";

VISTA infine la L.R. 30 dicembre 2009, n. 33 "*Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità*", così come modificata dalle ll.rr. 11 agosto 2015 n. 23, 22 dicembre 2015 n. 41, 29 giugno 2016 n. 15, 8 agosto 2016 n. 22, 3 marzo 2017 n. 6 e, da ultimo, dalla l.r. 28 novembre 2018, n. 15;

VISTI i vigenti Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro e Accordi Collettivi Nazionali del personale del Comparto del Servizio Sanitario Nazionale, dell'area della

Dirigenza Sanitaria, Professionale, Tecnica ed Amministrativa del Servizio Sanitario Nazionale, dell'area della Dirigenza Medico-Veterinaria del Servizio Sanitario Nazionale, dei Medici di Medicina Generale, dei Medici Pediatri di Libera Scelta e dei Medici Specialisti Ambulatoriali;

VISTI in particolare:

- il CCNL relativo al personale del Comparto Sanità - triennio 2016/2018 - sottoscritto in data 21 maggio 2018;
- l'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni, sottoscritto in data 21 giugno 2018;
- i Protocolli siglati in data 29 giugno 2018 e 3 luglio 2018 in merito alle procedure di stabilizzazione del personale precario del Comparto e della Dirigenza Medica, Veterinaria e SPTA delle Agenzie, Aziende ed IRCCS di diritto pubblico del Servizio Sanitario Regionale della Lombardia, di cui rispettivamente alle DD.G.R. n. XI/371e n. XI/372 del 23 luglio 2018;
- gli Accordi sottoscritti in data 3 ottobre 2018 (D.G.R. n. XI/679 del 24 ottobre 2018 "*Linee di indirizzo regionali in applicazione dell'art. 6 (confronto regionale) del Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro del Comparto del Servizio Sanitario Nazionale sottoscritto il 21 maggio 2018 e prime linee guida in merito alla costituzione dei fondi contrattuali dal 01 gennaio 2018*");

RICHIAMATE le seguenti deliberazioni di Giunta Regionale:

- la D.G.R. n. VIII/3111 del 1 agosto 2006 "*Modifiche della erogabilità a carico del Servizio Sanitario regionale di alcune prestazioni di specialistica ambulatoriale ai sensi del DPCM 29 novembre 2001 sui LEA e ulteriori determinazioni relative all'appropriata erogazione delle prestazioni di day hospital ed alle attività di controllo*";
- la D.G.R. n. IX/3239 del 4 aprile 2012 "*Linee guida per l'attivazione di sperimentazioni nell'ambito delle politiche di Welfare*";
- la D.G.R. n. X/4525 del 19 dicembre 2012 "*Determinazioni in ordine alla D.G.R. n. IX/3239 del 4.4.2012 "Linee guida per l'attivazione di sperimentazioni nell'ambito delle politiche di Welfare"*";

- la D.G.R. n. IX/4935 del 28 febbraio 2013 "*Integrazioni delle linee guida regionali per l'attivazione di collaborazioni tra aziende sanitarie pubbliche e soggetti privati in attuazione delle indicazioni contenute nella relazione annuale 2010 del Comitato dei controlli*";
- la D.G.R. n. X/116 del 14 maggio 2013 "*Determinazioni in ordine all'istituzione del fondo regionale a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili: atto di indirizzo*";
- la D.G.R. n. 392/2013 del 12 luglio 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*";
- la D.G.R. n. X/499 del 25 luglio 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*";
- la D.G.R. n. X/856 del 25 ottobre 2013 "*Interventi a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili ai sensi della D.G.R. 116/2013: primo provvedimento attuativo*";
- la D.G.R. n. X/1104 del 26 dicembre 2013 "*Piano regionale 2014-2018 per la tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro*";
- la D.G.R. n. 1765 del 8 maggio 2014 "*Il sistema dei controlli in ambito sociosanitario: definizione degli indicatori di appropriatezza in attuazione della D.G.R. X/1185 del 20/12/2013*";
- la D.G.R. X/1846 del 16 maggio 2014 "*Sviluppo di modelli per potenziare l'accessibilità ai servizi di specialistica ambulatoriale in orari ed in giornate più favorevoli ai soggetti impegnati in attività lavorative*";
- la D.G.R. n. 1953 del 13 giugno 2014 "*Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario regionale per l'esercizio 2014 – integrazione regolamentazione assenze nei servizi residenziali e semiresidenziali area disabili e dipendenze*";
- la D.G.R. n. X/1980 del 2 giugno 2014 "*Determinazioni in ordine ai requisiti di accreditamento per le attività riabilitative (a seguito di parere della Commissione Consiliare competente)*";
- la D.G.R. n. X/2022 del 1 luglio 2014 "*Determinazioni in ordine all'evoluzione delle attività innovative ai sensi delle DD.G.R. 3239/2012 e 499/2013. Fase*

transitoria";

- la D.G.R. n. X/2344 del 12 settembre 2014 "*Determinazioni in ordine all'applicazione delle tecniche di procreazione medicalmente assistita (PMA) di tipo eterologo*";
- la D.G.R. n. 2569 del 31 ottobre 2014 "*Revisione del sistema di esercizio e accreditamento delle unità d'offerta sociosanitarie e linee operative per le attività di vigilanza e controllo (a seguito di parere della Commissione consiliare relativamente all'allegato 1)*";
- la D.G.R. n. 2960 del 19 dicembre 2014 "*Politiche regionali per il contrasto e la prevenzione della violenza nei confronti delle donne – Linee programmatiche e aree di intervento - legge regionale 3 luglio 2012, n. 11*";
- la D.G.R. n. X/3190 del 26 febbraio 2015 "*Revisione ed aggiornamento degli interventi di sorveglianza, prevenzione, profilassi e controllo delle malattie infettive con ottimizzazione della lettura dei "segnali" in vista di Expo 2015*";
- la D.G.R. n. X/5088 del 29 aprile 2016 "*Assunzione di personale a tempo indeterminato per il servizio di emergenza urgenza extraospedaliero in attuazione della D.G.R. n. X/4702 del 29.12.2015 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2016*";
- la D.G.R. n. X/5513 del 2 agosto 2016 "*Ulteriori determinazioni in ordine alle linee guida regionali per l'adozione dei piani di organizzazione aziendale strategici delle Agenzie di Tutela della Salute (ATS), delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST), degli IRCCS di diritto pubblico della Regione Lombardia e di AREU*";
- la D.G.R. n. X/5918 del 28 novembre 2016 "*Disposizioni in merito alla evoluzione del modello organizzativo della rete delle cure palliative in Lombardia: integrazione dei modelli organizzativi sanitario e sociosanitario*";
- la D.G.R. n. X/6131 del 23 gennaio 2017 "*Aggiornamento del tariffario delle prestazioni consultoriali in ambito materno infantile*";
- la D.G.R. n. X/6164 del 30 gennaio 2017 "*Governo della domanda: avvio della presa in carico di pazienti cronici e fragili. Determinazioni in attuazione dell'art. 9 della legge n. 23/2015*";
- la D.G.R. n. X/6503 del 21 aprile 2017 "*Attivazione sperimentale di un "Punto di Primo Intervento Geriatrico" presso l'Azienda di Servizi alla Persona "Istituti Milanesi Martinitt e Stelline e Pio Albergo Trivulzio" di Milano*

per l'appropriatezza della presa in carico dei pazienti anziani cronici e fragili che accedono al pronto soccorso dell'ASST Fatebenefratelli-Sacco, in attuazione dell'art. della legge regionale n. 23/2015";

- la D.G.R. n. X/6551 del 4 maggio 2017 "*Riordino della rete di offerta e modalità di presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili in attuazione dell'art. 9 della legge n. 33/2009*";
- la D.G.R. n. X/6576 del 12 maggio 2017 "*Indirizzi funzionali ed organizzativi per la gestione del bambino in condizioni critiche – attivazione della rete di coordinamento regionale*";
- la D.G.R. n. X/6577 del 12 maggio 2017 "*Determinazione in merito alla remunerazione di alcune funzioni non coperte da tariffe predefinite svolte dalle aziende ed enti sanitari pubblici e privati accreditati per l'anno 2016*";
- la D.G.R. n. X/6691 del 9 giugno 2017 "*Ulteriori disposizioni in merito al modello organizzativo della rete delle cure palliative e della rete di terapia del dolore in Lombardia*";
- la D.G.R. n. X/6766 del 22 giugno 2017 "*Attivazione sperimentale del Progetto "STAR - Servizio Territoriale di Assistenza Residenziale" presso la Fondazione Richiedei – Polo socio-sanitario di Gussago, in attuazione dell'art. 9 della legge regionale n. 23/2015*";
- la D.G.R. n. X/6968 del 31 luglio 2017 "*Revisione e aggiornamento delle indicazioni in tema di sorveglianza, prevenzione e controllo delle infezioni sessualmente trasmesse (IST)*";
- la D.G.R. n. X/6969 del 31 luglio 2017 "*Approvazione dello schema di protocollo d'intesa tra Regione Lombardia e Università degli Studi di Milano in tema di laboratori di riferimento per l'attività di sorveglianza delle malattie infettive di morbillo e rosolia, poliomielite, epatiti*";
- la D.G.R. n. X/7011 del 31 luglio 2017 "*Ulteriori indicazioni operative per l'attuazione degli investimenti in Sanità e rimodulazione degli interventi in corso di attuazione ricompresi nei programmi di investimento in materia di edilizia sanitaria a seguito di intervenute modifiche legislative*";
- la D.G.R. n. X/7012 del 31 luglio 2017 "*Determinazioni in ordine alla misura innovativa a sostegno della famiglia per i carichi di cura accessori della persona ricoverata in unità d'offerta residenziali per anziani*";
- la D.G.R. n. X/7038 del 3 agosto 2017 "*Ulteriori determinazioni e indicazion*i

operative per la procedura di valutazione degli idonei di cui alla D.G.R. n. X/6551 del 04/05/2017: riordino della rete di offerta e modalità di presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili in attuazione dell'art. 9 della legge n. 33/2009";

- la D.G.R. n. X/7406 del 20 novembre 2017 "*Determinazioni in merito al potenziamento dell'attività di soccorso e assistenza ai pazienti in condizioni cliniche di urgenza*";
- la D.G.R. n. X/7468 del 4 dicembre 2017 "*Determinazioni relative alle azioni per il contrasto all'antimicrobicoresistenza e il controllo del consumo di antibiotici in ambito umano e in ambito veterinario in Regione Lombardia: Piano regionale 2018-2020*";
- la DGR n. X/7503 del 11 dicembre 2017 "*Flussi informativi connessi all'erogazione delle prestazioni sanitarie*";
- la D.G.R. n. X/7629 del 28 dicembre 2017 "*Determinazioni in ordine alle vaccinazioni dell'età infantile e dell'adulto in Regione Lombardia: aggiornamenti alla luce del Piano nazionale prevenzione vaccinale 2017 – 2019*";
- la D.G.R. n. X/7655 del 28 dicembre 2017 "*Modalità di avvio del percorso di presa in carico del paziente cronico e/o fragile in attuazione della D.G.R. n. X/6551 del 04.05.2017*";
- la D.G.R. n. X/7766 del 17 gennaio 2018 "*Tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale: stato di attuazione delle politiche regionali ed indirizzi di sistema per l'ulteriore contenimento dei tempi di attesa*";
- la D.G.R. n. X/7768 del 17 gennaio 2018 "*Istituzione della nuova unità d'offerta Servizio Residenziale terapeutico-riabilitativo a media intensità per minori e contestuale riclassificazione delle strutture residenziali di riabilitazione per l'età evolutiva ex art. 26 legge 833/78*";
- la D.G.R. n. X/7769 del 17 gennaio 2018 "*Interventi a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili ai sensi della D.G.R. 116/2013: terzo provvedimento attuativo – consolidamento del percorso di attivazione e monitoraggio delle misure innovative previste dalla D.G.R. 2942/2014 in funzione della qualificazione dei servizi offerti e della continuità assistenziale.*";
- la D.G.R. n. X/7820 del 29 gennaio 2018 "*Proroga della convenzione con l'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda di Milano quale centro di*

riferimento regionale di SBBL";

- la D.G.R. n. XI/127 del 17 maggio 2018 "*Determinazione in merito alla remunerazione di alcune funzioni non coperte da tariffe predefinite svolte dalle aziende ed enti sanitari pubblici e privati accreditati per l'anno 2017*";
- la D.G.R. n. XI/164 del 29 maggio 2018 "*Piano triennale straordinario di intervento in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro*";
- la D.G.R. n. XI/194 del 11 giugno 2018 "*Determinazioni in merito alla convenzione quadro tra la Giunta regionale e Infrastrutture Lombarde SpA approvata con D.G.R. 7652/2017 – approvazione atto di accertamento*";
- la D.G.R. n. XI/267 del 28 giugno 2018 "*Rete regionale per l'assistenza materno-neonatale: intervento di riorganizzazione dei punti nascita*";
- la D.G.R. n. XI/268 del 28 giugno 2018 "*Rete regionale per l'assistenza materno-neonatale: indirizzi per l'appropriatezza e sicurezza del percorso nascita fisiologico a gestione ostetrica*";
- la D.G.R. n. XI/371 del 23 luglio 2018 "*Approvazione del protocollo di intesa avente ad oggetto la stabilizzazione del personale precario del Comparto delle Agenzie, Aziende ed IRCCS di diritto pubblico del Servizio sanitario regionale della Lombardia per il triennio 2018/2020*";
- la D.G.R. n. XI/372 del 23 luglio 2018 "*Approvazione del protocollo di intesa avente ad oggetto la stabilizzazione del personale precario del personale della Dirigenza Medica Veterinaria e SPTA delle Agenzie, Aziende ed IRCCS di diritto pubblico del Servizio sanitario regionale della Lombardia*";
- la D.G.R. n. XI/373 del 23 luglio 2018 "*Determinazioni in merito alla gestione della centrale operativa integrata (COI) in capo ad AREU, per il coordinamento dei trasporti sanitari semplici (dializzati), dei trasporti sanitari e della centrale continuità assistenziale (numero europeo a valenza sociale 116.117)*";
- la D.G.R. n. XI/412 del 2 agosto 2018 "*Ulteriori determinazioni in ordine al percorso di presa in carico del paziente cronico e/o fragile a seguito delle DD.G.R. nn. X/6164/17, X/6651/17, X/7038/17, X/7655/17*";
- la D.G.R. n. XI/553 del 24 settembre 2018 "*Determinazioni in ordine alle attività sperimentali di cui alla D.G.R. n. X/6503 del 21/04/2017 e alla D.G.R. n. X/6766 del 22/06/2017*";
- la D.G.R. n. XI/566/2018 del 24 settembre 2018 "*VI Provvedimento*

Organizzativo 2018", con particolare riferimento all'allegato F "*Nucleo di valutazione e verifica degli investimenti pubblici*";

- la D.G.R. n. XI/585 del 1 ottobre 2018 "*Approvazione programma di attività per il contrasto al gioco d'azzardo patologico – attuazione D.G.R. n. 159 del 29/05/2018 e D.C.R. n. 1497 del 11/04/ 2017*";
- la D.G.R. n. X/754 del 5 novembre 2018 "*Nuove modalità di gestione ed attuazione del percorso di presa in carico del paziente cronico e/o fragile ed approvazione del Protocollo d'intesa tra l'Assessorato al Welfare e la Federazione Regionale degli Ordini dei Medici chirurghi e degli Odontoiatri della Lombardia*";
- la D.G.R. n. XI/772 del 12 novembre 2018 "*Definizione dei requisiti minimi autorizzativi per l'attività di anatomia patologica e raccomandazioni per lo sviluppo della metodologia della tracciabilità*";
- la D.G.R. n. XI/794 del 12 novembre 2018 "*Determinazioni in merito al potenziamento dell'attività di soccorso e assistenza ai pazienti in condizioni cliniche di urgenza*";

RICHIAMATE altresì le seguenti deliberazioni del Consiglio regionale:

- la D.C.R. n. X/1497 del 11 aprile 2017 "*Piano Regionale di Prevenzione 2014 – 2018, ai sensi dell'Intesa Stato Regioni del 13 novembre 2014 e della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 "Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità"*";
- la D.C.R. n. XI/67 del 17 luglio 2018 - "*Proroga al 2019 del Piano regionale di Prevenzione di Regione Lombardia 2014-2018, ai sensi dell'Intesa Stato-Regioni del 21 dicembre 2017*" che ha approvato il documento di pari oggetto di cui alla D.G.R. n. XI/163 del 29.05.2018 ;

VISTI:

- l'Accordo ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "*Revisione e aggiornamento dell'Accordo CSR del 21 dicembre 2006 sul coordinamento dei trasporti connessi con le attività trapiantologiche*". (Rep. Atti n. 55/CSR del 25 marzo 2015);

- l'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 Bolzano sul documento recante *"Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017 – 2019"* (Repertorio atti n. 10/CSR del 19 gennaio 2017);
- l'Accordo, ai sensi dell'articoli 2, comma 1, lettera b), e 4 comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministero della salute sul documento recante "*Programma Nazionale Donazione di Organi 2018-2020*". (Repertorio Atti n.: 225/CSR del 14 dicembre 2017);
- l'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 Bolzano concernente la proroga del Piano nazionale per la prevenzione per gli anni 2014-2018 e la rimodulazione dei Piani regionali della prevenzione 2014 – 2018. (Repertorio Atti n.: 247/CSR del 21 dicembre 2017);
- l'Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante "*Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali in area pediatrico-adolescenziale*" integrato dal documento "*Rete dell'emergenza-urgenza pediatrica*" (Repertorio Atti n.: 248/CSR del 21 dicembre 2017);
- l'Accordo, ai sensi del punto 8.1 dell'Allegato 1 al decreto ministeriale 2 aprile 2015, n. 70, sul documento "*Linee guida per la revisione delle reti cliniche - Le reti tempo dipendenti*". (Repertorio Atti n.: 14/CSR del 24 gennaio 2018);
- l'Accordo, ai sensi dell'articolo 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "*Requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture sanitarie per lo svolgimento delle attività di trapianto di organi solidi da donatore cadavere. Criteri e procedure per l'autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, singole o afferenti ad un programma regionale di trapianto, comprese le attività di trapianto pediatrico. Volumi minimi di attività e degli standard di qualità delle strutture autorizzate*". (Repertorio Atti n.: 16/CSR del 24 gennaio 2018);
- l'Intesa, ai sensi dell'articolo 4, comma 1, della legge 18 agosto 2015, n.

134, tra il Governo, le Regioni, le Province autonome di Trento e Bolzano e gli Enti locali sul documento recante "*Aggiornamento delle linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nei Disturbi dello Spettro Autistico*". (Repertorio Atti n.: 53/CU del 10 maggio 2018);

- l'Intesa, ai sensi degli articoli 2, comma 1, lettera a), e 3 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sull'adozione del protocollo di sorveglianza sanitaria dei lavoratori ex esposti all'amianto. (Repertorio Atti n.: 39/CSR del 22 febbraio 2018);

RICHIAMATI i seguenti documenti di programmazione regionale:

- la D.C.R. n. IX/0088 del 17 novembre 2010 "*Piano Socio Sanitario Regionale 2010-2014*";
- la D.G.R. n. X/7279 del 30 ottobre 2017 "*Documento di Economia e Finanza regionale 2017, comprensivo di nota di aggiornamento: proposta da inviare al Consiglio regionale*";
- la D.C.R. n. X/1676 del 28 novembre 2017 "*Risoluzione concernente il Documento di Economia e Finanza regionale 2017*";
- la D.C.R. n. XI/64 del 10 luglio 2018 "*Programma Regionale di Sviluppo della XI Legislatura*";

RICHIAMATI infine tutti i provvedimenti concernenti le Regole di Sistema per il Servizio Socio Sanitario Regionale e in particolare:

- la D.G.R. n. X/7600 del 20 dicembre 2017 "*Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2018*";
- la D.G.R. n. XI/491 del 2 agosto 2018 "*Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2018 – secondo provvedimento 2018*";

RITENUTO, al fine di programmare l'assistenza socio sanitaria nel rispetto dell'equilibrio di bilancio per l'anno 2019, di approvare l'allegato l'Allegato "Regole di Gestione del Servizio Sociosanitario 2019" con i relativi sub allegati A, B, C, D, E, F, G e H, tutti parti integranti e sostanziali del presente provvedimento:

- Sub allegato A: "*Disposizioni inerenti la chirurgia ambulatoriale e l'attività svolta all'interno dei day surgery extra ospedalieri ai sensi dell'allegato 2 del D.M. 2 aprile 2015, n. 70*" che aggiorna le disposizioni regionali in ordine alle prestazioni erogabili all'interno dei presidi extra ospedalieri di Day Surgery e degli ambulatori protetti ed in ordine alla chirurgia ambulatoriale complessa;
- Sub Allegato B: "*Aggiornamento delle codifiche delle esenzione per la specialistica ambulatoriale*" che riporta le codifiche delle esenzioni regionali che vengono uniformate a quelle nazionali, con gli allegati:
  - B1 "*Specialistica ambulatoriale – elenco delle esenzioni regionali con codifica uniformata a quella nazionale (con decorrenza dal 4.3.2019)*";
  - B2 "*Attestato di esenzione dal pagamento della quota di partecipazione alla spesa sanitaria*";
- Sub Allegato C: "*Partecipazione alla spesa farmaceutica: aggiornamento del regime di esenzione a favore di soggetti assistiti e delle relative codifiche*", con l'allegato C1 "*Assistenza farmaceutica: elenco delle esenzioni con codifica modificata (con decorrenza dal 4.3.2019)*";
- Sub Allegato D: "*Erogabilità delle prestazioni odontoiatriche a carico del SSN*" che indica le prestazioni odontoiatriche erogabili a carico del SSN per: i cittadini in età evolutiva (0-14 anni); i soggetti in condizioni di vulnerabilità sanitaria; i soggetti in condizioni di vulnerabilità sociale; la popolazione in generale;
- Sub allegato E: "*Strumento per l'identificazione di pazienti affetti da malattie in fase avanzata con bisogni di cure palliative*";
- Sub allegato F: "*Strumento per la valutazione dell'intensità assistenziale in cure palliative domiciliari*";
- Sub allegato G: "*Programma regionale di valutazione delle tecnologie sanitarie (HTA)*" che contiene gli schemi di riferimento per la ricerca sistematica delle fonti di letteratura, per l'analisi critica delle fonti e per la stesura del rapporto tecnico di cui al paragrafo "*HTA (Health Technology Assessment)*" dell'allegato "Regole di Gestione del Servizio Sociosanitario 2019";
- Sub allegato H: "*Modalità di segnalazione e notifica delle malattie infettive e accertamenti con finalità epidemiologica – aggiornamento della D.G.R.*

n. X/3190/2015" che contiene indicazioni in ordine ai flussi/responsabilità e centri di riferimento per l'attività di Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive;

DATO ATTO della preventiva presentazione del presente provvedimento:

- alle Agenzie di Tutela della Salute, alle Aziende Socio Sanitarie Territoriali, ad AREU, agli IRCCS Fondazioni di Diritto pubblico, ad INRCA e all'Agenzia dei Controlli;
- agli stakeholders;
- agli erogatori privati sanitari e sociosanitari;
- alle Organizzazioni Sindacali;
- all'Osservatorio Integrato del Servizio Sociosanitario Lombardo istituito con D.G.R. n. 5927 del 30.11.2016;
- alla competente Commissione consiliare;

CONSIDERATO che, nella nuova modalità di gestione del percorso di presa in carico del paziente cronico e/o fragile da parte del MMG/PLS clinical manager in forma singola, introdotta dalla sopra richiamata D.G.R. n. XI/754/2018, la sottoscrizione di tale documento è posta in capo al gestore ed al paziente, e non anche al MMG/PLS clinical manager in forma singola;

RITENUTO pertanto necessario l'aggiornamento del fac-simile di Patto di Cura approvato con la D.G.R. n. X/7655/2017, in coerenza con i citati disposti, dando mandato alla Direzione Generale Welfare di provvedervi con decreto del Direttore Generale;

RITENUTO inoltre, per l'attuazione della piena integrazione delle politiche sanitarie, sociosanitarie e sociali e per l'integrazione territoriale dei servizi, considerato il ruolo di governance svolto dalle ATS, di dare mandato alla Direzione Generale Welfare di attivare momenti di confronto strutturato tra la Direzione Generale stessa, la Direzione Generale Politiche per la famiglia, Genitorialità e Pari opportunità, la Direzione Generale Politiche sociali, abitative e disabilità e le ATS;

RITENUTO infine di dare mandato alle Direzioni Generali e Centrali competenti per la puntuale applicazione di quanto disposto con il presente provvedimento;

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

VAGLIATE ed ASSUNTE come proprie le predette determinazioni;

A voti unanimi espressi nelle forme di legge;

DELIBERA

1. di approvare l'allegato "*Regole di Gestione del Servizio Sociosanitario 2019*" con i relativi sub allegati, tutti parti integranti e sostanziali del presente provvedimento:

- Sub allegato A: "*Disposizioni inerenti la chirurgia ambulatoriale e l'attività svolta all'interno dei day surgery extra ospedalieri ai sensi dell'allegato 2 del D.M. 2 aprile 2015, n. 70*" che aggiorna le disposizioni regionali in ordine alle prestazioni erogabili all'interno dei presidi extra ospedalieri di Day Surgery e degli ambulatori protetti ed in ordine alla chirurgia ambulatoriale complessa;
- Sub Allegato B: "*Aggiornamento delle codifiche delle esenzione per la specialistica ambulatoriale*" che riporta le codifiche delle esenzioni regionali che vengono uniformate a quelle nazionali, con gli allegati:
  - B1 "*Specialistica ambulatoriale – elenco delle esenzioni regionali con codifica uniformata a quella nazionale (con decorrenza dal 4.3.2019)*";
  - B2 "*Attestato di esenzione dal pagamento della quota di partecipazione alla spesa sanitaria*";
- Sub Allegato C: "*Partecipazione alla spesa farmaceutica: aggiornamento del regime di esenzione a favore di soggetti assistiti e delle relative codifiche*", con l'allegato C1 "*Assistenza farmaceutica: elenco delle esenzioni con codifica modificata (con decorrenza dal 4.3.2019)*";
- Sub Allegato D: "*Erogabilità delle prestazioni odontoiatriche a carico del SSN*" che indica le prestazioni odontoiatriche erogabili a carico del SSN per: i cittadini in età evolutiva (0-14 anni); i soggetti in condizioni di vulnerabilità sanitaria; i soggetti in condizioni di vulnerabilità sociale; la popolazione in

generale;

- Sub allegato E: "*Strumento per l'identificazione di pazienti affetti da malattie in fase avanzata con bisogni di cure palliative*";
- Sub allegato F: "*Strumento per la valutazione dell'intensità assistenziale in cure palliative domiciliari*";
- Sub allegato G: "*Programma regionale di valutazione delle tecnologie sanitarie (HTA)*" che contiene gli schemi di riferimento per la ricerca sistematica delle fonti di letteratura, per l'analisi critica delle fonti e per la stesura del rapporto tecnico di cui al paragrafo "*HTA (Health Technology Assessment)*" dell'allegato "Regole di Gestione del Servizio Sociosanitario 2019";
- Sub allegato H: "*Modalità di segnalazione e notifica delle malattie infettive e accertamenti con finalità epidemiologica – aggiornamento della D.G.R. n. X/3190/2015*" che contiene indicazioni in ordine ai flussi/responsabilità e centri di riferimento per l'attività di Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive;

2. di dare atto che le disposizioni di cui al sub allegato D sopra richiamato sostituiscono integralmente le disposizioni di cui all'allegato n. 1 della D.G.R. n. VIII/3111 del 01/08/2006 richiamata in premessa;

3. di dare atto altresì che le disposizioni di cui al sub allegato H sopra citato aggiornano le indicazioni relative ai flussi/responsabilità e centri di riferimento per l'attività di Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive di cui alla D.G.R. n. n. X/3190/2015 richiamata in premessa;

4. di dare mandato alla Direzione Generale Welfare di aggiornare, in coerenza con i disposti di cui alla D.G.R. n. XI/754/2018 e la nuova modalità di gestione del percorso di presa in carico del paziente cronico e/o fragile da parte del MMG/PLS clinical manager in forma singola, il fac-simile di Patto di Cura approvato con la D.G.R. n. X/7655/2017;

5. di dare mandato infine alla Direzione Generale Welfare, per l'attuazione della piena integrazione delle politiche sanitarie, sociosanitarie e sociali e per l'integrazione territoriale dei servizi, considerato il ruolo di governance svolto dalle ATS, di attivare momenti di confronto strutturato tra la Direzione Generale stessa, la Direzione Generale Politiche per la famiglia, Genitorialità

e Pari opportunità, la Direzione Generale Politiche sociali, abitative e disabilità e le ATS;

6. di dare atto inoltre che, per quanto non espressamente modificato con il presente provvedimento, si rinvia a quanto stabilito nei precedenti provvedimenti aventi il medesimo oggetto;

7. di dare mandato infine alle Direzioni Generali e Centrali competenti per la puntuale applicazione di quanto disposto con il presente provvedimento;

8. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia e sul sito internet della Regione Lombardia.

IL SEGRETARIO

FABRIZIO DE VECCHI

Atto firmato digitalmente ai sensi delle vigenti disposizioni di legge

"REGOLE DI GESTIONE DEL SERVIZIO SOCIOSANITARIO 2019"

Sommario

1. INTRODUZIONE 14
1.1. **Contesto di riferimento** 14
1.2. **Il contesto demografico** 14
1.3. **Lo scenario dell'offerta di prestazioni in Lombardia** 16
1.4. **I tre obiettivi del Programma Regionale di Sviluppo** 16
1.4.1. **La presa in carico del paziente cronico** 17
1.4.1.1. Arruolamento pro-attivo sulla base dei dati regionali 19
1.4.1.2. Il completamento del nuovo modello di presa in carico dei pazienti cronici. Rinnovo dei PAI e disarruolamento in caso di mancato rinnovo. 19
1.4.1.3. Altre specifiche sul modello di presa in carico 21
1.4.1.4. Ruolo delle farmacie 21
1.4.1.5. Integrazione MMG/PLS e specialisti 22
1.4.1.6. Piano di Assistenza Individuale (PAI) 22
1.4.1.7. Erogazione di prestazioni da parte del clinical manager MMG/PLS 23
1.4.1.8. Monitoraggio e controllo della presa in carico 24
1.4.1.9. Comunicazione 24
1.4.2. **Governo liste d'attesa** 25
1.4.2.1. Verifica del rispetto dei tempi di attesa sul territorio dell'ATS 26
1.4.3. **Riordino della rete, DM 70, reti di patologia e nuova organizzazione territoriale ai sensi della l.r. 23/2015.** 26
1.4.4. **Ulteriori politiche di esenzione al pagamento del ticket aggiuntivo (superticket)** 27
2. INQUADRAMENTO ECONOMICO: IL QUADRO DEL SISTEMA PER L'ANNO 2019 29
2.1. Risorse per l'edilizia sanitaria e ammodernamento tecnologico 30
2.2. Contesto di riferimento regionale 30
2.3. Risorse per il finanziamento del Sistema Socio-Sanitario Regionale 31
2.4. Indicazioni specifiche per le Aziende del Sistema Socio - Sanitario Regionale 34
2.4.1. Razionalizzazione della spesa ed efficientamento del Sistema 34
2.4.2. Obiettivi economici dell'aggregato costi Beni e Servizi 36
2.4.3. AREA BILANCI 37

2.4.3.1. Adempimenti di verifica e monitoraggio della spesa: IV CET 2018 38
2.4.3.2. Certificazioni Trimestrali 39
2.4.3.3. Pubblicazione Bilanci e Regole Trasparenza 40
2.4.3.4. Adempimenti relativi al percorso attuativo della certificabilità dei bilanci degli enti del SSR di cui alla l.r. n. 23/2015 40
2.4.3.5. Gestione finanziaria 41
2.4.3.6. N.O.C.C. (Nucleo Operativo di Controllo Contabile) 44
2.4.3.7. Adempimenti LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) 44
2.5. Area Controllo di gestione 45
2.6. Area Acquisti 46
2.6.1. Il sistema degli acquisti del Servizio Sanitario Regionale 46
2.6.2. Normativa approvvigionamento enti sanitari e utilizzo della piattaforma telematica Sintel 46
2.6.3. Sistema regionale monitoraggio beni e servizi 52
2.6.3.1. Dispositivi medici 52
2.6.3.2. Flusso consumi Dispositivi Medici 52
2.6.3.3. Flusso Contratti 52
2.6.3.4. Monitoraggio Servizi non sanitari 53
2.6.3.5. Flusso informativo per il monitoraggio delle grandi apparecchiature sanitarie in uso presso le strutture sanitarie pubbliche, private accreditate e private non accreditate 53
2.6.4. Sistemi di verifica e di monitoraggio 53
2.6.5. Proroghe dei contratti di appalto – Rinnovo – c.d. clausola di adesione 53
2.6.6. Procedure negoziate per forniture e servizi ritenuti infungibili 54
2.6.7. Obiettivi 2019 – Dispositivi Medici 54
3. GOVERNO DEI TEMPI DI ATTESA 54
3.1. Modalità di erogazione delle prestazioni ambulatoriali e gestione delle liste d'attesa 54
3.2. Negoziazione sperimentale in 2 ATS di volumi e tipologie di prestazioni per alcuni ambiti di attività di specialistica ambulatoriale 55
3.2.1. Prestazioni di screening 57
4. RETE DELL'OFFERTA: DISPOSIZIONI GENERALI 58
4.1. Premessa 58
4.2. Accreditamento 60
4.2.1. Attività contrattualizzate e attività in regime di solvenza 62

4.3. Negoziazione 63
4.3.1. Obblighi di pubblicità D.Lgs. 33/2013 enti privati accreditati a contratto 64
5. AREA SANITARIA 65
5.1. Linee prioritarie di sviluppo 65
5.2. **Rete dell'Offerta: organizzazione e reti** 67
5.2.1. La rete dell'Emergenza Urgenza: criteri di classificazione dei Presidi Ospedalieri 67
5.2.2. Numero Unico di emergenza Europeo 112 (NUE 112) 70
5.2.3. Sale Operative Regionali dell'Emergenza Urgenza 118 e rete territoriale integrata del soccorso su gomma e su ala rotante 71
5.2.4. Attività dei PS: sovraffollamento 71
5.2.5. Sviluppo dei sistemi informativi 72
5.2.6. Le Reti tempo dipendenti 72
5.2.7. Alte specialità e appropriatezza delle prestazioni di ricovero 72
5.2.8. Reti Clinico-assistenziali 73
5.2.9. Promozione delle attività di Telemedicina 73
5.2.10. Rete dei Centri di senologia 75
5.2.11. Rete Procreazione Medicalmente Assistita – PMA 75
5.2.12. Rete di Assistenza Materno-Neonatale e Pediatrica-Adolescenziale 75
5.2.12.1. Riorganizzazione della Rete Materno-Neonatale 76
5.2.12.2. Percorso Nascita Fisiologico 77
5.2.12.3. Assistenza specialistica ambulatoriale per le donne in stato di gravidanza e a tutela della maternità 77
5.2.12.4. Riorganizzazione della Rete Pediatrica Ospedaliera 78
5.2.12.5. Gestione e trasporto del bambino/adolescente in condizioni critiche 78
5.2.12.6. Screening neonatali 78
5.2.12.7. Mamma-Bambino e Protezione, Promozione e Mantenimento dell'allattamento 79
5.2.12.8. Reti Integrate Materno Infantili Territoriali 79
5.2.12.9. Neuropsichiatria dell'Infanzia e della Adolescenza 79
5.2.12.10. Disturbi dello spettro autistico 80
5.2.12.11 Monitoraggio della qualità e della sicurezza dei servizi e delle prestazioni erogate 82
5.2.12.12. Variazioni tariffarie/funzioni 82

5.2.13. Interruzioni volontarie di gravidanza di tipo farmacologico 83
5.2.14. Sistema Trasfusionale Regionale 84
5.2.15. Sistema Trapianti Regionale 85
5.2.15.1. Programma Regionale Donazione organi e tessuti 85
5.2.15.2. ..... Qualificazione delle strutture di trapianto organi del Programma Regionale 86
5.2.15.3. Sviluppo delle linee di trapianto e modelli gestionali innovativi 86
5.2.15.4. Qualificazione delle strutture di trapianto di Cellule Staminali Emopoietiche (CSE) del Programma Regionale di efficientamento del Registro Regionale Donatori di CSE 87
5.2.15.5. Adeguamento dei sistemi di confezionamento, conservazione e rintracciabilità degli organi prelevati a scopo di trapianto 87
5.2.16. Rete delle Malattie Rare 87
5.2.16.1. Registro Lombardo Malattie Rare 88
5.2.16.2. Implementazione e aggiornamento dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA). 88
5.2.17. Salute Mentale, Dipendenze e Sanità Penitenziaria 89
5.2.17.1. Psichiatria 90
5.2.17.2. Dipendenze 93
5.2.17.3. Sanità Penitenziaria 95
5.2.17.4. Struttura di Castiglione delle Stiviere 96
5.3. **Rete d'offerta: risorse e negoziazione** 97
5.3.1. Funzioni non tariffabili 97
5.3.2. Maggiorazioni tariffarie 97
5.3.3. Prestazioni di ricovero 97
5.3.4. Prestazioni di chirurgia ambulatoriale e attività svolta all'interno dei day surgery extra ospedalieri ai sensi dell'allegato 2 del D.M. 2 aprile 2015, n. 70 .98
5.3.5. Negoziazione casistica di bassa complessità in mobilità interregionale verso erogatori di diritto privato 98
5.3.6. 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza e procedure MPR di cui al sub Allegato A) della D.G.R. n. X/1185/2013 99
5.3.7. Flussi informativi 105
5.3.7.1. Flusso scheda di dimissione ospedaliera (SDO) 109
5.3.7.2.Flusso assistenza specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale 109

5.3.7.3. Flusso presa in carico dei pazienti cronici 109
5.3.7.4. Flusso EMUR 109
5.3.7.5. Certificato di assistenza al parto (CEDAP) 109
5.3.7.6. Flusso endoprotesi 110
5.3.7.7. IVG – AS 110
5.3.7.8. Flusso informativo D.M. 5.12.2006 - obblighi informativi statistici – copertura e qualità 110
5.3.7.9. Flusso SIND (dipendenze) 111
5.3.8. Performance ed indicatori di appropriatezza prioritari della griglia LEA 111
5.3.9. Prestazioni ambulatoriali 112
5.3.10. Customer Satisfation 112
5.3.11. Esenzioni 113
5.3.12. Prestazioni termali 115
5.3.13. Azioni di semplificazione in materia di esenzioni 115
5.3.14. Odontoiatria 115
5.3.15. Ottimizzazione delle risorse del SSR attraverso la cooperazione tra Strutture del SSR ed Enti del terzo settore che erogano assistenza sanitaria e socio sanitaria 116
5.3.16. Mobilità internazionale - Piattaforma Europea EESSI 117
5.3.17. Assistenza sanitaria ai cittadini comunitari 117
5.3.18. Iscrizioni dei minori irregolari 118
5.3.19. **Controllo delle prestazioni sanitarie** 118
5.3.20. Controllo endoprotesi 120
5.3.21. Equipe miste 120
5.4. **Programma integrato di miglioramento dell'organizzazione** 121
5.5. **Accreditamento Strutture Sanitarie** 122
5.5.1. Servizi di Medicina di laboratorio 122
5.5.2. Riorganizzazione della rete dei Servizi di Medicina di Laboratorio, di anatomia patologica e di genetica molecolare 123
5.5.3. Prelievi domiciliari 124
5.5.4. Precisazioni in tema di requisiti per gli studi professionali 125
5.5.5. Requisiti per le Farmacie Ospedaliere 125
6. AREA SOCIOSANITARIA 126
6.1. Evidenze e linee di sviluppo 126

6.2. Ampliamento dell'offerta di posti di RSA/RSD per soggetti con elevato carico assistenziale 126
6.2.1. Demenze 126
6.2.2. Stati vegetativi 129
6.2.3. Malattie del motoneurone 130
6.3. La rete delle Cure Palliative – adozione degli strumenti di valutazione 131
6.4. Hospice per età pediatrica 133
6.5. Tele riabilitazione 134
6.6. Innovazione nella gestione sociosanitaria 136
6.6.1. Misure innovative a favore della popolazione fragile. 136
6.7. Piano regionale demenze e modello di presa in carico 140
6.7.1. Villaggio Alzheimer 140
6.8. Sperimentazioni: case management, riabilitazione minori 142
6.9. Sperimentazione "Post acuti homeless" 143
6.10. **Accreditamento Area Sociosanitaria** 144
6.10.1. Assistenza domiciliare integrata: criteri di accesso e di priorità 144
6.10.2. Voltura dell'accreditamento nell'ambito delle cure domiciliari (ADI e UCP-Dom) 146
6.10.3. Unità d'offerta sociosanitarie con piano programma 146
6.10.4. Certificazione ai fini fiscali delle spese sanitarie per gli ospiti di unità d'offerta residenziali e semi residenziali per anziani e disabili 146
6.11. **Negoziazione Area Sociosanitaria** 147
6.11.1. Sottoscrizione di nuovi contratti 147
6.11.1.1. Unità d'offerta sociosanitarie realizzate con fondi pubblici 147
6.11.1.2. Unità d'offerta in piano programma 148
6.11.1.3. Accordi territoriali 148
6.11.1.4. Determinazioni in materia di contrattualizzazione di cure intermedie 148
6.11.1.5. Determinazioni in materia di contrattualizzazione di ADI 148
6.11.1.6. Determinazioni in materia di Cure Palliative 150
6.11.1.7. Le fasi del processo negoziale nel 2019 151
6.11.1.8. Contratto provvisorio 151
6.11.1.9. Contratto definitivo 152
6.11.1.10. Fase di rimodulazione 155

6.11.1.11. Spostamento di volumi di posti a contratto e del relativo budget.156
6.11.1.12. Disciplina del contratto unico.....157
6.11.2. Ulteriori regole di remunerazione 157
6.11.3. Precisazioni in merito agli oneri di ricovero in RSA per ospiti malati di Alzheimer. 161
6.12. Presidio Corberi di Limbiate.....162
6.13. **Vigilanza e controllo in ambito sociosanitario** 162
7. AREA TERRITORIALE.....164
7.1. Governance Regionale del Farmaco 164
7.1.1. Farmaceutica convenzionata.....165
7.1.2. PT Online 166
7.1.3. Ricettario (relativamente alla prescrizione di medicinali) 166
7.1.4. Progetto "Un team per le ASL (ATS)" 167
7.1.5. Preparazioni magistrali a base di Cannabis per uso medico. Aggiornamento Indicazioni sulla rimborsabilità a carico del Sistema sociosanitario regionale in Regione Lombardia 167
7.1.6. Farmaceutica per acquisti diretti.....168
7.1.7. Farmaci innovativi oncologici e non oncologici di cui ai fondi nazionali.....169
7.1.8. Compensazione interregionale mobilità sanitaria - File F.....170
7.1.9. Progetto sperimentale di somministrazione a domicilio di terapie farmacologiche ad.....170
alto costo a pazienti fragili (progetto SHC e Progetto Edaravone/SLA) 170
7.1.10. Farmaci biosimilari 171
7.1.11. Automazione del percorso del farmaco presso le strutture sanitarie ospedaliere pubbliche del SSR.....172
7.1.12. Indicazioni in merito al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva 172
7.1.13. Attività di verifica sull'assistenza farmaceutica.....172
7.1.14. Vigilanza sulle farmacie pubbliche e private aperte al pubblico 173
7.1.15. Vigilanza su depositi e grossisti.....173
7.1.16. Controlli file F 173
7.1.17. Farmacovigilanza 173
7.1.18. HTA (Health Technology Assessment).....174
7.1.19. Assistenza protesica e integrativa.....176
7.1.20. Diabete 177
7.1.21. Ulteriori determinazioni sulla protesica 177

7.2. Cure Primarie 184
7.2.1. Funzioni ATS e ASST 184
7.2.2. Continuità assistenziale pediatrica 185
7.2.3. Attuazione degli Accordi integrativi regionali e apertura degli ambulatori pediatrici al sabato 186
7.2.4. Comitati zonali degli specialisti/professionisti ambulatoriali convenzionati 186
8. PREVENZIONE: REALIZZAZIONE DEI PROGRAMMI DEL PIANO REGIONALE PREVENZIONE/LEA 187
8.1. Premessa - stato di avanzamento 187
8.2. Performances area prevenzione: monitoraggio e valutazione dell'attività di prevenzione 187
8.3. Azioni di semplificazione in materia di procedimenti amministrativi in carico ai DIPS attraverso l'utilizzo di piattaforme informatizzate – impresa in 1 giorno 187
8.4. Promozione della salute, prevenzione dei fattori di rischio comportamentali e diagnosi precoce delle malattie croniche e dei tumori (screening) 188
8.4.1. Promozione della salute e prevenzione dei fattori di rischio comportamentali 188
8.4.1.1. Setting "sistema sociosanitario" 190
8.4.1.2. Setting "Luoghi di lavoro" 191
8.4.1.3. Setting "Scuola" 191
8.4.1.4. Setting "Comunità locali/Città" 191
8.4.1.5. Prevenzione delle Dipendenze 192
8.4.1.6. Risorse 193
8.4.2. Prevenzione e diagnosi precoce delle malattie croniche 194
8.4.3. Screening oncologici 194
8.5. Prevenzione sorveglianza e controllo delle malattie infettive anche attraverso l'offerta delle vaccinazioni 195
8.5.1. Realizzazione del Piano Regionale di Prevenzione Vaccinale 2017-19 (PRPV) 195
8.5.2. Malattie infettive 196
8.6. Sicurezza degli alimenti di origine non animale e tutela del consumatore 197
8.6.1. Verifica dell'efficacia e dell'appropriatezza dei controlli ufficiali per la sicurezza: attività di supervisione, (valutazione sul campo, in tempo reale e sulla base di criteri predefiniti), delle modalità di esecuzione del controllo ufficiale da parte degli operatori SIAN 197

8.6.2. Nuovo programma di controllo regionale della radioattività nelle acque destinate al consumo umano ai sensi dell'art. 4 del d.lgs. 28/2016 198
8.6.3. Elaborazione di indirizzi regionali per la rendicontazione dei controlli ufficiali in Impres@-BI 198
8.6.4. Gestione emergenze 198
8.6.5. Alimenti vegetali e MOCA – attuazione L.G. Regolamenti (CE) 882/2004 e 854/2004 198
8.6.6. Acque destinate al consumo umano 199
8.6.7. Laboratori di Prevenzione 199
8.7. Prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro 200
8.7.1. Salute ambiente 200
8.7.2. Gestione emergenze 200
8.7.3. Acque di balneazione 201
8.7.4. Monitoraggio aerobiologico 201
8.8. Tutela della salute e sicurezza del lavoratore 201
8.8.1. Azioni per la riduzione del fenomeno infortunistico e tecnopatico 201
8.8.2. Piano triennale straordinario, approvato con D.G.R. n. XI/164 del 29 maggio 2018 202
8.8.3. Formazione alla salute e sicurezza sul lavoro: il processo di integrazione della competenza nei curricula scolastici 202
8.8.4. Prevenzione e controllo rischio amianto 202
8.9. Piano dei controlli sulle sostanze chimiche 203
8.9.1. Prodotti fitosanitari: controlli sul commercio e sull'impiego 203
8.10. Prodotti cosmetici: sperimentazione controlli presso i fabbricanti 203
8.11. Unità operative ospedaliere di medicina del lavoro 203
8.12. Utilizzo proventi derivanti dalla attività dell'area prevenzione 204
9. MEDICINA LEGALE 205
9.1. Accertamento medico-legale della disabilità 205
9.2. Accertamento medico-legale della disabilità in età evolutiva 206
9.3. Informatizzazione e implementazione del fascicolo medico-legale 206
9.3.1. Supporto medico legale nella gestione del contenzioso aziendale. 207
10. AREA VETERINARIA 208
10.1. Premessa 208
10.2. Governance della sanità pubblica veterinaria 209

10.3. Verifica della sicurezza degli alimenti di origine animale a tutela dei consumatori 210
10.4. Sanità Animale 211
10.5. Gestione del farmaco, benessere e alimentazione animale e condizionalità 213
11. RICERCA, INNOVAZIONE E SAPERE SCIENTIFICO 214
11.1. Ricerca 214
11.2. Fibrosi cistica 214
11.3. Sistema Bibliotecario Biomedico Lombardo (SBBL) 215
11.4. Rete degli IRCCS 215
11.5. Progetti di cooperazione internazionale ed interventi sanitari umanitari 215
11.6. Progetti Europei 215
11.7. Gestione della Documentazione 216
12. AREA RISK MANAGEMENT 216
12.1. Area travaglio/parto 217
12.2. Infezioni Ospedaliere - Sepsi 217
12.3. Sicurezza del paziente in sala operatoria 218
12.4. Rischio nell'utilizzo di farmaci 218
12.5. Rischi in ambito di impiego delle radiazioni 219
12.6. Rischi in ambito di Continuità Assistenziale 220
12.7. Rischi in ambito di Violenza a danno degli operatori 220
13. ORGANIZZAZIONE E PERSONALE 222
13.1. Premessa 222
13.2. Costi del personale e fondi contrattuali anno 2019 222
13.3. Piano di gestione risorse umane anno 2019 222
13.3.1. Indicazioni generali 222
13.3.2. Copertura Strutture Complesse ed assunzione personale Dirigenziale Area Professionale Tecnica ed Amministrativa 224
13.3.3. Personale a tempo determinato 224
13.3.4. Incarichi di cui all'articolo 15 septies e 15 octies del D.Lgs. n. 502/92 225
13.4. Fabbisogni di personale 225
13.5. Indennità di vacanza contrattuale 225
13.6. Accantonamenti per rinnovi contrattuali 225
13.7. Elemento perequativo art. 78 CCNL Comparto Sanità triennio 2016/2018 226

13.8. Particolari situazioni di disagio organizzativo 226
13.9. Personale gravante sulla voce di costo "beni e servizi" 226
13.9.1. Lavoro somministrato 226
13.9.2. Altro personale 226
13.10. Legge Sirchia (legge 8 gennaio 2002 n.1 e s.m.i.) 227
13.11. Validità ed utilizzo graduatorie 227
13.12. Flussi informativi sul personale 227
13.13. Centrale Operativa Integrata – COI 228
13.14. Personale della ricerca 229
13.15. Aspettativa per incarichi ex D.Lgs. n. 502/92 229
13.16. Rapporti con le Università 229
13.17. Piani di organizzazione aziendali strategici 230
13.18. ECM - Provider 230
13.19. Procedure concorsuali aggregate 230
13.20. Relazioni sindacali 230
13.21. Libera professione 231
13.22. Viaggi all'estero dei componenti le direzioni strategiche 231
14. INVESTIMENTI 231
14.1. Premessa 231
14.2. Principi di armonizzazione contabile e conto capitale 231
14.3. Programmazione degli investimenti 232
14.4. Sistema di qualificazione delle Stazioni Appaltanti 233
14.5. Conferimento incarichi alla società regionale ILspa da parte delle Aziende Sanitarie e IRCCS pubblici 234
14.6. Varianti in corso d'opera 234
14.7. Concessioni di Costruzione e Gestione in Sanità - Revisione del Piano Economico Finanziario - NARS 235
14.8. Partenariato pubblico privato (PPP) 236
15. La funzione di Internal Auditing 236
16. SISTEMI INFORMATIVI 237
16.1. Prenotazioni ed accoglienza 237
16.2. Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e digitalizzazione in Sanità 238
16.2.1. Strutturazione dei referti 239
16.2.2. Patient Summary (PSS) 239

16.3. Ricetta dematerializzata 240
16.4. Revisione meccanismi anagrafici 240
16.5. Raccomandazioni per sperimentazioni informatiche 240
16.6. Sicurezza Informatica e Governo dei Sistemi Informativi degli Enti Sanitari 240
16.7. Disposizioni in tema di privacy 242
17. INTEGRAZIONE DELLE POLITICHE SANITARIE E SOCIOSANITARIE CON LE POLITICHE SOCIALI 243
17.1. Introduzione 243
17.2. Integrazione dei modelli organizzativi e territoriali, delle funzioni e delle attività 243
17.3. Disabilità e fragilità: linee di intervento per una presa in carico globale della persona 245
17.4. **Attività di controllo sulle unità d'offerta sociali** 246
17.4.1. Attività di verifica dei requisiti 247
17.4.2. Rendicontazione attività svolta 247
18. Area Famiglia 247
18.1. La gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2019 e il suo coordinamento con i percorsi di attuazione nel 2019 degli obiettivi delle politiche per la famiglia declinati nel PRS dell'XI legislatura approvato con DCR XI/64 del 10 luglio 2018 247
18.2. Interventi per l'infanzia, i minori e gli asili nido (SOC.12.1): ampliamento della platea dei fruitori di strutture per l'infanzia; aumento della sicurezza nelle strutture attraverso azioni di formazione e prevenzione rivolte a genitori e personale; contrasto al disagio giovanile e politiche di protezione e tutela dei minori. 248
18.2.1. Azioni di prevenzione a tutela della prima infanzia 248
18.2.2. Azioni di prevenzione e contrasto al bullismo 248
18.2.3. Gli interventi e servizi per la conciliazione vita lavoro: 249
18.2.4. Il ruolo di ATS e ASST nell'attuazione delle politiche di prevenzione e contrasto alla violenza contro la donna. 249
18.3. Azioni per la qualità della vita delle persone sottoposte a terapia oncologica chemioterapica 250
18.4. Interventi per i soggetti a rischio di esclusione sociale (SOC.12.4): sviluppo di nuove politiche di inclusione sociale, con attenzione alle situazioni di povertà, fragilità e di particolare vulnerabilità; attivazione e promozione di programmi per le persone sottoposte a provvedimenti dell'autorità giudiziaria. 250

18.5. Interventi per il sostegno degli anziani (SOC.12.3): sviluppo di interventi per il buon mantenimento dello stato di benessere degli anziani; politiche per favorire l'incontro tra la domanda e l'offerta qualificata di servizi presso il loro domicilio, quali ad esempio le prestazioni erogate dalle assistenti familiari. .251

18.6. Iniziativa per il sostegno delle spese alberghiere dei familiari di pazienti minori ricoverati presso le strutture ospedaliere di Milano. 251

18.7. Interventi a sostegno delle persone disabili ed i minori con disturbi specifici dell'apprendimento, unitamente alle loro famiglie, mediante un contributo economico per l'acquisto (ovvero noleggio o leasing) di ausili o strumenti tecnologicamente avanzati finalizzati ad implementare le abilità della persona e potenziare la sua qualità della vita. 251

1. INTRODUZIONE

1.1. Contesto di riferimento

La X Legislatura è stata contrassegnata da un profondo cambiamento del sistema socio sanitario Lombardo dal punto di vista normativo: l'analisi effettuata partendo dal libro bianco ha portato all'approvazione della legge regionale n. 23/2015 che ha fortemente innovato la visione, spostando maggiormente l'attenzione sull'integrazione tra territorio e ospedale in una logica di continuità assistenziale.

Alla luce delle novità introdotte dalla legge regionale n. 23/2015 e dello scenario sanitario del nostro Paese, caratterizzato soprattutto dall'invecchiamento della popolazione, un'efficace "presa in carico della cronicità" rappresenta uno degli aspetti principali di riordino dell'assistenza territoriale e della continuità ospedale-territorio. Si tratta di un riordino che pone effettivamente al centro del sistema il paziente e che valuta l'intero processo assistenziale del malato cronico e non le singole variabili (ricoveri ospedalieri, specialistica, farmaceutica, ecc.).

La centralità del paziente si pone come filo conduttore di tutta l'azione della Giunta regionale per l'XI Legislatura e l'impianto del Programma Regionale di Sviluppo si propone di sviluppare tutte le azioni indispensabili a dar corso agli obiettivi strategici, tra i quali particolare rilievo assume l'accessibilità ai servizi da parte di tutti i cittadini, siano essi portatori di patologie croniche - che necessitano quindi di percorsi costanti nel tempo - o siano fruitori del sistema per eventi acuti.

A tal fine obiettivi prioritari del Piano Regionale di Sviluppo sono:

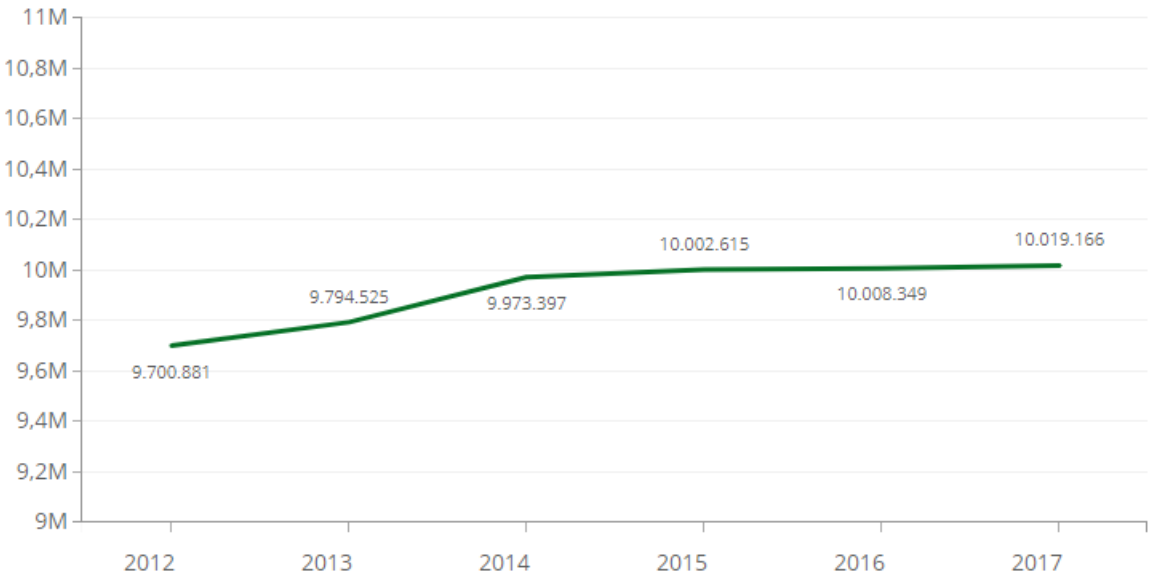
- il completamento del nuovo modello di presa in carico dei pazienti affetti da patologie croniche;
- il riordino della rete di offerta;
- il contenimento dei tempi di attesa per la fruizione delle prestazioni ambulatoriali.

I tre grandi temi di legislatura sono intimamente connessi tra loro poiché, partendo dalla domanda di salute, è indispensabile sviluppare la rete di offerta che garantisca il soddisfacimento dei bisogni, assicurando contestualmente la massima accessibilità alle cure al fine di non avere vuoti assistenziali.

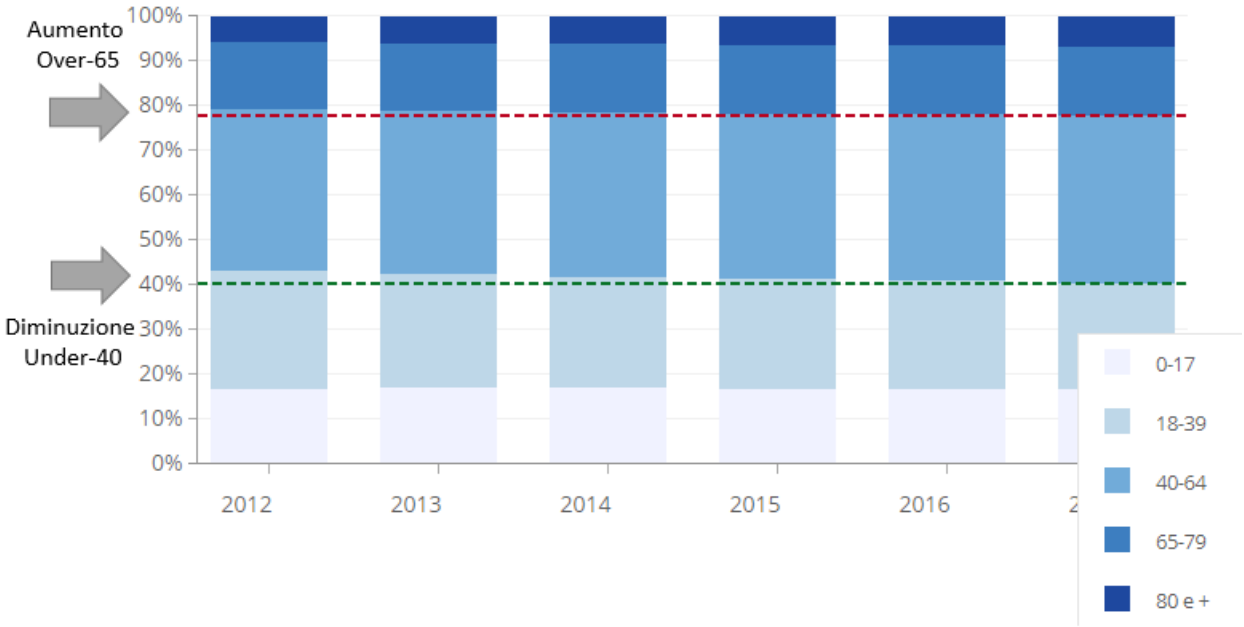
Questi obiettivi si collocano in un contesto di risorse limitate, in un periodo storico che non vede incrementi significativi del Fondo Sanitario Nazionale se non per ambiti specifici e con rigidi vincoli di spesa (quali ad esempio le quote del Fondo Sanitario vincolate ai farmaci innovativi), e con un contesto demografico che necessita sempre di più di essere affrontato in modo sistemico al fine di coniugare l'efficacia della cura con l'efficienza della spesa; i trend analizzati a livello di sistema permettono, tuttavia, di poter avviare manovre di riallocazione delle risorse per perseguire i risultati che la Giunta si è posta.

1.2. Il contesto demografico

La conoscenza della struttura demografica della popolazione per età e genere rappresenta il punto di partenza per la comprensione dei principali bisogni di salute, che si differenziano a seconda delle fasi di vita delle persone.
Una prima evidenza è costituita dal fatto che la popolazione residente è in aumento.



Nella suddivisione nelle diverse fasce d'età, oltre l'aumento degli over 65, si nota una diminuzione degli under 40.



Leggendo il trend è facile prevedere come nei prossimi decenni si assisterà ad un ulteriore aumento del peso relativo ed assoluto della popolazione anziana dovuto, sia all'aumento della speranza di vita (non solo alla nascita, ma anche alle età avanzate), che allo "slittamento verso l'alto" (ossia all'invecchiamento) delle coorti assai numerose che, oggi, si trovano nelle classi di età centrali. In tale contesto si assisterà sempre di più all'aumento di cittadini portatori di patologie croniche (sia mono che pluripatologici).
In una siffatta situazione la prevenzione e la presa in carico complessiva del paziente cronico acquisiscono ancor più importanza poiché finalizzate, da un lato a prevenire l'insorgere delle patologie croniche, e dall'altro a ritardare l'aggravarsi delle patologie croniche già esistenti.

1.3. **Lo scenario dell'offerta di prestazioni in Lombardia**

La Lombardia – come tutto il paese – si trova di fronte ad un'evidente consolidata riduzione complessiva dei ricoveri e del loro valore, difficilmente reversibile nel medio termine. Anche le prestazioni ambulatoriali dal 2013 ad oggi sono sostanzialmente stabili.
Il momento di svolta rispetto a questo scenario è rappresentato dalla approvazione del D.L. n. 95/2012, convertito nella legge n. 135/2012 (c.d. *spending review*).

Per gli erogatori di diritto pubblico ha rappresentato il blocco dei costi del personale e per quelli di diritto privato il blocco dei contratti, determinando per questi ultimi una concentrazione su alcune specifiche linee di attività che hanno loro permesso il mantenimento dei livelli di volumi economici che, tuttavia, impongono controlli incisivi in termini di appropriatezza.
Va peraltro evidenziato che diverse tipologie di attività devono la riduzione ad interventi regolatori prevalentemente regionali che ne hanno stabilito modifiche di setting di erogazione a seguito del passaggio verso il day hospital o il regime ambulatoriale.

In coincidenza con l'avvio delle misure previste dal D.L. n. 95/2012 si è registrato un progressivo peggioramento dei tempi di attesa che ha anche evidenziato la necessità di pensare a nuove modalità di gestione della negoziazione delle attività e delle procedure di prenotazione e di tenuta delle agende delle prestazioni.

Evidenze principali e alcuni spunti

Alla riduzione "fisiologica" dei ricoveri dovrebbe corrispondere una riduzione del budget complessivo di risorse riservato agli stessi, anche per evitare che gli erogatori si concentrino su attività caratterizzate da buona redditività unitaria e da non verificata necessità epidemiologica. A tal fine nel 2019, la quota complessiva di risorse da negoziare per le attività di ricovero sarà ridotta di un valore pari a 35 milioni di euro e queste risorse saranno destinate per negoziare in modo mirato alcune tipologie di attività caratterizzate da alta complessità e da criticità relativamente ai tempi di attesa e in parte afferenti all'area territoriale delle ASST. A tal fine il cambio del profilo dell'utenza delle unità dell'area medica (incremento di anziani) potrebbe essere ben gestito anche in proprio dalle ASST, valorizzando il ruolo di coordinamento dei propri clinici ed attivando nelle ASST stesse delle aree di cure sub acute.
Per fare questo è indispensabile che vi siano, in coerenza con le indicazioni regionali, più professionalità infermieristiche da dedicare a queste attività nelle quali potrebbero essere coinvolti anche gli MMG.
Quanto sopra può portare a benefici, ma è indispensabile che si avvii la negoziazione per le tipologie di prestazioni e programmare la rete di erogazione delle attività a maggiore costo tecnologico e a maggiore richiesta di elevata professionalità.

1.4. **I tre obiettivi del Programma Regionale di Sviluppo**

Le regole per il 2019 rappresentano le prime dell'XI legislatura. Con D.C.R. n. XI/64 del 10 luglio 2018 è stato approvato il Programma Regionale di Sviluppo di Legislatura che contiene i 3 principali obiettivi sopra richiamati: questi obiettivi rappresentano la priorità di legislatura per il Sistema Socio Sanitario Regionale e nei prossimi cinque anni dovranno indispensabilmente essere perseguiti introducendo annualmente azioni mirate. La riforma del sistema sanitario e sociosanitario regionale ha riconosciuto l'importanza di accompagnare la funzione di programmazione indirizzo e controllo dello stesso esercitato

dalla Regione, con una maggiore attenzione alla programmazione territoriale, affidata alle ATS, che hanno il compito di assicurare ai propri assistiti, con il concorso di tutti i soggetti erogatori, LEA ed eventuali livelli aggiuntivi definiti dalla Regione con risorse proprie.
Il quadro legislativo prevede quindi una stretta e sistematica connessione fra Regione e ATS, la cui sinergia può assicurare una efficiente realizzazione delle politiche sanitarie territoriali; sarà a tal fine istituito con decreto del Direttore Generale Welfare il Dipartimento unico delle ATS (DUA) di cui all'articolo 3 comma 4 della l.r. n. 33/09, che sarà coordinato dal Direttore Generale Welfare e composto, oltre che dal Direttore Generale Welfare, dal Direttore vicario della Direzione Generale Welfare, dai Girettori Generali delle ATS e dal Direttore dell'Osservatorio epidemiologico regionale per le funzioni di cui all'articolo 5 bis della l.r. n. 33/09. Il Direttore Generale Welfare potrà avvalersi di uno dei Direttori delle ATS nell'attività di coordinamento del DUA.

1.4.1. La presa in carico del paziente cronico

Regione Lombardia, in linea con il Piano Nazionale della Cronicità messo a punto dalla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute e condiviso con le Regioni, ha perseguito l'obiettivo fondamentale di contribuire al miglioramento della tutela per le persone affette da malattie croniche, riducendone il peso sull'individuo, sulla sua famiglia e sul contesto sociale, migliorando la qualità della vita e rendendo più efficaci ed efficienti i servizi sanitari in termini di prevenzione e assistenza.

Il 2017 e il 2018 hanno visto la prima fase di attuazione della l.r. n. 23/2015 con la riorganizzazione della *governance* e l'impostazione del modello di presa in carico; il punto focale del 2019 sarà una migliore organizzazione dei servizi ed una maggiore responsabilizzazione di tutti gli interlocutori, compresi gli stessi pazienti, allo scopo di prevenire o ritardare il più possibile l'insorgenza delle complicanze sulle differenti patologie.

Per il 2019 viene confermato lo stanziamento di risorse già previsto nel 2018 e si prevede di attuare un'ulteriore implementazione quali–quantitativa del percorso di presa in carico dei soggetti cronici (PIC), anche in considerazione delle precisazioni ed innovazioni elaborate dal tavolo di lavoro tecnico "giuridico – amministrativo" costituito nel secondo semestre del 2018 - composto da rappresentanti della Direzione Generale Welfare, degli Ordini dei Medici e delle ATS - ed approvate in allegato alla D.G.R. n. XI/754 del 5 novembre 2018. Per chiarezza di esposizione si ricorda che i lavori del predetto tavolo tecnico hanno riguardato la "stratificazione" della domanda di salute dei cittadini, il loro arruolamento nel modello di presa in carico, il ruolo del clinical manager e del soggetto gestore ed i rapporti tra MMG e specialisti nel contesto della presa in carico dei soggetti cronici.

Il 2019 sarà anche l'anno della condivisione con altre realtà regionali degli algoritmi di stratificazione della domanda di salute approvati con la D.G.R. n. X/6164/2017. Sono in atto delle attività di collaborazione in fase avanzata con le Regioni Toscana, Lazio e, nell'ambito di un progetto CCM, Emilia Romagna. Altre Regioni, quali la Liguria ed il Veneto, hanno dimostrato interesse a sperimentare il modello lombardo di stratificazione, condividendolo nell'ambito del Network delle Regioni.

L'obiettivo è quello di validare gli algoritmi di stratificazione in contesti regionali differenti e di effettuare una validazione sul campo della sensibilità e della specificità della classificazione delle patologie, sviluppando uno strumento di validazione che un campione

significativo di MMG e Specialisti volontari potrà utilizzare in fase di rinnovo e nuova redazione del PAI.

Entro il mese di maggio del 2019 la Direzione Generale Welfare, in coordinamento con le ATS, definirà le variabili che saranno utilizzate per integrare gli attuali algoritmi di stratificazione con elementi utili ad individuare le situazioni a maggiore rischio di fragilità clinica e di vulnerabilità sociale. Queste ulteriori caratterizzazioni dei soggetti cronici permetteranno di coinvolgere in modo più appropriato ed efficace le unità di offerta socio sanitarie nel processo PIC.

Il documento sul MMG/PLS clinical manager sottoscritto con tutti gli Ordini dei Medici ed approvato con D.G.R. n. XI/754 del 5 novembre 2018, rappresenta il punto di partenza per nuove adesioni al modello di presa in carico da parte dei medici di medicina generale, cui dovrà far seguito un incremento di arruolamenti dei pazienti. Il medico di medicina generale, essendo il redattore del PAI ed il clinical manager del suo assistito, rappresenta il primo interlocutore del paziente e come tale è un attore fondamentale nel modello di presa in carico.

L'equità ed omogeneità nell'accesso alle cure per tutti i pazienti, attraverso la progressiva adesione di tutti gli MMG/PLS, può essere perseguita attraverso:

1. la possibilità di adesione continua e/o con modalità snelle per i MMG/PLS: i MMG/PLS in forma singola che decideranno di aderire al nuovo percorso dovranno proporre la propria candidatura alle ATS territorialmente competenti e dovranno essere registrati preventivamente in "Gestione Presa In Carico". Entro il primo trimestre del 2019 verranno definite le modalità di comunicazione da parte dell'ATS a Lispa dei nuovi ingressi dei MMG/PLS in forma singola, nonché eventuali rinunce anticipate dei MMG/PLS a proseguire nel progetto.
   Fino alla fine del mese di marzo 2019 l'adesione al modello di presa in carico da parte degli MMG/PLS, sia in forma singola, sia aggregati in cooperative, é possibile in modalità continuativa previa istanza alla ATS di riferimento. In questa fase di implementazione del modello anche l'arruolamento dei pazienti avviene in modo continuativo fino al 31 marzo 2019 e, a regime (esercizio 2019-2020), la finestra annuale di arruolamento andrà dal 1° dicembre al 28 febbraio dell'anno successivo.
   A regime l'adesione alla PIC dei medici, dei gestori e dei pazienti non può essere continuativa, in quanto ciò non sarebbe compatibile con le necessità di organizzare su base annuale le attività di presa in carico e le funzioni di accompagnamento che permettono alle stesse di essere sviluppate in modo efficace (corretta previsione delle risorse da riservare alla PIC, prenotazioni, funzioni di case management, monitoraggio della aderenza al percorso, fornitura di servizi di telemedicina, ecc.).
   Ogni anno vengono effettuate le attività di stratificazione dei cittadini con gli algoritmi stabiliti dalla Giunta Regionale ed i risultati della stessa vengono forniti dalle ATS agli MMG/PLS secondo tempi congruenti con le finestre temporali di arruolamento sopra individuate.
   L'arruolamento dei soggetti cronici avviene in modo proattivo da parte degli MMG/PLS per i loro assistiti e, come previsto dalla D.G.R. XI/754 del 5 novembre 2018, per i pazienti mono/polipatologici complessi può essere effettuato proattivamente anche da parte dei centri specialistici ospedalieri. Entro il 31 gennaio 2019, in accordo con il tavolo di coordinamento con gli Ordini provinciali dei medici, la Direzione Generale Welfare individua le sopracitate tipologie di pazienti mono/polipatologici complessi.

2. un rinnovato ruolo delle ATS nel governo territoriale della presa in carico, quale interlocutore dei gestori e di questi con gli erogatori, rafforzando la funzione di contrattazione sindacale e di controllo;
3. la consapevolezza delle ASST nel ruolo di relazione professionale, gestionale e organizzativa con i MMG;
4. la formazione continua ad ogni livello, per valorizzare le competenze professionali degli attori del sistema.

Al fine di incrementare le adesioni, è indispensabile individuare nuove modalità di reclutamento dei pazienti che non sono stati arruolati con le lettere. In particolare l'arruolamento potrà avvenire mediante:

1.4.1.1. Arruolamento pro-attivo sulla base dei dati regionali

La possibilità che i pazienti possano aderire al nuovo modello passa inevitabilmente dal rapporto con i Medici di Medicina Generale e le Strutture sanitarie.
A tal fine il sistema, anche attraverso le Strutture sanitarie, dovrà essere proattivo nella modalità di reclutamento del paziente, consentendo in ogni occasione utile (scelta MMG, visite presso MMG, accesso PS, ricovero, visita specialistica) la possibilità di acquisizione da parte della struttura sanitaria/sociosanitaria dei dati nominativi del paziente attraverso modalità che saranno definite nel primo trimestre 2019.
E' innegabile che questo primo appuntamento *de visu* deve servire per illustrare lo schema, spiegarne i vantaggi, far firmare le eventuali liberatorie/informative per l'uso dei dati, indicare le diverse opzioni tra i gestori e per fissare direttamente il primo appuntamento con il gestore scelto.
In questo modo, già in prima battuta, i singoli potenziali gestori (MMG o strutture) entrano in possesso dei dati dei pazienti cronici e dei loro target. Dopo l'incontro di reclutamento, ovviamente il paziente può decidere di cambiare gestore o di non aderire al modello.
A tal fine, anche in considerazione della possibilità di disporre dei dati dei pazienti, in maniera diffusa deve scattare l'obbligo per qualsiasi erogatore di presentare lo schema di presa in carico e di prenotare un appuntamento di arruolamento presso un gestore indicato dal paziente.

1.4.1.2. Il completamento del nuovo modello di presa in carico dei pazienti cronici. Rinnovo dei PAI e disarruolamento in caso di mancato rinnovo.

Nel corso del 2019 avverranno i rinnovi dei PAI per i cittadini presi in carico nel corso del 2018 che confermeranno l'interesse a proseguire il percorso di presa in carico con i gestori scelti.
Al termine della validità della programmazione del PAI, il gestore potrà invitare il cittadino per confermare la presa in carico rinnovando il PAI: per i PAI in scadenza nel corso del 2019, il gestore potrà provvedere al rinnovo della presa in carico per i propri assistiti, a partire da 30 gg (solari) prima della data di fine validità del PAI fino a 30 giorni successivi a tale data. Per i PAI con scadenza dicembre 2018, sarà possibile il rinnovo dei PAI solo al termine della validità del PAI, a partire da gennaio 2019. Per agevolare la gestione del rinnovo, i cittadini già avviati nel percorso di presa in carico rimarranno arruolati con il gestore scelto anche scaduta la validità del PAI fino a 30 giorni successivi alla scadenza.

Il Patto di Cura ha durata annuale e non è tacitamente rinnovabile; pertanto, all'atto del rinnovo, il cittadino dovrà firmare un nuovo Patto di Cura con il gestore, prima della registrazione del nuovo documento PAI o, al più, in data corrispondente all'inizio validità del PAI: il nuovo documento PAI dovrà pertanto avere data inizio validità successiva o corrispondente alla data di firma del Patto di Cura.

Al termine della validità del PAI, qualora non venga rinnovata la volontà di continuare sul percorso di presa in carico entro i successivi 30 giorni, il gestore dovrà disarruolare il cittadino prima di provvedere al rinnovo: scaduti ulteriori 15 giorni, ovvero dopo 45 giorni dal termine del PAI, qualora non risulti inviato alcun rinnovo, sarà applicato centralmente il disarruolamento automatico del cittadino, che potrà essere così arruolabile da altro gestore.

In considerazione della nuova ed ulteriore modalità di presa in carico da parte del MMG/PLS in forma singola, introdotta con la D.G.R. n. XI/754 del 05/11/2018, qualora un cittadino già arruolato da un gestore intenda proseguire la presa in carico scegliendo il proprio MMG che abbia aderito come Clinical Manager in forma singola, alla scadenza del PAI dovrà chiedere il disarruolamento dal gestore per avviare il nuovo percorso con il proprio MMG, secondo quanto previsto dalla D.G.R. sopracitata.

Il fac-simile del Patto di Cura approvato con D.G.R. n. X/7655/2017 sarà oggetto di revisione ed aggiornamento con Decreto del Direttore Generale Welfare, in coerenza con quanto disposto dalla D.G.R. n. XI/754/2018 e, in particolare, per quanto riguarda la sottoscrizione che compete esclusivamente al gestore ed al paziente e non anche al clinical manager MMG in forma singola.

Cosi come previsto dall'art. 50 c. 2 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale, il MMG/PLS può rilasciare la prescrizione farmaceutica anche in assenza del paziente quando, a suo giudizio, ritenga non necessaria la visita del paziente.

Da questa previsione si può ricavare in via generale il principio secondo cui il MMG/PLS, qualora conosca il paziente ed il tipo di patologia di cui lo stesso è affetto (ad esempio, una malattia cronica), può anche rilasciare la ricetta senza dover necessariamente ogni volta visitarlo.
Ciò in ragione del fatto che il nuovo modello di presa in carico dei soggetti cronici prevede, nel Piano di Assistenza Individuale, le terapie farmacologiche su base annuale, fatte salve verifiche e nuove necessità ed inoltre, grazie alle funzioni aggiuntive garantite dal gestore, assicura la possibilità di effettuare verifiche sulle condizioni di salute e sulla persistenza terapeutica, senza dover procedere sempre ad una visita; visita comunque indicata tutte le volte in cui il medico clinical manager ne ravvisi la necessità.

L'elenco dei pazienti cronici sarà riverificato dall'ATS previa comunicazione da parte dei MMG/PLS dei soggetti non cronici inclusi (definiti tali solo per l'uso sporadico di farmaci per malattie croniche) e dei soggetti cronici che invece sono esclusi dalla stratificazione.

All'interno delle tre categorie di gravità del paziente cronico, la Regione adotterà degli strumenti di controllo e vigilanza affinché i gestori discrezionalmente non facciano salire la classe di gravità dei pazienti.

Nell'ambito dell'intero modello di presa in carico si prospetta un nuovo scenario, in cui è ipotizzabile lo sviluppo di nuovi modelli organizzativi delle ASST e dei privati accreditati, imponendo delle soluzioni standard uguali per tutti attraverso dei modelli di riferimento che tengano però conto delle diverse tipologie dei territori.

E' necessario che, all'interno di ogni azienda/struttura, così come avviene per tutti gli altri dipartimenti o per la funzione di screening, l'assegnazione della responsabilità della funzione di presa in carico della cronicità sia attribuita ad un unico dirigente oppure ad una pluralità di dirigenti, secondo una logica di separazione delle responsabilità, vale a dire per funzioni oppure per aree patologiche prevalenti, o addirittura seguendo una logica di segmentazione delle responsabilità per monopatologie, pluripatologie semplici e pazienti complessi.

Ogni azienda/struttura deve sviluppare una funzione capace di analizzare i dati sanitari in ottica strategica e di indirizzo direzionale. In azienda deve essere individuato, nell'ambito dell'organizzazione già adottata, un responsabile che verifichi l'esistenza dei PAI di riferimento, la loro utilità e l'effettiva disponibilità, nonché la loro condivisione lungo le filiere professionali intra ed extra aziendali. Il responsabile non parteciperà in prima persona alla stesura di profili di presa in carico di riferimento, ma garantirà l'attivazione dei necessari processi di lavoro per costruirli.

1.4.1.3. Altre specifiche sul modello di presa in carico

Come disposto dalla D.G.R. n. XI/754/2018, verranno valutati i dati relativi alla presa in carico (manifestazioni di interesse e patti di cura sottoscritti), demandando all'ATS territorialmente competente la verifica delle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private sulla base dell'analisi dei dati, affinché vengano garantite le funzioni di accompagnamento secondo standard di qualità per il paziente.
Durante gli incontri della cabina di regia delle ATS presso la Direzione Generale Welfare, saranno definiti i livelli soglia (commisurati all'assetto territoriale) di adesione al nuovo modello di presa in carico: in caso di numero esiguo di manifestazioni di interesse e/o di patti di cura attivi, i gestori hanno la facoltà di recedere anticipatamente dal percorso previa comunicazione all'ATS.
Con successivi atti della Direzione Generale Welfare saranno definite le modalità operative di recesso anticipato dal contratto, sempre nel rispetto di quanto disposto all'art.10 (Recesso) del facsimile del contratto ATS-gestore di cui all'allegato alla D.G.R. n. XI 412/2018.

1.4.1.4. Ruolo delle farmacie

Le farmacie, presidi del SSN sul territorio, sono uno dei punti di riferimento per la persona con cronicità e dei suoi familiari, perché rappresentano il più agevole e frequente punto di accesso.
Obiettivo del 2019 sarà la stampa del promemoria cartaceo direttamente in farmacia, senza necessità per il paziente di recarsi dal medico di famiglia o dallo specialista ospedaliero per ritirare la ricetta in formato cartaceo.
Sarà inoltre promosso il coinvolgimento delle farmacie nell'aderenza terapeutica del paziente nel modello PIC.
Sono in fase di approfondimento, presso la Direzione Generale Welfare, le verifiche in termini di privacy e fattibilità, le nuove modalità di integrazione tra il MMG/PLS e lo specialista ospedaliero in merito alla prescrizione dei farmaci, al fine di agevolare

l'erogazione diretta dei farmaci previsti nel PAI presso le farmacie del territorio, anche solo inserendo la tessera sanitaria.

1.4.1.5. Integrazione MMG/PLS e specialisti

L'allegato alla D.G.R. n. XI/754 del 5 novembre 2018 stabilisce che il PAI rappresenta un documento clinico dinamico che consente rivalutazioni periodiche da parte del MMG/PLS clinical manager in integrazione con gli specialisti, al fine di confermare o adeguare il PAI in relazione all'evoluzione dei bisogni assistenziali.

Con la predisposizione del PAI, il MMG/PLS clinical manager si impegna a seguire il paziente secondo il modello di gestione della cronicità previsto dalla Giunta di Regione Lombardia, in aderenza al preaccordo per il nuovo ACN degli MMG/PLS. Il MMG/PLS è il clinical manager, cioè il referente clinico, per il proprio assistito, svolgendo anche un'attività di integrazione con gli specialisti delle strutture sanitarie presso le quali il paziente si rivolge per fruire delle prestazioni previste dal PAI.

A tal fine dovranno essere apportati gli opportuni adeguamenti informatici al PAI in modo da semplificarne la stesura e da soddisfare l'imprescindibile esigenza di integrazione fra MMG/PLS e specialisti, fondamentale per una corretta gestione della cronicità.

Un ruolo decisivo a tal fine avranno nel 2019 i centri servizi dei gestori, che svolgeranno una funzione di coordinamento di queste interazioni tra professionisti che potranno avvenire anche favorendo gli scambi di istanze e di pareri interpersonali.
Il gestore infatti, come una sorta di tessuto connettivo, avendo in gestione la garanzia della realizzazione del PAI, secondo le previsioni stabilite dal clinical manager, effettua il monitoraggio della aderenza dei pazienti al percorso stabilito e rappresenta la possibilità strutturata e non estemporanea che i vari attori che intervengono a favore del paziente possano, al bisogno, interagire tra di loro.

1.4.1.6. Piano di Assistenza Individuale (PAI)

Il Piano di Assistenza Individuale (PAI) ha validità annuale e nel 2019, in fase di prima redazione ed in occasione del rinnovo, per i pazienti già presi in carico, dovrà prevedere anche la compilazione della sezione relativa agli stili di vita ed ai fattori di rischio, in aggiunta a quelle riservate alle attività di specialistica ambulatoriale, di laboratorio analisi e alle terapie farmacologiche.
Si tratta di una evoluzione necessaria a promuovere anche gli aspetti preventivi della PIC, e nel corso del 2019, in occasione della campagna vaccinale anti influenzale, i centri servizi dei soggetti gestori in modo proattivo proporranno ai cittadini appartenenti alle categorie a rischio, già arruolati nella PIC, l'adesione alla campagna vaccinale anti influenzale.

Gli elementi che dovranno essere presenti nei PAI rinnovati nel 2019 saranno quindi, come minimo, i seguenti:
1) stili di vita, fattori di rischio;
2) attività di specialistica ambulatoriale e di laboratorio analisi;
3) terapie farmacologiche.
Per i PAI che saranno redatti dal 1° gennaio 2019, le tre componenti sopra definite dovranno essere presenti fin dalla prima redazione.

Per quanto riguarda la prescrizione dei farmaci che, per i pazienti affetti da patologie croniche, rappresenta un atto prevalentemente subordinato e determinato - fatte salve necessità intercorrenti non previste prese in carico ed inquadrate dal clinical manager - dalle scelte terapeutiche contenute nel PAI, si ribadisce la necessità che sia effettuata promuovendo al massimo la semplificazione dei processi, per i clinici ed i loro pazienti, anche mediante l'utilizzo degli applicativi informatici già implementati ed in fase di implementazione.

Al riguardo è utile richiamare quanto prevede il vigente ACN degli MMG all'articolo 50, in particolare il comma 2, relativamente alla possibilità che il medico può dar luogo al rilascio della prescrizione farmaceutica anche in assenza del paziente, quando, a suo giudizio, ritenga non necessaria la visita del paziente ed il comma 7 quando per i pazienti mono / polipatologici complessi il prescrittore può essere lo specialista di struttura.

1.4.1.7. Erogazione di prestazioni da parte del clinical manager MMG/PLS

A decorrere dall'esercizio 2019 riprende efficacia quanto previsto dalla D.G.R. n. X/2989 del 23/12/2014 -Allegato B) – Sub Allegato 7, per quanto riguarda l'erogazione di alcune prestazioni previste nel PAI, afferenti ai set di riferimento, effettuate dagli MMG/PLS nel contesto della presa in carico della cronicità e della loro rendicontazione, che manterrà le stesse modalità di invio, ma sarà rivista, in quanto andranno introdotti almeno i riferimenti del PAI e del numero di protocollo previsto in arruolamento. Entro il 31 dicembre 2018 sarà emanata dalla Direzione Generale Welfare una circolare applicativa sulle modalità operative. Le modalità di implementazione di queste attività, che saranno valorizzate secondo le tariffe previste nel nomenclatore regionale di specialistica ambulatoriale, saranno stabilite con specifico accordo integrativo regionale entro il 31 gennaio 2019, in accordo con il vigente ACN e con i principi che fondano i lavori di definizione nel nuovo ACN.

Per chiarezza di riferimento si elencano di seguito, a titolo esemplificativo, le prestazioni oggetto di trattazione:

Prestazioni diagnostiche:
1) ECG;
2) Monitoraggio continuo (24 H) della pressione arteriosa;
3) Spirometria Semplice;
4) Ecografia addome superiore;
5) Ecografia addome inferiore;
6) Ecografia addome completo;
7) Eco(color)dopplergrafia degli arti superiori o inferiori o distrettuale, Arteriosa o Venosa;
8) Eco(color)dopplergrafia TSA;
9) Esame del Fundus oculi.

Esami ematochimici eseguiti con metodologia POCT (Point Of Care Testing), secondo quanto normato dal DDG n. 252 del 21/1/2013:
1. Colesterolo HDL;
2. Colesterolo Totale;
3. Creatinina;
4. Glucosio;
5. Hb - Emoglobina Glicata;

6. Potassio;
7. Sodio;
8. Trigliceridi;
9. Urato;
10. Tempo di Protrombina (PT);
11. Tempo di Trombina (TT);
12. Tempo di Tromboplastina Parziale (PTT);
13. Alanina Aminotransferasi (ALT) (GPT);
14. Gamma Glutamil Transpeptidasi (gamma GT).

Ai fini della possibilità di erogare da parte degli MMG le predette prestazioni si confermano, in termine di condizione abilitante da garantire preventivamente e da verificarsi da parte delle ATS, i requisiti strutturali, tecnologici e professionali dell'operatore previsti nel già citato allegato B) – Sub Allegato 7 della D.G.R. n. X/2989 del 23/12/2014.

Le risorse per finanziare queste attività sono quota a parte di quelle stanziate con la presente deliberazione per la specialistica ambulatoriale, e le tariffe sono quelle previste dal vigente nomenclatore regionale della specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale. Dal mese di gennaio viene riattivato anche il flusso CS Centro Servizi, al fine di permettere un puntuale monitoraggio delle attività di accompagnamento alla presa in carico garantite dai soggetti gestori.

1.4.1.8. Monitoraggio e controllo della presa in carico

Verrà istituito con specifico atto della Direzione Generale Welfare, entro il 31 gennaio 2019, un gruppo di lavoro per il monitoraggio delle modalità di gestione della PIC al quale parteciperanno rappresentanti della Direzione Generale Welfare, delle ATS, degli Ordini Provinciali dei Medici e di Lispa.

Verranno implementati e messi a disposizione di chi ne ha per funzione l'interesse, entro il 31 marzo 2019, gli indicatori approvati dalla D.G.R. n. X/6551/2017 e quelli sviluppati a livello nazionale dallo specifico gruppo di lavoro Ministero-Regioni al quale ha partecipato in modo decisivo Regione Lombardia.

Il monitoraggio della presa in carico viene effettuato per gli ambiti e le funzioni di competenza, dal gestore, dalla ATS e dalla Direzione Generale Welfare. Entro il 28 di febbraio 2019 la Direzione Generale Welfare definirà, con specifico atto, i contenuti e le modalità di svolgimento delle attività di controllo. Nell'ambito delle attività del Gruppo di lavoro di cui sopra saranno individuati indicatori di performance per la valutazione delle funzioni di accompagnamento alla presa in carico garantite dai soggetti gestori.

1.4.1.9. Comunicazione

Anche per il 2019 l'attività di informazione e comunicazione si conferma fattore prioritario attraverso il quale garantire ai cittadini – anche in ottica di *empowerment* dell'utenza - piena e corretta conoscenza dei servizi sanitari e sociosanitari disponibili.
Diventa quindi fondamentale rafforzare, in questo campo, le sinergie operative tra e gli enti del Sistema Socio Sanitario Lombardo e Regione Lombardia, così che i messaggi diffusi siano univoci ed uniformi su tutto il territorio regionale.

Dovrà quindi essere cura di ogni realtà (ATS, ASST, IRCCS) garantire uno stretto raccordo con la Direzione Generale Welfare sui temi da comunicare e sulle modalità di trasmissione all'utenza, con particolare attenzione all'obiettivo di condividere preventivamente le strategie di diffusione e valorizzazione delle notizie di rilievo che traggono spunto da fatti e accadimenti locali, sia nati in ambito aziendale, sia percepiti dal territorio e dai media locali come temi sensibili, e per i quali è richiesto un chiarimento informativo. I fatti oggetto di attenzione dovranno essere tempestivamente segnalati al Direttore Generale Welfare e, contestualmente, all'ufficio Comunicazione della Direzione Generale Welfare, secondo le modalità operative che saranno successivamente indicate.

In riferimento all'attivazione del percorso di presa in carico del paziente cronico e fragile dovrà inoltre essere rafforzata l'attività di comunicazione interna ed esterna per supportare e facilitare il processo di arruolamento dei pazienti. Per questo dovranno essere realizzate azioni formative e di sensibilizzazione, rivolte al personale chiamato ad interagire con il cittadino nel percorso di presa in carico, così che sia pro-attivamente e correttamente accompagnato verso le soluzioni più funzionali a dare risposta ai bisogni individuali.

Si conferma infine l'obiettivo di esprimere, attraverso la comunicazione aziendale, l'identità unitaria del Sistema Sanitario Regionale, migliorandone la riconoscibilità all'esterno attraverso il sistema dell'immagine coordinata.

1.4.2. **Governo liste d'attesa**

Il contenimento dei tempi di attesa per la prestazioni ambulatoriali rappresenta obiettivo prioritario dell'XI Legislatura.

A tal fine le azioni che si intendono intraprendere nell'anno 2019 saranno le seguenti:

1. nell'ambito delle attività di negoziazione, si procederà all'individuazione dei volumi di prestazioni che garantiscano i tempi di riferimento per i primi accessi; in particolare, per le attività che superano del 10% i tempi di riferimento, saranno acquisiti nelle due ATS di Brescia e Città Metropolitana di Milano, secondo le modalità di seguito esposte, tutti gli slot di agende;
2. agende per pazienti cronici: come già previsto dalla D.G.R. n. X/7766/2018, è fondamentale nel 2019 che tutte le strutture di erogazione, ed in particolare le ASST, individuino slot dedicati ai pazienti cronici e che vi sia forte integrazione con gli altri soggetti gestori della presa in carico (cooperative MMG);
3. potenziamento della figura del responsabile aziendale dei tempi di attesa;
4. ulteriori indicazioni in tema di appropriatezza prescrittiva, che emergeranno dai lavori del gruppo di lavoro (che comprende le strutture private e pubbliche) di prossimo rinnovo nonché i rappresentanti degli Ordini dei Medici;
5. misure atte a responsabilizzare il paziente, comprese quelle di carattere sanzionatorio relative alle prestazioni prenotate e non erogate per la mancata presentazione del cittadino in assenza di previa disdetta, come già previsto nella D.G.R. n. X/7766/2018 (punto 9 -Responsabilizzazione dei cittadini – attività di comunicazione).
   Il D.Lgs. n. 124/1998 "*Ridefinizione del sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e del regime delle esenzioni, a norma dell'articolo 59, comma 50, della legge 27 dicembre 1997, n. 449*" dispone infatti, all'art. 3 comma 15, che l'utente che non si presenti, ovvero non preannunci l'impossibilità di fruire della prestazione prenotata, é tenuto, ove non esente, al pagamento della quota di partecipazione al costo della prestazione.

Qualora non sia possibile presentarsi a una visita o a un esame, diventa obbligatorio disdire la prenotazione con almeno 3 giorni lavorativi di anticipo. In questa logica, al fine di contenere i costi amministrativi connessi al recupero di quanto dovuto e ferma restando la necessità di adempiere alla normativa vigente, l'utente che non si presenta alla visita dopo aver fissato l'appuntamento, quando fisserà un nuovo appuntamento, al momento di pagare il ticket, sarà chiamato a saldare anche la prestazione che non aveva disdetto in tempo utile in precedenza. Qualora lo stesso dovesse rifiutarsi di effettuare il pagamento, la Struttura erogherà comunque la prestazione e provvederà, senza indugio, ad emettere la relativa cartella esattoriale.

Nel corso del 2019, come previsto nel paragrafo Sistemi Informativi, è fatto obbligo per tutte le strutture di comunicare gli appuntamenti fissati, al fine di prevenire il fenomeno delle doppie o triple prenotazioni. Tale azione comporterà una minor percentuale della c.d. mortalità delle liste d'attesa e permetterà di disporre del reale dimensionamento delle agende. Dovrà, inoltre, essere ulteriormente potenziata la comunicazione e l'informazione in termini di completezza dell'offerta, consentendo di disporre dell'intera gamma di prestazioni.

1.4.2.1. Verifica del rispetto dei tempi di attesa sul territorio dell'ATS

In relazione a quanto disposto, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. n. 124/98, con D.G.R. n. VIII/2828 del 2006 e successivamente con la D.G.R. n. IX/1775 del 24/05/2011, e secondo quanto previsto dalle circolari protocollo n. G1.2017.0000785 del 12.01.2017 e protocollo n. G1.2017.0000786 del 12.01.2017, si precisa che ogni struttura sanitaria della Regione è tenuta a rispettare un tempo massimo di attesa per l'erogazione di prestazioni sanitarie, sulla base della classe di priorità indicata in ricetta dal medico prescrittore.
Quando la struttura prescelta dall'utente non é in grado di garantire la prestazione entro il tempo massimo associato alla classe di priorità indicata nella prescrizione medica, la struttura stessa deve impegnarsi a ricercare sul territorio dell'ATS di riferimento una struttura alternativa (pubblica/privata accreditata e a contratto) in grado di erogare la prestazione nei tempi previsti.
In caso di assoluta indisponibilità di prenotazione nell'ambito del territorio dell'ATS, la struttura è tenuta ad erogare la prestazione in regime libero professionale, facendosi carico dell'intera tariffa, detratto l'eventuale ticket che risulta a carico del paziente.
Nel caso in cui il cittadino non dovesse accettare la prestazione presso la struttura che la eroga nei tempi previsti, lo stesso non potrà fruire di quanto sopra indicato.

1.4.3. **Riordino della rete, DM 70, reti di patologia e nuova organizzazione territoriale ai sensi della l.r. 23/2015.**

Per l'anno 2019 Regione Lombardia proseguirà nel percorso di adeguamento ai sensi del decreto ministeriale 2 aprile 2015, n. 70 "*Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera*" ed effettuerà una accurata ricognizione dello stato dell'arte, al fine di individuare le specialità da potenziare e quelle da ridurre, anche attraverso l'analisi dei flussi di mobilità.
L'obiettivo di adeguare il sistema ad una domanda di salute che è mutata nel tempo, garantendo tuttavia la qualità e l'efficienza del sistema, è stato attuato da Regione Lombardia attraverso un processo di revisione organizzativa e funzionale della rete d'offerta.
Con la l.r. n. 23/2015 Regione Lombardia ha consolidato gli interventi in materia di integrazione del sistema sanitario, sociosanitario e sociale. In particolare l'erogazione dei

servizi avviene attraverso due poli d'offerta: uno ospedaliero per le prestazioni in acuzie e in elezione, l'altro territoriale per le prestazioni a bassa intensità di cura e assistenziale.

La riorganizzazione della rete d'offerta lombarda, fermo restando il rispetto dei bacini di utenza e dei volumi di attività nonché il rispetto degli standard definiti dal DM 70/2015, riguarda:

- la dotazione totale di posti letto e articolazione della rete ospedaliera:
  1. Riabilitazione e residenzialità territoriali;
  2. Presidi ospedalieri territoriali (POT);
  3. Articolazione della rete delle alte specialità;
  4. Articolazione della rete materno-infantile;
  5. Servizi trasfusionali;
- l'articolazione della rete dell'emergenza urgenza;
- l'articolazione delle reti tempo dipendenti e altre reti di patologia.

In Lombardia non è necessaria una riduzione, in quanto la dotazione complessiva è allineata allo standard previsto dal DM 70/2015, vale a dire 3,7 posti letto ogni 1000 abitanti. Ciò che si rende necessario invece è una riorganizzazione della rete d'offerta attraverso una riconversione, trasformazione e riqualificazione di posti letto esistenti all'interno della stessa area omogenea o, se questo non è possibile, fra aree omogenee differenti, e tutto ciò al fine di pervenire ad una diversa modalità di erogazione in cui più attività vengono accorpate per accentrare i volumi e la casistica. In particolare si prevede che, all'interno di una stessa area omogenea, si possa realizzare un equilibrio compensativo tra discipline che presentano un eccesso di offerta e discipline che hanno un potenziale di sviluppo.
Inoltre la riorganizzazione della rete ospedaliera deve tenere conto dell'accessibilità ai servizi (tempi d'attesa e distanze percorse dai pazienti), la loro distribuzione sul territorio, la completezza e la qualità dell'offerta.

Le reti clinico assistenziali rappresentano un'efficace soluzione organizzativa, in grado di garantire la continuità delle cure, l'individuazione e l'intercettazione della domanda di salute con la presa in carico globale del paziente, ed il governo dei percorsi sanitari, in una rigorosa linea di appropriatezza degli interventi e di sostenibilità economica.
Regione Lombardia, attraverso le reti clinico assistenziali, assicura che ciascun paziente riceva un trattamento adeguato alle sue necessità in modo omogeneo su tutto il territorio regionale, facilitando l'integrazione tra le diverse organizzazioni, le strutture che erogano prestazioni limitando il ricorso ai centri di riferimento solo ove necessario.

1.4.4. Ulteriori politiche di esenzione al pagamento del ticket aggiuntivo (superticket)

Scenario attuale

In Regione Lombardia sono vigenti delle esenzioni al pagamento del ticket della specialistica ambulatoriale aggiuntive rispetto a quelle previste a livello nazionale. In particolare Regione Lombardia si differenzia rispetto al livello nazionale relativamente a due specifici ambiti di beneficiari:

- età evolutiva e preadolescenza rappresentata dagli utenti con l'età fino a 14 anni;
- adulti in condizione di particolare fragilità di tipo economico ed occupazionale (disoccupati e cassintegrati).

Durante la X legislatura nel corso del 2015 è stata introdotta l'esenzione (E15) che vede come beneficiari i cittadini assistiti dal Sistema Sanitario Lombardo con reddito familiare

fiscale annuale non superiore a Euro 18.000, che insieme ai loro familiari a carico possono beneficiare dell'esenzione dal pagamento del ticket aggiuntivo (il cosiddetto "superticket"). Complessivamente queste esenzioni caratteristiche solo della nostra regione comportano circa 70 milioni di costi inferiori per i cittadini rispetto alle regole nazionali (42 milioni per <14 anni e 22 milioni per disoccupati e cassintegrati, 6 milioni per esenzione E15). In sintesi si rileva che il 62% degli assistiti non pagano già oggi il ticket e questi soggetti beneficiano del 70% delle prestazioni erogate. Quasi tre quarti delle attività già oggi sono erogate in esenzione. A ciò si aggiunge che dal primo luglio del 2017 per le prescrizioni di valore superiore ai 51 euro, soprattutto quelle relative alle prestazioni per le quali sono state promosse delle politiche di appropriatezza prescrittiva, la Giunta ha previsto un massimo di compartecipazione di 15 euro (rispetto ai 30 euro precedenti) con una riduzione dell'impatto de superticket di ulteriori 20 milioni su base annua.

Previsione di ulteriori politiche

Il PRS della XI legislatura ha individuato, tra le priorità, quella di lavorare per ottenere ulteriori riduzioni del superticket ed il contesto normativo nazionale di settore (legge 27 dicembre 2017, n. 205, articolo 1 commi 804-805) ha stabilito di stanziare, a decorrere dal 2018, 60 milioni di euro su base nazionale, con l'obiettivo di favorire rimodulazioni del cosiddetto superticket nel rispetto dell'equilibrio economico complessivo del sistema e di criteri di appropriatezza e di equità di accesso ai servizi.
La Conferenza Stato Regioni ha stabilito che una quota di questi 60 milioni sia distribuita a favore delle regioni che promuovano politiche volte a ridurre l'onere del superticket (quota fissa) sulle categorie "vulnerabili".
Sulla base di questi elementi di contesto programmatico regionale e nazionale, si stabilisce di promuovere un'ulteriore politica di esenzione del pagamento del cosiddetto superticket, per un valore complessivo di 11 milioni di euro, a favore di fasce di popolazione a basso reddito familiare fiscale, con l'obiettivo di garantire le premesse per un livello adeguato di accesso ai servizi di specialistica ambulatoriale.
Di conseguenza, nel 2019, la Giunta regionale approverà una delibera per ridurre ulteriormente l'impatto del superticket sulle fasce di popolazione più vulnerabili, a seguito di una certificazione da parte del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti di cui all'articolo 9 e 12 dell'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005.

TEMI CHIAVE/INNOVATIVI

Adesione al modello di presa in carico da parte degli MMG/PLS, sia in forma singola sia aggregati in cooperative, in modalità continuativa previa istanza alla ATS di riferimento, fino alla fine del mese di marzo 2019.
Modalità di reclutamento proattivo del paziente, anche per il tramite delle strutture sanitarie, in occasione della scelta del MMG, delle visite presso MMG, degli accessi PS, dei ricoveri, delle visite specialistiche, attraverso modalità che saranno definite nel primo trimestre 2019.
Il fac-simile del Patto di Cura approvato con D.G.R. n. X/7655/2017 sarà oggetto di revisione e aggiornamento con Decreto del Direttore Generale Welfare in coerenza con quanto disposto dalla D.G.R. n. XI/754/2018.
Erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale da parte dei MMG/PLS, nel contesto della presa in carico della cronicità, come dettagliato nel paragrafo "*Erogazione di prestazioni da parte del clinical manager MMG/PLS*".
Provvedimento di Giunta nel 2019 per ridurre ulteriormente l'impatto del superticket sulle fasce di popolazione più vulnerabili.

2. INQUADRAMENTO ECONOMICO: IL QUADRO DEL SISTEMA PER L'ANNO 2019

Il DDL di Bilancio 2019, in corso di approvazione, definisce il fabbisogno complessivo del Servizio Sanitario Nazionale nell'ammontare di 114,435 mld di Euro al netto dei mancati tagli alle Regioni a Statuto Speciale, pari a 604 mil, facendo rilevare un incremento rispetto all'esercizio 2018 pari a 1,039 mld di Euro.

Per la programmazione 2019 è prevista la sottoscrizione di una specifica Intesa in sede di Conferenza permanente tra Stato e Regioni per il Patto della Salute 2019-2021 che contempli misure di programmazione e di miglioramento della qualità delle cure e dei servizi erogati e di efficientamento dei costi, da concludersi entro il 31 marzo 2019.

Le misure dovranno riguardare:

- la revisione del sistema di compartecipazione alla spesa sanitaria a carico degli assistiti, al fine di promuovere maggiore equità nell'accesso alle cure;
- Il rispetto degli obblighi di programmazione nazionale e regionale, in coerenza con il processo di riorganizzazione delle reti strutturali dell'offerta ospedaliera e dell'assistenza territoriale, con particolare riferimento alla cronicità e alle liste di attesa;
- la valutazione dei fabbisogni del personale del SSN e i riflessi sulla programmazione della formazione di base specialistica e sulle necessità assunzionali, ricomprendendo l'aggiornamento del parametro di riferimento relativo al personale;
- l'implementazione di infrastrutture e modelli organizzativi finalizzati alla realizzazione del sistema di interconnessione dei sistemi informativi del SSN, che consentiranno di tracciare il percorso seguito dal paziente attraverso le strutture sanitarie e i diversi livelli assistenziali del territorio nazionale, tenuto conto delle infrastrutture già disponibili nell'ambito del sistema Tessera Sanitaria e del Fascicolo Sanitario Elettronico;
- la promozione della ricerca in ambito sanitario;
- l'efficientamento ed appropriato uso dei fattori produttivi, ordinata programmazione del ricorso agli erogatori privati accreditati;
- la valutazione del fabbisogno di interventi infrastrutturali di ammodernamento tecnologico.

Al fine di attivare ulteriori **borse di studio** per i Medici di Medicina Generale ed il numero dei contratti di formazione specialistica, a decorrere dall'esercizio 2019 vengono finalizzate, a livello nazionale, risorse rispettivamente per 10 milioni di Euro e 22,5 milioni di Euro.

Le risorse del Fondo Sanitario previste dal DDL di Bilancio 2019, 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 che verranno individuate in sede di sottoscrizione del Patto della Salute 2019-2021, oltre al rinnovo contrattuale delle dirigenze del SSR.

Allo stato attuale, le risorse destinabili al finanziamento del Sistema Sanitario Regionale per l'esercizio 2019 sono determinate, in via prudenziale sulla base delle risorse del Fondo Sanitario Nazionale Indistinto e vincolato ripartite per l'esercizio 2018, tenuto conto dei debiti per mobilità passiva internazionale e degli effetti derivanti dal riparto degli obiettivi di piano e dei Fondi Farmaci Innovativi.

Le risorse definite come sopra descritto sono appostate nel bilancio di previsione regionale in corso di approvazione.

2.1. Risorse per l'edilizia sanitaria e ammodernamento tecnologico

Ai fini della programmazione degli interventi in materia di **edilizia sanitaria** e di ammodernamento tecnologico, il fondo a livello nazionale è rideterminato in 28 mld di Euro, con un incremento di 4 mld di Euro per l'esercizio 2019. Il riparto del fondo è subordinato alla sottoscrizione di Accordi di programma che avviano il complessivo iter di realizzazione delle opere. I trasferimenti di risorse avvengono per stati di avanzamento dei lavori. A livello regionale si aggiungono, per investimenti di edilizia sanitaria e ammodernamento tecnologico, 120 milioni di Euro a valere sul bilancio regionale.
L'applicazione del d.lgs.118/2011 ha comportato l'esigenza indiretta di allocare risorse specifiche per la manutenzione del patrimonio immobiliare e strumentale delle aziende sanitarie. L'esperienza di questi primi anni dello strumento di fondi in conto capitale "indistinti" ha indicato, quale quota minima per il mantenimento dei livelli qualitativi necessari all'espletamento delle attività, un somma complessiva di 30 milioni euro.
Per l'anno 2019 l'esigenza viene definita nel 20% delle somme disponibili in conto capitale per investimenti in edilizia sanitaria e non meno di 30 milioni. Tali fondi saranno destinati alle ASST ed IRCCS di diritto pubblico, in linea di principio sulla base dei posti letto e del numero delle strutture territoriali accreditate, garantendo una quota anche alle ATS pari complessivamente al 5%.

2.2. Contesto di riferimento regionale

Le risorse destinate al finanziamento e alla governance del sistema socio-sanitario regionale devono, per l'esercizio 2019, tenere conto in particolare:

- della piena attuazione della l.r. n. 23/2015 relativamente al consolidamento delle attività finalizzate alla presa in carico;
- di percorsi di efficientamento delle performances, regolati dai criteri di cui al DM 21 giugno 2016, aggiornati con i criteri stabiliti dalla Legge di Bilancio 2017;
- 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. Tali obiettivi sono da ritenersi strategici per il mantenimento dell'equilibrio del sistema socio-sanitario lombardo;
- del contenimento delle prestazioni sanitarie di bassa complessità erogate in regime di mobilità interregionale sulla base del disposto della legge di stabilità 2016 (comma 574) e dell'accordo del 29 settembre 2016, sancito in sede di Conferenza delle Regioni, per la regolazione dei flussi finanziari connessi alla mobilità degli assistiti tra le Regioni per gli anni 2014-2015;
- dell'avvio di ulteriori attività per il contenimento delle liste di attesa, per le cui finalità vengono stanziati a livello nazionale le seguenti risorse: 150 ml di Euro per il 2019, 100 ml di Euro per il 2020 e 100 ml di Euro per il 2021;
- della integrazione delle attività sanitarie e socio-sanitarie, con particolare attenzione ai bisogni dei pazienti fragili e all'estensione dei servizi ai territori carenti;
- dell'adeguamento delle modalità di assegnazione del finanziamento a funzione, sulla base delle indicazioni del Consiglio regionale e dell'Agenzia dei Controlli.

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 2019, e garantisce il perseguimento del rispetto dell'equilibrio economico finanziario di sistema attraverso percorsi di razionalizzazione ed

efficientamento della spesa, tenendo conto dei provvedimenti di spesa subordinati a provvedimenti di emanazione statale, quali l'applicazione del rinnovo contrattuale delle dirigenze, dell'attuazione dei nuovi Lea e degli impatti di spesa relativi all'area farmaceutica.
Risultano pertanto strategici gli obiettivi riguardanti il miglioramento delle performances a garanzia della sostenibilità della spesa.

2.3. Risorse per il finanziamento del Sistema Socio-Sanitario Regionale

Le risorse disponibili per il finanziamento del Servizio Sanitario Regionale, determinate sulla scorta delle fonti citate e delle considerazioni esposte in riferimento al contesto nazionale per l'esercizio 2019, sono quantificate come di seguito.

Risorse parte corrente

18.929,6 ml/Euro, comprensivi del saldo di mobilità extraregionale, ovvero delle risorse destinate al riconoscimento delle prestazioni rese a cittadini di altre regioni, cosi suddivisa:

- 18.473 ml/Euro quale quota di finanziamento di parte corrente indistinta compreso il saldo attivo di mobilità;
- 370 ml/Euro quale quota di finanziamento per spese vincolate;
- 60 ml/Euro quale quota stimata di payback;
- 26,6 ml/Euro quale quota stimata per finanziamento prestazioni STP e Personale Esacri.

La somma trova corrispondenza nel Bilancio di Previsione Regionale per l'esercizio 2019, come da D.G.R. n. XI/709 del 30/10/2018 "*Approvazione della proposta di progetto di legge "Bilancio di Previsione 2019-2021"* e del relativo documento tecnico di accompagnamento.

Risorse parte capitale

Per l'esercizio 2019 vengono destinate da Regione Lombardia risorse per investimenti in ambito sanitario pari a 120 milioni di Euro, la cui copertura è assicurata dalle risorse stanziate tra le entrate in conto capitale del bilancio regionale 2019.
La somma trova corrispondenza nel Bilancio di Previsione Regionale per l'esercizio 2019.
A completamento del quadro di riferimento, è d'obbligo precisare che l'accesso alle risorse del finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale a cui concorre lo Stato è sottoposto alla verifica positiva degli adempimenti regionali, a legislazione vigente, nelle modalità già definite, ed è relativa a circa il 1% del finanziamento complessivo, che per Regione Lombardia vale circa 180 ml/Euro.

Finanziamento del sistema

Le risorse del FSR corrente 2019 da destinare, con successivi provvedimenti della Giunta Regionale e delle Direzioni Generali competenti, ammontano complessivamente a **Euro 18.929,6 milioni** e sono definite nei seguenti importi:

Finanziamento Enti del Sistema Regionale a carico del S.S.R.

Il finanziamento degli Enti del Sistema Regionale è pari a complessivi **Euro 146,7** milioni di Euro:

- fino a 80,46 ml di Euro per il finanziamento dell'ARPA (Agenzia Regionale per la Protezione dell'Ambiente);
- fino a 32,5 ml di Euro per il finanziamento dei contributi di funzionamento di ARCA (Agenzia Regionale Centrale Acquisti) e LISPA;

- fino a 7,7 ml di Euro per il finanziamento dei contributi di funzionamento di ILSPA (Infrastrutture Lombarde Spa);
- fino a 26 ml di Euro per il finanziamento dei costi di Ricerca.

Finanziamento della Gestione Sanitaria Accentrata
Le risorse da destinare al finanziamento di interventi diretti regionali a carico della Gestione Sanitaria Accentrata ammontano a **225,6 ml/Euro**, così ripartite:
- fino a 29,2 ml/Euro per far fronte alle spese dirette regionali sostenute per conto del SSR, nonché per la prosecuzione delle progettualità del Sistema sanitario;
- fino a 153,7 ml/Euro per acquisti di servizi informatici del sistema sanitario, da considerare quale tetto massimo di spesa;
- 42,7 ml/Euro per rimborsi su mutui di anni pregressi per il settore sanitario.

Finanziamento della gestione per le Aziende del sistema
Per quanto attiene la quota per il finanziamento dei costi standard territoriali vengono destinati fino a **18.654,5** ml/Euro, da ripartire tra le Aziende Sanitarie 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 definite per l'esercizio 2019 con il presente provvedimento.

1. **Macroarea delle prestazioni di ricovero, di specialistica ambulatoriale:**
   è determinata per un importo **fino a 7.502,6 ml/Euro** così composto:
   - fino a **5.175,6** ml/Euro per ricoveri per acuti; il valore è comprensivo delle risorse di cui alla legge regionale n. 7/2010 che per l'anno 2019, in continuità con l'esercizio precedente, sono determinate per un importo fino a un massimo di 199,3 ml/Euro, di cui 62,3 ml/Euro per i soggetti privati.
   - fino a **2.327** ml/Euro per prestazioni di specialistica ambulatoriale.

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

2. **Macroarea delle prestazioni di assistenza farmaceutica, assistenza integrativa e protesica, determinata per un importo fino a 3.745 ml/Euro in parte corrente e 29 ml/Euro in parte capitale:**
   - fino a 3.382 ml/Euro relativamente all'assistenza farmaceutica territoriale e ospedaliera;
   - fino a 377,49 ml/Euro per l'erogazione dell'assistenza integrativa e protesica; in questa voce sono compresi 29 milioni di Euro per finanziamento con risorse di c/capitale di beni durevoli.

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

3. **Macroarea delle prestazioni di Medicina di Base, Psichiatria e Neuropsichiatria infantile, determinata per un importo fino a 1.394,8 ml/Euro di cui:**
   - fino a 872,3 ml/Euro per le attività di medicina territoriale di base, compresi i progetti per ambulatori al sabato;
   - fino a 477,5 ml/Euro per prestazioni relative all'assistenza psichiatrica e di neuropsichiatria infantile;
   - fino a 45 ml/Euro per la remunerazione dell'assistenza penitenziaria, da assegnare alle Aziende Sanitarie pubbliche interessate;

Le linee di attività sono comprensive degli oneri per mobilità passiva extra regionale.

4. **Macroarea Unità di Offerta Sociosanitarie, per un importo fino a 1.751,7 ml/Euro di cui:**
   - **Euro 1.688 ml/Euro,** da finanziare a carico del FSR indistinto, destinati al finanziamento delle Unità di offerta sociosanitarie residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali e domiciliari rivolti a soggetti fragili, anziani, disabili, alle famiglie e all'area delle dipendenze e del fine vita. Il valore comprende la somma di 40,939 milioni di Euro finalizzati ai costi per le gestioni dirette delle UDO e delle ADI a gestione diretta. In tale area per l'esercizio 2019 sono state incentivate ulteriori attività relativamente all'offerta di prestazioni ADI, UCP-DOM, Nuclei Alzheimer, Stati vegetativi e SLA.
   - **Euro 47,7ml/Euro,** da finanziare a carico del FSR indistinto, destinati al finanziamento degli Hospice e delle Nuove reti Sanitarie (ODPC).

5. **Macroarea delle attività della presa in carico, per un importo fino a 230,9 ml/Euro di cui 223,8 ml/Euro da finanziare a carico del FSR indistinto e 45 ml/Euro finanziati con risorse di parte capitale, da destinare:**
   - fino a 123 ml/Euro per il finanziamento delle attività di presa in carico, ivi comprese le infrastrutture per le ASST e gli IRCCS pubblici, di cui fino a 13 ml/Euro per la presa in carico proattiva di assistiti cronici da parte MMG/PLS aderenti al modello organizzativo regionale; tale voce comprende i finanziamenti per le infrastrutture informatiche per un importo pari a 45 ml/Euro ;
   - fino a 55,9 ml/Euro, al finanziamento delle misure istituite ex D.G.R n. X/116/2013 e s.m.i.; di cui **7,096** milioni di Euro finanziato attraverso utilizzi contributi;
   - fino a 52 ml/Euro al finanziamento delle attività per subacuti comprese le attività ai sensi dell'art. 15 comma 13 lettera c) bis della L. 135/2012.

6. **Macroarea Emergenza Urgenza, per un importo fino a 236 ml/Euro** per le spese di funzionamento, le attività di emergenza urgenza/118 di competenza dell'AREU, il soccorso alpino, le funzioni connesse alle attività del SRC, al trasporto organi oltre ai costi di gestione per il servizio emergenza NUE 112 - Numero Unico Europeo.

7. **Macroarea Obiettivi PSSR, Progetti P.S.N, Equiparazione Finanziaria, determinata per un importo fino a 1.081,5 ml/Euro**
   Il valore comprende le risorse per dare attuazione agli obiettivi PSSR e all'implementazione dei percorsi ospedale territorio, compreso il concorso regionale alla valorizzazione delle prestazioni sanitarie rese dalle Aziende Sanitarie pubbliche ai sensi della D.G.R. n. VIII/7856 del 30 luglio 2008. Per l'esercizio 2019 tale valore tiene conto degli spostamenti di risorse tra ATS e ASST a completamento delle attività di riorganizzazione a seguito della l.r. n. 23/2015. Nell'ambito della macroarea sono garantite le risorse per il co-finanziamento delle Risorse Aggiuntive Regionali.

8. **Macroarea delle attività istituzionali delle ATS e ASST,** per un importo complessivo pari a **913,3 ml/Euro,** di cui fino a 844 da destinare alle attività dei Dipartimenti Veterinari, Prevenzione e altre attività territoriali, comprese le risorse trasferite alle ASST a seguito della L.R. 23/2015 e fino a 69,3 milioni di Euro per l'offerta del nuovo piano nazionale vaccini e screening.

ULTERIORI LINEE DI ATTIVITÀ, fino a 1.769,7 ml/Euro, da destinare:

- fino **a 817,5 ml/Euro** per l'attribuzione di funzioni non tariffabili alle strutture erogatrici pubbliche e private così suddivise:
  - fino a 702 ml/Euro per erogatori pubblici;
  - fino a 115,5 ml/Euro per erogatori privati;
- **fino a 766 ml/Euro** per saldo di mobilità extra regionale, da trasferire agli erogatori del sistema, sulla base dell'effettiva produzione tenuto conto delle azioni poste in essere in relazione alle prestazioni di bassa complessità;
- **fino a 158,2 ml/Euro** ad un Fondo di riserva da destinare:
  - fino a 140 ml/Euro, ai rinnovi contrattuali delle dirigenze , MMG, MCA, PLS e Sumaisti;
  - fino a 2 ml/Euro, alla realizzazione della Banca Gameti;
  - fino a 1 ml/Euro, all'attività di riordino dei Laboratori;
  - fino a 2 ml/Euro, ai rientri di assistiti lombardi dall'estero;
  - fino a 6 ml/Euro, al finanziamento delle politiche sociali volte a rafforzare le misure B1;
  - fino a 1 ml/Euro, per il coordinamento delle nuove reti assistenziali sanitarie;
  - fino a 6,2 ml/Euro, per il finanziamento di attività già programmate nell'esercizio 2018, i cui atti attuativi verranno assunti nel presente esercizio;
- **fino a 28 ml/Euro,** per mobilità passiva extra regionale non compresa nelle linee di attività precedenti (terme, trasporti ecc).

Il finanziamento di parte corrente 2019 sarà assegnato ad ogni singola Azienda Sanitaria con atto del Direttore Generale Welfare e del Direttore dell'Area Finanza della Presidenza tenuto fermo, per tutte le Aziende, l'obiettivo dell'equilibrio economico finanziario sulla base delle risorse assegnate con provvedimento regionale.
Si ritiene di confermare, per quanto compatibile con il presente provvedimento, ciò che è stabilito nelle determinazioni in merito al finanziamento degli anni precedenti.

2.4. Indicazioni specifiche per le Aziende del Sistema Socio - Sanitario Regionale

Nel rimarcare la necessità di concordare con il governo centrale un respiro programmatorio almeno triennale delle risorse, è necessario che venga garantita alle Regioni l'autonomia programmatoria ed organizzativa nella realizzazione dell'obiettivo dell'erogazione dei LEA, in condizione di efficienza, qualità e appropriatezza, attraverso l'autonomia regionale nell'utilizzo delle risorse, eliminando vincoli di destinazione e modalità di assegnazione delle stesse , a favore di parametri legati al fabbisogno indistinto.
Di seguito si precisano le principali linee di governance per il mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario per l'esercizio 2019.

2.4.1. Razionalizzazione della spesa ed efficientamento del Sistema

Le linee d'azione per l'anno 2019 riguardanti la razionalizzazione della spesa sanitaria nell'aggregato dei Beni & Servizi, in sinergia con quanto disposto dal DDL di Bilancio per il perseguimento dell'obiettivo di efficientamento e appropriato uso dei fattori produttivi dovranno:

1. garantire, in continuità con l'anno 2018, il conseguimento di risparmi derivanti dall'adesione piena e puntuale al sistema di acquisti centralizzati (Arca S.p.a. e Consip S.p.a.) e aggregati. In particolare le Aziende dovranno aderire alle convenzioni attive e finalizzare gli appalti specifici riguardanti i servizi non sanitari; garantire l'applicazione di quanto previsto nell'allegato della D.G.R. n. XI/491 del 02/08/2018 riguardante:

"*Procedure negoziate senza previa pubblicazione di un bando di gara nel caso di forniture e servizi infungibili e/o esclusivi*";

2. utilizzare i benchmarking regionali per incrementare l'efficienza del singolo processo produttivo (es. costo sala operatoria per mille Euro di fatturato chirurgico) 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;
3. anticipare la tempistica e 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.

In relazione al punto 1) la Centrale Acquisti regionale, in qualità di soggetto aggregatore con Consip SpA e gli altri soggetti aggregatori, garantiscono l'esclusività nell'acquisto delle categorie merceologiche che sono individuate dai decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri di cui all' articolo 9, comma 3, del decreto-legge 24 aprile 2014, n. 66, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 giugno 2014, n. 89 e successivi provvedimenti.
La Centrale regionale, in particolare nell'ultimo triennio, ha coperto le aree di acquisto di Beni & Servizi più rilevanti in termini di spesa, pertanto è determinante la piena e puntuale adesione alle convenzioni attive i cui esiti ad oggi hanno portato risparmi nella fase di aggiudicazione delle gare rispetto alla spesa storica.

Per il fine sopra descritto si sottolinea l'importanza per le Direzioni Aziendali di coinvolgere gli operatori sanitari, i provveditorati e le figure amministrative dedicate nella definizione ed esecuzione delle procedure di gara centralizzate ed aggregate.
Rimane imprescindibile l'utilizzo costante nell'attività quotidiana di strumenti di benchmarking propedeutici alla rinegoziazione dei prezzi d'acquisto. A tal fine si confermano le banche dati sviluppate e rese disponibili agli enti negli anni scorsi con i confronti fra strutture pubbliche regionali e nazionali e per alcuni dispositivi medici fra strutture pubbliche e private. La comparazione della spesa dovrà essere estesa anche a tutti i servizi sanitari e non sanitari più rilevanti.

In relazione al punto 2), l'attività di benchmarking dovrà svilupparsi in particolare nelle categorie merceologiche non ancora oggetto di approfondite comparazione, come ad esempio i costi dei fattori produttivi utilizzati nei laboratori, e lavorare per rendere più efficiente l'assorbimento dei diversi fattori produttivi all'interno dei processi sanitari considerati nella loro interezza. Sia a livello ospedaliero, considerando ad esempio i tempi di degenza, i costi delle sale operatorie e dei servizi di supporto ed i tempi di riabilitazione ospedaliera, sia nel percorso ospedale e territorio, considerando i costi pre e post intervento acuto.

In relazione al punto 3), si ritiene inoltre fondamentale rafforzare il processo di programmazione e di monitoraggio dei fattori produttivi più rilevanti in termini di spesa, quali ad esempio quelli impiegati nei processi relativi alla radiologia interventistica, neuroradiologia, emodinamica, cardiologia, cardiochirurgia e ortopedia. Le linee d'intervento ed i piani programmatici aziendali dovranno tener conto delle variabili considerate essenziali a livello centrale riguardanti: la puntuale erogazione dei livelli di assistenza e le analisi di efficienza per singolo presidio. Il concetto di marginalità declinato

nelle diverse articolazioni aziendali (a livello d'azienda, di presidio e di unità operativa) rimane alla base delle decisioni strategiche da assumere per garantire una governance efficiente per l'azienda e per il sistema.

Sulla base degli esiti derivanti dalle verifiche del posizionamento delle singole aziende rispetto a quanto previsto nella legge 28 dicembre 2015, n. 208 (art. 1, commi da 521 a 527) modificata dalla legge 232/2016 e successivo Decreto Ministeriale del 21 giugno 2016, nel corso dell'esercizio 2019, per le aziende i cui indicatori riflettono performance non positive, verranno affrontati, congiuntamente con gli Uffici Regionali, percorsi di efficientamento volti ad assicurare il miglioramento degli indici, al fine di garantire comportamenti virtuosi nell'utilizzo delle risorse per il rispetto dell'equilibrio economico-finanziario nel rispetto della erogazione dei livelli di assistenza.

I principi espressi nel Decreto Ministeriale del 21 giugno 2016, che vanno nella direzione di migliorare i ricavi o l'assorbimento dei fattori produttivi, sono i seguenti:

a) le aziende dovranno lavorare cercando di perseguire la saturazione delle risorse disponibili;
b) perseguimento dell'efficienza produttiva in termini di quantità e/o prezzo dei fattori produttivi impiegati.

Gli interventi di razionalizzazione dei fattori produttivi potranno essere effettuati agendo:

a) sulla quantità assorbita/consumata di fattore produttivo a parità di produzione;
b) sul prezzo d'acquisto unitario dei fattori produttivi, sfruttando gli esiti delle procedure centralizzate ed agendo attraverso le attività di rinegoziazione possibili, attraverso la comparazione delle esperienze d'acquisto delle altre aziende pubbliche e private.
c) sul mix di fattori produttivi assorbiti a parità di produzione. A tal fine è importante estendere l'analisi a livello di Unità Operativa/Specialità ed utilizzare gli indicatori provenienti dalle contabilità analitiche aziendali.
d) tali indicatori permetteranno alle ASST e IRCCS di definire il piano di raggiungimento del risultato previsto, indicando degli obiettivi quantitativi per classi omogenee di spesa e per singolo fattore produttivo, anche alla luce del trend storico degli stessi, andando a incidere sulle aree di minore efficienza.

2.4.2. Obiettivi economici dell'aggregato costi Beni e Servizi

L'assegnazione degli obiettivi economici per beni e servizi sarà effettuata partendo dall'incidenza dei fattori produttivi (suddivisi per classi omogenee) sulla produzione aziendale comparata con la media regionale.
Le classi omogenee di spesa di B&S sono così definite:

1. Area Dispositivi Medici;
2. Area Farmaci Ospedalieri;
3. Area Altri Beni e Servizi;
4. Consulenze, collaborazioni, interinali e comandi.

Per ogni azienda verrà definito un obiettivo che, per le classi di spesa omogenee di B&S sopra evidenziate, 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 (ARCA S.p.a.) e dell'introduzione di dispositivi innovativi.

La riduzione media di sistema prevista per ASST e IRCCS è dello 0,9% sul valore dei B&S al netto delle sterilizzazioni (AREU, utilizzi contributi, contributi dell'anno, File F, HCV, Doppio Canale e primo ciclo, Premi assicurativi RCT/RCO) – classi Dispositivi Medici e Altri Beni e Servizi – sezionale SAN.
Ad ulteriore precisazione: la riduzione prevista non si applica sulle classi farmaci ospedalieri e consulenze, collaborazioni, interinali e comandi.
Relativamente ai costi per consulenze, collaborazioni, interinali e comandi, si rimanda alle specifiche indicazioni previste al successivo punto 13.9.2 "Altro personale".
Per le ATS la riduzione verrà applicata rispetto al trend storico analiticamente per ogni agenzia.
La riduzione sarà calcolata sulla proiezione di chiusura dell'esercizio 2018 del IV CET e in caso di disallineamento negativo con il bilancio d'esercizio (IV CET > BES) verranno effettuate revisioni, rimodulando gli obiettivi in corso d'anno. Il livello dei beni e servizi dovrà essere monitorato in corso d'anno da ogni singola azienda tenendo conto dei livelli e delle aree di produzione e rappresentato in sede di Certificazione Trimestrale.
Le modalità di verifica da parte della Direzione Generale Welfare del monitoraggio sull'andamento dei beni e servizi saranno oggetto di specifiche linee guida.

La puntuale adesione al sistema di acquisti centralizzati (Arca 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.

2.4.3. AREA BILANCI

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

Nelle more dell'approvazione aziendale del Bilancio Preventivo Economico per l'esercizio 2019 le Aziende dovranno operare in dodicesimi sulla base di quanto definito con il decreto di assestamento 2018, tenendo conto delle disposizioni contenute nel presente provvedimento.

Nella versione definitiva, i Bilanci preventivi economici per l'esercizio 2019 dovranno essere approvati in base alle disposizioni del D.lgs. n. 118/2011 e seguenti, in relazione ai contenuti del presente atto e delle linee di indirizzo operative nonché sulla base degli obiettivi economici assegnati.

A partire dall'esercizio 2019 verrà istituito un Tavolo composto dagli Uffici della Direzione Generale Welfare, dalla UO Economico Finanziaria della Presidenza e coordinato dal Direttore Generale Welfare, per la concertazione degli obiettivi di attività ed economici in modo da garantire le specificità aziendali e i fabbisogni di Sistema.

Nei decreti di assegnazione delle risorse per l'anno 2019 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 aziendale e di sistema; come tali saranno oggetto di puntuale monitoraggio in corso d'anno.

In particolare, anche per l'esercizio 2019, è richiesto il diretto coinvolgimento del Collegio Sindacale nelle varie fasi che accompagnano il processo di bilancio e di revisione dei processi aziendali per una maggior ottimizzazione delle risorse.

In particolare ai Collegi Sindacali è richiesto, oltre a quanto stabilito dalle norme:
- la verifica di una coerente e corretta allocazione delle risorse in fase di Preventivo;
- il 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;
- il supporto all'azienda 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;
- la verifica e validazione all'utilizzo di maggiori contributi rispetto all'assegnazione di competenza, a garanzia di quanto disposto dal D.Lgs n. 118/2011;
- la verifica e validazione del conto economico della libera professione.

Con specifica circolare verranno definite le tempistiche di redazione e le modalità di invio dei bilanci preventivi 2019, che dovranno essere approvati dalla Giunta Regionale.

I modelli di Bilancio subiranno modifiche strutturali per il recepimento del Decreto Interministeriale avente ad oggetto l'aggiornamento dei modelli informativo contabili CE (Conto Economico) e SP (Stato patrimoniale) in corso di approvazione.
Regione Lombardia, con il supporto di Lispa, sta procedendo all'aggiornamento informatico dei nuovi modelli che verranno resi disponibili a seguito delle tempistiche definite dall'emanando decreto. Con apposite linee guida verranno fornite alle Aziende le indicazioni procedurali e contabili.
Particolare rilievo assume la rappresentazione dei valori economici che dovrà essere espressa in Euro. E' richiesto ai Collegi Sindacali di verificare e di attestare la coerenza del piano dei conti aziendale e del bilancio di verifica rispetto ai modelli di rendiconto trimestrale e di bilancio.

Si richiamano infine le regole già introdotte per l'esercizio 2018 con particolare riferimento:
- 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;
- alla "*Contabilizzazione in capo alle ATS della mobilità attiva extraregione da erogatori sanitari privati e della mobilità internazionale;*
- alla "*Gestione delle Partite Intercompany",* attraverso lo strumento informatico messo a disposizione tramite la Piattaforma SCRIBA;
- alle modalità di contabilizzazione degli "*Utilizzi contributi es. precedenti*".

2.4.3.1. Adempimenti di verifica e monitoraggio della spesa: IV CET 2018

Per l'esercizio 2018 si ritiene necessario anticipare, in via straordinaria, la redazione del IV CET 2018 (Preconsuntivo 2018) al fine di consentirne la sottoscrizione ai Direttori Generali attualmente in carica delle Aziende Socio Sanitarie.
La presentazione del Preconsuntivo 2018, denominato IV CET, è anticipata al giorno 20 dicembre 2018.
Ai soli fini della verifica dell'equilibrio economico-finanziario di Sistema, l'invio anticipato è esteso oltre che a tutte le Aziende Socio Sanitarie, alle Fondazioni IRCCS, INRCA, AREU ed Agenzia di Controllo.

Tale documento dovrà essere approvato con atto formale (Determina del Direttore Generale), in modo da attestare le risultanze economiche 2018 nonché l'equilibrio economico finanziario aziendale, ed accompagnato da una Relazione illustrativa (Relazione sulla gestione) che dovrà evidenziare i principali aspetti gestionali, organizzativi, sanitari, economico e finanziari che hanno caratterizzato l'intero anno 2018, nonché eventuali osservazioni per la chiusura definitiva dell'esercizio, con particolare riferimento all'*andamento della spesa,* alle *specifiche azioni di contenimento poste in essere*, ed all'*andamento della produzione*, facendo riferimento sia all'esercizio 2018, che all'ultimo triennio.

2.4.3.2. 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 emanate dalla Direzione Generale Welfare e Presidenza - Area Finanza.
In sede di monitoraggio trimestrale le Aziende Socio Sanitarie sono tenute 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 da recepire con apposito decreto delle Direzione Generale Welfare e Presidenza.
Come effettuato nel corso del 2018, 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 aziendale 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 Aziende che hanno un primo e/o un secondo margine negativo ed il relativo posizionamento rispetto alla media regionale;
   Inoltre con cadenze periodiche verranno effettuati i seguenti controlli:
   - osservazioni specifiche per singola Azienda;
   - verifica della corretta allocazione dell'assegnazione per File F, HCV, Doppio Canale e Primo Ciclo;
   - verifica della corretta allocazione dell'assegnazione di sangue ed emoderivati;
   - andamento entrate proprie.
5. In caso di emergente disallineamento della gestione rispetto alle assegnazioni, le aziende interessate, 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.

Armonizzazione dei sistemi contabili regionali e aziendali
Nel corso del 2019, in continuità con le regole degli esercizi precedenti, saranno fornite indicazioni in attuazione alle disposizioni del D.lgs. 118/2011 per raccordare le nuove voci di CE MIN ed SPMIN con la Gestione Sanitaria Accentrata (GSA).

Verifica e chiusura delle posizioni creditorie/debitorie pregresse vs Regione ed Intercompany
A seguito del percorso già avviato con D.G.R. n. X/5844 del 18 novembre 2016, si procederà alla verifica e chiusura definitiva delle posizioni creditorie e debitorie con riferimento alle annualità pregresse. Tali attività verranno definite nel corso dell'esercizio 2018 e formalizzate per la redazione del bilancio d'esercizio 2018.

2.4.3.3. Pubblicazione Bilanci e Regole Trasparenza

Si conferma l'obbligo di pubblicazione integrale dei dati di bilancio nel sito internet Aziendale, entro trenta giorni dalla data di adozione, e si richiama l'attenzione in merito ai nuovi adempimenti previsti dalla normativa sulla Trasparenza (D. Lgs. 25 maggio 2016, n. 97 recante "*Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni Pubbliche*" e s.m.i.).

2.4.3.4. Adempimenti relativi al percorso attuativo della certificabilità dei bilanci degli enti del SSR di cui alla l.r. n. 23/2015

Nel corso del 2018 è proseguita la progressiva realizzazione del Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) dei bilanci degli Enti del SSR di cui alla l.r. n. 23/2015, con scadenza almeno fino al 31 dicembre 2019, con riferimento alle aree Immobilizzazioni, Patrimonio Netto e Rimanenze.

L'obiettivo del 2019 è l'emanazione delle linee guida regionali per le altre aree del PAC (Crediti e Ricavi, Disponibilità Liquide, Debiti e Costi), nonché la redazione da parte delle Aziende delle relative procedure aziendali e successiva loro implementazione.
Ogni Azienda dovrà, inoltre, verificare il rispetto dei Requisiti Generali (Area A del PAC Regionale).

Parallelamente al percorso in atto nelle Aziende, saranno attuati i percorsi previsti dal PAC con riferimento alla Gestione Sanitaria Accentrata e al Consolidato del Servizio Sociosanitario Regionale.
Con apposito provvedimento della Giunta regionale verrà ulteriormente dettagliato lo stato di attuazione del PAC, ivi compresa l'eventuale necessità di riorientamento delle scadenze riferite a ciascuna delle 9 aree e cicli di bilancio.

Si richiama l'attenzione dei Direttori Generali ATS, ASST, Fondazioni IRCCS di diritto pubblico e AREU sulla rilevanza del raggiungimento degli obiettivi:
- verifica del grado di raggiungimento come adempimento regionale da parte del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali;
- garantire a livello aziendale la definizione e l'applicazione di procedure amministrativo-contabili con evidenziazione dei soggetti responsabili al fine della redazione di un bilancio veritiero e corretto.

Si conferma che il rispetto della tempistica stabilita dalle linee guida regionali per il PAC sarà obiettivo strategico da valutare in sede di obiettivi dei Direttori Generali.

2.4.3.5. 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 2019 la percentuale di trasferimento degli acconti mensili alle Aziende 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'Azienda dovrà inoltrare apposita e motivata richiesta alla Direzione Generale Welfare, 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 delle Aziende Sanitarie 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 delle aziende 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 alle Aziende Sanitarie pubbliche
I trasferimenti da Regione alle Aziende Sanitarie pubbliche avverranno attraverso acconti mensili nella percentuale massima del 95%, sulla base delle linee già definite nell'apposita scheda di raccordo economico-finanziario.
Per le sole ASST e Fondazioni IRCCS che nei loro bilanci fanno rilevare debiti verso Regione riferiti ad esercizi pregressi, in continuità con gli esercizi precedenti verrà trattenuta la cassa relativa agli ammortamenti e verranno fornite indicazioni per le chiusure contabili per consentire tali recuperi.

Trasferimenti di cassa tra ATS ed erogatori di appartenenza territoriale
Il rafforzamento del ruolo programmatorio delle ATS previsto dalla l.r. n. 23/2015, deve rappresentare l'opportunità 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 Aziende 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 Aziende, anche attraverso il Piano dei Flussi di cassa prospettici, gli elementi necessari ad impostare un'adeguata programmazione dei flussi finanziari al fine di consentire la corretta pianificazione delle rimesse di cassa reale e delle compensazioni G3S.

Trasferimenti verso erogatori pubblici

Per l'esercizio 2019 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, in attesa delle determinazioni regionali in ordine all'applicazione della D.G.R. IX/350 del 28 luglio 2010;
- 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'Azienda creditrice;
- regolare i saldi infrannuali, laddove previsti, non oltre il mese successivo alle scadenze pattuite nei contratti;
- 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 2019 sarà necessario:

- garantire acconti mensili fino al 95% di tutte le prestazioni sanitarie a contratto/convenzione, comprese le funzioni non tariffate, ad eccezione del valore della produzione per cittadini extra regione, fissato nell'80% attualizzando quanto già disposto con specifica delibera di Giunta già emanata;
- assicurare, agli aventi diritto, gli acconti relativi alle maggiorazioni tariffarie ex L.R. n. 7/2010, in misura non inferiore al 60% del valore dell'ultima validazione formale, in attesa delle determinazioni regionali in ordine all'applicazione della D.G.R. IX/350 del 28 luglio 2010;
- regolare i saldi infrannuali, laddove previsti, non oltre il mese successivo alle scadenze pattuite nei contratti;
- 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 per il corrente esercizio è il pieno allineamento al rispetto dei tempi di pagamento da parte di tutte le Aziende Sanitarie. 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).

E' fatto obbligo alle Aziende di attenersi a quanto prescritto dall'art. 41 (Attestazione dei tempi di pagamento), comma 1, di cui al DL 66/2014, convertito con modificazioni nella L. 23 giugno 2014 n. 89, nei tempi e nei modi espressamente richiesti dalla norma.

Si richiama inoltre il rispetto degli adempimenti previsti dal D.P.C.M 22/9/2014: Indicatore di tempestività dei pagamenti.
È fatto altresì obbligo alle Aziende Sanitarie di alimentare nel rispetto delle tempistiche richieste la Piattaforma dei Crediti Commerciali (PCC), ai sensi di quanto disposto dall'art. 27 (Monitoraggio dei debiti delle pubbliche amministrazioni) del D.L. n. 66/2014, attenendosi anche al principio di completezza dei dati ivi trasmessi.
Il rispetto dei tempi di pagamento e la corretta e completa alimentazione della PCC saranno considerati obiettivi strategici da valutare in sede di obiettivi dei Direttori Generali.

Gestione centralizzata dei pagamenti tramite Finlombarda
Regione Lombardia, in linea con la strategia di controllo della spesa pubblica definita a livello nazionale, ha da tempo avviato una serie di iniziative finalizzate a massimizzare l'efficienza dell'esposizione debitoria delle aziende sanitarie e a ridurre i tempi di pagamento dei fornitori.
In particolare la gestione centralizzata dei pagamenti attraverso il canale Finlombarda, istituita nel 2007 proprio con l'obiettivo di ridurre i tempi di pagamento dei fornitori, ha consentito di raggiungere considerevoli risultati quali, in particolare, la contrazione dei tempi di pagamento del Sistema Sanitario ben al di sotto di quanto previsto dai termini di legge. Tali risultati, dopo oltre 10 anni di esperienza, si possono ritenere ormai consolidati ed acquisiti a livello di sistema.
La recente introduzione del **Sistema di fatturazione elettronica**, che consente la tracciatura informatizzata delle fatture pervenute alle aziende, della PCC (**Piattaforma della Certificazione dei Crediti**) che consente la pubblicità dello stato di liquidazione e pagamento delle fatture ed infine l'introduzione del nuovo sistema dei pagamenti a seguito dell'avvio del **Siope+** avvenuta con Decreto Ministeriale 25 settembre 2017 che consente la tracciatura ed aggiornamento automatico delle informazioni sulle banche dati hanno comportato un'evoluzione organizzativa e operativa delle aziende sanitarie assicurando strumenti di monitoraggio e controllo anche attraverso la rilevazione sistematica dell'Indicatore di Tempestività dei Pagamenti.
Per quanto sopra esposto, **dal primo gennaio 2019 tutti i pagamenti dei fornitori di beni e servizi avverranno esclusivamente tramite la gestione diretta aziendale** che dovrà garantire il rispetto delle scadenze delle fatture (30/60 giorni, fatti salvi i contratti vigenti con altre tempistiche).
Conseguentemente, il contratto di mandato irrevocabile conferito a Finlombarda da ciascuna Azienda sanitaria si intende revocato.
Finlombarda, in forza dell'esperienza maturata sul tema, è incaricata di supportare Regione e le aziende del sistema sociosanitario nel rafforzamento dei sistemi sviluppati da Lombardia Informatica, sia in termini di controllo e consistenza dei dati, sia per quanto concerne l'attività di monitoraggio lato Regione. A tal fine, le aziende sanitarie sono autorizzate a conferire a Finlombarda l'incarico di Responsabile del trattamento dei dati personali ai sensi del GDPR; seguiranno indicazioni specifiche in ordine al rilascio di tale autorizzazione.

Ulteriori disposizioni
Flussi economici emocomponenti ed emoderivati:
Al fine di una corretta e puntuale contabilizzazione delle partite è evidenziata la necessità di acquisire a sistema i dati relativi alle cessioni tra aziende di Emocomponenti ed Emoderivati entro e non oltre la fine del mese successivo al trimestre di riferimento (es. entro il 30/4, 31/7, 31/10, 31/1).

Tali dati dovranno essere raccolti ed elaborati per il tramite della Piattaforma Flussi di Regione Lombardia, sotto diretta Responsabilità della Struttura Regionale di Coordinamento e di AREU con il supporto di Lombardia Informatica.

Estensione "PagoPA" alle Aziende Sanitarie per i ticket sanitari
PagoPa: si tratta di una piattaforma tecnologica messa a disposizione da AgId (Agenzia per l'Italia Digitale) attraverso la quale vengono resi disponibili al Cittadino diversi canali di pagamento alternativi agli sportelli degli enti erogatori per il pagamento del ticket sanitario. La piattaforma, che si avvale di Prestatori di Servizi di Pagamento (PSP), ovvero di istituti bancari aderenti a PagoPA, garantisce le operazioni di addebito/accredito, di rendicontazione contabile e di riconciliazione degli incassi degli Enti attraverso la generazione dell'Identificativo Unico di Versamento (IUV).

Nel corso dell'esercizio 2018 sono proseguite le attività finalizzate all'integrazione dei sistemi informativi delle ASST con il CRS-MALL, la soluzione tecnologico-organizzativa sviluppata da Lombardia Informatica per consentire il pagamento dei ticket sanitari attraverso i servizi forniti dal sistema PagoPA, secondo quanto stabilito nel piano di sviluppo delle integrazioni. Le integrazioni con il CRS-MALL permetteranno al cittadino di utilizzare il canale dei pagamenti elettronici per pagare i ticket sanitari in due modalità:
1. dal Fascicolo Sanitario Elettronico;
2. da un canale esterno offerto dai PSP.

La diffusione del sistema PagoPA non richiede alle Aziende Sanitarie il semplice adeguamento dei loro applicativi informatici, ma una attenzione specifica alla fase dell'accoglienza presso la struttura: se un cittadino ha già fatto prenotazione e pagamento on line, l'azienda dovrà garantirgli un tempo di accoglienza brevissimo e agevolato.

Per il 2019 si intende estendere i servizi dei pagamenti elettronici:
- alle ATS per le relative specifiche tipologie di incasso;
- alle ASST per le altre tipologie di incasso diverse da ticket sanitario.

2.4.3.6. N.O.C.C. (Nucleo Operativo di Controllo Contabile)

L'attività del Nucleo operativo di Controllo Contabile si espleterà nel 2019 attraverso visite presso le ASST/IRCCS/ATS in ambiti contabili riguardanti la Contabilità generale ovvero la Contabilità analitica/Controllo di Gestione.
Verranno effettuate visite su un campione di 9 aziende, che verranno selezionate sulla base o di specifiche esigenze conoscitive o su base temporale legata ai precedenti controlli.
Alle aziende selezionate verrà comunicata la data delle verifiche che si svolgeranno in loco con un preavviso di 15 giorni.
Tra i temi oggetto di verifica assumono particolare rilevanza:
- Approvazione del Budget e il monitoraggio infrannuale;
- percorso di Certificabilità dei Bilanci: stesura e applicazione delle linee guida;
- ulteriori tematiche amministrativo contabili a rilevanza per il Sistema.

2.4.3.7. Adempimenti LEA (Livelli Essenziali di Assistenza)
Il rispetto di tali adempimenti (Griglia Lea e Adempimenti MEF) costituirà obiettivo per le Aziende Sanitarie.

2.5. Area Controllo di gestione

La Direzione Generale Welfare effettuerà anche nel corso del 2019 puntuali analisi di dettaglio dei dati derivanti dai Flussi Co.An. inviati dalle Aziende, mantenendo l'obiettivo di fornire, sia a Regione Lombardia che alle Aziende del SSR, strumenti di monitoraggio del trend dei costi e della correlata produzione.

Le Aziende devono dimostrare di essersi dotate e di utilizzare un sistema di controllo direzionale che verifichi la coerenza tra quanto programmato e quanto effettivamente realizzato, attraverso strumenti quali budget, contabilità analitica e indicatori di performance. Centralmente, il raggiungimento di questo obiettivo verrà verificato attraverso l'analisi dei dati raccolti dai flussi informativi attivati e da attivarsi nel corso del 2019.

Si richiede una particolare attenzione nella corretta imputazione dei valori economici tra ospedale e territorio, non più solo per linea di attività, ma in un'ottica a matrice, per linea di attività e struttura di erogazione; particolare attenzione dovrà essere posta nella rilevazione dei costi comuni e dei servizi centrali aziendali, così da ridurre al minimo arbitrari criteri di allocazione che potrebbero inficiare il risultato del Conto Economico di Presidio (CP) che dovrà essere predisposto a consuntivo 2019. Durante l'anno verranno verificati i risultati della reportistica di confronto tra i dati di analitica e la produzione come rendicontata nei flussi regionali, per verificare la coerenza dell'assegnazione dei ricavi di produzione alle strutture di erogazione.

Si raccomanda, come per gli anni precedenti, l'utilizzo degli indicatori di ASST/IRCCS previsti dal Decreto Ministeriale del 21 giugno 2016 ad oggetto "*Piani di cui all'articolo 1, comma 528, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, per le aziende ospedaliere (AO), le aziende ospedaliere universitarie (AOU), gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici (IRCCS) o gli altri enti pubblici*", in un'ottica di efficientamento della spesa e razionalizzazione nell'utilizzo dei fattori produttivi e di controllo dei fabbisogni, sia per le Aziende che eventualmente entreranno in piano di rientro che, a livello di programmazione generale, per le altre.

A seguito delle verifiche e degli incontri con le Aziende effettuati nel corso del 2018, ci si attende un miglioramento complessivo della qualità del dato rendicontato e si svilupperanno analisi di maggior dettaglio, spingendosi fino a livello di unità operativa specifica, così da avere strumenti per verificare in corso d'anno e, soprattutto, al momento della presentazione dell'assestamento, le capacità di programmazione e di governo dei costi a monitoraggio.

A partire dal 2019, per favorire il processo di monitoraggio centralizzato, alle Aziende sarà richiesto di dare evidenza del processo di programmazione interna aziendale (budget), in special modo per quelle unità organizzative per le quali hanno maggior incidenza i dispositivi medici ad alto costo e i service (ad esempio, radiologia interventistica, neuroradiologia, emodinamica, cardiologia e cardiochirurgia, ortopedia, eccetera).

Si conferma anche per il 2019, l'analisi delle singole classi CND di dispositivi medici, per le quali verrà, inoltre, verificata la quadratura con i rispettivi valori di bilancio nonché, laddove possibile, con il flusso di rendicontazione SDO4.

Si conferma che l'analisi verterà sul rapporto tra i costi dei dispositivi e la produzione, al fine di valutare l'efficienza e la razionalizzazione di questi fattori produttivi a parità di produzione (es. per i dispositivi ad alto costo rilevazione del prezzo unitario medio d'acquisto e incidenza del costo sul valore DRG), in modo da fornire alle singole aziende utili strumenti per individuare le migliori modalità di acquisto e le eventuali attività di rinegoziazione.

Si conferma che, anche per il 2019, oltre ai flussi trimestrali, saranno richiesti gli invii relativi ai flussi di preventivo e preconsuntivo Co.An, le cui scadenze saranno comunicate con apposite note regionali.

Per quanto concerne i moduli di quadratura relativi ai flussi Co.An, in continuità con quanto già impostato negli anni precedenti, si richiederà a tutte le Aziende una quadratura tra Co.An e Co.Ge. A tal fine verrà verificato puntualmente l'utilizzo dei centri di costo di quadratura, così da evitare che gli stessi vengano utilizzati impropriamente rispetto agli obiettivi per i quali erano stati istituiti.

TEMI CHIAVE/INNOVATIVI

Rafforzamento del processo di budget con monitoraggio infrannuale dei fattori produttivi a maggior incidenza di costo (es: dispositivi medici ad alto costo e i service di radiologia interventistica, neuroradiologia, emodinamica, cardiologia e cardiochirurgia, ortopedia)
Focus sulla corretta rilevazione dei costi fra ospedale e territorio. Implementazione dei nuovi modelli di Conto di Presidio e LA
Sviluppo dei benchmarking per categoria merceologica e per processo

2.6. Area Acquisti

2.6.1. Il sistema degli acquisti del Servizio Sanitario Regionale

Regione Lombardia coordina per l'anno 2019 l'organizzazione del sistema degli acquisti regionale già descritto nella D.G.R. n. X/7600 del 20/12/2017 con il quadro normativo dettato dal legislatore nazionale in tema di acquisti degli Enti Sanitari.
Eventuali modifiche all'organizzazione esistente potrebbero essere apportate, in particolare, con la Legge di Stabilità nazionale per l'anno 2019 e con la definizione dei requisiti tecnico organizzativi per l'iscrizione all'elenco di cui all'articolo 38 (qualificazione delle stazioni appaltanti e centrali di committenza) del Nuovo Codice degli Appalti di cui al Decreto Legislativo 18 aprile 2016.

2.6.2. Normativa approvvigionamento enti sanitari e utilizzo della piattaforma telematica Sintel

Riprendendo la nota prot. n. H1.2013.0008332 del 13/03/2013 "*Normativa su approvvigionamento Enti sanitari. Obbligatorietà adesione alle Convenzioni ex articolo 26 comma 3 della legge n. 488/1999 di ARCA S.p.a. e Consip S.p.A. e condizioni di esperibilità di procedure autonome*", si ribadisce che, alla luce dei cambiamenti normativi e dei chiari indirizzi giurisprudenziali espressi di seguito nel dettaglio, nell'ottica di una migliore programmazione degli acquisti:

1. gli Enti Sanitari non possono attivare procedure di acquisto relative a beni e/o servizi già oggetto di Contratti/Convenzioni stipulati in loro favore da ARCA S.p.a. o oggetto di convenzione CONSIP;

2. gli Enti Sanitari non possono attivare procedure di acquisto autonome relative ad iniziative per approvvigionamenti già oggetto di programmazione sanitaria a livello regionale ed attribuite ad ARCA, fermo restando che detti Enti potranno attivare procedure autonome, inviando informazione preventiva alla Direzione Generale Welfare, solo in casi eccezionali e per una durata e quantità limitate a soddisfare il fabbisogno dell'Ente fino alla data di attivazione delle Convenzioni programmate a livello aggregato.

In assenza delle possibilità di aderire alle convenzioni centralizzate del soggetto aggregatore di riferimento e di Consip S.p.A. gli Enti Sanitari dovranno ricorrere a:

- per gli acquisti inerenti le categorie merceologiche presenti nella "Piattaforma CONSIP", agli strumenti di acquisto e negoziazione telematici messi a disposizione da Consip S.p.A. (SDA e MePA) o alla CRA di riferimento (es.: SinTel per la Regione Lombardia considerato l'obbligo di utilizzo di SinTel previsto dall'art. 1, comma 6-ter della L.R. n. 33/2007 - con riferimento allo svolgimento di procedure di affidamento di servizi e forniture di qualsiasi importo);

- per gli acquisti inerenti le categorie merceologiche non presenti nella "Piattaforma CONSIP", gli strumenti di acquisto e negoziazione messi a disposizione dalla CRA di riferimento (es.: SinTel per la Regione Lombardia, atteso l'obbligo di utilizzo di SinTel previsto dall'art. 1, comma 6-ter della L.R. n. 33/2007 - con riferimento allo svolgimento di procedure di affidamento di servizi e forniture di qualsiasi importo).

La violazione di tali norme rileva ai fini della responsabilità disciplinare e amministrativa.

Premessa tale prescrizione, di seguito si espongono le regole per le diverse categorie merceologiche:

Ambiti di aggregazione derivanti dal DPCM 11 luglio 2018 "Individuazione delle categorie merceologiche ai sensi dell'articolo 9, comma 3 del decreto legge 24 aprile 2014, n. 66, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 giugno 2014, n. 89, unitamente all'elenco concernente gli oneri informativi"

Si conferma per gli Enti Sanitari l'obbligo di acquisto per il tramite esclusivo del Soggetto Aggregatore Regionale ARCA S.p.A. o Consip S.p.a. per l'acquisto dei beni e servizi compresi nelle 25 categorie e soglie individuate dal DPCM 11 luglio 2018:

- ✓ Farmaci;
- ✓ Vaccini;
- ✓ Stent;
- ✓ Ausili per incontinenti (ospedalieri e territoriali);
- ✓ Protesi d'anca;
- ✓ Medicazioni generali;
- ✓ Defibrillatori;
- ✓ Pace maker;
- ✓ 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.

(rif. articolo 9, comma 3, del decreto-legge 24 aprile 2014, n. 66, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 giugno 2014, n. 89, art. 1, comma 548 Legge 28 dicembre 2015, n. 208, DPCM 11 luglio 2018).

L'acquisto di tali beni e servizi non può avvenire per via autonoma da parte degli Enti Sanitari se non all'interno delle soglie annuali di obbligatorietà previste.
Per le esigenze di approvvigionamento in tali ambiti merceologici, qualora non sia già attiva una Convenzione ARCA o Consip, è necessario richiedere ad ARCA, in qualità di soggetto aggregatore, l'attivazione della relativa procedura di acquisto.

I contratti stipulati autonomamente dagli Enti Sanitari prima dell'entrata in vigore di tale obbligo sulle categorie merceologiche citate non possono essere oggetto di proroga, a cui si può ricorrere naturalmente sempre previa verifica dell'economicità della stessa, oltre la data di attivazione della Convenzione attivata dal Soggetto Aggregatore di riferimento (rif art. 1, comma 550 Legge 28 dicembre 2015, n. 208).
Le proroghe disposte in violazione della presente disposizione sono nulle, costituiscono illecito disciplinare e sono causa di responsabilità amministrativa.

Nel caso non sia possibile acquisire bene o servizio, delle categorie merceologiche individuate, da Consip S.p.a o dalla Centrale di Committenza Regionale, gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale sono tenuti ad approvvigionarsi avvalendosi, in via esclusiva, dalle centrali di committenza iscritte nell'elenco dei soggetti aggregatori. Spetta alla Centrale Regionale di Committenza di riferimento l'individuazione, ai fini dell'approvvigionamento, di altra centrale di committenza.
Si richiede quindi di formalizzare le richieste effettuate al soggetto aggregatore regionale ARCA S.p.a. e di utilizzare gli indirizzi mail dedicati, come nel caso delle richieste riguardanti i farmaci.

Qualora il Contratto ARCA relativo alla categoria merceologica in oggetto non sia immediatamente disponibile, ma l'iniziativa è stata avviata o è oggetto di programmazione da parte di ARCA, e qualora tale prodotto/servizio non sia disponibile presso Consip, l'Ente Sanitario può, naturalmente verificando l'economicità dell'operazione e nel rispetto delle procedure di legge:

a) stipulare autonomamente un contratto ponte per lo stretto periodo necessario all'approvvigionamento fino alla data di attivazione del Contratto/Convenzione da parte di ARCA contenente la clausola di risoluzione anticipata espressa vincolata alla

predetta attivazione del Contratto da parte del Soggetto Aggregatore di riferimento o Consip;

b) prorogare il contratto autonomamente stipulato, se esistente e se tale possibilità era prevista nel bando iniziale; la proroga può avere efficacia fino alla data di attivazione del Contratto da parte del Soggetto Aggregatore di riferimento o Consip;

c) ARCA, quale ipotesi residuale e marginale, qualora non operi direttamente l'approvvigionamento, può indicare la disponibilità di Convenzioni attive presso altri soggetti aggregatori extra regionali qualora siano attivati accordi in tal senso.

(rif. Circolare Ministero Economia e Finanze e Ministero della Salute Prot. 20518/2016 del 19 febbraio 2016).

Ambiti merceologici ulteriori rispetto al DPCM 11 luglio 2018. Ambiti di aggregazione.

Per gli acquisti su ambiti merceologici diversi da quelli individuati dal DPCM 11 luglio 2018, rimangono ferme le indicazioni inserite nella normativa sull'obbligatorietà degli acquisti degli Enti Sanitari (art. 1, comma 449 della Legge 27 dicembre 2006, n. 296 e art. 15, comma 13, lettera d) del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito con Legge 7 agosto 2012, n. 135 nonché con nota H1.2013.0008332 del 13/03/2013).

L'aggregazione – da parte di ARCA – di beni e servizi non ricompresi nelle categorie di cui al citato DPCM, è definita all'interno della D.G.R. di Pianificazione aggregata ad esito dei lavori del Tavolo Tecnico regionale degli Appalti come meglio espresso nel paragrafo successivo.

Conseguentemente gli Enti Sanitari dovranno verificare, anche in tale caso, che siano disponibili:

1) Convenzioni attive Arca e, in subordine, Consip (rif. art. 1, comma 449 della Legge 27 dicembre 2006, n. 296, art. 1, comma 6 bis 1 della Legge Regionale 28 dicembre 2007, n. 33).

Qualora le Convenzioni ARCA e Consip non siano attive, ma sull'ambito merceologico richiesto sia già stata programmata un'iniziativa ARCA, l'Ente potrà approvvigionarsi autonomamente con un contratto ponte fino alla data di attivazione dell'iniziativa ARCA, inserendo apposita clausola di risoluzione anticipata vincolata a tale data. Per tali iniziative dovrà essere inviata informazione preventiva a Direzione Generale Welfare. La violazione di tali norme rileva ai fini della responsabilità disciplinare e amministrativa.

2) in assenza degli strumenti di cui al punto 1):

   a) per gli acquisti inerenti le categorie merceologiche presenti nella "Piattaforma CONSIP", è fatto obbligo per gli Enti Sanitari di ricorrere agli strumenti di acquisto e negoziazione telematici messi a disposizione da Consip S.p.A. (SDA e MePA) o da ARCA (es. SDA e Accordi Quadro);
   b) in via residuale rispetto alle procedure centralizzate che rivestono la priorità per il sistema regionale, le Aziende sanitarie dovranno procedere attraverso forme di acquisizione aggregata - per gli acquisti inerenti le categorie merceologiche non presenti nella "piattaforma CONSIP" o ARCA – tramite le unioni formalizzate di acquisto il cui perimetro è confermato rispetto alla delibera n. X/7600 del 20/12/2016.

Si confermano le figure del referente aziendale e dei coordinatori di consorzio, nonché la composizione, le funzioni e le modalità con cui si riunirà il comitato dei coordinatori dei consorzi.

E' fondamentale che le Direzioni strategiche aziendali supportino il lavoro dei coordinatori delle unioni formali d'acquisto sia in fase di programmazione che di preparazione operativa delle procedure aggregate.
Verranno misurate le presenze dei provveditori o delegati aziendali alle riunioni tenute dai coordinatori delle unioni formali d'acquisto.

Si sottolinea, inoltre, l'importanza di prevedere un percorso informativo per agevolare l'iscrizione di esperti all'Albo nazionale obbligatorio dei commissari di gara come da comunicato ANAC del 18 luglio 2018.

3) Solamente in via subordinata ai livelli di aggregazione sub 1) e 2) è possibile per i singoli Enti Sanitari procedere ad acquisti autonomi, tenendo fermo l'obbligo di utilizzo della piattaforma Sintel a norma dell'art. 1, comma 6 ter della Legge Regionale 28 dicembre 2007, n. 33.

Si rammenta, inoltre, che i residuali ambiti di approvvigionamento autonomo dovranno essere esperiti già ragionando nel rispetto delle novità introdotte dal D.Lgs. n. 50/2016, con particolare riferimento agli artt. 37 e 38 inerenti la qualificazione delle stazioni appaltanti.

Si ricorda l'obbligatorietà e l'importanza del ricorso alle convenzioni e/o agli strumenti di acquisto e negoziazione telematici messi a disposizione dalla Centrale di Committenza Regionale o da Consip, in quanto il medesimo dato viene verificato annualmente dal Tavolo congiunto MEF, ANAC e CONSIP e in caso di inadempimento la Regione non può accedere alle risorse aggiuntive.
Sono confermate le tipologie di procedure escluse dall'obbligo di utilizzo della piattaforma SINTEL. A tal fine si veda D.G.R. n. X/818 del 25/10/2013.

In particolare gli acquisti riguardanti l'energia elettrica, il gas, gli ausili per persone disabili e gli antisettici sono inserite nelle verifiche degli adempimenti LEA ed ogni eventuale residuale eccezione dovrà essere motivata e documentata.
La violazione di tali norme rileva ai fini della responsabilità disciplinare e amministrativa.

Approvvigionamento beni e servizi ICT

Sulle modalità di acquisizione di beni e servizi ICT, le Aziende Sanitarie sono tenute all'osservanza di quanto disposto all'art. 1, commi da 512 a 517, della L. 208/2015 (Obblighi di acquisti centralizzati): conseguentemente dovranno considerare la pianificazione dettata dal Tavolo Tecnico degli Appalti.
Si ricorda che, a norma del richiamato comma 517, "*La mancata osservanza delle disposizioni dei commi da 512 a 516 rileva ai fini della responsabilità disciplinare e per danno erariale*".

L'obiettivo per l'esercizio 2019 per gli enti sanitari è di incrementare ulteriormente la spesa effettuata attraverso procedure centralizzate/aggregate rispetto allo stesso periodo 2018, in particolare per quanto riguarda la categoria dei dispositivi medici migliorando in particolare l'adesione alle convenzioni centralizzate di ARCA S.p.a.

Gli obiettivi delle singole aziende riferiti alla spesa sui dispositivi medici, servizi non sanitari più importanti verranno pesati anche in base alle possibilità di ottenere risparmi in merito all'adesione a gare centralizzate regionali.

In un'ottica di integrazione del sistema e di una funzione acquisti strutturata a rete, diventa fondamentale l'attività di coordinamento e programmazione.

Per quanto riguarda il coordinamento fra i diversi livelli di acquisto, risulta essenziale tenere sotto controllo tutte le fasi del processo d'acquisto, partendo da una corretta programmazione fino alla verifica dell'utilizzo dei beni e servizi acquistati.
Nel caso di procedure centralizzate e aggregate è quindi indispensabile rafforzare il controllo dell'esecuzione dei contratti, al fine di far arrivare, nella tempistica prevista, le corrette informazioni di riscontro alla Centrale di acquisto/Ente Capofila.
Eventuali difettosità o carenze delle forniture o servizi devono essere prontamente documentate al fine di poter dare alla Centrale Acquisti Regionale gli strumenti per applicazione di penali o recesso da lotti specifici.

Per quanto riguarda una dettagliata programmazione degli acquisti, questa è imprescindibile a tutti i livelli della "rete" d'acquisti, per una corretta allocazione delle procedure e per avere delle tempistiche di gara correlate alle reali esigenze gestionali degli Enti.

Il Tavolo Tecnico istituito con D.G.R. n. X/3440 del 24/04/2015 "*Istituzione presso ARCA Spa del Tavolo Tecnico degli appalti ai sensi della legge Regionale Nr. 24 del 5 agosto 2015*" prevede le modalità e tempistica della Pianificazione e Programmazione degli Acquisti.

Le Aziende, attraverso i coordinatori delle unioni formalizzate d'acquisto, dovranno procedere ad inviare alla Direzione Generale Welfare ed a ARCA S.p.A. la pianificazione degli acquisti nelle modalità definite dalla Centrale d'Acquisto utilizzando lo strumento "Modulo Budget" che diventerà la base per lo scambio di informazioni necessarie alla definizione della programmazione centralizzata ed aggregata.
La programmazione iniziale ed i successivi aggiornamenti sono previsti con le seguenti scadenze:

- entro il 15 marzo 2019 – Revisione degli acquisti relativi agli anni 2019 e 2020 (gare centralizzate in ARCA, gare aggregate e da svolgere in autonomia) e prima programmazione per l'anno 2021;
- entro il 1 ottobre 2019 - Revisione della programmazione per gli anni 2019 e 2020 e 2021;
- entro il 15 gennaio 2020 – Revisione della programmazione degli acquisti relativa agli anni 2020 e 2021.

Tali scadenze sono solo indicative e dovranno essere raccordate con la tempistica della programmazione centralizzata coordinata dal Tavolo Tecnico degli Appalti.

Sempre in termini di programmazione, entro il mese di ottobre di ciascun anno, le Aziende del sistema devono inviare la programmazione annuale degli acquisti di beni e servizi di importo unitario stimato superiore a 1 milione di Euro al Tavolo Tecnico dei Soggetti Aggregatori di cui all'articolo 9, comma 2, del decreto legge 24 aprile 2014, n. 66, convertito, con modificazioni, con legge 23 giugno 2014, n. 89, che li utilizza ai fini dello svolgimento dei compiti e delle attività ad esso attribuiti.

Fino alla data di definizione del Regolamento di costituzione dei gruppi di lavoro a supporto della stesura dei capitolati e alle commissioni di gara, si implementerà il "Modulo Budget" anche per la raccolta dei nominativi dei professionisti che le aziende segnalano a supporto dei tavoli tecnici per la preparazione dei capitolati e documenti delle procedure di gara centralizzate e per la composizione delle commissioni di gara di ARCA S.p.a.

ISTRUTTORIA ISTANZE DI AUTORIZZAZIONE

Informazione attivazione di procedure di acquisto autonome

Viene confermato quanto previsto nelle precedenti Regole di sistema.

Verifica preventiva procedure di global service e facility management

Viene confermato quanto previsto nelle precedenti Regole di sistema.
Si richiama l'attenzione sul fatto che l'obbligo previsto dalla legge n. 135 del 2012 costituisce adempimento ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo SSN.
Ogni anno l'ANAC/MEF al fine della verifica dell'adempimento LEA richiede il dettaglio delle procedure di global service e facility management, con copia del capitolato / bando di gara e del successivo contratto sottoscritto. Tali atti dovranno contenere l'esatto ammontare delle singole prestazioni richieste (lavori, servizi, forniture) e la loro incidenza % sul totale dell'appalto.
Tutte le richieste preventive inviate a Regione devono coincidere con i dettagli inviati ad ANAC/MEF.

2.6.3. Sistema regionale monitoraggio beni e servizi

2.6.3.1. Dispositivi medici

Viene confermato quanto previsto nelle precedenti Regole di sistema.

2.6.3.2. Flusso consumi Dispositivi Medici

Viene confermato quanto previsto nelle precedenti Regole di sistema.
Gli indicatori degli adempimenti LEA prevedono che:

1) la trasmissione dei dati di tutte le Aziende Sanitarie riferite a tutti mesi del periodo gennaio-dicembre 2019.
   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 Struttura Fattori Produttivi attestante il non invio e la motivazione.
2) la spesa rilevata nel periodo Gennaio-Dicembre 2019 copra l'85% dei costi rilevati da 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.

2.6.3.3. Flusso Contratti

Viene confermato quanto previsto nelle precedenti Regole di sistema.

Si rammenta che dal 01/01/2015 è stato introdotto il regime sanzionatorio per l'invio dei contratti relativi ai dispositivi medici per cui si richiede particolare attenzione nella

trattazione dei dati, sia dal punto di vista formale sia, evidentemente, per ciò che concerne gli aspetti di costo.

Nell'anno 2018 i dati inviati sono migliorati, pur mostrando ancora una carenza nella copertura fra numero di dispositivi medici nel flusso consumi DM rispetto al flusso contratti DM.
E' a disposizione delle Aziende Sanitarie un report di ritorno sul flusso contratti dispositivi medici in cui verranno inviate alle Aziende le informazioni relative ai dati di caricamento del flusso contratti con le eventuali segnalazioni di incongruenze rispetto al flusso consumi dispositivi medici.

Gli indicatori degli adempimenti LEA prevedono che:
- l'obbiettivo per l'anno 2019 sarà posto come percentuale di numeri di repertorio presenti sia nel flusso consumi, sia nel flusso contratti per l'anno 2019. Il calcolo è a livello regionale e sono escluse le categorie Q e L;
- il metodo di calcolo può essere ancora variato dal Comitato LEA.

2.6.3.4. Monitoraggio Servizi non sanitari
Viene confermato quanto previsto nelle precedenti Regole di sistema.

2.6.3.5. Flusso informativo per il monitoraggio delle grandi apparecchiature sanitarie in uso presso le strutture sanitarie pubbliche, private accreditate e private non accreditate

Come stabilito dal decreto del Ministero della Salute 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 Tecnologie Sanitarie.

2.6.4. Sistemi di verifica e di monitoraggio
Viene confermato quanto previsto nelle precedenti Regole di sistema.

2.6.5. Proroghe dei contratti di appalto – Rinnovo – c.d. clausola di adesione
Viene confermato quanto previsto nelle precedenti Regole di sistema.
La Direzione Generale Welfare richiederà alle Aziende per l'anno 2019 una verifica semestrale delle procedure d'acquisto effettuate con proroghe a contratti esistenti, in conformità al quadro normativo esistente. La stessa dovrà essere inviata con la relazione trimestrale sugli acquisti, alla fine del primo semestre ed a fine anno, il giorno 15 del mese successivo alla chiusura del semestre.
Sarà valutato positivamente l'utilizzo limitato delle proroghe e in particolare delle proroghe reiterate relative a contratti scaduti da più tempo e la stretta osservanza delle disposizioni normative in materia.

2.6.6. Procedure negoziate per forniture e servizi ritenuti infungibili

Si rimanda al sub-allegato C) della D.G.R. XI/491 del 02/08/2018.

2.6.7. Obiettivi 2019 – Dispositivi Medici

Per quanto riguarda i dispositivi medici, il tetto di spesa a livello regionale previsto dalla Legge di Stabilità 2013, legge 228/2012, prevede un decremento (dal 4,8% per il 2013 al 4,4% dal 2014). Le misure atte al raggiungimento dell'obiettivo sono specificate nella sezione "*Inquadramento economico: il quadro del sistema per l'anno 2019*".

3. GOVERNO DEI TEMPI DI ATTESA

3.1. Modalità di erogazione delle prestazioni ambulatoriali e gestione delle liste d'attesa

In ordine alle modalità di governo delle liste e dei tempi di attesa per l'anno 2019, e considerato che l'attuale quadro normativo stabilisce tempi massimi entro cui le strutture sanitarie devono erogare le prestazioni per ciascuna classe di priorità, e precisamente:

U= urgente (nel più breve tempo possibile o, se differibile, entro 72 ore)
B= entro 10 gg
D= entro 30 gg (visite) entro 60 gg (prestazioni strumentali)
P= programmabile
allo scopo di rendere omogenee su tutto il territorio regionale le modalità di prenotazione delle richieste di prestazioni ambulatoriali a seconda delle relative priorità, si precisa quanto segue:

- l'appuntamento deve essere fissato nel rispetto delle priorità cliniche indicate dal medico prescrittore;
- nel caso non ci fossero disponibilità entro i termini stabiliti nella struttura che rappresenta la prima scelta del cittadino, il Responsabile Unico Aziendale per i tempi di attesa, definito a seguito delle indicazioni della D.G.R. n. X/7766/2018, si attiva per individuare altre strutture in grado di offrire la prestazione entro i tempi indicati;
- qualora sul territorio dell'ATS non fossero presenti le disponibilità richieste, la struttura scelta dovrà impegnarsi a fornire comunque la prestazione al solo costo del ticket, se dovuto, con le modalità organizzative che la struttura stessa avrà appositamente predisposto;
- per le prescrizioni in classe priorità U o B emesse dal Pronto Soccorso o dal medico specialista dell'Azienda, il prescrittore dovrà assicurarsi che la prenotazione e la relativa erogazione avvengano prioritariamente nello stesso Ente in cui è stata generata.

Nello specifico si precisa che l'indicazione della classe di priorità è uno strumento atto ad armonizzare le esigenze cliniche con le necessità organizzative del sistema e che, a seguito di accurata valutazione clinica del singolo caso, offre la possibilità di erogare una prestazione nel tempo clinicamente più adeguato; tuttavia è opportuno sottolineare che detto strumento impegna tutti gli attori coinvolti nel processo: il medico, il cittadino utente e la struttura erogatrice.

Sulla base di un esame della normativa di settore, e per evitare ulteriori disomogeneità nell'interpretazione e nel comportamento, si stabilisce quanto segue:

- il medico prescrittore si impegna a valutare l'urgenza e ad indicare la priorità

clinica adeguata che l'attesta;
- il cittadino utente si impegna presentare la richiesta alla struttura scelta in tempi coerenti alla priorità indicata e ad fruire della prestazione, accettando la proposta della struttura, salvo casi eccezionali e documentabili;
- la struttura erogatrice si impegna ad erogare la prestazione nei tempi indicati dalla priorità a decorrere dal momento della presentazione della richiesta da parte del cittadino o, in caso di impossibilità, ad attivare il Responsabile Unico Aziendale per i tempi di attesa, per individuare un'altra struttura in grado di erogare la prestazione nei termini stabiliti.

Si conferma l'indicazione alla prosecuzione da parte delle ATS delle attività di implementazione di strumenti per il controllo e l'inibizione dei comportamenti prescrittivi inappropriati, anche mediante l'istituzione, in collaborazione con i competenti uffici regionali, di gruppi di esperti volti alla produzione di indicazioni utili all'omogeneizzazione delle modalità di comportamento sul territorio regionale.

Si precisa altresì che, nelle more dell'emanazione del nuovo Piano Nazionale di Governo per le Liste di Attesa (PNGLA) per il prossimo triennio, per tutto quanto non espressamente citato nel presente provvedimento, si confermano i disposti del PNGLA 2010/2012 tutt'ora vigente, così come recepito dalla D.G.R. n. X/1775/2011 e s.m.i.
Considerato inoltre che appropriatezza clinica e gestione delle priorità costituiscono, nel loro insieme, il principale strumento di intervento pubblico per offrire tempi di attesa adeguati ai bisogni sanitari dei cittadini, in un'equa e sostenibile accessibilità al servizio sanitario pubblico, si evidenzia che il progetto di Ricerca promosso e finanziato dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali – Agenas "*Applicazione diffusa priorità cliniche alle prestazioni specialistiche ambulatoriali*" al quale Regione Lombardia ha aderito dal 2017, ha terminato la sua fase preliminare con l'individuazione di facilitatori per la costruzione di un linguaggio clinico condiviso e con l'attuazione delle iniziative formative previste per la costruzione di un modello che prevede, anche, la riattribuzione da parte dello specialista, allo stesso paziente, della priorità clinica in modo da poterne verificare la cosiddetta concordanza.

Le attività specifiche riguardanti le modalità prescrittive, l'organizzazione delle agende dedicate, la raccolta ed i relativi controlli mirati alla verifica dell'efficacia del modello sull'abbattimento delle liste di attesa, proseguiranno per tutto il primo semestre 2019, attraverso specifici progetti che coinvolgeranno le ATS di Lecco, Insubria e Val Padana ed alcune ASST presenti sul loro territorio.

3.2. Negoziazione sperimentale in 2 ATS di volumi e tipologie di prestazioni per alcuni ambiti di attività di specialistica ambulatoriale

Il problema dei tempi di attesa ed anche del difficile accesso da parte dei cittadini alle agende ambulatoriali di tutti gli erogatori, pone all'attenzione l'opportunità di sperimentare l'introduzione di due importanti modifiche alle regole attuali di negoziazione che si andranno con queste ad integrare:
1) iniziare, almeno per le prestazioni più critiche per i tempi di attesa, a procedere ad una negoziazione mirata di tipologie e di volumi di prestazioni;
2) separare le attività negoziate per i pazienti PIC (cittadini stratificati come cronici con gli algoritmi di Regione Lombardia) da quelle negoziate (in parte in modo mirato ed in parte ancora indistinto) per i primi accessi.

In termini esemplificativi si prevede di procedere come segue:

1) nelle ATS dove si sperimenta il nuovo modello di negoziazione, il finanziato 2018 viene ridotto sia a livello complessivo di ATS sia, di conseguenza, a livello di ogni singolo erogatore a contratto, al netto delle prestazioni eventualmente già prenotate per l'esercizio 2019:
   a) della quota di prestazioni erogate nel 2018 e riconducibili ai set di riferimento dei pazienti PIC arruolati alla data del 31/03/2019;
   b) della quota delle prestazioni particolarmente critiche per i tempi di attesa erogate nel 2018 (vedi le 12 prestazioni dettagliate nella tabella che segue) al fine di garantire nel 2019 al sistema volumi, per le stesse prestazioni, non inferiori a quelli erogati nel 2018;
2) per le prestazioni di cui al punto 1.b) viene individuato il volume di attività aggiuntivo necessario per garantire, per i primi accessi, in almeno il 90% dei casi, il rispetto dei tempi attesa previsti dalla normativa nazionale e regionale. Questo volume aggiuntivo di attività nelle due ATS di riferimento per la sperimentazione sarà pari a circa 15 milioni di euro compresi gli oneri del call center.
   La modalità di negoziazione di questi volumi aggiuntivi, ipotizzando il rispetto di Regione Lombardia dei vincoli di spesa previsti dal decreto legge 95/2012 (spending review), avviene con una negoziazione mirata per tipologie e volumi di prestazioni con gli erogatori che già erogano le prestazioni di cui è necessaria una maggiore fornitura e permettendo di accedere, con contratti di scopo, a questa negoziazione anche agli erogatori solo accreditati e non a contratto. La possibilità di coinvolgere erogatori accreditati e non a contratto per queste finalità e per quelle previste dalla presa in carico dei pazienti cronici, si riferisce ad enti accreditati alla data del 1 gennaio 2018. Relativamente all'erogazione di queste prestazioni aggiuntive, previa verifica delle potenzialità erogative delle stesse, bisognerà garantire la partecipazione delle strutture di diritto pubblico per una quota a parte non inferiore a quella storicamente garantita dalle stesse per queste prestazioni;
3) per le prestazioni di cui ai punti 1) e 2) vengono fornite dagli erogatori pubblici e privati le agende di attività per l'intero esercizio e le agende sono disponibili (direttamente ai cittadini o solo ai gestori della presa in carico anche con spazi riservati per le diverse filiere erogative) alla prenotazione tramite la piattaforma GP++ alla quale vengono connessi tutti i Gestori della presa in carico. L'acquisizione preventiva sperimentale, nel corso del 2019, delle agende relative alle prestazioni di cui trattasi da parte di tutti gli erogatori pubblici e privati accreditati e la conseguente prenotabilità tramite il call center, potrà garantire il raggiungimento dei due seguenti importanti risultati:
   - l'eliminazione totale del fenomeno delle prenotazioni multiple riferibili ad un unico soggetto, che hanno come conseguenza uno spreco di risorse a causa del non utilizzo di personale e di macchinari per la non presentazione dei pazienti;
   - il raggiungimento di migliori condizioni di salute grazie alla tempestività di erogazione delle prestazioni necessarie;
4) il nuovo modello parte nelle ATS Città Metropolitana di Milano e di Brescia per i primi accessi e nella sola ATS Città metropolitana di Milano per le prestazioni riferite ai pazienti PIC;
5) al fine di permettere agli stakeholder di comprendere il perimetro di riferimento del presente modello negoziale in termini di risorse coinvolte, si dettaglia di seguito

lo scenario prevedibile su base regionale che in termini percentuali sul totale delle risorse vale come proiezione per le diverse ATS della regione:

a) la quota 1.a (quota PIC) con 500.000 pazienti arruolati con PAI entro i primi mesi del 2019 arriva al 2,7% del totale del budget della specialistica ambulatoriale con un valore di 60 MLN in termini assoluti;
b) la quota 1.b (12 prestazioni particolarmente critiche in termini di tempi di attesa per i primi accessi), storicizzata dal 2018, arriva ad un valore complessivo di 48 MLN pari al 2% del budget della specialistica ambulatoriale;
c) ne deriva che, al massimo, il 4,7 % del budget complessivo della specialistica sarebbe coinvolto nel 2019 da queste modifiche relative alla negoziazione.

Elenco delle 12 prestazioni critiche in termini di tempi di attesa per i primi accessi:

Prestazioni erogate nell'anno 2017	
	Lombardia
DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A RAGGI X; Lombare, femorale, ultradistale	260.225
ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI	323.288
ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo (non associabile a 88.72.1, 88.72.3 e 88.72.A)	483.383
ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	606.493
ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA	410.607
ELETTROCARDIOGRAMMA	952.332
MAMMOGRAFIA BILATERALE	392.722
PRIMA VISITA DERMATOLOGICA	399.970
PRIMA VISITA OCULISTICA	507.811
PRIMA VISITA ORL	352.631
PRIMA VISITA ORTOPEDICA	399.471
PRIMA VISITA CARDIOLOGICA	313.408
TOTALE	5.402.341

Le prestazioni sopra elencate individuano i due ambiti prioritari di intervento, ad elevata richiesta e critici in termini di tempi di attesa, delle visite specialistiche e delle attività operatore dipendenti, caratterizzate da scarsa o nulla marginalità correlata al crescere dei volumi erogati. Nel pieno ed esclusivo rispetto di queste priorità entro il 31 gennaio 2019 le due ATS sopraindicate, in raccordo con la Direzione Generale Welfare, dovranno predisporre il piano operativo per l'implementazione della presente progettualità con la negoziazione 2019.

3.2.1. Prestazioni di screening

Gli erogatori dovranno mettere a disposizione dei programmi di screening opportuni volumi di prestazioni per garantire un'adeguata copertura della popolazione, collaborare nella rendicontazione delle stadiazioni dei cancri screen detected, garantire piena collaborazione dei propri professionisti alle ATS nei percorsi per l'analisi dei casi di cancri di intervallo e dei cancri screen detected avanzati.

Nel contratto tra ATS ed erogatori dovranno essere presenti i seguenti elementi relativi al budget di screening:

- numero di prestazioni di primo livello (mammografie, pap-test, HPVdna test, fobt) e secondo livello;
- tipologia di prestazioni di secondo livello che rientrano nel percorso di screening comprese quelle non quantificate in termini di volumi in quanto previste solo in numero marginale di casi;
- budget complessivo riservato allo screening.

Gli erogatori dovranno garantire i seguenti tempi di attesa in caso di positività allo screening:

- screening mammografico: data mammografia di screening - data primo esame di approfondimento <=28 giorni (primo esame tra ecografia, altra mammografia anche con tomosintesi, biopsia o eccezionalmente altro esame);
- screening colonrettale: data dell'analisi in laboratorio del campione di feci risultato positivo per sangue occulto - data prima colonscopia (o eccezionalmente colonscopia virtuale) <=30 giorni.

Gli standard si intendono assolti se >=90% delle positività per ogni linea di screening è gestita entro i tempi definiti.

Nel budget 2019 deve essere identificata una quota destinata prioritariamente alle attività di screening oncologico organizzato dalle ATS garantendo un aumento di almeno il 3% rispetto all'analoga quota 2018: tale quota potrà essere utilizzata esclusivamente per le attività di screening oncologico organizzato dalle ATS; ove nel corso dell'anno si rilevasse un avanzo rispetto a quanto contrattualizzato, in seguito a esplicita dichiarazione della ATS, la quota eccedente potrà essere utilizzata per altre prestazioni. Per le specifiche si rimanda al capitolo dedicato alla prevenzione.

4. RETE DELL'OFFERTA: DISPOSIZIONI GENERALI

4.1. Premessa

Regione Lombardia è da anni impegnata in un processo di revisione organizzativa e funzionale della rete d'offerta attraverso vari interventi programmatori, finalizzati ad adeguare il sistema a una domanda di salute profondamente mutata nel tempo, mantenendo qualità e capacità innovativa ed accrescendo al contempo l'efficienza del sistema sanitario, per mantenere l'equilibrio economico-finanziario.

Questo processo si è sviluppato in un contesto regionale specifico dove sono presenti alcune peculiarità quali:

- il 50% degli Istituti a carattere scientifico nazionale;
- un numero rilevante di Università con Facoltà di Medicina;
- una conformazione del territorio regionale con un numero di comunità montane superiore che in altre regioni.

Pertanto queste condizioni richiedono da parte del sistema organizzativo sanitario la flessibilità necessaria a rispondere, da un lato alle esigenze di sviluppo scientifico e dall'altro, anche dal punto di vista logistico, alla domanda di salute che perviene dal territorio.
Il D.M. n. 70/2015 chiede alle Regioni una forte spinta programmatoria sugli assetti organizzativi dell'area ospedaliera.

Regione Lombardia ha la necessità di ripensare in modo compiuto la visione strategica dell'assistenza sanitaria al cittadino, definendo contestualmente nuove modalità di erogazione delle prestazioni, da un lato superando l'approccio specialistico tradizionale, per focalizzarsi sulla persona, sulla valutazione globale e multi disciplinare dei suoi bisogni e dall'altro, concentrando competenze di alta specialità in ambiti ospedalieri definiti, superando la logica "verticale" delle cure, intese come una sommatoria di singoli atti diagnostici, terapeutici ed assistenziali, in funzione dell'attuazione di un modello a rete integrata che permetta razionalizzazione e rigorosa appropriatezza degli interventi, con anche una complessiva economicità della filiera erogativa.

In particolare il D.M. n. 70/2015 ha come obbiettivo di *"rendere più specifica la missione assistenziale affidata agli ospedali in modo da consentire a tutte le componenti di svolgere il proprio specifico e definito ruolo di presa in carico, garantendo i richiesti livelli di qualità degli interventi e rapportandosi con maggiore specificità ai contesti sociali in cui la rete dell'offerta è inserita."*.

In questi anni si è assistito ad una tendenziale riduzione dei ricoveri ospedalieri, sia per effetto dello spostamento di attività verso differenti regimi erogativi (attività di day-hospital e ambulatoriali), sia per un trasferimento di attività verso la rete territoriale.

Già a partire dal 2011, Regione ha regolamentato le "cure sub-acute" con una serie di provvedimenti (D.G.R. n. IX/937 del 1/12/2010, D.G.R. n. IX/1479 del 30/03/2011) che si concretizzano innanzitutto nella capacità, sia a livello di sistema, che dell'erogatore di prestazioni, di spostare ed estendere il focus dai singoli e specifici episodi di cura alla presa in carico complessiva della persona, in relazione ai suoi bisogni e all'evoluzione di questi nel tempo, tenendo in considerazione anche il contesto sociale e relazionale in cui è inserita.

Oggi le degenze per subacuti sono una realtà in fase di espansione e, per queste, è necessario prevedere specifiche indicazioni per tutti i soggetti accreditati, siano essi pubblici o privati, contestualizzando la possibilità di trasformare degenze per acuti in degenze per subacuti in contesti e secondo modalità adeguate, affinché il sistema ne possa sostenere l'impatto anche economico.

Contestualmente, a partire dal 2012, sono state avviate sperimentazioni di degenze post acute nell'ambito sociosanitario, poi confluite nel 2014 nella rete delle cure intermedie, che comprende le strutture di degenza riabilitativa ex art. 26 D.M. n. 70/2015.

Il sistema delle cure intermedie rappresenta, oggi, un importante nodo nel percorso di integrazione tra ospedale e territorio in grado di garantire continuità all'assistenza e di dare adeguate risposte ai bisogni di presa in carico in regime di degenza, sempre più impattanti, provenienti dal territorio e delle stesse strutture ospedaliere.

Più recentemente sono stati avviati due progetti sperimentali di servizi di degenza per la gestione appropriata della persona cronica e fragile, per lo più anziana, che negli ultimi anni è diventata sempre più consistente, determinando la necessità, per continuare a rispondere efficacemente alla multidimensionalità dei bisogni di salute, di sperimentare nuovi modelli organizzativi su cui articolare la rete d'offerta al fine di fornire risposte ai bisogni di presa in carico provenienti dal territorio e dalle stesse strutture ospedaliere.

Il "*Progetto sperimentale Punto di Primo Intervento Geriatrico (PRINGE*)" presso l'azienda di servizi alla persona Istituti Milanesi Martinitt e Stelline e Pio Albergo Trivulzio di Milano, per l'appropriatezza della presa in carico dei pazienti anziani cronici e fragili che accedono al pronto soccorso dell'ASST Fatebenefratelli-Sacco, approvato con la D.G.R. n. X/6503 del 21/04/2017, ha offerto una risposta al bisogno di grandi anziani che, a seguito di un evento acuto, hanno avuto un accesso al pronto soccorso, non necessitano di un ricovero ospedaliero, ma non sono nelle condizioni di un rientro al domicilio.

Il progetto per l'avvio sperimentale di un Servizio Territoriale di Assistenza Residenziale (STAR) presso la Fondazione Richiedei di Gussago (BS), approvato con la D.G.R. n. X/6766 del 22/06/2017, ha proposto un servizio innovativo di degenza di comunità, caratterizzato dalle cure di personale infermieristico con il coinvolgimento del Medico di Medicina Generale, quale responsabile della conduzione clinica dell'assistito.

A fronte di un quadro di offerta ricco, ma molto variegato per tipologia e distribuzione territoriale, e alla luce di quanto previsto dalla l.r. n. 33/09, in particolare per nuove strutture del settore della rete territoriale, e delle indicazioni dei LEA, si rende necessario ripensare complessivamente al settore dell'offerta delle cosiddette "cure di transizione."

A tale fine, la Direzione Generale Welfare elaborerà entro il 31/3/2019 la proposta di un provvedimento di Giunta con i seguenti contenuti:

- ridefinizione delle tipologie di offerta di riabilitazione e di cure di transizione sia ospedaliere che territoriali;
- definizione dei servizi e delle tipologie di offerta erogabili dai Presidi Ospedalieri Territoriali (POT) e dai Presidi Socio Sanitari territoriali (PreSST);
- definizione dei requisiti di esercizio e di accreditamento dei POT e dei PreSST;
- valutazione della rete d'offerta esistente con le indicazioni che consentano alle ATS di programmare sul proprio territorio il riordino dell'offerta esistente e l'eventuale messa a bando di nuovi servizi.

Nelle more di tale provvedimento e fino al perfezionamento dei bandi previsti dalla D.G.R. n. XI/553 del 24/9/2018 "*Determinazioni in ordine alle attività sperimentali di cui alla D.G.R. n. X/6503 del 21/04/2017 e alla D.G.R. n. X/6766 del 22/06/2017*", si autorizzano le ATS della Città Metropolitana di Milano e di Brescia a proseguire le attività già oggetto di sperimentazione.

Nell'ambito delle iniziative finalizzate a promuovere lo sviluppo di progetti di innovazione in ambito sanitario e sociosanitario, sulla base delle necessità del territorio evidenziate dall'ATS di Brescia e considerato che la collocazione di un centro in tale territorio è strategica rispetto all'attuale offerta, concentrata soprattutto sulla città di Milano, sarà realizzato nel territorio della Provincia di Brescia un polo di eccellenza per la gestione completa e senza discontinuità del paziente neuromuscolare (SLA, distrofie muscolari, atrofie muscolari spinali e patologie affini).
Il Centro sarà destinato a incontrare la domanda di presa in carico clinica e funzionale di pazienti ad elevata complessità residenti nel territorio, caratterizzato da un'elevata mobilità intra ed extraregionale per queste patologie.
Si dà mandato all'ATS di Brescia di predisporre entro il 28.02.2019, di concerto con la Direzione Generale Welfare, un bando per l'assegnazione di 20 posti letto di riabilitazione specialistica destinata alle malattie neuromuscolari; il budget destinato a residenti in Lombardia sarà definito sulla base di una copertura dell'80% dei posti letto.

4.2. Accreditamento

I principali indirizzi di programmazione regionale in materia di accreditamento sono definiti considerando i seguenti obiettivi strategici regionali per il 2019:

- revisione del sistema di accreditamento, al fine della maggiore integrazione tra l'ambito sanitario e quello sociosanitario e tra ospedale e territorio;
- riordino e sviluppo del sistema delle degenze territoriali, quali degenze per sub acuti, cure intermedie, degenze post acuti, cure palliative;
- riqualificazione della rete di offerta, con particolare riferimento all'attivazione di POT e PreSST, definendo i requisiti di accreditamento;
- definizione degli ulteriori requisiti, per ambiti di assistenza di alta intensità di cura, con lo sviluppo di aree omogenee di attività, superando quanto previsto dalla D.G.R. n. VIII/9014/2009 e successivi aggiornamenti;

- riordino del sistema delle cure domiciliari con definizione di un nuovo modello di presa in carico e di programmazione dell'assistenza;
- promozione di un modello di presa in carico personalizzata della disabilità anche grave orientato allo sviluppo ed al recupero delle competenze e, ove possibile, al passaggio a contesti di vita con maggiore autonomia al di fuori dei servizi residenziali e semiresidenziali della rete sociosanitaria, anche con particolare riferimento alle fasi di transizione della vita, quali il passaggio dall'età pediatrica all'età giovanile e dall'età adulta verso la vecchiaia;
- monitoraggio dell'attività degli SMeL di Anatomia Patologica alla luce della D.G.R. n. XI/772 del 12/11/2018 e dell'applicazione dei requisiti relativi alle attività di Genetica Molecolare e Citogenetica.

Come previsto dall'aggiornamento della l.r. n. 33/2009, la concessione dell'accreditamento non conferisce di per sé il diritto alla messa a contratto, ma rimane precondizione per l'eventuale accesso alla contrattualizzazione, secondo le indicazioni regionali attuative delle politiche in materia.

Anche per il 2019 è possibile presentare alle ATS territorialmente competenti istanze di nuovi accreditamenti, ampliamenti e trasformazioni, in ambito sanitario e sociosanitario, secondo le vigenti procedure regionali, nel rispetto delle indicazioni specifiche previste dal presente provvedimento e dal D.M. n. 70/2015. Si precisa che per le attività di ricovero per acuti, di degenza di riabilitazione e di cure intermedie, sono possibili solo trasformazioni e riconversioni il cui governo è in carico alla Direzione Generale Welfare al fine di garantire l'uniformità delle attività di cui sopra.

Per quanto riguarda le sole degenze di riabilitazione ospedaliera, ogni ATS, qualora l'indice dei posti letto non sia superiore allo 0,7 posti letto per 1000 abitanti, così come indicato all'art. 1 del D.M. n. 70/2015, potrà valutare una diversa distribuzione, con il vincolo che i posti letto di riabilitazione di mantenimento e generale geriatrica non possono comunque essere trasformati in posti letto di riabilitazione specialistica.
Fatte salve le precisazioni di cui sopra, possono, pertanto, essere accreditate le strutture sanitarie pubbliche e private autorizzate, nonché le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private che abbiano presentato la SCIA e che siano in possesso dei requisiti strutturali, tecnologici, gestionali ed organizzativi previsti dal DPR 14 gennaio 1997, nonché degli ulteriori requisiti stabiliti dalla Giunta Regionale.

Il processo di accreditamento, infatti, si configura come il solo accertamento del possesso, da parte delle strutture erogatrici, di specifici requisiti, aggiuntivi rispetto ai requisiti autorizzativi, in ambito strutturale, tecnologico, gestionale ed organizzativo.

Si riconferma che, in ambito sanitario, i processi di autorizzazione, di messa in esercizio e di accreditamento delle strutture sono gestiti attraverso l'applicativo ASAN (Anagrafica Regionale delle Strutture Sanitarie - Autorizzazione e Accreditamento), secondo i disposti della l.r. n. 33/09 e delle DD.G.R. n. 38133/1998 e n. 3312/2001 e smi.

In ambito sociosanitario, si confermano le indicazioni di cui alla D.G.R. n. X/2569/2014, così come modificata dall'allegato 2 della D.G.R. n. X/4702/2015, e l'utilizzo del data base AFAM per i procedimenti di messa in esercizio, nuovi accreditamenti, volture, trasferimenti di sede, rimodulazioni.

Le ATS dovranno provvedere, nel rispetto delle norme sopra richiamate, a trasmettere alla Regione e al soggetto gestore tutti i provvedimenti adottati nel rispetto delle tempistiche previste.

Regione Lombardia, verificata la completezza dei provvedimenti adottati dalle ATS e la rispondenza alle indicazioni regionali, a conclusione e perfezionamento dei provvedimenti stessi, procede all'iscrizione o all'aggiornamento nei registri informatizzati ASAN e AFAM, dandone riscontro con nota di presa d'atto alle ATS interessate e ai soggetti gestori.
Gli effetti giuridici dell'accreditamento decorrono dalla data di iscrizione/aggiornamento al registro regionale.

Si conferma la possibilità che i soggetti gestori di più unità d'offerta sanitarie o sociosanitarie accreditate, anche di diversa tipologia, possano chiedere il riconoscimento di ente unico gestore, la cui competenza, anche per il 2019, rimane in capo a Regione. Si precisa che, con l'assegnazione del codice CUDES anche all'attività di assistenza domiciliare integrata (ADI), è possibile includere anche tale servizio nell'ente unico.
Si riconferma, per le strutture sanitarie, la possibilità di utilizzare per i ricoveri a carico del SSN, quindi sia per pazienti lombardi che per pazienti fuori regione, esclusivamente i posti letto accreditati e a contratto.

Per quanto riguarda, invece, le unità d'offerta sociosanitarie, le prestazioni non sono oggetto di compensazione interregionale e, pertanto, sono utilizzabili i posti accreditati, anche non a contratto, applicando le tariffe regionali con la fatturazione diretta della prestazione all'ASL fuori regione di residenza dell'assistito non lombardo.

4.2.1. Attività contrattualizzate e attività in regime di solvenza

Si conferma che, al di fuori del rapporto contrattuale con il SSL, presso le strutture sanitarie e le unità d'offerta sociosanitarie accreditate e a contratto, è consentito lo svolgimento di attività in regime di solvenza, ovvero privata senza oneri a carico del FSR, a condizione che non vi sia commistione tra le attività contrattualizzate con il SSL e quelle erogate per i pazienti solventi.

In tal senso vengono date le seguenti indicazioni:
- l'attività, a norma di legge, deve essere regolarmente autorizzata o abilitata all'esercizio;
- l'attività deve essere svolta in spazi dedicati, in tempi dedicati, ovvero in giorni e/o orari diversi da quelli stabiliti per le attività istituzionali;
- le strutture devono dotarsi di adeguata segnaletica per indirizzare correttamente gli assistiti;
- la carta dei servizi deve indicare chiaramente la presenza di entrambi i servizi e le diverse modalità per accedervi.

Si rammenta che nell'ambito dell'attività in regime di solvenza non è consentito l'utilizzo del ricettario regionale. In tal senso verrà garantita dalle ATS l'attività di monitoraggio e verifica del rispetto di quanto sopra indicato.
Nei capitoli relativi all'area sanitaria e all'area sociosanitaria sono riportate le indicazioni per l'accreditamento specifiche per i due settori.

4.3. Negoziazione

Le unità d'offerta accreditate e contrattualizzate sono chiamate a continuare l'erogazione delle prestazioni a contratto nell'ambito organizzativo definito dalla l.r. n. 33/09, che attribuisce alle ATS le funzioni di negoziazione e acquisto delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie dalle strutture accreditate, in attuazione della programmazione definita dalla Regione.

Si conferma che il contratto sottoscritto tra gli enti gestori e le ATS è soggetto alla programmazione regionale e che l'accreditamento dell'unità d'offerta costituisce una condizione necessaria, ma non sufficiente per la sottoscrizione dello stesso.

Non è consentito sottoscrivere contratti con riserva generica e generale e comunque relativa ai principi fondamentali del regime di regolazione dei rapporti con il SSL.
Non è possibile stipulare contratti con nuove unità d'offerta o effettuare ampliamenti di budget, né sottoscrivere contratti in assenza di un correlato budget, ad eccezione dei contratti di scopo previsti dalla disciplina regionale sulla cronicità.

In linea con quanto previsto dalla l.r. n. 33/2009, le ATS nell'esercitare la funzione di negoziazione e acquisto delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie dalle strutture accreditate, si attengono ai volumi, budget e limiti definiti dal presente documento, assicurando l'erogazione dei LEA in modo uniforme nel territorio di competenza, anche avvalendosi della rimodulazione e dell'utilizzo di quote residue come più avanti precisato.

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. La sospensione temporanea o la cessazione di una attività accreditata e a contratto deve essere preventivamente autorizzata dalla ATS territorialmente competente.

Si rammenta che, nel caso di cessazione dell'attività da parte di un erogatore sanitario o sociosanitario, qualora la ATS valuti necessario mantenere sul proprio territorio il servizio cessato, è necessario procedere all'assegnazione dei posti o dei volumi di attività e del relativo budget ad un nuovo gestore, secondo procedure ad evidenza pubblica idonee a garantire il rispetto dei canoni di trasparenza e par condicio dei soggetti interessati.

La procedura per la negoziazione e sottoscrizione dei contratti, sia in ambito sanitario che in ambito sociosanitario, prevede la seguente tempistica:
- sottoscrizione del contratto provvisorio con tutti gli erogatori entro 31 gennaio 2019;
- sottoscrizione del contratto definitivo con tutti gli erogatori entro 31 maggio 2019;
- eventuali rimodulazioni di budget entro il 30 novembre 2019.

A seguito dell'inserimento nel prontuario nazionale di nuovi farmaci a somministrazione ospedaliera nei due setting del ricovero e della specialistica ambulatoriale si può verificare per alcuni erogatori accreditati ed a contratto l'incremento di attività a favore di pazienti già in carico in virtù dell'assetto accreditato e della specializzazione specifica della struttura.

Si ritiene che queste tipologie di incrementi di attività assumano un livello significativo di attenzione, ai fini della possibile integrazione dei contratti in corso con le ATS, quando

arrivano a superare del 5% il valore economico del contratto stesso per lo specifico setting. Al di sotto di questa soglia infatti la struttura può e deve mettere in atto delle modifiche nella programmazione delle attività in modo di compensare le nuove necessità operative.

Nelle situazioni che contemplano quindi degli incrementi di attività non dipendenti dalla scorretta programmazione delle strutture ma da una causa esogena, che comportano di superare di più del 5% il valore economico del contratto stesso per lo specifico setting, si può prevedere di incrementare il valore del contratto dell'erogatore in una quantità minima ma sufficiente a compensare gli incrementi di attività, sulla base di valutazioni specifiche effettuate dalla ATS di riferimento territoriale.
Nei capitoli relativi all'area sanitaria e all'area sociosanitaria sono riportate le indicazioni per la negoziazione specifiche per i due settori.

Preso atto che i farmaci innovativi di cui ai commi 400, 401 e 402 dell'articolo 1 Legge 11 dicembre 2016, n. 232, sono stati autorizzati dall'Agenzia Italiana del Farmaco a fine 2017, con effetti sia sulle prescrizioni che sulle prestazioni ad essi associati realisticamente a partire dal 2018, e sono stati individuati ed autorizzati pochi centri specialisti sulla base di criteri nazionali definiti dalla stessa Agenzia Italiana, si dà mandato alla Direzione Generale Welfare di procedere con una specifica ricognizione in merito alle attività svolte nel 2018 dai centri lombardi legati al percorso dei farmaci innovati entro il 28.02.2019, al fine di valutare eventuali provvedimenti (interventi) in merito alla possibilità di integrazione dei contratti per le attività svolte nel 2018.

4.3.1. Obblighi di pubblicità D.Lgs. 33/2013 enti privati accreditati a contratto

Gli enti di diritto privato di cui all'art. 2 bis comma 3 del d.lgs. 33/2013, tra i quali sono da annoverarsi anche gli enti erogatori sanitari e sociosanitari, sono tenuti - limitatamente all'attività di pubblico interesse svolta - agli stessi obblighi di pubblicazione previsti per le società partecipate non di controllo. In tal senso si è espressa anche ANAC nelle Linee guida approvate con deliberazione n. 1134/2017. L'allegato A1, parte integrante delle Linee guida stesse, sintetizza gli obblighi connessi al tema della trasparenza in relazione alle diverse tipologie soggettive interessate dalla normativa.

Per gli enti di diritto privato tali obblighi attengono, in via esemplificativa, alla pubblicazione della carta dei servizi (art. 32, comma 1, d.lgs. 33/2013) e dei criteri di formazione delle liste di attesa, ai procedimenti (art. 35 d.lgs. 33/2013), qualora stazioni appaltanti ai contenuti delle procedure di evidenza pubblica di cui all'art. 32, agli atti di concessione di cui agli artt. 26 e 27, al bilancio di esercizio (art. 29), alla class action e costi contabilizzati.

Gli enti di diritto privato sono inoltre assoggettati, sempre limitatamente all'attività di pubblico interesse svolta, agli istituti dell'accesso civico "semplice" e "generalizzato": l'art. 2-bis, come modificato dal d.lgs. 97/2016, sostituendo il previgente art. 11 del cosiddetto decreto trasparenza ha fissato, infatti, una disciplina organica (obblighi di pubblicazione e accesso generalizzato) applicabile a tutte le pubbliche amministrazioni ed ha esteso questo stesso regime, "in quanto compatibile", anche agli enti di diritto privato non in controllo pubblico che svolgono attività di pubblico interesse, quale l'attività accreditata.

In virtù del disposto dell'art. 2 del d.lgs. 33/2013, la nozione di trasparenza, in particolare dopo le modifiche introdotte con il d.lgs. 97/16, ricomprende tanto la pubblicazione sui siti web dei dati e documenti indicati puntualmente nell'allegato A1 citato - cui per

completezza occorre rinviare - tanto l'esercizio del diritto di accesso civico "semplice" e "generalizzato" riguardante, per gli enti privati non in controllo pubblico, i dati e i documenti relativi alle sole attività di pubblico interesse.

Pur non essendo detti soggetti tenuti ad adottare le misure previste dalla legge n. 190/2012 né a nominare un Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, le Linee guida ANAC già citate evidenziano, inoltre, l'opportunità di individuare, nell'ambito dell'organizzazione degli enti privati non in controllo, modalità per assicurare la correttezza e tempestività dei flussi informativi e l'accesso civico ai dati, "pubblicando sul proprio sito istituzionale i nominativi dei responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei dati e dei documenti, in quanto si tratta di attività imposte dalla legge" la cui inosservanza determina - fermo restando l'inapplicabilità del regime di cui all'articolo 46 proprio del rapporto di lavoro con la pubblica amministrazione - responsabilità disciplinare ai sensi dell'articolo 45, comma 4 del d.lgs. n. 33/2013.

Dovendo le Regioni includere il rispetto di obblighi di pubblicità previsti dalla normativa vigente fra i requisiti necessari all'accreditamento e alla contrattualizzazione ai sensi del comma 5 dell'articolo 41 del d.lgs. n. 33/2013, occorre riferirsi agli adempimenti come sintetizzati dalle Linee guida ANAC n. 1134/2017 e dal relativo allegato A1, compresivi dell'istituto dell'accesso civico "semplice" e "generalizzato", ai sensi dell'art. 2 del medesimo decreto legislativo.

5. AREA SANITARIA

5.1. Linee prioritarie di sviluppo

Un territorio ampio, articolato, densamente popolato e in continua evoluzione come quello lombardo, pone una domanda di salute ed assistenza caratterizzata dalla complessità e multidimensionalità dei bisogni.
In questo scenario, inoltre, si innesta una delle priorità dei sistemi sanitari evoluti, ovvero la domanda di servizi sociosanitari per i soggetti anziani e/o affetti da patologie croniche che negli ultimi anni è diventata sempre più consistente determinando, di conseguenza, un aumento delle risorse da destinare a questa fascia di popolazione. I dati rilevati in ambito regionale confermano la tendenza che i malati cronici e/o fragili assorbano quote progressivamente crescenti di risorse per la stratificazione dei bisogni e per le condizioni di poli-patologia.

Con l'approvazione del Decreto del Ministero della Salute del 2/04/2015 n. 70 *"Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera"*, sono state poste le basi per ridefinire l'organizzazione dell'intera rete ospedaliera italiana al fine di garantire, nell'offerta di prestazioni sanitarie, dei livelli qualitativi appropriati e sicuri, favorendo, al contempo, una riduzione dei costi nel rispetto dell'erogazione dei LEA.

La legge regionale di riforma n. 23/2015, ha avviato un cambiamento profondo del Sistema sociosanitario lombardo che deve essere ripensato secondo il paradigma della medicina personalizzata che consente risposte di cura commisurate alla specificità dei bisogni in modo da garantire, attraverso un'intensità assistenziale differenziata, qualità, efficacia e appropriatezza.

In tale quadro epidemiologico, demografico, sociale e regolatorio sia nazionale, che regionale, le linee di sviluppo della programmazione riferita al polo ospedaliero, per continuare ad assorbire la domanda di salute in modo appropriato coniugando qualità, sicurezza e contenimento della spesa, devono innanzitutto concentrare gli interventi nelle seguenti linee di sviluppo:

1. progressivo passaggio dalle cure ospedaliere per acuti a forme innovative di degenza territoriale;
2. governo dell'appropriatezza dell'erogazione sia in ambito ospedaliero, che ambulatoriale che si concretizza nel:
    - riorientare l'attività tramite lo strumento negoziale, limitando le prestazioni potenzialmente inappropriate ed incentivando le prestazioni a maggior priorità;
    - permettere l'erogazione di prestazioni solo quando esistono volumi minimi di attività a garanzia di qualità e sicurezza;
    - garantire l'accessibilità alle prestazioni attraverso lo sviluppo di modelli che utilizzano agende differenziate sulla base di priorità cliniche condivise tra prescrittori ed erogatori;
3. riorganizzazione ed innovazione della rete d'offerta, anche al fine di favorire il processo di integrazione tra i servizi ospedalieri e territoriali, attraverso:
    - l'avvio della riclassificazione dei Presidi ospedalieri che afferiscono alla rete regionale dell'Emergenza – Urgenza;
    - il proseguimento dell'azione di adeguamento della rete ospedaliera lombarda coerente con gli standard individuati dal D.M. n. 70/2015;
    - l'evoluzione dal modello organizzativo delle reti di patologia al modello delle reti clinico-assistenziali dove l'accento è posto principalmente sull'integrazione dell'offerta tra l'ospedale ed i servizi territoriali, al fine di assicurare continuità della presa in carico;
    - l'introduzione di nuovi criteri per la determinazione delle funzioni non coperte da tariffe predefinite, al fine di coniugare qualità dell'offerta ed efficientamento della spesa;
4. promozione e sviluppo di strategie ed azioni integrate, finalizzate al contenimento dei tempi di attesa adeguati ai bisogni sanitari dei cittadini, in un'equa e sostenibile accessibilità al servizio sanitario pubblico;
5. prosecuzione degli interventi per assicurare qualità e sicurezza dell'offerta nell'area materno-infantile, definendo un adeguato percorso nascita durante la gravidanza e la presa in carico del neonato e del bambino con l'integrazione fra le strutture ospedaliere e territoriali;
6. promozione e sostegno della ricerca e circolazione del sapere scientifico attraverso un cambio di prospettiva: il sistema sanitario non è solo la risposta a fondamentali diritti che assorbono risorse, ma deve essere anche inteso come una leva dinamica di sviluppo che genera innovazione, investimenti in tecnologia e capitale umano e valore per un territorio;
7. prosecuzione degli interventi in materia di accreditamento per favorire una sempre maggiore integrazione tra l'ambito sanitario e quello sociosanitario, tra ospedale e territorio.

5.2. **Rete dell'Offerta: organizzazione e reti**

5.2.1. La rete dell'Emergenza Urgenza: criteri di classificazione dei Presidi Ospedalieri

L'erogazione di prestazioni in condizioni di appropriatezza, efficacia, efficienza, qualità e sicurezza dei Presidi Ospedalieri della Rete di Emergenza e Urgenza, sedi di Pronto Soccorso (PS) e di Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA I e DEA II), rende necessaria la definizione di un nuovo assetto organizzativo per l'assistenza ospedaliera in base all'analisi dei dati di attività e alla garanzia della presenza di professionisti con competenze specifiche.

Ciò comporterà, con successivi provvedimenti e tenendo in considerazione anche le D.G.R. n. X/267 del 28/06/2018, n. IX/4605 del 28/12/2012, n. X/271 del 19/06/2013 e la D.G.R. n. X/1186 del 20/12/2013, la riconversione di alcuni Presidi in relazione alle risorse e alle competenze disponibili, ai volumi di attività e gli agli esiti ottenuti, nel rispetto degli standard fissati.

Le aree disagiate, così come previsto anche dal D.M. n. 70/2015, saranno individuate sulla base di appositi criteri definiti in un successivo atto regionale che prevederà una valutazione specifica relativamente agli standard proposti, fermo restando che i PPI delle aree disagiate sono inseriti nella rete dell'emergenza urgenza garantendo la presenza nelle 24 ore di un medico e di un infermiere, di un mezzo di soccorso avanzato in sede con possibilità di atterraggio dell'elisoccorso nelle 24 ore.

Il ruolo di ciascun Presidio comporta lo sviluppo di una forte collaborazione tra i vari Presidi fino alla disponibilità della gestione condivisa di pazienti, utilizzando sistemi di telemedicina o definendo modalità di trasferimento secondario e/o back transport tra i diversi Centri. Entro giugno 2019 saranno definite le caratteristiche di ciascun Presidio ed il posizionamento nelle reti di patologia tempo-dipendenti.

5.2.1.1. Presidi sede di Pronto Soccorso (PS)

Il Presidio dotato di PS, tranne che nelle aree definite disagiate, deve servire di norma un bacino di utenza di circa 80 – 150.000 abitanti e deve garantire nelle 24 ore le prestazioni diagnostico-terapeutiche necessarie al ripristino ed al sostegno delle funzioni vitali, anche con interventi invasivi che non richiedono elevata specializzazione clinico-assistenziale-organizzativa, nonché assicurare la gestione del trasporto tempestivo e in continuità di assistenza del paziente ai Presidi di riferimento e più competitivi per la specifica patologia (HUB).
Il trasporto tempestivo e in continuità di assistenza dei pazienti gestiti dai PS verso i DEA, è di competenza dei Presidi Spoke, con il supporto del Servizio di Emergenza Territoriale 118 solo per i Trasporti Sanitari Secondari con prognosi tempo/dipendente, nel rispetto di quanto definito nell'Allegato 4 della D.G.R. n. X/2933/2014 e degli specifici accordi sottoscritti tra Strutture ospedaliere e AREU.

Le Strutture sede di PS con una presenza media > 100 pazienti/giorno devono avere attive, di minima:

- équipe mediche e infermieristiche dedicate all'attività di emergenza e urgenza in numero sufficiente rispetto al volume di attività, con copertura del servizio H/24 e con disponibilità di letti tecnici di Osservazione Breve Intensiva (OBI);

- U.O. di Medicina Interna, con servizio di guardia H/24 indipendente dalla guardia di PS;
- servizio di guardia H/24 di Anestesia e Rianimazione (anche nel caso non siano attivi nel Presidio p.l. di Terapia Intensiva);
- UU.OO. di Chirurgia Generale e di Ortopedia-Traumatologia, entrambe con presenza specialistica diurna feriale e copertura del servizio in pronta disponibilità negli orari notturni, prefestivi e festivi;
- UU.OO. di Pediatria e Ostetrica-Ginecologia con servizi di guardia H/24 se attivo presso il Presidio, un Punto nascita;
- funzioni di Radiologia, Laboratorio, Emoteca in grado di assicurare, nelle 24 ore l'esecuzione *on site* delle prestazioni strettamente correlate all'attività di emergenza-urgenza di base, nonché l'attività di refertazione/consulenza, anche da remoto.

Le Strutture sede di PS con una presenza media < 100 pazienti/giorno devono avere attive, di minima:

- équipe mediche e infermieristiche dedicate all'attività di emergenza e urgenza in numero sufficiente rispetto al volume di attività, con copertura del servizio H/12;
- servizio di guardia H/24 di Anestesia e Rianimazione che in orario notturno può essere previsto anche in compartecipazione con attività di emergenza urgenza extra-ospedaliera;
- un secondo medico di servizio di guardia H/24 che svolga attività sia in PS che di guardia nel Presidio;
- UU.OO. di Chirurgia Generale e di Ortopedia-Traumatologia, entrambe con presenza specialistica diurna feriale e copertura del servizio in pronta disponibilità negli orari notturni, prefestivi e festivi;
- funzioni di Radiologia, Laboratorio, Emoteca in grado di assicurare, nelle 24 ore l'esecuzione on site delle prestazioni strettamente correlate all'attività di emergenza-urgenza di base, nonché l'attività di refertazione/consulenza, anche da remoto.

Possono essere previste funzioni di PS presso Strutture monospecialistiche, anche di alta specializzazione: in tal caso, rispetto ai requisiti minimi di cui sopra, la presenza del servizio di guardia H/24 di Medicina interna e di guardia/pronta disponibilità di Chirurgia Generale e di Ortopedia-Traumatologia possono essere sostituiti da servizi di guardia H/24 nella specialità di riferimento della Struttura, oltre ovviamente:

- all'equipe medico e infermieristica dedicata all''emergenza/urgenza,
- al servizio di guardia H/24 di Anestesia-Rianimazione,
- alle funzioni di supporto diagnostico indicate per le Strutture sede di PS.

5.2.1.2. Struttura sede di Dipartimento di Emergenza Accettazione di I° livello (DEA)

Il Presidio dotato di DEA di I° livello deve servire di norma un bacino di utenza di circa 150 – 300.000 abitanti e, attraverso un'articolazione organizzativa multidisciplinare, deve garantire nelle 24 ore:

- équipe mediche e infermieristiche dedicate all'attività di emergenza e urgenza in numero sufficiente rispetto al volume di attività, con copertura del servizio H/24 e con disponibilità di letti tecnici di Osservazione Breve Intensiva (OBI);
- sezione di Terapia Intensiva generale, con servizio guardia H/24;
- sezioni di posti letto monitorati di Terapia Sub Intensiva specialistici, tra cui

obbligatoriamente UCC e Stroke Unit (per quest'ultima qualora il Presidio sia inserito nella relativa rete di patologia), anche inseriti all'interno di sezioni di Area Critica integrata;
- UU.OO. di Medicina Interna, Cardiologia, Chirurgia Generale e di Ortopedia-Traumatologia con servizio di guardia H/24 (Medicina Interna e Chirurgia Generale/anche in forma interdisciplinare);
- UU.OO. di Pediatria e Ostetrica-Ginecologia con servizi di guardia H/24 se attivo presso il Presidio un Punto nascita, ovvero con possibilità di consulenza specialistica H/24 nelle restanti situazioni;
- UU.OO. di Neurologia con presenza specialistica nelle 24 ore se presente una sezione di degenza autonoma di Stroke Unit, ovvero negli altri casi, diurna feriale e copertura del servizio in pronta disponibilità negli orari notturni, prefestivi e festivi;
- funzioni di consulenza Oculistica, Otorino, Urologia assicurabili H/24 anche tramite consulenze specialistiche in convenzione;
- funzioni di consulenza Psichiatrica H/24 assicurabili, ove non presenti nel Presidio SPDC, anche tramite consulenze specialistiche in convenzione;
- funzioni di:
    - Radiologia in grado di effettuare nelle 24 ore TAC e/o Ecografie;
    - Laboratorio in grado effettuare nelle 24 ore prestazioni laboratoristiche di urgenza;
    - Attività di Medicina Trasfusionale nei limiti definiti dalla normativa regionale in materia.

Le funzioni di cui al presente punto possono prevedere che l'attività di refertazione e di consulenza specialistica vengano assicurate anche da remoto.

5.2.1.3. Struttura sede di Dipartimento di Emergenza Accettazione di II° livello (DEA II)

Il Presidio dotato di DEA di II° livello deve servire un bacino di utenza di circa 600.000 – 1.200.000 abitanti e, attraverso un'articolazione organizzativa multidisciplinare che coinvolge anche competenze di elevata specializzazione, deve garantire nelle 24 ore:

- équipe mediche e infermieristiche dedicate all'attività di emergenza e urgenza in numero sufficiente rispetto al volume di attività, con copertura del servizio H/24 e con disponibilità di letti tecnici di Osservazione Breve Intensiva (OBI);
- sezione di Terapia Intensiva generale, con servizio guardia H/24 indipendente dalla guardia di PS;
- sezioni di posti letto monitorati di Terapia Sub Intensiva specialistici tra cui UCC (con servizio di emodinamica/cardiologia interventistica) e Stroke Unit anche inseriti all'interno di sezioni di Area Critica integrata;
- Attività di Radiologia Interventistica;
- UU.OO. di Medicina Interna, Cardiologia, Chirurgia Generale, Neurologia e di Ortopedia (Traumatologia) con servizio di guardia H/24;
- UU.OO. di Ostetrica-Ginecologia, Pediatria e Patologia neonatale con Terapia Intensiva Neonatale, con servizi di guardia H/24 se attivo presso il Presidio un Punto nascita, ovvero con funzioni di consulenza specialistica H/24 nelle restanti situazioni;
- UU.OO. di Oculistica, Otorino, Urologia con presenza specialistica diurna feriale e copertura del servizio in pronta disponibilità negli orari notturni, prefestivi e festivi;
- Attività di Cardiochirurgia con presenza specialistica diurna feriale e copertura del servizio in pronta disponibilità negli orari notturni, prefestivi e festivi o assicurata, ove non presente nel Presidio, anche tramite consulenze specialistiche in

convenzione;
- UO Neurochirurgia, con presenza di posti letto di TI specialistica;
- competenze pronta disponibilità nelle 24 ore nelle discipline di:
    - Chirurgia vascolare,
    - Chirurgia toracica,
    - Chirurgia plastica (*)
    - Chirurgia maxillo facciale (*)
    - Endoscopia digestiva,
    - Broncoscopia interventistica (*)
    - Radiologia e Neuro radiologia interventistica.

Le discipline contrassegnate con (*) possono anche essere assicurate attraverso rapporti convenzionali.

- Funzioni di consulenza Psichiatrica H24 assicurabili, ove non presenti nel Presidio SPDC, anche tramite consulenze specialistiche in convenzione;
- Funzioni di:
    - Radiologia con servizio di guardia in grado di effettuare nelle 24 h RMN, TAC, Angiografie ed Ecografie;
    - Laboratorio in grado effettuare nelle 24 h prestazioni laboratoristiche di urgenza;
    - Funzioni di Medicina Nucleare;
    - Attività di Medicina Trasfusionale nei limiti definiti dalla normativa regionale in materia.

Le funzioni, di cui al presente punto, devono prevedere anche la possibilità di ricevere da Presidi Spoke documentazione e immagini teletrasmesse ai fini della refertazione da remoto.

Tutte le Strutture della rete di Emergenza Urgenza devono essere collegate tra loro e con le Sale Operative Regionali di Emergenza Urgenza (SOREU) 118 al fine di consentire di anticipare informazioni e dati sui pazienti in arrivo in Ospedale e di conoscere in modo trasparente e trasversale i dati relativi alle situazioni di affollamento delle diverse strutture di PS, DEA I e DEA II.

Inoltre la Direzione Generale Welfare pone attenzione:

- all'applicazione dei criteri di centralizzazione dei pazienti secondo la programmazione regionale sulle reti di patologia tempo-dipendenti;
- alla condivisione, anche con le ATS, dei Piani di Gestione del Sovraffollamento dei PS con le Strutture afferenti alla rete ospedaliera dell'Emergenza Urgenza, nell'ambito della funzione di indirizzo e monitoraggio attribuita dalla l.r. n. 23/2015;
- allo sviluppo ed utilizzo degli strumenti resi disponibili dai progetti regionali per l'integrazione informatica tra il sistema 118 ed i Pronto Soccorso e tra questi e il sistema regionale E.U.O.L. (Emergenza Urgenza On Line), per favorire una funzionale allocazione delle persone soccorse e la tempestiva presa in carico dei pazienti da parte delle Strutture ospedaliere.

5.2.2. Numero Unico di emergenza Europeo 112 (NUE 112)

Nel 2019 il Servizio NUE 112 dovrà garantire il mantenimento degli standard qualitativi certificati dal sistema di qualità ISO 9000, nonché aggiornare il personale secondo le indicazioni che verranno inserite nel Disciplinare Tecnico Standard per il funzionamento delle CUR, dalla Commissione Consultiva del Ministero dell'Interno, (istituita ai sensi

dell'art. 75 bis comma 2, del D.Lgs. 1/08/2003, n. 259) ed adempiere a quanto richiesto in materia di formazione del personale dedicato.
AREU dovrà proseguire nel consolidamento del personale afferente al servizio attraverso il perfezionamento dei contratti di lavoro a tempo indeterminato, anche a favore delle posizioni del personale posto in "distacco funzionale", originariamente attivate per garantire la fase di avvio del servizio. Le risorse " in distacco " potranno concorrere nel fabbisogno di AREU solo ed esclusivamente nel rispetto delle categorie, profili e delle funzioni riportate nel Programma di sviluppo e consolidamento del Servizio NUE 112 approvato.
AREU potrà essere impegnata, sulla base di specifici protocolli e convenzioni, a supportare altre Regioni, negli aspetti organizzativi e operativi, per l'avvio del NUE 112 secondo il modello delle Centrali Uniche di Risposta e il consolidamento delle realtà già avviate.

5.2.3. Sale Operative Regionali dell'Emergenza Urgenza 118 e rete territoriale integrata del soccorso su gomma e su ala rotante

AREU entro la fine del 2019 dovrà attuare un'ulteriore revisione dell'organizzazione dell'attività di emergenza urgenza territoriale, sulla base di oggettivi parametri di sicurezza e di appropriato utilizzo delle risorse su gomma e su ala rotante, con il definitivo e completo superamento della D.G.R. n. IX/1964 del 6/7/2011.
Al fine di contenere le prevedibili e progressive carenze di personale, nel rispetto dei vincoli finalizzati alla riduzione del ricorso al "sistema premiante", sarà possibile procedere al completamento del programma di assunzioni previsto dalla D.G.R. n. X/5088 del 29/4/2016 fino al 30/06/2019 e si continuerà a favorire l'impiego dei professionisti nel contesto, sia intra che extra-ospedaliero, a vantaggio della qualità del sistema dell'Emergenza Urgenza, ripartendo, proporzionalmente alle ore dedicate al territorio e all'ospedale, i relativi oneri dei progetti di integrazione tra ASST/IRCCS e AREU.
Su mandato della Direzione Generale Welfare, la Direzione Generale di AREU opererà di concerto e con la collaborazione delle Direzioni Generali di ASST/IRCCS e ATS, anche attraverso l'opera di informazione alla cittadinanza e la condivisione di percorsi istituzionali, sia relativamente alla riorganizzazione dei mezzi sul territorio, che per la riconversione dei Presidi Ospedalieri.
Nel rispetto degli accordi convenzionali in essere o di futura adozione, particolare attenzione deve essere riservata al servizio di emergenza urgenza extra-ospedaliera, affinché vengano rese disponibili, secondo le indicazioni di AREU, tutte le necessarie risorse atte a garantire l'erogazione del servizio.

5.2.4. Attività dei PS: sovraffollamento

Per contribuire ad affrontare con maggiore efficacia le situazioni di criticità determinate dall'iperafflusso dei pazienti nei Pronto Soccorso, Regione Lombardia con la D.G.R. n. X/2933 del 19/12/2014 ha sperimentato una modalità organizzativo-gestionale flessibile che ha previsto la possibilità di un temporaneo ampliamento del contingente di posti letto. Anche per l'anno 2019, Regione Lombardia ha previsto con D.G.R. n. XI/794 del 12/11/2018 uno specifico finanziamento di euro 4.000.000 da utilizzare secondo le modalità stabilite dallo stesso provvedimento.

5.2.5. Sviluppo dei sistemi informativi

Nella gestione dei processi all'interno della Rete dell'Emergenza Urgenza e delle Reti tempo-dipendenti, è molto importante la tempestiva disponibilità di informazioni per permettere di organizzare la gestione del paziente critico secondo modalità più appropriate.
Il sistema E.U.O.L. ha visto nel corso degli ultimi anni, il completamento dell'integrazione informatica degli applicativi gestionali in uso nei PS regionali.
Alla luce dei risultati del censimento effettuato nel 2018 sul grado di informatizzazione dei sistemi gestionali delle risorse critiche ospedaliere, nell'anno 2019 verrà sviluppata l'integrazione tra questi ultimi sistemi gestionali ed E.U.O.L. analoga a quella realizzata per i PS, al fine di favorire una migliore organizzazione dei trasferimenti inter-ospedalieri e una corretta destinazione dei pazienti soccorsi dal 118.

5.2.6. Le Reti tempo dipendenti

L'organizzazione delle Reti di patologia tempo-dipendenti è oggetto di aggiornamento, in base alla nuova classificazione dei Presidi della Rete dell'Emergenza Urgenza, alle indicazioni previste dalle Linee Guida di Agenas e agli sviluppi delle Linee Guida clinico-diagnostiche definite dalle Società Scientifiche.
La definizione dei Centri di Riferimento delle Reti tempo-dipendenti e del bacino di Ospedali che ad essi afferiscono, è tesa ad incentivare lo scambio di informazioni, tecnologie, immagini, per una migliore indicazione di criteri per la presa in carico e per le attività di consultazioni multidisciplinari.
Nel 2019 (parallelamente alle attività di riordino della rete dell'emergenza urgenza di cui sopra) saranno pertanto definiti gli indirizzi e la *governance* e saranno aggiornati i Piani di rete, al fine di garantire la piena coerenza fra gli stessi e i requisiti individuati da Agenas.

5.2.7. Alte specialità e appropriatezza delle prestazioni di ricovero

Sul fronte delle alte specialità, con le DD.G.R. n. IX/4605/2012, n. X/271/2013 e n. X/1186/2013, la Giunta Regionale - promuovendo principi di qualità, sicurezza ed efficacia delle prestazioni - ha definito i criteri quali-quantitativi per individuare le attività di alta specialità che risultava opportuno cessare o trasferire verso altri presidi di erogazione di profilo quali-quantitativo più adeguato e sicuro.

Nel 2019 si dà mandato alla Direzione Generale Welfare, attraverso la costituzione di un Tavolo tecnico-scientifico, di predisporre una proposta di revisione delle reti delle alte specialità relative a: neurochirurgia, cardiochirurgia, chirurgia toracica, chirurgia vascolare e, relativamente all'attività dei servizi di emodinamica, sulla base della programmazione della rete ospedaliera in coerenza con le determinazioni del D.M. n. 70/2015 e dei volumi di attività.
Saranno oggetto dei lavori del Tavolo, altresì, gli indirizzi di negoziazione con gli erogatori al fine di promuovere l'erogazione di prestazioni appropriate nelle aree oncologiche e dell'urgenza, con contestuale limitazione delle prestazioni, nei seguenti ambiti ad alto rischio di inappropriatezza: chirurgia bariatrica e artrodesi vertebrale ed interventi sulle valvole cardiache.

5.2.8. Reti Clinico-assistenziali

Regione Lombardia già dal 2006, ha attivato le reti di patologia *(Rete Oncologica; Rete Ematologica; Rete Nefrologica; Rete Udito; Rete Epilessia, Rete epatologica, Rete Terapia del Dolore, Rete Cure Palliative, Rete SIDS, ecc…)*, quale modello organizzativo di assistenza basato sul collegamento in rete delle Strutture sanitarie.
La possibilità che il Sistema possa continuare ad assorbire in modo adeguato la domanda di salute dei cittadini-utenti è rappresentata dalla revisione ed innovazione dei modelli organizzativi attraverso cui viene articolata la rete d'offerta.
Regione Lombardia, attraverso un processo di ampia condivisione con tutti gli attori interessati nel percorso di erogazione di servizi socio-sanitari già iniziato nel 2018, porterà a compimento nel 2019, l'approvazione, con apposita delibera quadro, del documento che declina e specifica gli elementi fondamentali per evolvere dal modello organizzativo delle *reti di patologia* al modello delle *reti clinico-assistenziali* dove l'accento è posto principalmente sull'integrazione dell'offerta tra l'ospedale e i servizi territoriali, al fine di coniugare continuità della presa in carico e sostenibilità del sistema.
Con la suddetta delibera quadro di riferimento per le reti clinico-assistenziali, sarà dato mandato alla Direzione Generale Welfare di nominare con specifici provvedimenti, le strutture di *governance* rappresentative delle componenti istituzionali e professionali e dei principali stakeholder e di approvare i Piani di rete costitutivi per ogni network specialistico.

5.2.9. Promozione delle attività di Telemedicina

L'evoluzione demografica, sociale ed epidemiologica in atto richiede che il sistema sociosanitario si indirizzi verso processi di integrazione organizzativa, funzionale e professionale con la visione di rafforzare l'ambito di assistenza territoriale ed i processi di presa in carico, soprattutto per i soggetti cronici.
Questo processo riorganizzativo si avvale in modo importante, sia degli strumenti che l'innovazione tecnologica rende disponibili, sia dei sistemi digitali e di networking che rendono possibile la condivisione di informazioni e dati tra il paziente ed i diversi professionisti che intervengono nel processo di cura.

La Telemedicina supporta questo processo riorganizzativo e rappresenta una modalità di erogazione di servizi di assistenza sanitaria tramite il ricorso a tecnologie innovative, in particolare alle Information and Communication Technologies (ICT), nei contesti e situazioni in cui i professionisti sanitari ed il paziente o i diversi professionisti non si trovano nella stessa località.

Caratteristica principale della Telemedicina è la trasmissione sicura di informazioni e dati di carattere medico sotto forma di testi, suoni, immagini o altri formati, necessarie per la prevenzione, la diagnosi, il trattamento ed il monitoraggio dei pazienti. I servizi di Telemedicina sono assimilati agli altri servizi sanitari diagnostico/terapeutici e la prestazione erogata in Telemedicina non sostituisce la prestazione sanitaria tradizionalmente erogata nel rapporto diretto personale medico-paziente, ma la integra per potenzialmente migliorarne efficacia, efficienza e appropriatezza.

Diverse iniziative e progettualità di Telemedicina sono state condotte o sono attive a livello nazionale e regionale, con una diffusione non organica di servizi sanitari erogati con questa modalità.

Al fine di disporre di un modello di *governance* condiviso, il 20 febbraio 2014 la Conferenza Stato-Regioni ha sancito l'Intesa sulle "Linee di indirizzo nazionali sulla Telemedicina". Le linee di indirizzo sono finalizzate ad una armonizzazione degli indirizzi e dei modelli di applicazione della Telemedicina, quale presupposto alla interoperabilità dei servizi di Telemedicina e come requisito per il passaggio da logiche sperimentali a una logica strutturata di utilizzo diffuso dei servizi stessi.
È inoltre attiva la Commissione tecnica paritetica nazionale istituita presso la Conferenza Permanente per i rapporti Stato Regione e Province autonome di Trento e Bolzano, a seguito dell'Intesa del 20 febbraio 2014. Ai lavori per la produzione di documenti tecnici partecipano attivamente professionisti del Sistema sociosanitario lombardo.

La Lombardia è una delle Regioni che più ha investito in modelli di cura innovativi a livello domiciliare, in alcuni casi con il supporto di strumenti di Telemedicina.
Già a partire dai primi anni 2000, si registra una lunga esperienza di progetti finalizzati alla gestione integrata di pazienti con patologie croniche col supporto della Telemedicina per le cure domiciliari, con la presa in carico da parte del centro specialistico ospedaliero. Questi progetti sono poi confluiti nelle cosiddette "Nuove Reti Sanitarie" (NRS) a regime dal 2012.

Regione Lombardia inoltre, con le Regole di sistema 2015 (DGR n. X/2989 del 23 dicembre 2014 – Allegato 7 CReG e Telemedicina) e all'interno del progetto CReG – Chronic Relatend Group , ha stabilito la possibilità di erogare prestazioni non complesse, di natura diagnostica, presso lo studio dei Medici di Medicina Generale (MMG) in Telemedicina o direttamente da MMG adeguatamente professionalizzato per pazienti cronici.
CReG è un programma per migliorare le condizioni di vita dei pazienti affetti da patologie croniche, che comprende una serie di attività, servizi e prestazioni scientifiche per la singola patologia e finalizzate ad assicurare i livelli assistenziali presso il proprio domicilio (DGR n. IX/937 del 1 dicembre 2010 "*Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2011*"). Successivamente, le Regole di Sistema 2016 (DGR n. X/4702 del 29 dicembre 2015 - Sub allegato 13 "*Proposta di indicazioni operative per l'uso di strumenti di telemedicina a supporto delle cure primarie nella sperimentazione CReG*") hanno fornito le indicazioni operative per l'utilizzo degli strumenti di Telemedicina, concentrandosi su tre delle prestazioni indicate nell'elenco individuato dalle regole 2015: ECG, spirometria semplice e esame del fundus oculi.

Nel corso del 2019 i percorsi di Telemedicina in Regione Lombardia saranno contestualizzati all'interno del processo evolutivo di presa in carico del paziente cronico in corso, con riferimento ad alcuni ambiti principali, quali la continuità delle cure e l'integrazione Ospedale – Territorio, alcune patologie di rilievo oggetto delle reti clinico assistenziali, l'area dell'Emergenza Urgenza, la Riorganizzazione della diagnostica di laboratorio e diagnostica per immagini.

Il lavoro finalizzato ad individuare le tipologie di servizi e di prestazioni di telemedicina da porre a carico del SSR definirà:

- gli attori coinvolti (caratteristiche, criteri, regole e le relazioni intercorrenti);
- gli standard dei servizi, definendo i livelli di competenza dei diversi nodi operativi del sistema;
- i modelli organizzativi;

- le componenti tecnologiche, le tipologie di informazioni sanitarie che saranno coinvolte, il processo di erogazione dei servizi e la sicurezza informatica che dovrà essere garantita;
- gli standard di qualità e di sicurezza dell'erogazione delle prestazioni;
- la filiera delle responsabilità;
- l'informazione e la formazione;
- le modalità di tariffazione (pacchetti di prestazioni/percorsi di cura, contratti di fornitura di servizi a singola prestazione, ecc.).

5.2.10. Rete dei Centri di senologia

La D.G.R. n. X/5119 del 29/4/2016 ha fornito indicazioni sulle caratteristiche della Rete regionale dei Centri di Senologia invitando tutte le Strutture sanitarie lombarde che erogano prestazioni di presa in carico delle pazienti affette da carcinoma mammario ad attivare opportuni percorsi di riorganizzazione.
L'afferenza delle Strutture alla Rete tiene conto della gestione di adeguati volumi di attività come da indicazioni del D.M. n. 70/2015. La numerosità per equipe è posta pari ad almeno 150 (con una tolleranza del 10%) nuovi casi chirurgici per anno (casi incidenti) ed una numerosità di almeno 50 interventi/anno di nuovi casi per singolo chirurgo senologo come primo operatore. Il monitoraggio sarà effettuato attraverso le SDO, utilizzando anche il campo del codice fiscale del chirurgo che le Strutture sono tenute a compilare.
Le Strutture che risultano non soddisfare questi parametri, dovranno definire un piano di miglioramento finalizzato a concentrare la casistica su equipe e operatori qualificati.
La Direzione Generale Welfare, per il tramite delle ATS, svolgerà un'attenta e continua attività di verifica della attuazione, entro il mese di ottobre, delle presenti disposizioni.
Le Strutture che non raggiungeranno i parametri sopra indicati, dovranno procedere ad una revisione delle prestazioni erogate con l'esclusione dell'attività chirurgica di cui trattasi.

5.2.11. Rete Procreazione Medicalmente Assistita – PMA

Si registra la scarsa disponibilità di gameti provenienti da donatori depositati presso centri di conservazione ed è necessario provvedere affinché siano concretamente realizzabili sul territorio regionale anche le procedure di PMA di tipo eterologo.
Per tale finalità, la D.G.R. n. X/7628 del 28/12/2017 ha dato mandato alla ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda – che presenta le necessarie caratteristiche e competenze tecniche - di predisporre e presentare alla Direzione Generale Welfare per la successiva valutazione, uno studio di fattibilità, comprensivo dei costi stimati per la realizzazione e mantenimento della Banca regionale di crioconservazione dei gameti maschili e femminili.
Per la realizzazione della Banca regionale dei gameti viene destinato alla ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda uno stanziamento fino a un massimo di euro 2.000.000 per l'avvio e il primo anno di attività.

5.2.12. Rete di Assistenza Materno-Neonatale e Pediatrica-Adolescenziale

Per il 2019 si conferma l'ulteriore sviluppo degli obiettivi già indicati nella D.G.R. n. X/7600 del 20/12/2017 (cap. 3.10), con la peculiarità di un approccio unitario all'intero percorso gravidanza/nascita/età evolutiva, 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.
Con questo obiettivo è individuato per la funzione di coordinamento regionale il "*Comitato Percorso Nascita e Assistenza Pediatrica-Adolescenziale*", quale integrazione dei rispettivi Comitati previsti dall'Accordo Stato-Regioni del 16/12/2010 e dall'Accordo Stato-Regioni 21/12/2017. L'attività del Comitato si caratterizza per la formulazione di ipotesi riorganizzative da attivare in modo uniforme sull'intero territorio regionale.

5.2.12.1. Riorganizzazione della Rete Materno-Neonatale

Come indicato dalla D.G.R. n. XI/267 del 28/06/2018, prosegue la riorganizzazione della rete regionale di offerta per l'assistenza alle donne e ai neonati attraverso gli interventi previsti nel documento tecnico del Comitato Percorso Nascita Regionale (CPNR) parte integrante della delibera.

Nello specifico sono previste le seguenti azioni:

- Riorganizzazione dei Punti Nascita secondo i criteri formulati nell'Accordo Stato-Regioni 2010, nel D.M. n. 70/2015 e nell'Accordo Stato-Regioni "*Linee guida per la revisione delle reti cliniche – Le reti tempo dipendenti*" del 24/01/2018, più criteri aggiuntivi quali il trend del numero dei parti nel triennio, il bacino di utenza di riferimento, la situazione orografica, la percentuale di parti nella struttura rispetto al totale dei nati residenti nei comuni del bacino, il livello assistenziale dell'ospedale sede del punto nascita, la distanza chilometrica e il tempo di percorrenza per afferire a strutture alternative, il livello assistenziale dell'ospedale sede del punto nascita e la coerenza con la rete delle UU.OO. di pediatria. Le valutazioni verranno effettuate dal CPNR in collaborazione con la Struttura Accreditamento e la proposta riorganizzativa sarà formulata entro il 31/03/2019.

- Individuazione dei Centri Hub

  1.Centri di medicina materno fetale (MMF):
  L'attività MMF eroga assistenza intensiva e post intensiva a donne con patologie complesse ad alto rischio ostetrico e richiede elevati livelli di competenza ed esperienza multidisciplinare. L'attività si colloca nelle Unità Operative di Ostetricia e Ginecologia che, per dimensione della casistica trattata, competenze professionali, tecnologie, dimensione e complessità della Struttura di appartenenza e concomitante presenza di Unità di Terapia Intensiva Neonatale (TIN) consentono di affrontare problematiche complesse materno/fetali; ad esse deve corrispondere un bacino di utenza compreso tra 600.000-1.200.000 abitanti.

  2. Centri di Terapia Intensiva Neonatale (TIN): in rapporto ai requisiti indicati dalle normative nazionali e regionali e considerato che l'attuale offerta complessiva di posti letto di Terapia Intensiva Neonatale è adeguata ai fabbisogni prevedibili, viene attuato un piano riorganizzativo che preveda un numero inferiore di Centri, di dimensioni superiori a quelle attuali. La d.g.r. n. X/4873 del 20/02/2016, recependo il D.M. n. 70/2015, ha definito la necessità di ridurre le UU.OO. di Terapia Intensiva Neonatale a 12/14.
  E' operativo uno specifico Gruppo di Lavoro attivato dal CPNR con l'obiettivo di definire gli standard clinico-assistenziali, organizzativi e tecnologici dei Centri MMF,

compresa l'individuazione dei Centri stessi e di formulare un'ipotesi riorganizzativa delle TIN.
Il documento di proposta sarà elaborato entro il 31/03/2019.

- Trasporto materno e neonatale
  Il trasporto assistito materno (STAM), formalmente operativo solo in due aree, va esteso all'intero territorio regionale, contestualmente all'individuazione dei Centri di Medicina Materno Fetale.
  Il consolidato trasporto neonatale (STEN) necessita di una rivalutazione complessiva, in particolare per gli aspetti operativi che sono tuttora riferiti alla D.G.R. n. VI/17546 del 20/12/1991. A questo processo si integra la proposta riorganizzativa già individuata nell'ambito della Rete Interaziendale Materno Infantile di Milano.
  In rapporto ai dati della letteratura e ad esperienze già in atto nella nostra regione e in altre realtà nazionali, verrà valutata la possibilità di estendere l'operatività dello STEN anche al trasporto del lattante, secondo criteri da definire.
  Il ruolo di coordinamento di AREU nei Sistemi di trasporto, già in atto nell'area RIMMI, va esteso all'intero territorio regionale e deve essere implementata la piattaforma informatica che supporta il lavoro della rete sul piano organizzativo e clinico.
  Questa azione è condotta, in collaborazione con AREU, da un apposito Gruppo di Lavoro, che formulerà la proposta organizzativa entro il 31/03/2019.

5.2.12.2. Percorso Nascita Fisiologico

Le azioni previste dalla D.G.R. n. XI/268 del 28/06/2018 e dal decreto Direzione Generale Welfare n. 14243 del 05/10/2018 si completeranno entro i primi sei mesi del 2019.
Nel corso dell'anno 2019 sarà definito il progetto informatizzato dell'Agenda del Percorso Nascita e degli strumenti ad essa correlati all'interno del Fascicolo Sanitario Elettronico, a supporto concreto del modello assistenziale della presa in carico del percorso nascita fisiologico.
E' operativo uno specifico Tavolo di Lavoro attivato dal CPNR con l'obiettivo di definire gli standard clinico-assistenziali, organizzativi e tecnologici del percorso ospedaliero di Aree funzionali, per la gestione autonoma da parte delle ostetriche delle gravidanze a basso rischio, all'interno della U.O. di Ostetricia e Ginecologia. Il documento di proposta sarà elaborato entro il 31/03/2019.
Entro il 31/01/2019, di concerto con le UU.OO. Programmazione Polo Ospedaliero e Rete Territoriale, verranno aggiornati i verbali di Vigilanza e la checklist di valutazione dell'appropriatezza dei Consultori che attivano il percorso nascita fisiologico a gestione ostetrica.

5.2.12.3. Assistenza specialistica ambulatoriale per le donne in stato di gravidanza e a tutela della maternità

In riferimento al D.P.C.M. 12/01/2017, art. 24 "*Assistenza sociosanitaria ai minori, alle donne, alle coppie e alle famiglie*" e art. 59 "*Assistenza specialistica ambulatoriale per le donne in stato di gravidanza e a tutela della maternità*", alle prestazioni attualmente erogabili in esenzione in gravidanza si integrano le seguenti:

- corsi di accompagnamento alla nascita (93.37 Training Prenatale);
- colloquio psicologico clinico con finalità diagnostiche (94.09 colloquio psicologico clinico).

Alle prestazioni attualmente erogabili in esenzione per l'assistenza in puerperio, si integrano le seguenti:

- colloquio psicologico clinico con finalità diagnostiche (94.09 colloquio psicologico clinico);
- visita ginecologica di controllo (89.26.2) con apposizione del codice di esenzione regionale M60, che trova applicazione esclusivamente per le donne residenti in Regione Lombardia.

5.2.12.4. Riorganizzazione della Rete Pediatrica Ospedaliera

Nel 2019 verrà avviato il processo di riorganizzazione dei punti di offerta dell'assistenza pediatrica ospedaliera, prevedendo la costruzione di un assetto a rete con differenti livelli di complessità (sistema Hub e Spoke).
A tal fine, verrà attivata una valutazione dei requisiti strutturali, organizzativi, tecnologici e di attività (tipologia e appropriatezza delle prestazioni erogate) delle UU.OO. di pediatria operative, secondo i criteri previsti dal D.M. n. 70/2015 e dall'Accordo Stato-Regioni del 21/12/2017, "*Linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali in area pediatrica e adolescenziale*".
Coordina tale operatività il Comitato Percorso Nascita e Assistenza Pediatrica-Adolescenziale, prevedendo il completamento della fase valutativa entro il primo semestre e la formulazione di ipotesi riorganizzative nel semestre successivo.

5.2.12.5. Gestione e trasporto del bambino/adolescente in condizioni critiche

In riferimento alla D.G.R. n. X/6576/2017 che ha definito un modello organizzativo a Rete per la gestione dei minori in condizioni critiche per patologie tempo dipendenti e a quanto indicato nel documento tecnico allegato, verrà effettuata una valutazione degli assetti organizzativi e operativi delle strutture Hub identificate, in rapporto ai bisogni regionali, in particolare per quanto riguarda il numero di posti letto intensivi e sub intensivi disponibili e le risorse necessarie.
Per la funzionalità della Rete verrà progettato, con il supporto di AREU, un Sistema di Trasporto dedicato che, secondi i dati della letteratura, deve essere gestito da team pediatrici esperti.
Per questi obiettivi, nell'ambito del Comitato Percorso nascita e Assistenza pediatrica-Adolescenziale, viene attivato un tavolo di lavoro tecnico composto da clinici esperti, rappresentanti di AREU e della Direzione Generale Welfare, che elaborerà una proposta organizzativa entro il primo semestre 2019.

5.2.12.6. Screening neonatali

Dopo aver avviato il monitoraggio dell'esecuzione degli screening neonatali previsti dai LEA (metabolico esteso, oculistico, audiologico) mediante la compilazione di una specifica sezione integrata al CeDAP, nelle more dell'attivazione del fascicolo elettronico del neonato, sono progettati i seguenti sviluppi:

- istituzione dei rispettivi Comitati di coordinamento regionale;
- definizione dei PDTA integrati ospedale-territorio;
- estensione a tutti i punti nascita della Rete Udito Regionale e implementazione dello strumento informatizzato in uso;

- integrazione con la rete malattie rare per le patologie metaboliche e progettazione della rete oculistica pediatrica.

5.2.12.7. Mamma-Bambino e Protezione, Promozione e Mantenimento dell'allattamento

Proseguono le azioni di sostegno secondo le indicazioni UNICEF. Alla rilevazione della modalità dell'allattamento del neonato, dalla nascita alla dimissione, già attivata con l'inserimento della specifica voce nella nuova sezione integrata al CeDAP, con l'estensione a tutto il territorio regionale del nuovo programma informatizzato per le vaccinazioni, si attiverà la rilevazione della modalità di allattamento in occasione delle vaccinazioni nel primo anno di vita. Il monitoraggio continuo consentirà pertanto una sistematica valutazione degli interventi e una tempestiva messa in atto di azioni di miglioramento. Va garantita la continuità del rapporto tra mamma e bambino in caso di ricovero materno o neonatale successivo alla dimissione del parto.

5.2.12.8. Reti Integrate Materno Infantili Territoriali

Proseguono le attività progettuali, in collaborazione tra ASST e ATS, finalizzate ad ottimizzare i percorsi integrati territorio/ospedale/territorio, la continuità assistenziale, la razionalizzazione degli interventi, l'individuazione precoce e il supporto alla situazioni di fragilità, in coerenza con la programmazione regionale.

5.2.12.9. Neuropsichiatria dell'Infanzia e della Adolescenza

La neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza ai sensi della l.r. n. 15/2016 può afferire o al Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze (vedi specifico paragrafo) o al Dipartimento materno infantile. In questo senso svolge un rilevante ruolo di collegamento tra la psichiatria, la disabilità e le dipendenze e il settore materno infantile.

Nel corso del 2019, per dare seguito ai principi di integrazione sopra richiamati, le ASST proporranno alle ATS proposte di sperimentazioni di attività isorisorse che coinvolgano operatori di diverse professionalità e/o afferenti a diversi servizi con l'obiettivo di fornire risposte integrate e multidisciplinari a bisogni complessi.

Per garantire continuità degli interventi di NPIA spesso rivolti ad una popolazione di pazienti complessi, sia pluripatologici, sia in condizioni sociali e ambientali degradate, le ASST avranno cura di usufruire al meglio della opportunità offerta dalle D.G.R. n. 371 e n. 372/2018 per la stabilizzazione del personale operante in questo ambito con contratti a tempo determinato o flessibili, anche in ragione della elevata incidenza di personale titolare di questo tipo di contratti rispetto alla totalità degli operatori del settore.

Nel 2019 sono prorogati i progetti di NPIA, incluso il progetto PERCIVAL il cui modello di intervento (Intensive Outreach Teams) si è rivelato efficace nel ridurre la necessità di ricovero ospedaliero e/o in comunità terapeutica residenziale in una quota significativa di pazienti con disturbi psichiatrici gravi in adolescenza.
La dotazione finanziaria del progetto PERCIVAL sarà assegnata per il triennio 2019-2021 con il medesimo meccanismo dei progetti di NPIA.

Prosegue anche per il 2019 la sperimentazione dell'integrazione sanitaria per accoglienza di minorenni in strutture socioeducative a carattere residenziale/semiresidenziale o

realizzate ai sensi del comma 1 lettera b) dell'art 13 della l.r. n. 3/2008, secondo le linee già indicate.

In attesa della attivazione di un sistema informativo regionale di NPIA, gli erogatori, pubblici e privati, sono tenuti a rispettare il debito informativo, trasmettendo alla Direzione Generale Welfare le informazioni che questa, con apposita nota, provvede a richiedere entro la fine del mese di febbraio.

5.2.12.10. Disturbi dello spettro autistico

I disturbi dello spettro autistico sono caratterizzati da una grave e generalizzata compromissione in diverse aree dello sviluppo: interazioni sociali, competenze comunicative, comportamenti, interessi e attività.

È presente una notevole variabilità interindividuale nella espressività della sindrome, variabilità fortemente influenzata dall'entità della compromissione cognitiva (con un range che va da una condizione di normalità alla disabilità intellettiva media e grave) e comunicativa. Inoltre il quadro può modificarsi nello stesso individuo nelle diverse fasi della vita (per esempio con comparsa di gravi disturbi comportamentali all'ingresso in adolescenza), modificando di conseguenza anche le finalità degli interventi terapeutici e riabilitativi.

La frequenza del disturbo, la cui insorgenza si colloca in genere nei primi 3 anni di vita, è stata classicamente stimata in 1 caso ogni 100 abitanti, con una netta prevalenza dei maschi sulle femmine (4:1). Vengono però spesso citate prevalenze molto variabili. L'incertezza del dato deriva dal fatto che in Italia non esistono studi di popolazione e, anche considerando solo la prevalenza trattata, l'assenza di uno specifico sistema di rilevazione rende difficile la ricomposizione delle informazioni (in primo luogo la ricomposizione dei dati relativi ai minori e quelli riferiti agli utenti adulti, in carico a servizi diversi con afferenze amministrative differenti, e i dati relativi agli utenti seguiti nelle UONPIA con quelli degli utenti seguiti nei servizi di riabilitazione).

In letteratura è ampiamente dibattuto il possibile incremento delle diagnosi di autismo, che in alcune statistiche appaiono aumentate anche di 4 o 5 volte tra gli anni Novanta e oggi. Esso viene attribuito prevalentemente:
- alla sempre maggiore definizione dei criteri diagnostici;
- alla progressiva inclusione delle forme più lievi e di quelle ad alto funzionamento (ex sindrome di Asperger);
- alla diffusione di procedure diagnostiche standardizzate;
- alla maggiore sensibilizzazione degli operatori e della popolazione in generale;
- all'aumento di servizi, per quanto ancora insufficienti a garantire la risposta al bisogno.

Inoltre è verosimile che, essendo l'autismo spesso associato ad altri disturbi (quali disabilità intellettiva, sindromi genetiche rare, ecc.), venga oggi più frequentemente che in passato codificato come prima diagnosi (a conferma di questa ipotesi diversi studi segnalano come in parallelo all'aumento delle diagnosi di autismo si sarebbe registrata una diminuzione delle diagnosi di disabilità intellettiva).

Il trattamento delle persone con disturbo dello spettro autistico richiede una presa in carico precoce, multidisciplinare, continuativa e coordinata, che comprenda:
- diagnosi precoce;

- valutazione funzionale e clinica;
- trattamento individualizzato specifico (interventi psico-educativi, cognitivo-comportamentali, riabilitativi e sociali);
- collaborazione con la famiglia (interventi di supporto alla famiglia);
- organizzazione di una rete di servizi per l'intero ciclo di vita;
- formazione permanente degli operatori e delle famiglie.

Azioni e interventi

La rete dei servizi di Neuro-Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza eroga più di 1.000.000 di prestazioni ambulatoriali complessive/anno a circa 110.000 utenti per ogni tipo di patologia.

La spesa complessiva per tutte le prestazioni ordinarie di Neuropsichiatria dell'Infanzia e della Adolescenza in Lombardia è di circa 85 milioni di euro.

A questa tipologia di interventi si affiancano quelli erogati dalle strutture di riabilitazione ambulatoriale per minori, che hanno in carico circa 18.000 utenti ed erogano circa 700.000 prestazioni, per una spesa complessiva di circa 27 milioni di euro.

In questa spesa rientrano tutte le tipologie di prestazioni, pubbliche e private, residenziali e ambulatoriali, rivolte a tutti i target di pazienti, disabili, con problemi comportamentali inviati dalla magistratura, con franche problematiche psichiatriche, con disturbi del comportamento alimentare, con sindrome dello spettro autistico, con disturbi specifici dell'apprendimento, ecc.

Oltre alla spesa ordinaria, Regione Lombardia ha attivato specifici finanziamenti ad hoc per i disturbi dello spettro autistico:

- 2,5 milioni di euro l'anno a partire dal 2011 per progetti sanitari di neuropsichiatria infantile relativi alla tematica dell'autismo e della disabilità complessa;
- 2,5 milioni di euro per il case management di circa 1.000 pazienti con disturbi dello spettro autistico (D.G.R. n. X/392/2013);
- 5 milioni di euro per progetti di presa in carico sociosanitaria di minori con prevalente disturbo dello spettro autistico (D.G.R. n. IX/3239/2012 e n. X/5545/16);
- 4 milioni di euro per la riduzione delle liste di attesa relative a prestazioni di logopedia e/o rivolte a pazienti affetti da sindrome dello spettro autistico o disabilità complessa (D.G.R. n. X/4981/2016).

Inoltre, dal punto di vista della organizzazione dei servizi:

- con la D.G.R. n. X/3371/2015 *"Indirizzi quadro per la presa in carico integrata dei minori affetti da disturbi dello spettro autistico"* Regione Lombardia ha definito i principali indirizzi relativamente a:
    - accessibilità ai servizi;
    - accompagnamento nella rete;
    - continuità di presa in carico;
    - alleggerimento del carico di cura per i familiari;
- con la D.G.R. n. X/5954/2016 *"Integrazione tra servizi di NPIA e centri di riabilitazione dell'età evolutiva accreditati"* è stata definita la messa a sistema di un'unica rete di servizi dedicata ai disturbi dello sviluppo neuropsichico dell'età evolutiva, che ricomprende sia i servizi di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, che i centri di riabilitazione dell'età evolutiva accreditati, in un'ottica di integrazione e continuità dei percorsi di cura tra ambito sanitario e sociosanitario e verso l'età adulta.

Al fine di meglio affrontare tutte le tematiche connesse alla sfera dei disturbi dello spettro autistico, nel 2019 vengo messe in atto le azioni di seguito delineate.

Formazione degli operatori: le ASST e gli IRCCS per la formazione dei propri operatori, avranno cura di dare la priorità al tema dei disturbi dello spettro autistico, con particolare riguardo alle seguenti tematiche:

- diagnosi precoce;
- accesso ed emergenze comportamentali al pronto soccorso;
- transizione verso l'età adulta.

Le ASST e gli IRCCS daranno conto del personale formato con apposita relazione da inviare agli uffici regionali entro il 31/10/2019, costituendo elemento di valutazione dei Direttori Generali.

Stabilizzazione delle sperimentazioni ex D.G.R. n. X/392/2013 e D.G.R. n. IX/3239/2012 e X/499/2013: come dettagliato nel paragrafo 6.8 "Sperimentazioni: case management, riabilitazione minori", la Direzione Generale Welfare attiverà un gruppo di lavoro che dovrà predisporre, entro il 30 giugno 2019, un documento tecnico atto ad indicare i modelli di intervento per la chiusura della fase sperimentale e la conseguente stabilizzazione dei modelli di intervento.

Presa in carico integrata: come dettagliato nel Capitolo 16 "Integrazione politiche sanitarie, sociosanitarie e sociali", costruzione di sinergie tra le diverse azioni afferenti al comparto sanitario, sociosanitario e sociale, mediante l'avvio di un tavolo inter direzionale con il coinvolgimento delle Direzioni Generali competenti in materia di disabilità.

Accordo di Conferenza Unificata approvato nella seduta del 10/05/2018 a titolo "*Aggiornamento delle linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità e della appropriatezza degli interventi assistenziali nei Disturbi dello Spettro Autistico*": con il presente atto si intende recepito il contenuto dell'accordo, il cui Piano Operativo sarà redatto a cura della Direzione Generale Welfare, in raccordo con la Direzione Generale Politiche Sociali, Abitative e Disabilità, entro il 31/12/2019, tenendo conto anche delle osservazioni delle associazioni di parenti di pazienti.

5.2.12.11. Monitoraggio della qualità e della sicurezza dei servizi e delle prestazioni erogate

La disponibilità di flussi informativi relativi a indicatori in grado di tracciare l'intero percorso assistenziale è fondamentale per consentire una corretta gestione della rete. Questi flussi sono soggetti a continua implementazione anche attraverso l'integrazione di ulteriori informazioni in strumenti già operativi quale, ad esempio, il Cedap e sono resi disponibili ai singoli Centri, anche in termini comparativi con l'intera realtà regionale e con aggregazioni di realtà similari, nell'ambito del Cruscotto Regionale di Governo Clinico Materno Infantile. Rimane attivo il sistema dei Trigger finalizzato all'emersione degli avventi avversi in sala parto. Prosegue la partecipazione di Regione Lombardia al Sistema di Sorveglianza della mortalità materna e perinatale.

5.2.12.12. Variazioni tariffarie/funzioni

In rapporto alla ridotta capacità dell'attuale sistema DRG di classificare la complessità della casistica in ambito materno-neonatale e pediatrico ed alla progressiva individuazione/razionalizzazione dei Centri ad alto livello di intensità di cure (Centri Hub)

nell'ambito della Rete, vengono definite, secondo le modalità individuate nello specifico paragrafo che tratta delle funzioni non tariffabili, delle modalità di finanziamento correlate alla differente complessità dei servizi e dell'assistenza.

5.2.13. Interruzioni volontarie di gravidanza di tipo farmacologico

Il metodo farmacologico per l'interruzione di gravidanza, definito in letteratura come aborto medico, è divenuto un'alternativa alla tecnica chirurgica con l'introduzione delle prostaglandine negli anni '70 e degli antagonisti del progesterone negli anni '80.
Il metodo si è successivamente reso disponibile in Italia e in data 9 dicembre 2009 in Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, serie generale n. 286, supplemento ordinario n. 229, è stata pubblicata la determinazione AIFA n. 1460 del 24 novembre 2009 avente per oggetto "*Autorizzazione all'immissione in commercio del medicinale per uso umano «Mifegyne»*".

La citata determinazione AIFA stabilisce che "*il percorso abortivo deve avvenire sotto la sorveglianza di un medico del servizio ostetrico ginecologico cui è demandata la corretta informazione sull'utilizzo del medicinale, sui farmaci da associare, sulle metodiche alternative e sui possibili rischi connessi, nonché l'attento monitoraggio onde ridurre al minimo le reazioni avverse segnalate, quali emorragie, infezioni ed eventi fatali*".

Con la D.G.R. n. VIII/10984 del 16.12.2009, sulla base delle evidenze di letteratura allora disponibili, la Giunta Regionale ritenne di meglio assolvere alle indicazioni di AIFA, stabilendo che la somministrazione del medicinale «Mifegyne» e le successive fasi di monitoraggio avvenissero in un'area intraospedaliera che rispettasse i requisiti strutturali ed organizzativi previsti per la macroattività chirurgica a bassa complessità operativa ed assistenziale e che, solo per questa attività, i posti tecnici di osservazione potessero essere aggiuntivi rispetto a quelli oggi accreditati e che, solo per questa attività, si prevedesse di effettuare un episodio di ricovero, pur essendo la somministrazione del farmaco e la successiva osservazione effettuate in un'area diversa da quella della degenza ordinaria e del day hospital. Era sempre fatta salva la possibilità per le donne di optare per una dimissione volontaria a seguito della prima somministrazione orale del farmaco, opzione questa alla quale hanno quasi sempre ricorso le donne sottoposte alla procedura negli anni fino ad oggi.

A distanza di nove anni dall'autorizzazione all'utilizzo, si è ritenuto opportuno attivare un tavolo di confronto tecnico composto da esperti ginecologi e ostetrici per una rivalutazione dei percorsi, in modo da renderli più aderenti ai mutati protocolli clinici ostetrici ed alle evidenze scientifiche e di esperienza e prassi clinica che si sono accumulate nel corso degli anni.

Valutando la letteratura scientifica disponibile e l'esperienza dei diversi centri in merito agli aborti medici e chirurgici, si evidenzia una sostanziale sovrapponibilità per le complicanze precoci (infezioni, materiale trattenuto, etc .), mentre per le percentuali di complicanze tardive (sterilità, eventi ostetrici gravi nelle successive gravidanze) le evidenze sono a sfavore delle procedure chirurgiche di interruzione volontaria di gravidanza.

Tenuto conto che i rischi dell'aborto medico non si sono dimostrati superiori a quelli dell'aborto chirurgico, nel rispetto delle indicazioni della legge n. 194 del 1978, le

considerazioni fatte con qualificati operatori del settore permettono di formulare alcuni spunti di attenzione e di rinforzo e di revisione dell'attuale iter applicativo.
Nello specifico, si ritiene che le due fondamentali raccomandazioni di AIFA (sorveglianza di un medico del servizio ostetrico ginecologico ed un attento monitoraggio onde ridurre al minimo le reazioni avverse) si possano attualizzare e sostanziare dei termini seguenti:

- promovendo un'appropriata presa in carico multiprofessionale e multidisciplinare della donna che consideri con attenzione anche il periodo post evento;
- offrendo alle donne di un corretto e approfondito counseling per gestire la situazioni di stress;
- promuovendo una riqualificazione dell'assistenza consultoriale;
- promuovendo un'attività di comunicazione e di informazione anche mirata per i diversi sottogruppi di donne che ricorrono alla interruzione di gravidanza;
- eseguendo la procedura dell'aborto medico, in base alle valutazioni effettuate dal medico e concordate con le donne da sottoporre al trattamento, anche in regime di ricovero diurno (DH) come avviene per l'aborto chirurgico;
- gestendo il DH in modo che la cartella rimanga aperta al fine di ricondurre in un unico episodio gli ulteriori accessi, rispetto al primo, per eventuale somministrazione del secondo farmaco e per la conferma di avvenuto aborto;
- stabilendo, al fine di non subordinare le scelte cliniche al condizionamento determinato da tariffe diverse a seconda di differenti setting di erogazione, di individuare una tariffazione unica per la interruzione volontaria di gravidanza indipendentemente dalla procedura medica o chirurgica adottata e dal setting di erogazione.

Si dà anche mandato al Comitato percorso nascita di elaborare gli opportuni indirizzi per la presa in carico della donna che effettua l'interruzione di gravidanza e promuovere le opportune attività di comunicazione e informazione.

Si stabilisce quindi:

- che il ricovero per interruzione volontaria di gravidanza farmacologico, in relazione alla situazione clinica della donna ed alle valutazioni del medico con la stessa condivise, possa avvenire nel setting (ricovero ordinario o day hospital) ritenuto più opportuno per i diversi casi da sottoporre al trattamento, e che, nel caso del ricovero in DH, lo stesso sia mantenuto aperto in modo da ricondurre ad un unico episodio di presa in carico, oltre al primo accesso, tutti i successivi accessi che si rendessero necessari per la eventuale somministrazione del secondo farmaco e per la conferma di avvenuto aborto;
- che, al fine di non subordinare le libere scelte e decisioni del medico e delle donne a condizionamenti derivanti da rimborsi diversi in base ai diversi setting di erogazione, la remunerazione del DRG 380 - Aborto senza D&C sia a decorrere dai casi dimessi dal 1° gennaio 2019 pari a € 1246 sia per il regime ordinario, indipendentemente dalla durata della degenza, sia per il regime in ricovero diurno indipendentemente dal numero di accessi.

5.2.14. Sistema Trasfusionale Regionale

Lo sviluppo del Sistema Trasfusionale Regionale è stato condotto attraverso un ampio processo di riorganizzazione/centralizzazione avviato con la D.G.R. n. X/1632 del 4/04/2014.

La l.r. del 3/03/2017 n. 6, "*Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche ai Titoli IV, VI e VII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)*" ha abrogato la legge regionale n. 5/2005 "*V° piano regionale sangue e plasma della Regione Lombardia per gli anni 2005-2009*" ed ha introdotto l'articolo 45 che definisce il Sistema trasfusionale regionale.

Per il nuovo dettato normativo, la Giunta regionale definisce e aggiorna l'organizzazione e gli ambiti di integrazione operativa tra i vari segmenti attraverso atti di programmazione, al fine di assicurare il miglior funzionamento del Sistema a garanzia del mantenimento dell'autosufficienza regionale di sangue ed emocomponenti e del concorso all'autosufficienza nazionale.

In tale contesto Regione Lombardia, per il tramite di AREU/SRC - Struttura Regionale di Coordinamento delle attività trasfusionali, e di concerto con la Conferenza Scientifica dei DMTE (Dipartimenti di Medicina Trasfusionale), predispone i contenuti di uno strumento di programmazione volto a declinare gli "indirizzi per l'organizzazione e il funzionamento del sistema trasfusionale regionale" (cosiddetto Piano Sangue). Con tale atto verranno declinati gli obiettivi del Sistema Trasfusionale Regionale, individuati i soggetti attuatori e le funzioni da assegnare ad ognuno con la possibilità di introdurre elementi di innovazione nella struttura organizzativa e di sviluppo della medicina trasfusionale.

Per quanto concerne il rapporto con le Associazioni dei donatori, è prevista l'attivazione di una Cabina di Regia che permetta un periodico confronto tra queste e le Istituzioni.

La complessità del governo del Sistema Trasfusionale Regionale affidato ad AREU/SRC necessita, per il buon andamento delle attività e per l'uniformità di erogazione sul territorio regionale, che le disposizioni operative di AREU/SRC, che traducono gli indirizzi programmatici regionali definiti di concerto con la stessa SRC, siano pienamente e prontamente attuati da parte delle ASST/IRCCS.

5.2.15. Sistema Trapianti Regionale

Il Sistema Regionale Trapianti (SRT) ha come obiettivo l'autosufficienza di organi, tessuti e cellule staminali emopoietiche (CSE) per tutti i soggetti assistiti con indicazioni al trapianto di organi, tessuti e CSE che si rivolgono alle Strutture sanitarie regionali.
Al fine di garantire continuità ed efficienza nel settore della medicina dei trapianti, alla luce dei recenti riferimenti nazionali in materia ed in considerazione delle proposte di miglioramento pervenute alla Direzione Generale Welfare dal Coordinamento Regionale Trapianti, il percorso di riorganizzazione e razionalizzazione del Programma Regionale Trapianti seguirà nel 2019 le seguente linee strategiche.

5.2.15.1. Programma Regionale Donazione organi e tessuti

L'attività di procurement di organi in Lombardia, sebbene in graduale crescita, non raggiunge ancora i livelli osservati in altre regioni italiane, poiché il presidio delle potenziali donazioni da cadavere non è sistematicamente attuato in tutte le strutture sanitarie. Con la presente deliberazione è recepito l'Accordo Stato-Regioni n. 225 del 14/12/2017 in merito al "*Programma nazionale donazioni di organi 2018-2020*".
Con apposito provvedimento di Giunta sarà varato entro il 31/03/2019 il Programma Regionale Donazioni di organi, con indicazioni organizzative per l'applicazione sistematica

dei processi di donazione da cadavere e da vivente nelle strutture sanitarie di Regione Lombardia (ASST, IRCCS, privato accreditato), raggruppate in 9 macroaree di Coordinamento territoriale su base ATS e cabina di regia centrale, nell'alveo del modello delle reti clinico-assistenziali. Stante l'inserimento degli indicatori di procurement nei LEA e la necessità di verifica della bontà del nuovo modello organizzativo adottato, il monitoraggio degli esiti attesi verrà espletato mediante audit puntuali di sistema, con il supporto del Coordinamento Regionale Trapianti e del Centro Nazionale Trapianti.

5.2.15.2. Qualificazione delle strutture di trapianto organi del Programma Regionale

Con la presente deliberazione è recepito l'Accordo Stato-Regioni n. 16 del 24/01/2018 in merito ai "*Requisiti minimi strutturali tecnologici e organizzativi delle strutture sanitarie per lo svolgimento delle attività di trapianto di organi solidi da donatore cadavere. Criteri e procedure per l'autorizzazione e l'accreditamento delle Strutture sanitarie, singole o afferenti a un programma regionale di trapianto, comprese le attività di trapianto pediatrico. Volumi minimi di attività e standard di qualità delle Strutture autorizzate*".
Nel 2019 con apposito provvedimento di Giunta saranno riorganizzati, alla luce delle nuove disposizioni nazionali, il percorso procedurale ed i criteri quali-quantitativi per l'autorizzazione allo svolgimento delle attività di trapianto di organi da donatore cadavere. Le autorizzazioni in essere alle Strutture sanitarie regionali si intendono prorogate fino all'approvazione del nuovo provvedimento di adeguamento dei requisiti e della procedura autorizzativa, a condizione che sia rispettato il debito informativo delle singole strutture nei confronti del Registro Regionale e Nazionale Trapianti (allineamento dei dati relativi alle liste d'attesa, ai trapianti eseguiti, al follow up post trapianto).

5.2.15.3. Sviluppo delle linee di trapianto e modelli gestionali innovativi

Da gennaio 2019 verrà adottato il programma di gestione della lista d'attesa fegato denominato "Liver Transplant Manager-LTM", software gestionale innovativo implementato con la collaborazione delle quattro Strutture di trapianto fegato del programma regionale (ASST Niguarda, IRCCS Policlinico di Milano, ASST Papa Giovanni XXIII Bergamo, IRCCS Istituto Nazionale Tumori) e del Centro Regionale di Riferimento (CRR).
Tale programma, basato su evidenze scientifiche comprovate nella comunità trapiantologica internazionale, recepisce le linee-guida nazionale in tema di standardizzazione dei criteri di priorità per tutti i soggetti con indicazioni al trapianto di fegato. Tale priorità, basata su severità ed evolutività del quadro clinico dei pazienti, viene calcolata con un sistema di punteggi (ISO-Lombardy Score) che consente equo accesso alla risorsa trapianto, supportando inoltre i clinici nella scelta, oggettivamente complessa, del candidato al trapianto nella fase di allocazione dell'organo da parte del CRR. LTM, integrato con il sistema informatico regionale (Donor Manager), assolve buona parte del debito informativo nazionale, previsto tra i criteri qualificanti il mantenimento dell'autorizzazione regionale. L'implementazione di LTM fa capo al Coordinamento Regionale Trapianti, contribuisce ad ottimizzare i risultati dell'intero Programma Regionale-Linea Fegato ed è predisposto per una revisione degli esiti osservati.

5.2.15.4. Qualificazione delle strutture di trapianto di Cellule Staminali Emopoietiche (CSE) del Programma Regionale di efficientamento del Registro Regionale Donatori di CSE

Ai fini della pianificazione e della qualificazione del Programma Regionale di trapianto di CSE, alla luce dei nuovi criteri nazionali per l'accreditamento delle strutture sanitarie coinvolte, si dà mandato al Coordinatore Regionale Trapianti di attuare entro il 31/03/2019 una ricognizione delle strutture sanitarie che eseguono trapianti (autologhi e/o allogenici) di CSE, propedeutica alla rilevazione del soddisfacimento del fabbisogno regionale e funzionale agli indirizzi di programmazione della Direzione Generale Welfare.
Inoltre, al fine di adeguare il funzionamento del Registro Regionale Donatori di CSE alle necessità attuali, si dà mandato alla Fondazione Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano, sede del Registro Regionale Donatori di CSE stesso, del NITp e del CRT, di predisporre entro il 31 marzo 2019 una proposta di miglioramento, sia sul versante dell'arruolamento dei cittadini lombardi, sia sul versante della tipizzazione HLA con tecnologie innovative altamente processive.

5.2.15.5. Adeguamento dei sistemi di confezionamento, conservazione e rintracciabilità degli organi prelevati a scopo di trapianto

Con la presente deliberazione è recepito l'Accordo Stato Regioni n. 55 del 25/03/2015, "*Coordinamento dei trasporti connessi con le attività trapiantologiche -Requisiti inerenti al sistema trasporto organi*".
Dato atto che il trasporto degli organi in contenitori conformi ai più alti standard di qualità e sicurezza, ricompreso nel succitato documento, rende opportuna la definizione di modalità di acquisto centralizzato dei presidi da parte di un'unica struttura regionale e la condivisione dei beni con le strutture di prelievo e trapianto regionali, si dà mandato ad AREU di predisporre entro il 31 marzo del 2019 la proposta di adeguamento dei sistemi di confezionamento, conservazione e rintracciabilità degli organi prelevati a scopo di trapianto nell'ambito regionale, per la successiva approvazione in Giunta.

5.2.16. Rete delle Malattie Rare

Si richiama la D.G.R. n. XI/344 del 16.7.2018 "*Aggiornamento della Rete regionale per le malattie rare*" che in particolare prevede per l'anno 2018:

- le candidature a nuovo Presidio o per nuove patologie (per i Presidi già della Rete) dovranno essere trasmesse dagli interessati, esclusivamente nel mese di Settembre (dal 1 al 30), utilizzando l'apposito modulo;
- eventuali revoche potranno essere comunicate in ogni momento;
- l'aggiornamento della rete regionale delle malattie rare avverrà entro il 31 dicembre di ogni esercizio.

In considerazione della tempistica necessaria all'istruttoria dell'elevato numero di candidature pervenute si ritiene di estendere il termine per l'aggiornamento della rete regionale delle malattie rare al **31 marzo 2019**. Nel caso di **urgenza** le candidature per **patologie che non hanno alcun Presidio in Regione Lombardia** possono essere proposte in ogni momento.

5.2.16.1. Registro Lombardo Malattie Rare

Si conferma che 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, valevole ai fini del riconoscimento del diritto all'esenzione, nonché il Piano Terapeutico ed il Piano riabilitativo dovranno essere effettuate esclusivamente mediante il suddetto 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 risoluzione al problema. Tutti i Presidi della Rete Malattie Rare dovranno individuare un Referente informatico per il Registro Lombardo Malattie Rare.

5.2.16.2. Implementazione e aggiornamento dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA).

Anche alla luce delle novità introdotte dal D.P.C.M. del 12/01/2017 per l'ambito malattie rare, nel 2019 saranno definiti i PDTA per le patologie che attualmente ne sono sprovviste, a partire dalle condizioni oggetto di Screening Neonatale Esteso (SNE).
Inoltre, saranno aggiornati i PDTA esistenti, anche con riferimento all'utilizzo di farmaci off-label, dispositivi, integratori, prodotti destinati ad un'alimentazione particolare e prodotti da banco.
Tale attività di implementazione ed aggiornamento dei PDTA, sarà gestita dal Centro di Coordinamento delle Malattie Rare, in stretto raccordo con la Direzione Generale Welfare. Sarà richiesta la partecipazione attiva degli specialisti dei Presidi di riferimento, la quale costituirà una condizione necessaria per il mantenimento della qualifica di Presidio della Rete regionale delle malattie rare. I suddetti tavoli di lavoro vedranno, inoltre, il coinvolgimento di rappresentanti delle ATS e delle Associazioni di pazienti.

TEMI CHIAVE/INNOVATIVI

Revisione rete d'offerta
Rete dell'Emergenza-Urgenza: • criteri di classificazione dei presidi • consolidamento NUE 112 • integrazione 118-ospedali anche per aspetti informatici
Reti clinico-assistenziali: • linee guida e criteri per il passaggio dalle reti di patologia alle reti clinico-assistenziali • nuova governance delle reti • rete PMA - istituzione della Banca dei gameti
Sistema Trasfusionale Regionale: • approvazione di una D.G.R. riguardante gli indirizzi per l'organizzazione e il funzionamento del Sistema
Rete cure palliative: • introduzione di strumenti di valutazione per tutti gli erogatori al fine di garantire appropriatezza nel setting di cura delle cure palliative domiciliari e nei suoi livelli assistenziali di base e specialistico

• introduzione di regole sul mix professionale e numero minimo di accessi settimanali medico per livello di assistenza nel setting cure palliative domiciliare
Rete malattie rare: • sviluppo del Registro Lombardo Malattie Rare attraverso un applicativo informatico dedicato • nuovi PDTA per patologie che ne sono sprovviste e aggiornamento dei PDTA esistenti
Rete di Assistenza Materno-Neonatale e Pediatrica - Adolescenziale • Istituzione Comitato Percorso Nascita Regionale e Assistenza Pediatrica/Adolescenziale • Attuazione azioni previste dal D.M. n. 70/2015, dalle D.G.R. n. XI/267 del 28/06/18, D.G.R. n. XI/268 del 28/06/18 e Decreto Direzione Generale Welfare n. 14243 del 05/10/18 con formulazione delle proposte entro il 31/03/2019 • Individuazione dei Centri Medicina Materno Fetale (MMF) e attivazione regionale del trasporto assistito materno (STAM) con formulazione delle proposte entro il 31/03/2019 • Esenzioni delle prestazioni erogabili in gravidanza e in puerperio in attuazione del DPCM del 12/01/2017 (artt. 24 e 59) e D.G.R. n. XI/268 del 28/6/2018 • Avvio della riorganizzazione della Rete Pediatrica Ospedaliera con formulazione delle proposte entro il 31/03/2019 • Attivazione del sistema di trasporto pediatrico con formulazione delle proposte entro il 30/06/2019 • Variazione tariffarie/funzioni in rapporto alla riorganizzazione della rete
Neuropsichiatria dell'Infanzia e della Adolescenza • Debito informativo autismo - entro 28/02/2019 • Recepimento linee guida nazionali su autismo • Redazione piano operativo su autismo nel 2019 - entro 31/12/2019 • Formazione operatori sull'autismo - entro 31/10/2019

5.2.17. Salute Mentale, Dipendenze e Sanità Penitenziaria

La legge regionale n. 15/2016 identifica come area della salute mentale "*l'insieme delle attività orientate a promuovere la tutela della salute mentale e del benessere psicologico e a contrastare gli effetti di esclusione sociale che i disturbi psichici e altre patologie o problematiche possono causare*". A tale area afferiscono gli ambiti delle dipendenze, della neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, della psichiatria, della psicologia e della disabilità psichica organizzate in forma dipartimentale.

La costituzione di un Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze (DSMD), al cui interno si collocano ambiti in precedenza afferenti a organizzazioni diverse, esprime l'obiettivo di potenziare e facilitare i processi di collaborazione e integrazione tra aree che nella pratica clinica sempre più frequentemente appaiono connesse e che pertanto rendono necessarie risposte coordinate tra i differenti erogatori.

Nella medesima direzione di integrazione tra servizi e sguardo complessivo alle fragilità della persona si inserisce il percorso strategico intrapreso dall'ambito della sanità penitenziaria, sia all'interno degli istituti di pena (con lo sviluppo di attività congiunte tra SERD, psichiatria

e azioni per la salute fisica), sia rispetto ai vari percorsi sanitari che vedono coinvolte persone sottoposte a provvedimento penale (minori in carico agli USSM, pazienti autori di reato, soggetti con certificazione di dipendenza in pena alternativa al carcere).

Per garantire continuità degli interventi di cui sopra, spesso rivolti ad una popolazione di pazienti complessi, sia pluripatologici, sia in condizioni sociali e ambientali degradate, le ASST utilizzeranno ove possibile l'opportunità offerta dalle D.G.R. n. XI/371/2018 e n. XI/372/2018 per la stabilizzazione del personale operante nell'ambito dell'area salute mentale, dipendenze e sanità penitenziaria con contratti a tempo determinato o flessibili, anche in ragione della elevata incidenza di personale titolare di questo tipo di contratti rispetto alla totalità degli operatori del settore.

Per dare seguito ai principi di cui sopra, entro il 30/06/2019, le ASST, sentite le ATS territorialmente competenti per la necessaria azione di coordinamento, propongono sperimentazioni di attività a isorisorse che coinvolgano operatori di diverse professionalità e/o afferenti a diversi servizi, con l'obiettivo di fornire risposte integrate e multidisciplinari a bisogni complessi. Per far fronte all'acuirsi della domanda (anche in relazione alle liste di attesa) relativa a bisogni complessi, quali la sindrome dello spettro autistico e la disabilità complessa, anche nella fase del passaggio dall'adolescenza all'età adulta, la Direzione Generale Welfare costituirà un apposito gruppo di lavoro che, entro la fine del mese di febbraio 2019, produrrà una proposta di piano di intervento per il quale sono destinate risorse fino al massimo di 1,5 milioni di euro.

Per quanto riguarda la possibilità di contrattualizzare una porzione non superiore al 10% de valore di assegnazione 43san prevista dalla D.G.R. 491/2018, si dispone che le ATS possano stabilire accordi tra loro, per i quali una ATS ceda parte della propria quota extracontratto (sempre all'interno del 10% dell'assegnato complessivo) per la contrattualizzazione da parte di altra ATS di posti di strutture che insistano sul territorio di quest'ultima. La cessione della quota di assegnazione extracontratto si intende definitiva, e viene disposta solo a fronte dell'invio alla Direzione Generale Welfare dei termini dell'accordo sottoscritto dai Direttori delle due ATS.

Le indicazioni relative alla NPIA sono riportate dopo il paragrafo relativo alla Rete di Assistenza Materno-Neonatale e Pediatrica-Adolescenziale.

5.2.17.1. Psichiatria

I programmi innovativi di psichiatria sono prorogati per il 2019.
Coerentemente con quanto previsto dall'art. 53 bis della l.r. n. 15/2016 e dalla D.G.R. n. X/6164/2017, nel 2019 sono attivati i programmi sperimentali di presa in carico degli utenti dei servizi psichiatrici predisposti dalla ASST Santi Paolo e Carlo e dalla ASST Franciacorta.
Tali programmi intendono, attraverso la definizione di una tariffa onnicomprensiva (**budget di salute**), superare l'attuale remunerazione a singola prestazione.
L'avvio delle sperimentazioni avverrà a partire dalla residenzialità psichiatrica, area in cui è particolarmente elevato il rischio di cronicizzazione e inappropriatezza dei trattamenti e in cui più urgente è l'esigenza di una riconversione e riqualificazione della spesa (che attualmente assorbe circa il 70% delle risorse complessivamente destinate alla tutela della salute mentale adulta).

I programmi predisposti dalle ASST Santi Paolo e Carlo e Franciacorta prevedono che nell'arco dei 2 anni di durata della sperimentazione:

- vengano congelati ed eventualmente successivamente dismessi 28 posti residenziali a gestione pubblica (14 nella ASST Santi Paolo e Carlo e 14 nella ASST Franciacorta) a elevata intensità riabilitativa/ assistenziale;
- per ciascuno dei 28 pazienti selezionati per la dimissione venga formulato un Piano di Trattamento Individuale (PTI) che preveda forme di trattamento alternative alla residenzialità e venga definito il relativo costo (budget di salute);
- l'equipe dei DSMD individui contestualmente ulteriori pazienti (14 per la ASST Santi Paolo e Carlo e 24 per la ASST Franciacorta) da inserire nelle progettualità sperimentali. Il criterio di selezione di tali pazienti è identificato in situazioni definibili ad alta priorità in relazione al rischio di un imminente inserimento in struttura residenziale a causa della presenza di tutte o di molte delle seguenti condizioni: Diagnosi ICD10 F2, ICD10 F3, ICD10F6; ripetuti ricoveri in SPDC, frequente abbandono del programma terapeutico, rischio imminente di grave deriva sociale e di istituzionalizzazione, elevato carico familiare, assenza di rete sociale, isolamento;
- per ciascuno dei 38 pazienti selezionati venga formulato un Piano di Trattamento Individuale (PTI) che preveda forme di trattamento alternative alla residenzialità e venga definito il relativo costo (budget di salute);
- i costi preventivati per l'attuazione dei programmi terapeutico-riabilitativi dei complessivi 66 pazienti coinvolti nella sperimentazione corrispondano alla remunerazione attualmente erogata per le giornate di degenza in residenzialità psichiatrica.

Il raggiungimento di tale obiettivo è graduale e richiede una riconfigurazione progressiva dell'assetto dei costi, prevedendo un finanziamento iniziale al I anno (in realtà una autorizzazione di spesa in anticipo sul valore della produzione del II anno) di € 1.160.000,00, necessari ad impegnare le somme per l'affidamento dei servizi innovativi; con l'avvio dei nuovi servizi avvengono poi la ricollocazione dei pazienti residenziali, la chiusura delle relative strutture e il reclutamento progressivo dei nuovi pazienti, sino a che, al termine del II anno, il sistema raggiunge la compensazione e l'equilibrio di cassa, con costi completamente remunerati dalla produzione, sufficienti a questo punto a garantire "iso-risorse" il trattamento efficace a un numero più che doppio di pazienti.

Al fine di monitorare il processo e gli esiti della sperimentazione è prevista la misurazione dei seguenti indicatori:

a. percentuale di pazienti arruolati nel progetto che non hanno concluso la sperimentazione (drop out) sul totale dei pazienti inseriti nella sperimentazione;
b. numero di giornate di degenza in SPDC dei pazienti arruolati nei 12 mesi precedenti l'avvio della sperimentazione e nei 12 mesi seguenti l'inizio della sperimentazione;
c. numero di giornate di degenza in struttura residenziale dei pazienti arruolati nel periodo di durata della sperimentazione;
d. rapporto tra numero medio di interventi domiciliari e in altro luogo erogati ai pazienti arruolati/numero medio di interventi domiciliari e in altro luogo erogati agli altri pazienti in carico al servizio;
e. percentuale di pazienti presi in carico che hanno mostrato riduzione della gravità misurata attraverso la scala HoNOS-MHCT sul totale dei pazienti inseriti nella sperimentazione.

Al fine di apportare le modifiche rese necessarie dai cambiamenti intervenuti nei 10 anni intercorsi dal riordino della residenzialità psichiatrica disposto dalla D.G.R. n. VIII/4221/2007 e al fine di armonizzare il modello lombardo con le indicazioni pervenute dal livello nazionale (in particolare l'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza – LEA – così come definiti dal D.P.R. 12 gennaio 2017 e le indicazioni in materia di strutture residenziali psichiatriche della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome del 17 ottobre 2013), già in parte recepite dalla D.G.R. n. X/4702 del 29 dicembre 2015 e dalla D.G.R. n. X/7600 del 20 dicembre 2017, si dispone che:

- le attuali CPB – SRP3 devono, in coerenza con la programmazione territoriale prevista dalle corrispondenti ATS, riclassificarsi entro il 31 marzo 2019 in une delle tipologie previste dalla citata D.G.R. n. 7600/2017 (fatto salvo l'equilibrio di sistema che sarà definibile a seguito della ridefinizione complessiva della residenzialità in psichiatria);
- nell'ottica di procedere verso una progressiva riduzione della residenzialità a vantaggio dell'attività territoriale, eventuali variazioni/diminuzioni che – in conseguenza del processo di riqualificazione di cui al punto precedente – dovessero intervenire nel numero di ore di presenza in struttura residenziale pubblica da parte di operatori sanitari rispetto a quanto indicato dalla vigente normativa in materia di accreditamento, devono comportare la riallocazione delle ore stesse presso i CPS delle Unità Operative di Psichiatria ferma restando l'invarianza dei costi.

Le ASST mettono in atto le procedure relative alla esecuzione dei TSO e degli ASO e le azioni necessarie a favorire la riduzione, fino al loro superamento, delle contenzioni meccaniche praticate nei SPDC e nei reparti di NPIA, in coerenza con quanto indicato dai documenti regionali in materia. Si richiama l'obbligo di una registrazione accurata attraverso il sistema informativo psichiatrico dei dati relativi a TSO e contenzioni. La completezza e la accuratezza della rilevazione costituiscono elemento di valutazione dei Direttori Generali.

La ATS della Montagna ha richiesto con nota del 18/10/2018 protocollo n. G1.2018.0032093 di modificare la previsione di assegnazione (effettuata con la D.G.R. n. 7600/2017 sulla base di precedenti richieste della medesima ATS) della quota 43san, a isorisorse per il sistema. Con effetto dall'esercizio finanziario in corso l'assegnazione 43 san è pertanto rideterminata in aumento di 72mila euro, e contemporaneamente, l'assegnazione per il flusso di prestazioni contrattualizzate 46San è ridotta della medesima cifra. Il bilancio della ATS registrerà questa variazione in sede di consuntivo 2018.

Per quanto riguarda le prestazioni extracontratto, le ATS proseguiranno nell'azione finalizzata al miglioramento dell'appropriatezza dell'utilizzo dei fondi relativi al flusso 43San, con una revisione puntuale dei pazienti, tesa alla individuazione dei corretti percorsi individualizzati ed alla eventuale graduale ricollocazione. Si richiamano le ATS e le ASST, in raccordo con le Direzioni competenti, ad aver particolare cura nel contemperare l'appropriatezza clinica con la necessità di garantire continuità della presa in carico e di non generare turbativa nei percorsi assistenziali dei pazienti interessati, anche se già rivalutati o in corso di rivalutazione, e delle loro famiglie.

TEMI CHIAVE/INNOVATIVI	**Tempistica**
Piano di intervento per autismo e disabilità complesse con risorse per 1,5 mln di euro	Entro il 28/02/2019
Attivazione sperimentazione biennale BUDGET DI SALUTE (nuovi programmi sperimentali di presa in carico degli utenti	Entro 31/12/2019

dei servizi psichiatrici attraverso la definizione di una tariffa onnicomprensiva)	
Revisione residenzialità psichiatrica (nuovi requisiti e nuove tariffe)	Entro 31.03.2019 riclassificazione CPB, a seguire nuova D.G.R. di ridefinizione requisiti e tariffe.

5.2.17.2. Dipendenze

Negli ultimi anni il fenomeno delle dipendenze ha subito profondi cambiamenti, sia per quanto riguarda la tipologia dei pazienti coinvolti, sia per quanto riguarda le modalità di intervento raccomandate dalla letteratura scientifica internazionale.

La larga diffusione delle sostanze a basso costo ha allargato il numero delle persone coinvolte che non appartengono più oggi esclusivamente alle fasce marginali della popolazione, ma che comprendono studenti, lavoratori, persone integrate nella società civile.

Come in altri ambiti della medicina, anche l'approccio terapeutico si è modificato: numerose ricerche hanno dimostrato come un intervento tempestivo nelle prime fasi della patologia aumenti in modo statisticamente significativo il numero di guarigioni e, anche per i casi in cui non è possibile una guarigione, migliori sensibilmente il decorso della patologia diminuendone i costi a livello personale, familiare, sociale e, in definitiva, anche a livello economico.

La necessità di una diagnosi precoce e di un intervento che eviti ritardi e cronicizzazioni impone una rivisitazione del sistema di intervento, che deve porsi in modo più flessibile, dinamico, versatile ad affrontare tutta la gamma di situazioni che vanno dai giovanissimi, alle nuove dipendenze, anche di tipo comportamentale (GAP – gioco d'azzardo patologico), fino alle poli-tossicodipendenze, alle co-morbilità psichiatriche ed a quelle situazioni di cronicità che oggi ancora esistono e che per il futuro tutti vorremmo evitare.

Sia il sistema di intervento ambulatoriale che quello residenziale devono essere ripensati creando moduli di intervento fortemente connessi tra loro, più specializzati e flessibili, in grado di affrontare le esigenze di persone che presentano problematiche complesse, ma che al tempo stesso sono spesso fortemente legate al proprio tessuto sociale.

Alcune casistiche necessitano una specifica riflessione:

- i giovani, sui quali bisogna intervenire con forza e decisione, concentrando le risorse ed evitando i ritardi che in passato hanno portato ad interventi tardivi e cronicizzanti;
- i soggetti che possono usufruire di misure alternative alla detenzione, per i quali è importante costruire progetti di cura e percorsi di reinserimento;
- gli stranieri, per i quali i percorsi residenziali sono spesso di difficile accesso;
- i soggetti affetti da dipendenze comportamentali, primi fra tutti i giocatori d'azzardo patologico, per la cui cura ci saranno a breve finanziamenti ad hoc.

Regione, con il coinvolgimento sia dei soggetti privati che dei soggetti pubblici, intende ripensare un sistema di intervento ancora più efficace, integrato e aderente ai bisogni di quello attuale, un sistema non cristallizzato che metta al centro il paziente con la sua complessità e i suoi bisogni in continua evoluzione.

L'obiettivo è quello di arrivare a definire un sistema che faciliti l'accessibilità ai servizi, attraverso la creazione di una rete per garantire la continuità assistenziale, condividere la disponibilità dei posti e gestire le liste di attesa, agevolando il lavoro di individuazione delle strutture più idonee per l'inserimento dei pazienti. Ma soprattutto un sistema di cura che - combattendo lo stigma e il pregiudizio che ancora connotano questa patologia - aiuti i pazienti e i loro familiari a rivolgersi ai servizi con fiducia ed ottimismo, nella certezza che stiamo trattando una patologia seria e grave ma per la quale, se si interviene precocemente, la storia delle persone coinvolte può cambiare completamente.

A tale fine, per il 2019 vengono messe in atto le azioni di seguito descritte.

Istituzione dell'Osservatorio epidemiologico regionale per le dipendenze, come formalizzazione del coordinamento degli Osservatori Locali per le dipendenze (e la conseguente soppressione il Tavolo Tecnico Regionale Osservatori - TTRO).

Istituzione del Tavolo con gli erogatori delle dipendenze, sia del settore pubblico che di quello privato accreditato, quale luogo di periodico confronto sulla materia, in continuità con i lavori del gruppo tecnico avviato nel 2018 e con l'obiettivo prioritario di proseguire il percorso avviato per la revisione della rete dei servizi ambulatoriali, residenziali e semi residenziali.
Il gruppo di lavoro tecnico ha affrontato varie tematiche, programmando le proprie attività attraverso l'individuazione degli argomenti prioritari e delle criticità salienti nell'ambito delle dipendenze.
Nel contempo, ha contribuito in modo decisivo alla stesura del Piano Regionale per il Contrasto al Gioco d'Azzardo Patologico, redatto ai sensi delle disposizioni ministeriali attinenti all'applicazione del Decreto del Ministero della Salute del 6 ottobre 2016 con il quale viene disposta la ripartizione alle Regioni del Fondo per il gioco d'azzardo patologico (art.1, comma 946 legge 28/12/2015 n. 208) e, in tal senso, la D.G.R. n. XI/585/2018 all'allegato "C" prevede che gli esiti della sperimentazione saranno utili anche per la ridefinizione e l'aggiornamento della normativa regionale di riferimento per le dipendenze, tra cui, ad esempio, la formulazione di un nuovo modello di certificazione in relazione a nuove unità d'offerta e all'adozione del DSM 5.

Contrasto al gioco d'azzardo patologico (GAP): entro il 30/06/2019 le ATS devono avviare le attività di cui alla D.G.R. n. XI/585 del 1/10/2018, volte ad accrescere le opportunità di prevenzione, diagnosi precoce, cura e riabilitazione del GAP a livello territoriale, anche attraverso azioni innovative, così come previsto dal Piano di Attività Regionale per il Contrasto al Gioco d'Azzardo Patologico.
Tale Piano (nell'ambito dell'Obiettivo 3 "Potenziare le opportunità di Diagnosi Precoce, Cura e Riabilitazione") prevede: l'implementazione percorsi di cura per il Disturbo da Gioco d'Azzardo nella rete dei Servizi Territoriali (SerD e SMI) e all'interno degli Istituti Penitenziari; l'avvio di sperimentazioni relative alla residenzialità e/o semi residenzialità, come previsto dai vigenti LEA; l'attività di informazione attraverso una più stretta sinergia Ospedale/Territorio come previsto dalla l.r. 33/2009.

Diagnosi Precoce: ogni ASST, entro il 30/06/2019, deve avviare specifiche azioni volte alla diagnosi precoce del disturbo da uso di sostanze, in quanto tutte le indicazioni scientifiche evidenziano come un intervento tempestivo sia cruciale nel determinare un aumento statisticamente significativo del numero di guarigioni e un miglioramento del decorso della patologia. Tali attività devono essere declinate secondo le modalità ritenute più

appropriate per le diverse realtà territoriali (ad esempio ambulatori giovani, attività diagnosi precoce, ecc.), anche in collaborazione con la NPIA, la Psichiatria e l'area Consultoriale.

Agli interventi di presa in carico si affiancano quelli di promozione della salute e prevenzione dei rischi comportamentali, identificati sulla base delle migliori evidenze di efficacia nella prevenzione delle dipendenze, descritti nel dettaglio nel paragrafo 8.4.1.5 Prevenzione delle Dipendenze.

In questo contesto assume particolare importanza il modello di riduzione del rischio e del danno da mettere in atto nelle aree metropolitane a maggior rischio, quali il bosco di Rogoredo a Milano, ove è necessario attivare un efficace progetto di prevenzione che coinvolga tutti i soggetti del territorio: Regione con le ATS e le ASST, Comune, Prefettura, associazioni, scuole.

TEMI CHIAVE/INNOVATIVI	Tempistica
Istituzione dell'osservatorio epidemiologico per le dipendenze;	Contestuale alla approvazione delle Regole
Istituzione del tavolo con gli erogatori delle dipendenze.	Contestuale alla approvazione delle Regole
Avvio Attività Diagnosi Precoce Disturbo da Uso di Sostanze	Entro 30/06/2019

5.2.17.3. Sanità Penitenziaria

L'Unità Operativa Sanità Penitenziaria (di cui alla D.G.R. n. X/4716/2016) ha la propria sede presso la Direzione Generale Welfare, dove il referente incaricato effettua la propria funzione (di livello regionale e sovraregionale) in costante raccordo con il Provveditorato Amministrazione Penitenziaria.

Le ASST nei cui Istituti di pena è stato reso disponibile il sistema informativo della Sanità Penitenziaria hanno l'obbligo di procedere all'utilizzo dello stesso per la compilazione della cartella sanitaria informatizzata del detenuto.
Analogo obbligo è disposto per le ASST di provvedere al corretto e completo aggiornamento dei dati raccolti nel sistema informativo SMOP (con particolare riferimento al Piano Terapeutico Individuale) entro 45 giorni dalla avvenuta notifica dell'inserimento dei pazienti residenti nei Comuni afferenti al proprio DSMD nelle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS).
Nel corso del 2019, le ASST dovranno procedere alla implementazione o aggiornamento del piano e degli strumenti di gestione del rischio clinico negli istituti penitenziari.

Nell'ottica della gestione del rischio clinico di cui al punto precedente, è istituita la Commissione Medica di vigilanza per audit in caso di decesso o sospetto di errore clinico, presieduta dal referente della U.O.S.P. e costituita da professionisti sanitari delle ASST lombarde convocati dallo stesso referente, tra i quali un medico generico, un rappresentante della Direzione Sanitaria della ASST, un medico legale ed uno o più specialisti/professionisti sanitari in rapporto all'episodio. Per ogni singolo caso esaminato tale commissione redige una sintesi finale.

La Commissione Medica di vigilanza si relazionerà con la parallela Commissione eventualmente istituita dalla Amministrazione penitenziaria e stenderà una propria relazione su ogni singolo caso.

Entro il 31/03/2019 gli uffici della Direzione Generale Welfare, con il supporto della cabina di regìa della sanità penitenziaria, verificheranno la possibilità di procedere ad una stratificazione per patologia dei detenuti presso gli istituti di pena della Lombardia, al fine di ottimizzare i percorsi di cura dei detenuti nell'ottica di fornire prestazioni sempre più mirate al bisogno di salute rilevato.

Per quanto riguarda i ricoveri di detenuti provenienti dalla Casa Circondariale di Milano San Vittore, si conferma come prima destinazione l'ASST Grande Ospedale Metropolitano di Niguarda, con la norma di cautela di un massimo di due pazienti/detenuti presenti contemporaneamente. I successivi/ulteriori ricoveri che si rendessero necessari potranno essere effettuati in SPDC di altre ASST presenti nella città di Milano o zone limitrofe.

Per quanto riguarda i ricoveri di detenuti effettuati presso il Reparto di medicina penitenziaria dell'Ospedale San Paolo di Milano si dispone che:
a) essi siano concordati con il referente della UOSP, con particolare riferimento a eventuali dinieghi che l'azienda ritenesse di dover esprimere;
b) il coordinatore infermieristico comunichi giornalmente alla propria Direzione Sanitaria, al referente della Unità Operativa di Sanità Penitenziaria e al Provveditorato Amministrazione Penitenziaria di Milano il numero di posti letto disponibili.

5.2.17.4. Struttura di Castiglione delle Stiviere

La ASST di Mantova con propria nota dell'11/10/2018 prot. n. G1.2018.0031427 ha richiesto l'accreditamento e la messa a sistema della struttura per l'Esecuzione delle misure di sicurezza in regime di licenza esperimento e per l'esecuzione penale esterna della libertà vigilata (cosiddetta SLIEV) di Castiglione delle Stiviere, in quanto utilizzata sin dalla sua realizzazione (precedente alla legge 9/2012) quale struttura intermedia da e verso il territorio. In considerazione del ruolo unico e non effettuabile da altri erogatori, sia per la prossimità logistica sia per la continuità di cura assicurata da operatori della medesima azienda svolto a livello regionale in materia di accoglienza di pazienti autori di reato, la ASST potrà accreditare e mettere a contratto tale struttura (fatto salvo l'equilibrio di sistema), in coerenza con le disposizioni in materia di residenzialità psichiatrica.
La ASST dovrà assicurare con le proprie risorse i requisiti di accreditamento necessari.

TEMI CHIAVE/INNOVATIVI	**Tempistica**
Ridefinizione della Unità Operativa Sanità Penitenziaria (di cui alla D.G.R. n. X/4716/2016).	Contestuale alla approvazione delle Regole
Obbligo di utilizzo della cartella sanitaria informatizzata del detenuto.	Contestuale alla messa in opera dello strumento in ciascun istituto
Obbligo di implementazione del piano e degli strumenti di gestione del rischio clinico negli istituti penitenziari.	Entro 31.06.2019
Istituzione Commissione Medica di vigilanza per audit in caso di decesso o sospetto di errore clinico in carcere.	Contestuale alla approvazione delle Regole

Obbligo per le ASST di inserire nell'apposito sistema informativo (SMOP) il Piano Terapeutico Individuale entro 45 giorni dalla avvenuta notifica dell'inserimento del paziente in REMS.	Contestuale alla approvazione delle Regole
Riorganizzazione delle procedure di ricovero (ed eventuale diniego al ricovero) detenuti presso apposito reparto San Paolo.	Contestuale alla approvazione delle Regole
Stratificazione detenuti per patologia	Costituzione gruppo di lavoro entro 31/03/2019
Possibilità per la ASST di Mantova di accreditare e mettere a contratto l'attuale struttura per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza in regime di Licenza Esperimento e per l'Esecuzione Penale Esterna della Libertà Vigilata come residenzialità psichiatrica di transito da e verso le REMS.	Entro 31/12/2019

5.3. **Rete d'offerta: risorse e negoziazione**

5.3.1. Funzioni non tariffabili

Ad esito delle verifiche effettuate dalla Direzione Generale Welfare sui criteri di individuazione delle funzioni, sui costi di riferimento e sulle modalità di remunerazione delle stesse, svolte nel rispetto delle norme nazionali e regionali vigenti, tenuto conto delle osservazioni formulate dall'Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario Lombardo, si dispone che:

- per l'esercizio 2019 si conferma la disponibilità complessiva di risorse pari ad Euro 817,5 milioni così ripartiti: 1) erogatori pubblici - fino a Euro 702 milioni; 2) erogatori di diritto privato - fino a Euro 115,5 milioni.
- entro il 28 febbraio 2019 la Direzione Generale Welfare proponga alla Giunta regionale una delibera che individuerà le attività da remunerare a funzione secondo criteri e costi standard stabiliti nel rispetto delle indicazioni fornite dall'Agenzia di Controllo del SSL.

5.3.2. Maggiorazioni tariffarie

La Giunta regionale entro il mese di gennaio 2019 adotterà apposito atto di indirizzo al fine di chiudere le istruttorie relative agli esercizi pregressi ed individuare alcuni correttivi o chiarimenti al riguardo; ciò in un'ottica di semplificazione degli adempimenti, fatta salva la salvaguardia degli scopi sottesi al regime delle maggiorazioni. A tali fini la Giunta regionale si avvarrà del supporto dell'Agenzia dei Controlli, ai sensi dell'art. 11 della l.r. n. 23/15.

5.3.3. Prestazioni di ricovero

Nel corso del 2019 le ATS, di concerto con la Direzione Generale Welfare, sulla base delle esigenze di programmazione territoriale, autorizzano il trasferimento da parte degli erogatori di posti letto per acuti e/o riabilitazione verso subacuti e/o degenza di comunità, con un rapporto di trasformazione dei posti letto che garantisca il mantenimento dei

budget. Tale budget, storicizzabile, dovrà essere compreso nella voce cure subacute del contratto.

Nel 2019 viene introdotto un budget per ogni erogatore per le prestazioni di "bassa complessità" erogate a favore di pazienti residenti fuori Regione. Il valore di riferimento per la definizione del budget è dato dalla produzione di bassa complessità per fuori Regione erogata nell'anno 2015.
Tale budget sarà quantificato nei contratti definitivi, tenendo conto dei possibili aggiornamenti sulla definizione di "alta complessità" alla luce degli accordi tra Regioni in fase di perfezionamento.

Come per il 2018, in caso di non completo utilizzo delle risorse negoziate (escluse le prestazioni di specialistica ambulatoriale) con gli erogatori del territorio di competenza, le ATS nel rispetto dei tetti contrattuali potranno, con riferimento all'ultimo trimestre, previe verifiche sulla completezza dei flussi informativi ed accordo con l'erogatore di riferimento, e previa autorizzazione della Direzione Generale Welfare, riorientare le risorse presso altri Erogatori dello stesso comparto (ovvero pubblico o privato). Il volume massimo dell'importo delle risorse da riorientare è fissato nella percentuale massima del 10% delle risorse non utilizzate.
Si sottolinea che tali operazioni sono da considerarsi una tantum e non storicizzabili.
A seguito di quanto sopra, si rende necessario l'aggiornamento del contratto degli erogatori interessati.

5.3.4. Prestazioni di chirurgia ambulatoriale e attività svolta all'interno dei day surgery extra ospedalieri ai sensi dell'allegato 2 del D.M. 2 aprile 2015, n. 70

Il D.M. 2 aprile 2015, n. 70, Allegato 2, e il D.P.C.M. 12 gennaio 2017 rendono necessario aggiornare le disposizioni regionali in ordine alle prestazioni erogabili all'interno dei presidi extra ospedalieri di day surgery e degli ambulatori protetti (ossia ambulatori situati in struttura autorizzata per l'attività di ricovero sia in regime ordinario che a ciclo diurno) e in ordine alla chirurgia ambulatoriale complessa.
Il **sub allegato A "*Disposizioni inerenti la chirurgia ambulatoriale e l'attività svolta all'interno dei Day Surgery extra ospedalieri ai sensi dell'allegato 2 del D.M. 2 aprile 2015, n. 70*"** fornisce le relative disposizioni.

5.3.5. Negoziazione casistica di bassa complessità in mobilità interregionale verso erogatori di diritto privato

La D.G.R. n. X/6592 del 12/05/2017 ha previsto un tetto complessivo su base regionale per le prestazioni di ricovero e cura di bassa complessità garantite da erogatori di diritto privato per pazienti provenienti da fuori regione.
Il predetto tetto complessivo è stato definito nel 2017 prendendo come riferimento l'esercizio 2013 che rappresentava il riferimento utilizzato nel settembre 2016 a livello della Conferenza Stato Regioni per compensare i saldi di mobilità tra le regioni per il biennio 2014-2015.

Questa previsione della Giunta regionale deriva dalle seguenti disposizioni normative nazionali:

1) l'art.15, comma 14, del D.L. n. 95/2012 (Spending Review) stabiliva la riduzione degli importi e dei corrispondenti volumi da applicarsi a tutti i "singoli contratti e accordi"

stipulati con le strutture private arrivando ad un valore pari al -2% di quanto finanziato nel 2011;

2) il comma 574 dell'art. 1 della legge di stabilità 2016, Legge 28/12/2015 n. 208, ha disposto in merito all'obbligo di riduzione anche sulle prestazioni erogate da strutture private a favore di pazienti residenti in altre regioni. Disciplinando una deroga alla riduzione, per gli IRCCS e per l'alta specialità, ne ha, infatti, affermato la sussistenza. La legge Finanziaria 2016 ha, quindi, affermato il principio per cui l'onere di ottenere la riduzione dei costi è a carico della Regione nella quale si verificano i ricoveri e non della Regione nella quale risiedono i cittadini che effettuano prestazioni in mobilità extraregionale.

Nel corso del 2018 a livello nazionale la compensazione dei saldi di mobilità tra le regioni è stata effettuata prendendo come riferimento l'esercizio 2015, che rappresenta l'ultimo anno prima del cambio di trattazione delle attività di ricovero a seconda della loro bassa od alta complessità, così come è stato statuito dalla legge di stabilità 2016, Legge 28/12/2015 n. 208.
Prendendo atto delle novità introdotte dalle legge di stabilità 2016 e degli ultimi riferimenti presi in sede di conferenza stato regioni per compensare la mobilità interregionale delle attività di ricovero, il limite massimo di riferimento per le attività di bassa complessata erogate per pazienti in mobilità dalle strutture di diritto privato, ad esclusione degli IRCCS, viene definito prendendo come riferimento il 2015 ed è stabilito nel valore di 130 milioni di euro.
I trend delle attività ci indicano che non tutti gli erogatori stanno programmando le attività di bassa complessità nel rispetto delle riduzioni disposte dalla normativa nazionale e delle indicazioni attuative date da Regione Lombardia e che un tetto complessivo risulta essere penalizzante per gli erogatori più rispettosi delle regole stabilite.
Al fine di poter raggiungere il predetto obiettivo con il corretto spirito di equità e di condivisione delle regole da parte di tutti gli erogatori interessati, si dispone che le ATS negozino con i singoli erogatori destinatari della presente disposizione, volumi economici massimi di attività che prendano come riferimento quanto erogato per la bassa complessità nel 2015 (130 milioni di euro complessivi) al netto dell'abbattimento del 3,5% che viene applicato per allineare il tariffario regionale a quello stabilito per la mobilità (tariffario TUC).

Al fine di inquadrare in modo corretto la presente disposizione rispetto alle regole vigenti in tema di accreditamento e di negoziazione delle attività si ricorda che la legge regionale 33/2009 all'articolo 15 stabilisce che "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". Da ciò ne deriva che la quantità di letti accreditati da utilizzare è quella necessaria per onorare gli impegni contrattuali annualmente contratti dagli erogatori con le ATS di riferimento.

5.3.6. 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza e procedure MPR di cui al sub Allegato A) della D.G.R. n. X/1185/2013

Il Patto per la Salute 2010-2012 all'allegato B prevede un elenco di DRG ad alto rischio di inappropriatezza se erogati in regime di degenza ordinaria, che dovrebbero quindi essere

prevalentemente erogati in regime di DH o di day surgery e che, insieme ad altri indicatori, sono utilizzati, con un peso relativo importante, dal Ministero della Salute per misurare il livello quali-quantitativo di garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza da parte delle Regioni.

Dopo quasi 10 anni dall'approvazione del predetto elenco di DRG ad elevato rischio di inappropriatezza gran parte degli erogatori hanno progressivamente adeguato i propri setting erogativi per i DRG di tipo chirurgico orientandoli alla modalità erogativa del day surgery. Nei casi chirurgici per i quali permane il ricorso alla degenza ordinaria, nell' 82% delle occorrenze la prestazione viene garantita con al massimo una notte di degenza, con finalità di sola osservazione del decorso post operatorio. Si rileva che si tratta di DRG per i quali già vige una tariffa unica a prescindere dal setting di erogazione.

Con la D.G.R. n. X/1185 del 20/12/2013 erano state individuate, al sub allegato A), alcune delle procedure riconducibili ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza che a partire dalle prestazioni erogate dal 1° gennaio 2014 dovevano essere prioritariamente erogate in regime di day surgery anche nel caso in cui esse si fossero riferite ad episodi assistenziali con pernottamento di una notte, in quanto la suddetta notte era da considerarsi di semplice osservazione e non di assistenza. Dovevano essere considerati e rendicontati come attività di ricovero ordinario solo i casi con almeno due notti di degenza, pur prevedendo per gli stessi la medesima tariffa unica di cui al medesimo sub Allegato A "Tariffe 108 DRG a rischio di inappropriatezza".

Al fine di promuovere ulteriormente l'appropriato setting di erogazione dei DRG associati alle procedure MPR di cui al sub Allegato A) della D.G.R. n. X/1185/2013 e dei restanti DRG di tipo chirurgico afferenti alla lista dei 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza, non previsti nella predetta deliberazione, si individua la lista dei DRG di seguito elencati per i quali si stabilisce:

1) che a partire dalle prestazioni erogate per casi dimessi dal 1° gennaio 2019 il setting di erogazione da privilegiarsi dovrà essere, laddove le condizioni cliniche dei pazienti lo permettano, il regime di day surgery anche nel caso in cui ci si riferisca ad episodi assistenziali con pernottamento di una notte, in quanto la suddetta notte è da considerarsi di semplice osservazione e non di assistenza;
2) che la casistica debba essere considerata e rendicontata come attività di ricovero ordinario solo nei casi con almeno due notti di degenza;
3) che per i DRG di cui trattasi, nel seguente elenco sono indicate le tariffe valide per le prestazioni erogate per casi dimessi a decorrere dal 1° gennaio 2019. Trattasi delle tariffe uniche, a prescindere dal setting erogativo, oggi vigenti ad eccezione che per i DRG 345 e 360 per i quali viene definita come tariffa unica quella attuale del ricovero ordinario portata al 85%;
4) che vengono di conseguenza soppresse, a decorrere dai casi dimessi dal 1° gennaio 2019, le disposizioni di cui al sub allegato A della D.G.R. n. X/1185/2013, in quanto attualizzate e ricondotte alle disposizioni del presente provvedimento.

DRG	DESCRIZIONE	TARIFFA UNICA
006	Decompressione del tunnel carpale	820
007	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso con CC	1981
008	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC	1202
036	Interventi sulla retina	2123
038	Interventi primari sull'iride	1289
039	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	1168
040	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni	1281
041	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni	841
042	Interventi su strutture intraoculari escl. retina, iride e cristallino + Tipo Tar. SDO = "N"	1641
051	Interventi sulle ghiandole salivari eccetto sialoadenectomia	1513
055	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	1485
059	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni	892
060	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	892
061	Miringotomia con inserzione di tubo, età > 17 anni	1683
062	Miringotomia con inserzione di tubo, età < 18 anni	1162
076	Altri interventi sull'apparato respiratorio, con CC	892

077	Altri interventi sull'apparato respiratorio, senza CC	1266
114	Amputazione arto superiore e dita piede per malattie apparato circolatorio	1555
119	Legatura e stripping di vene	1619
120	Altri interventi sull'apparato circolatorio	2503
158	Interventi su ano e stoma, senza CC	1202
159	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni con CC	1583
160	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	2123
161	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni con CC	1641
162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	1298
163	Interventi per ernia, età < 18 anni	952
168	Interventi sulla bocca, con CC	1812
169	Interventi sulla bocca, senza CC	1623
187	Estrazioni e riparazioni dentali	892
208	Malattie delle vie biliari, senza CC	1169
217	Sbrigliamento ferita e trapianto cutaneo eccetto mano, per malattie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	1281
225	Interventi sul piede	1442
226	Interventi sui tessuti molli con CC	1007
227	Interventi sui tessuti molli senza CC	1175

228	Interventi maggiori sul pollice o sulle articolazioni o altri interventi mano o polso con CC	1958
229	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	979
232	Artroscopia	895
262	Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne	979
263	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti per ulcere della pelle o cellulite con CC	1619
264	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti per ulcere pelle o cellulite senza CC	1419
265	Trapianti pelle e/o sbrigl. escl. ulcere con CC	917
266	Trapianti pelle e/o sbrigl. escl. ulcere senza CC	1787
268	Chirurgia plastica della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	1093
270	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	841
323	Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia ESW	2014
339	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni	1513
340	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni	1640
342	Circoncisione età > 17 anni	1180
343	Circoncisione età < 18 anni	840
345	Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile eccetto per neoplasie maligne	1859

354	Interventi su utero e su annessi per neoplasie maligne non dell'ovaio o degli annessi con CC	1162
355	Interventi su utero e su annessi per neoplasie maligne non dell'ovaio o degli annessi senza CC	1289
357	Interventi su utero e annessi per neoplasie maligne dell'ovaio o degli annessi	1450
358	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne, con CC	1180
359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne, senza CC	1683
360	Interventi su vagina, cervice e vulva	1442
362	Occlusione endoscopica delle tube	1450
363	Dilatazione e raschiamento, conizzazione e impianto materiale radioattivo per neoplasie maligne	820
364	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	840
377	Diagnosi relative a postparto e postaborto con intervento chirurgico	2014
381	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	952
402	Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici senza CC	2219
408	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con altri interventi	3158
439	Trapianti di pelle per traumatismo	3243
441	Interventi sulla mano per traumatismo	2052
443	Altri interventi chirurgici per traumatismo, senza CC	2558

503	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	1981
537	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore con CC	2503
538	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	2503

5.3.7. Flussi informativi

L'evoluzione del modello debito informativo

Lo sviluppo della tecnologia e le evoluzioni in essere, con focus particolare sulla rivisitazione della catena del valore delle attività produttive introdotta dall'industria 4.0, offrono l'opportunità di una revisione del modello del debito informativo vigente in Regione Lombardia.
La suddetta evoluzione è principalmente finalizzata ad una maggior trasparenza del sistema Regionale in relazione alle regole di controllo e conseguente remunerazione delle prestazioni erogate, con l'obiettivo primario di incrementare l'efficienza e l'efficacia dei Servizi forniti, anticipando, laddove possibile, i controlli e la conseguente qualità complessiva dei dati di rendicontazione.
Tale approccio è eminentemente inclusivo e intende far leva su una condivisione anticipata delle regole attraverso un sistema informativo distribuito che restituisce, prima dell'attestazione del flusso, quanto necessario per correggere errori e ottenere il miglior deliverable possibile. Inoltre risulta di grande valore poter allertare le strutture su anomalie rilevate in tempistiche congrue agli eventi diagnostici e di cura erogati, al fine di poter attuare retrofeedback correttivi di eventuali problemi sistematici presenti in una struttura in ottica di miglioramento continuo della qualità.

Il Debito Informativo

Il Debito Informativo è uno strumento tradizionale con il quale i Sistemi di Governo della Sanità pubblica acquisiscono i dati dal territorio per adempiere alle proprie finalità istituzionali, tra le quali le più significative sono:

1. attività di programmazione gestione e controllo e valutazione dell'assistenza sanitaria erogata;
2. attività di remunerazione delle prestazioni erogate per conto del SSR;
3. attività di assolvimento dei Debiti Informativi Ministeriali.

In considerazione della strategicità dello strumento del Debito Informativo, l'infrastruttura operativa e funzionale è rimasta pressoché invariata negli anni, aggregando e stratificando al proprio interno regole e prassi estremamente efficaci ma ormai inevitabilmente desuete.

L'evoluzione del Debito Informativo e il presidio nearly real time della fatturazione, di controlli in automatico di appropriatezza e corretta rendicontazione e di monitoraggio dei tempi di attesa

I principi cardine della evoluzione che si intende attuare sono di seguito descritti:

1. Evoluzione del flusso informativo in ottica di "Distinta Contabile" di flusso.
   Tale novità intende istituire una relazione esplicita tra territorio e governo regionale in merito all'oggetto prevalente del Debito Informativo, costituito dalla remunerazione delle prestazioni rendicontate. Il flusso di debito attuale evolverà, dunque, prevedendo una specifica sezione sintetica, in cui la struttura inviante evidenzierà i valori economici chiesti a pagamento. Il medesimo flusso conterrà peraltro i dati puntuali delle singole prestazioni, con la regola vincolante che l'accettazione sarà vincolata ad una quadratura contabile tra i valori esposti in Distinta e le prestazioni puntuali rendicontate.

2. Firma postuma del legale rappresentante della Struttura del flusso a seguito dei preventivi controlli in accettazione svolti dal Sistema SMAF.
   Il nuovo sistema "Debito Informativo" stabilisce un modello di elaborazione distribuita, in cui il sistema di accoglienza regionale contribuisce alla generazione e attestazione della miglior qualità possibile del flusso dati, anticipando l'atto di firma e attestazione del Legale Rappresentante dell'Azienda Sanitaria, con un riscontro sulla qualità delle prestazioni rendicontate attraverso la realizzazione di controlli elettronici certificati e svolti in tempo reale sulle prestazioni. In tal modo sarà sempre possibile una azione preventiva da parte della struttura inviante di correzione dell'invio, in modo da realizzare un consolidamento ragionevolmente definitivo della transazione.
   La firma FEA postuma all'invio del flusso, rappresenta, insieme all'esplicitazione del dato economico delle prestazioni (evoluzione del flusso a Distinta Contabile), l'occasione per una riappropriazione diretta ed esplicita delle attività di rendicontazione da parte dei rappresentanti amministrativi delle Aziende Sanitarie, che attestano direttamente i valori produttivi dell'Azienda, non più un mero flusso informatico, ancorché da sempre finalizzato prevalentemente alla retribuzione delle prestazioni.

   In sintesi, la Struttura Sanitaria, anche attraverso il colloquio diretto tra i propri sistemi informativi e lo SMAF Regionale, provvederà:

   - ✓ all'invio del nuovo flusso "contabile" al sistema di Sistema Modulare di Accoglienza Flussi (SMAF);
   - ✓ alla rilevazione dei riscontri che il sistema SMAF fornirà in tempo reale, compresa la verifica della coerenza contabile tra Distinta e i valori delle singole prestazioni a pagamento;
   - ✓ alla correzione anticipata degli errori di flusso o alle squadrature contabili evidenziati da SMAF prima dell'attestazione;
   - ✓ alla firma elettronica del flusso da parte del Legale rappresentante attraverso le funzionalità di firma FEA – Firma Elettronica Avanzata, equiparata alla firma autografa.

3. I controlli in "tempo reale"
   Elemento distintivo del nuovo modello flussi, consiste nell'attivazione, all'atto dell'acquisizione dei dati, di un controllo qualità applicato alla totalità delle prestazioni rendicontate, ovvero attuato prima del consolidamento del flusso e dell'apporto della firma FEA da parte del Responsabile della Azienda.

I controlli svolti sono di seguito sintetizzati:

a. Controlli elettronici di processo.
   Laddove il flusso è caratterizzato da un processo di "prescrizione" – "erogazione" – "rendicontazione" (es. prestazioni Farmaceutica e 28SAN), il sistema di accoglienza controllerà il grado di coerenza della prestazione rendicontata con i corrispettivi dati elettronici disponibili nel SAR (Sistema di Accoglienza Regionale). I controlli saranno sia di tipo "diretto" deterministico, ad esempio, il controllo dell'esistenza della relativa prescrizione ed erogazione della prestazione rendicontata all'interno del SAR SAC, sia di tipo indiretto quali-quantitativo, con una prima valutazione dell'appropriatezza della prestazione, ad esempio la compatibilità di quanto rendicontato con quanto prescritto (anche oltre la compatibilità della branca di appartenenza della prestazione).

b. Controlli delle prestazioni "inter flusso"
   Il nuovo sistema è in grado di valutare la congruità delle prestazioni rendicontate, ad esempio MAC, BIC nell'ambito delle prestazioni ambulatoriali, con prestazioni appartenenti ad altri domini di flusso, come ad esempio, le SDO o il File F, fornendo al sistema Regionale allargato, una vista anticipata di anomalie, normalmente demandate alle successive lavorazioni e analisi in carico ai NOC. In tal senso occorre sottolineare che la finalità dell'anticipo di parte delle attività di controllo prima del consolidamento del flusso, poggia sulla volontà del sistema di governo di prediligere riscontri sulla qualità delle prestazioni preventivi e temporalmente contigui all'atto di erogazione delle prestazioni, piuttosto che postumi e a carattere prevalentemente sanzionatorio, fornendo l'opportunità in tal modo di abbreviare le tempistiche caratteristiche del ciclo di miglioramento della qualità dei servizi sanitari. In tali tipologie di controlli ve ne sono alcuni che necessariamente non potranno essere svolti all'acquisizione del flusso, bensì in momenti successivi, in quanto avranno necessità di interrogare coorti di prestazioni che si consolidano in archi temporali differenti. In ogni caso il nuovo sistema SMAF intende salvaguardare la caratteristica di controlli svolti entro finestre temporali il più possibile prossime agli eventi di erogazione delle prestazioni.

4. I Tempi di Attesa "ex Post"
   L'opportunità di un utilizzo intensivo ed integrato dei dati elettronici relativi alle prestazioni poste a pagamento abbinate agli stati relativi agli rispettivi "eventi" presenti sul SISS-SAR, nel caso di ricetta dematerializzata, fornisce l'opportunità al sistema di accoglienza SMAF di esporre "viste dati" in grado di evidenziare l'evoluzione del percorso dell'Assistito in merito a:
   - Prescrizione (data di prescrizione);
   - Eventuale prenotazione (data di prenotazione);
   - Erogazione (data di erogazione);
   - Rendicontazione.

   L'aggregazione dei suddetti dati favorisce una vista trasparente del percorso e dei relativi tempi caratteristici che il cittadino deve "attraversare" per fruire delle prestazioni del Servizio sanitario lombardo. Tale vista è tendenzialmente complementare e integrativa alle informazioni contenute in MTA, in quanto fotografa, in assenza di filtri, la realtà de facto del percorso sanitario evidenziando i comportamenti caratteristici di tutti gli attori.

5. Governo dei LEA
   La garanzia di quadratura e stabilità dei valori economici del flusso acquisito, garantisce il sistema Regionale anche in relazione ai differenti adempimenti LEA cui è soggetta, in primis la rendicontazione delle prestazioni verso il MEF di cui alla legge n. 326, art. 50, in quanto il nuovo sistema di accoglienza flussi, garantisce perfetta congruità tra quanto corrisposto alle strutture e le relative prestazioni rendicontate, eliminando all'origine i disallineamenti che il MEF tradizionalmente lamenta verso le regioni.
   Inoltre il sistema interattivo di data quality preventivo al consolidamento del flusso di rendicontazione, permette un controllo stringente della qualità dei dati, con ricadute positivi su tutti gli adempimenti LEA.

6. Strumenti evoluti per i NOC Aziendali
   Il nuovo sistema SMAF prevede la realizzazione un repository dati di tutti i principali flussi dati con data retention di circa 15 mesi che corrisponde al ciclo di vita dell'anno contabile del processo di remunerazione del sistema Regionale. A chiusura dell'anno contabile, i suddetti dati saranno archiviati in repository a norma fino alla conclusione del ciclo di vita delle informazioni definito dal Massimario di Scarto di Regione Lombardia. Il repository dei flussi ospita i processi algoritmici di rilevazione delle anomalie ed errori, sia in ottica verticale di flusso, sia in ottica orizzontale inter flusso. Sarà previsto uno strumento specifico per i NOC Aziendali, integrato nell'architettura DAAS, finalizzato all'accesso ai dati puntuali per gli approfondimenti necessari, con le garanzie indispensabili alla protezione dei dati mediante un processo di presa in carico certificata e non ripudiabile di coorti dati e all'impossibilità di esportazione degli stessi. In tal modo di intende supportare le ATS nelle analisi di competenza, eliminando la proliferazione di duplicazioni di basi dati.

L'evoluzione proposta intende dunque svolgere un percorso dall'attuale strumento del "Debito Informativo", tendenzialmente unidirezionale e di stretta competenza informatica, ad un innovativo sistema di "Debito-Credito" che incrementi la trasparenza della transazione attraverso un sistema di certificazione "ex ante" del rendicontato.
Il nuovo modello Debito-Credito intende semplificare ed abbreviare i tempi caratteristici della catena del valore che lega le Aziende di produzione del sistema Sanitario al Governo Regionale, attivando quanto più possibile e laddove possibile, un anticipo del riscontro di eventuali anomalie o errori.

Esito atteso di tale revisione riguarda anche la qualità dei dati contabili attestati mensilmente dalle Strutture territoriali che necessariamente non potranno, a regime, discostarsi in modo significativo dai dati di flusso consolidato nel mese di competenza.

Nel corso dell'anno 2019 prenderà avvio la revisione dei seguenti flussi:
- Prestazioni Ambulatoriali – 28 SAN;
- Lettere di dimissione Ospedaliera - SDO.

Per le Lettere di Dimissione Ospedaliera, saranno sviluppati controlli sui ricoveri potenzialmente evitabili attraverso specifici algoritmi di valutazione e correlazione clinica degli eventi di ricovero ripetuti.
Si prevede inoltre uno studio per l'inclusione del flusso di Pronto Soccorso all'interno della 28SAN.

5.3.7.1. Flusso scheda di dimissione ospedaliera (SDO)

Nel 2019 sarà perfezionato il manuale della rilevazione (attualmente alla versione 2.00), unicamente allo scopo di meglio definire alcune variabili e relative modalità di compilazione e per renderlo omogeneo alle ultime indicazioni del Ministero della Salute.
La nuova versione del Manuale costituirà l'aggiornamento dell'allegato n. 1 parte integrante della D.G.R. n. X/7503 del 11/12/2017 "*Flussi informativi connessi all'erogazione delle prestazioni sanitarie*" e sarà pubblicato sulla piattaforma SMAF.

5.3.7.2. Flusso assistenza specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale

Nel 2019 saranno implementate modifiche per la gestione del flusso informativo per la rilevazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale. Le indicazioni inserite nel Manuale di rilevazione delle attività di assistenza specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale (allegato n. 2 parte integrante della D.G.R. n. X/7503 del 11/12/2017 "*Flussi informativi connessi all'erogazione delle prestazioni sanitarie*") costituiscono la versione aggiornata n° 1 del 2019 pubblicata sulla piattaforma SMAF.

5.3.7.3. Flusso presa in carico dei pazienti cronici

Nel 2019 la rendicontazione delle prestazioni erogate agli assistiti attraverso la presa in carico della persona cronica e/o fragile è realizzata attraverso il flusso 28/SAN con l'introduzione di alcuni campi che consentono di ricondurre e confrontare le prestazioni, erogate e rendicontate nel flusso, con la corrispondente programmazione definita nei PAI.
La procedura permette di individuare: se una prescrizione è relativa a una presa in carico e, in caso affermativo, le informazioni che individuano univocamente il PAI dell'assistito e le prestazioni erogate, codificate in maniera confrontabile con quanto pianificato nel PAI.
Le modalità e le indicazioni operative sono inserite nel Manuale di rilevazione delle attività di assistenza specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale versione aggiornata n° 1 del 2019.

5.3.7.4. Flusso EMUR

Nel 2019 saranno implementate modifiche per la gestione del flusso informativo per la rilevazione delle attività di Pronto Soccorso e 118. Le indicazioni inserite nel Manuale di rilevazione delle attività di Pronto Soccorso (allegato n. 4 parte integrante della D.G.R. n. X/7503 del 11/12/2017 "*Flussi informativi connessi all'erogazione delle prestazioni sanitarie*") costituiscono la versione aggiornata n° 1 del 2019 pubblicata sulla piattaforma SMAF.

5.3.7.5. Certificato di assistenza al parto (CEDAP)

Il flusso CEDAP, costituisce la più ricca fonte di informazioni sanitarie, epidemiologiche e socio-demografiche relative all'evento nascita, rappresentando uno strumento essenziale per la programmazione sanitaria regionale e nazionale.
In Regione Lombardia, dal 2010 è attivo il portale CEDAP-WEB che, attraverso maschere guidate, consente la registrazione e il controllo immediato delle informazioni costituenti il flusso; fino ad ora il portale consentiva anche l'upload del flusso da file TXT, restituendo una reportistica della qualità del dato immesso.
Questa seconda modalità è stata nel tempo abbandonata dalla maggior parte dei punti nascita in favore della procedura on-line guidata che consente una perfetta aderenza agli

standard di qualità regionali, rendendo ulteriormente inefficiente e antieconomico il mantenimento e costante allineamento delle due applicazioni.
Per quanto detto e per esigenze di omogeneità sulla qualità e tempestività del flusso CEDAP, a partire dal 1 gennaio 2019 non sarà più supportata la modalità di invio a mezzo file.txt caricato manualmente sul Portale.
L'unica modalità di registrazione dei CEDAP sarà quindi attraverso le maschere di compilazione assistita implementate nella applicazione CEDAP-WEB che consentono l'immediata validazione di tutte le informazioni inserite con possibilità di eseguire anche controlli incrociati tra informazioni correlate.
Si invitano pertanto tutti i PUNTI NASCITA a verificare l'effettivo accesso completo al portale per un numero adeguato di operatori ed eventualmente a richiedere o integrare per tempo l'abilitazione al servizio per potere utilizzare lo strumento a partire dalle prime registrazioni del 2019.

5.3.7.6. Flusso endoprotesi

Nel corso del 2019, per il flusso ENDOPROTESI connesso alla Scheda di Dimissione Ospedaliera (flusso SDO4), saranno implementati controlli più mirati soprattutto riguardo alla coerenza tra le variabili descrittive, il codice CND, ed il codice di Repertorio Nazionale dei Dispositivi (BD/RDM). L'esito di tali controlli sarà esposto nella dashboard della piattaforma PrIMO e sarà oggetto di valutazione all'interno degli obiettivi aziendali.

5.3.7.7. IVG – AS

Da gennaio 2019 per l'Indagine sulle Interruzioni volontarie della gravidanza, l'Indagine sulle Dimissioni dagli istituti di cura per aborto spontaneo e per l'Indagine rapida sulle Dimissioni dagli istituti di cura per aborto spontaneo è previsto il passaggio in toto sull'applicativo ISTAT GINO++. L'applicativo permette la registrazione dei dati e l'aggiornamento delle anagrafiche. Le modalità operative per le funzionalità del sistema verranno indicate in un atto successivo.

5.3.7.8. Flusso informativo D.M. 5.12.2006 - obblighi informativi statistici – copertura e qualità

Tra le fonti informative oggetto della verifica di completezza e di qualità nel 2019 sono puntualmente monitorate le coperture attraverso i totali dei record inviati per periodo di rilevazione di:

- Dati di struttura e di organizzazione delle ATS;
- Convenzioni nazionali di medicina generale e pediatria;
- Posti letto per disciplina delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate;
- Posti letto per disciplina delle case di cura private;
- Apparecchiature tecnico biomediche di diagnosi e cura presenti nelle strutture di ricovero;
- Attività di assistenza sanitaria di base;
- Personale delle strutture di ricovero equiparate alle pubbliche e delle case di cura private accreditate e non accreditate;
- Istituti o centri di riabilitazione ex art. 26 l. 833/78;
- Apparecchiature tecnico biomediche di diagnosi e cura presenti nelle strutture sanitarie extraospedaliere;
- Assistenza specialistica territoriale;
- Assistenza sanitaria semiresidenziale e residenziale;

- Day hospital, nido, pronto soccorso, sale operatorie, ospedalizzazione domiciliare e nati immaturi.

Sarà oggetto della verifica la qualità dei flussi informativi necessari ai fini delle elaborazioni per il monitoraggio dei livelli di assistenza.
Indicazioni e modalità operative saranno declinate in successivi atti.

5.3.7.9. Flusso SIND (dipendenze)

Il DM 7 dicembre 2016, n. 262 "*Regolamento recante procedure per l'interconnessione a livello nazionale dei sistemi informativi su base individuale del Servizio Sanitario Nazionale, anche quando gestiti da diverse amministrazioni dello Stato*" definisce le procedure che le amministrazioni dello Stato devono applicare per attribuire a tutti gli assistiti del SSN un codice univoco nazionale da utilizzare nei sistemi informativi che rilevano eventi sanitari su base individuale.
L'attribuzione di tale codice univoco nazionale (CUNI) consentirà al Ministero della Salute di seguire il percorso sanitario dell'assistito attraverso la lettura integrata delle prestazioni rilevate dai sistemi informativi attraverso il Nuovo Sistema Informativo Sanitario, rendendo più efficace il monitoraggio dei LEA. Il codice univoco nazionale verrà generato da Regione Lombardia mediante un apposito algoritmo biunivoco fornito del Ministero della Salute sulla base del codice identificativo dell'assistito (codice fiscale, codice STP, codice TEAM, codice CSCS).
L'applicazione del DM 262/2016 richiede che anche nell'ambito delle Dipendenze, specificatamente per il flusso SIND, il codice identificativo dell'assistito rientri nelle casistiche sopra menzionate (codice fiscale, codice STP, codice TEAM, codice CSCS), fatti salvi gli assistiti che all'atto della presa in carico dichiarino espressamente di voler avvalersi dello stato di soggetto anonimo, per i quali è richiesto l'utilizzo del codice identificativo costruito secondo la regola indicata nel manuale tecnico pubblicato su Smaf.

5.3.8. Performance ed indicatori di appropriatezza prioritari della griglia LEA

Dovranno essere ridotti rispetto al 2018 i ricoveri ordinari per acuti riferibili ai 108 DRG ad elevato rischio di inappropriatezza riconducendoli a una percentuale media regionale < =18% rispetto ai DRG "appropriati" di cui al Patto per la Salute 2010-2012, monitorato nell'ambito della verifica degli adempimenti LEA da parte delle Regioni.

La percentuale di pazienti con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario, oggetto anch'essa di verifica nell'ambito del programma nazionale esiti (PNE) e per valutare il raggiungimento da parte delle Regioni degli adempimenti LEA, dovrà essere a livello regionale non inferiore al 74%.

Lo strumento per il monitoraggio dell'andamento nel 2019 dei predetti indicatori, che sono anche adempimenti LEA per i quali Regioni Lombardia ha l'impegno rispetto al Ministero della Salute di migliorare le performance, sarà il portale di governo accessibile a tutte le strutture pubbliche e private di ricovero e cura sotto la sezione valutazione performance, indicatori di appropriatezza. La casistica afferente al numeratore dei due indicatori, al fine di permettere il raggiungimento da parte di Regione Lombardia delle soglie sopra riportate, avrà per i casi dimessi nel 2019, la seguente rimodulazione tariffaria:

<u>Indicatore: Rapporto tra ricoveri con DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri con DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario Valori RL</u>

1. > 50 % riduzione del 20% della valorizzazione
2.Tra 28 e 50 % riduzione del 15% della valorizzazione
3. Tra il 18 ed il 28 % riduzione del 5%
4. Per tassi inferiori al 18 % valorizzazione invariata

Indicatore: % Fratture del Femore Operate Entro 48h da ammissione (assistiti >= 65 anni)
1. <50% riduzione del 15% della valorizzazione
2. Tra 50 e 65 % riduzione del 10% della valorizzazione
3. Tra il 65 ed il 74 % riduzione del 5%
4.Tra il 74 ed il 90 % valorizzazione invariata
5. >90 % valorizzazione incrementata del 5%

Raggiungimento di performance: il 2019 sarà il settimo esercizio nel quale le risorse per le attività di ricovero e cura destinate ai soggetti erogatori contrattualizzati saranno modulate da un -1% ad un + 1% sulla base del posizionamento che le strutture stesse conseguiranno nella valutazione delle performance relativa al 2018. Gli esiti saranno resi noti in sede di negoziazione con i soggetti erogatori entro il 30 marzo 2019 dalla Direzione Generale Welfare.

5.3.9. Prestazioni ambulatoriali

Con riferimento alla determinazione del budget per l'erogazione di prestazioni ambulatoriali, escluso lo screening, rimangono invariate le regole di calcolo già definite con i provvedimenti delle annualità precedenti. Come quota a parte delle risorse stanziate per la specialistica ambulatoriale verrà scorporato un contingente di risorse (su base ATS non attribuito a priori con la negoziazione ai singoli erogatori, ad eccezione della ATS Città Metropolitana di Milano) riservato per le prestazioni effettuate dai soggetti presi in carico, stimato sulla base degli arruolati nel 2018 e fino al 31 marzo 2019.
È possibile, ad invarianza del budget assegnato, la rimodulazione delle branche specialistiche ambulatoriali a contratto (ad esempio variazioni od ampliamenti di branca), previa valutazione da parte della ATS dei bisogni del territorio.
Nel contratto 2019 sarà riconosciuto agli erogatori un incremento di risorse adeguato a compensare per l'intera annualità la riduzione del superticket che ha avuto decorrenza dal 1° luglio 2018.

5.3.10. Customer Satisfation

Nelle more della costituzione di un apposito gruppo di lavoro per l'individuazione di strategie per l'implementazione del modello di rilevazione in materia di governo della Customer Satisfaction, dovrà essere considerata prioritaria per l'anno 2019, l'attuazione delle disposizioni progressivamente introdotte dalla Giunta Regionale e la partecipazione ad iniziative, in collaborazione con i competenti Uffici della Direzione Generale Welfare, mirate alla predisposizione di linee guida per la rilevazione della Customer Satisfaction, in particolare per la messa a regime della modalità di rilevazione attraverso l'interfaccia SMAF che dal giugno 2018 ne istituisce il flusso.
Si conferma inoltre, parallelamente alla raccolta dei consueti flussi relativi alla qualità del servizio sanitario percepita dal cittadino, la raccolta dei questionari di gradimento dei servizi di assistenza specialistica territoriale presso le strutture erogatrici.

5.3.11. Esenzioni

Si conferma per il 2019 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 iscritti agli elenchi anagrafici dei centri per l'impiego, 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);
- cittadini in cassa integrazione straordinaria o in deroga o in mobilità che percepiscano una retribuzione, comprensiva dell'integrazione salariale o indennità, non superiore ai massimali mensili previsti dalla Circolare n. 14 dell'INPS del 30/1/2013 e suoi eventuali successivi aggiornamenti, ed i familiari a carico, per il periodo di durata di tale condizione (codice di esenzione: E13);
- cittadini cui è stato concesso il contratto di solidarietà cosiddetto difensivo ex art. 1 del D.L. 30/10/1984, n. 726 che percepiscano una retribuzione, comprensiva dell'integrazione salariale, non superiore ai massimali previsti dalla Circolare n. 14 dell'INPS del 30/01/2013 e suoi eventuali successivi aggiornamenti, per la cassa integrazione ed ai familiari a loro carico, per il periodo di durata di tale condizione (codice di esenzione: E13).

Si confermano inoltre per l'anno 2019, 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 alla specialistica ambulatoriale, l'esenzione dal solo ticket sanitario aggiuntivo (c.d. super-ticket) di cui alla Legge n. 111/2011, così come rimodulato dalla D.G.R. n. XI/162 del 29/05/2018, per i cittadini e i loro familiari a carico con un reddito familiare fiscale annuale non superiore ad Euro 18.000 (E15);
- 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.

A partire dall'anno 2019 le esenzioni E02, E12, E13, E30, E40 avranno una durata massima annuale, non automaticamente rinnovabile, con scadenza al 31 marzo di ogni anno,

salva precedente variazione dello stato di diritto (ad esempio: perdita dello status di disoccupato).
I cittadini aventi diritto dovranno pertanto recarsi presso gli sportelli ASST (o anche presso le farmacie per le sole esenzioni E30 e E40) per rinnovare, tramite autocertificazione, dette esenzioni, oppure potranno procedere on line, autenticandosi al sito del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e dei Servizi welfare online.
Per agevolare i cittadini e per evitare code agli sportelli, gli aventi diritto potranno provvedere al rinnovo delle citate esenzioni anche prima della scadenza, a partire dal 1 gennaio di ogni anno.
Le suddette disposizioni si estendono anche alle esenzioni già registrate in anagrafe regionale, a cui verrà posta automaticamente data di scadenza al 31/03/2019.

A partire dall'anno 2019, le esenzioni E14 e E15 saranno assegnate automaticamente agli aventi diritto e registrate in anagrafe regionale, come già avviene per le esenzioni E01, E03, E04, E05 sulla base dei dati comunicati dal Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF).
Tali esenzioni sono difatti 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 rinnovate automaticamente dal MEF ogni anno se permangano le condizioni di diritto.

Le esenzioni già registrate in anagrafe regionale verranno 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 31/03/2019.
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 in ASST: l'esenzione sarà registrata in anagrafe regionale con scadenza in data 31 marzo. 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.

Si ricorda inoltre che:

- l'attestato di esenzione ha validità fino all'eventuale variazione dello stato di diritto e comunque non oltre un anno (scadenza automatica al 31 marzo di ogni anno). 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 dal cittadino stesse 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;
- qualora, nei primi mesi dell'anno, il dichiarante non sia in possesso delle informazioni inerenti i redditi, utili ai fini della compilazione dell'autocertificazione, potrà compilare l'autocertificazione sulla base di un reddito presunto, e nel momento in cui verrà in possesso di dati certi (CUD, modello 730, modello UNICO) dovrà comunicare l'eventuale rettifica qualora il reddito risulti superiore alla soglia prevista, richiedendo la revoca dell'esenzione rilasciata e pagando il ticket dovuto per le prestazioni fruite in regime di esenzione da inizio anno. L'ASST di

competenza territoriale (Ufficio scelta e revoca) provvederà alla revoca dell'esenzione e al ritiro dell'attestato di esenzione;
- l'ATS è tenuta a controllare il contenuto di tutte le dichiarazioni sostitutive di certificazioni e degli atti di notorietà (pertanto anche le dichiarazioni in merito alle condizioni reddituali), verificando la veridicità dei dati e delle situazioni dichiarate.

5.3.12. Prestazioni termali

Il D.P.C.M. del 12/01/2017 All'allegato 9, elenca le prestazioni termali erogabili agli assistiti a carico del SSN. Essendo quindi, le prestazioni termali riconosciute all'interno dei LEA, si estendono le esenzioni previste per la sola specialistica ambulatoriale anche alle prestazioni termali elencate nel suddetto Allegato 9.

5.3.13. Azioni di semplificazione in materia di esenzioni

Specialistica ambulatoriale: a decorrere dal **4 marzo 2019** le codifiche delle esenzioni regionali vengono uniformate a quelle nazionali, secondo quanto riportato nel **Sub Allegato B "*Aggiornamento delle codifiche delle esenzioni per la specialistica ambulatoriale*",** parte integrante del presente provvedimento.
Tale modifica non inciderà in alcun modo sui correlati diritti di esenzione.
Si approva inoltre il modello aggiornato dell'attestato di esenzione per invalidità riportato nel suddetto Sub Allegato, precisando che, al fine di semplificare le procedure, detto attestato sarà rilasciato su foglio bianco A4.

Farmaceutica: a decorrere dal **4 marzo 2019** si aggiornano le modalità di compartecipazione alla spesa farmaceutica, al fine di tutelare maggiormente la categoria degli invalidi di guerra e degli ex deportati da campi di sterminio, prevedendo che siano esentati dal ticket farmaceutico:
- gli invalidi di guerra appartenenti alle categorie dalla prima alla quinta, titolari di pensione diretta vitalizia e gli ex deportati da campi di sterminio (Esenzione G01);
- gli invalidi di guerra appartenenti alle categorie dalla sesta all'ottava (Esenzione G02).

Con finalità di semplificazione saranno aggiornate inoltre, sempre con decorrenza dal **4 marzo 2019**, le codifiche di alcune esenzioni regionali per la farmaceutica, secondo quanto riportato nel **Sub Allegato C "*Partecipazione alla spesa farmaceutica: aggiornamento del regime di esenzione a favore di soggetti assistiti e delle relative codifiche.*",** parte integrante del presente provvedimento. Si precisa che l'aggiornamento delle codifiche non modifica i diritti correlati alle esenzioni, ad eccezione della nuova esenzione G02 che prevede un ampliamento dei beneficiari rispetto alle previgenti previsioni.

5.3.14. Odontoiatria

Il D.P.C.M. del 12/01/2017, all'art. 16, comma 5, prevede che: "*Le prestazioni ambulatoriali di assistenza odontoiatrica sono erogabili dal SSN limitatamente ai soggetti indicati nelle note corrispondenti a ciascuna prestazione, sulla base dei criteri generali riportati nell'allegato 4C*".
L'art. 64 del suddetto D.P.C.M., tra l'altro, prevede che le disposizioni in materia di assistenza specialistica ambulatoriale (articoli 15 e 16 e relativi allegati 4, 4A, 4B, 4C, 4D) entrino in vigore dalla data di pubblicazione del decreto del Ministro della Salute di concerto con il

MEF, per la definizione delle tariffe massime delle prestazioni previste dalle medesime disposizioni e che dalla medesima data siano abrogati il D.M. del 22/07/1996 e il D.M. del 9/12/2015.
Attualmente il decreto del Ministro della Salute, di concerto con il MEF, per la definizione delle tariffe massime delle prestazioni, non è stato approvato e, conseguentemente, è vigente il D.M. del 9/12/2015.
Nelle more della piena entrata in vigore del D.P.C.M. del 12/01/2017, si applicano per la Lombardia le indicazioni contenute nel documento **Sub Allegato D *"Erogabilità delle prestazioni odontoiatriche a carico del SSN***", parte integrante del presente provvedimento.
Le predette indicazioni sostituiscono integralmente le precedenti, di cui all'allegato 1 alla D.G.R. n. VIII/3111 del 01/08/2006.
Nel citato Allegato sono indicate le prestazioni odontoiatriche erogabili a carico del SSN per:

- i cittadini in età evolutiva (0-14 anni);
- i soggetti in condizioni di vulnerabilità sanitaria;
- i soggetti in condizioni di vulnerabilità sociale;
- la popolazione in generale.

5.3.15. Ottimizzazione delle risorse del SSR attraverso la cooperazione tra Strutture del SSR ed Enti del terzo settore che erogano assistenza sanitaria e socio sanitaria

Promuovere e governare sinergie e integrazione tra gli Enti del terzo settore ed Enti del SSR giova a predisporre risposte sempre più appropriate ai bisogni di salute dell'intera popolazione ottimizzando le risorse necessarie all'intero Sistema sociosanitario Regionale.
Orientare la presa in carico dei soggetti stranieri verso gli enti del terzo settore che attuano interventi sanitari e sociosanitari di primo e secondo livello, a titolo gratuito, migliora l'utilizzo appropriato dei pronto soccorso.

Le ATS individuano e facilitano una strategia di mutualità fra Enti del SSR ed Enti del terzo settore finalizzata ad assistere i soggetti stranieri, bisognosi e indigenti attraverso l'attivazione di accordi con:

I. Enti del Terzo settore per la presa in carico di primo (medicina generale) e secondo livello (specialistica) dei soggetti stranieri, bisognosi e indigenti;
II. Enti del Sistema Sociosanitario Regionale per la presa in carico dei soggetti stranieri presentati da Enti del Terzo settore e che necessitano di approfondimenti diagnostici-terapeutici complessi, programmabili e di esclusiva pertinenza ospedaliera, al fine di migliorare l'ottimizzazione delle risorse dell'intero SSSR e l'appropriatezza dell'utilizzo dei pronto soccorso.

Ulteriori interventi potranno essere individuati in ordine alla recente Circolare del Ministero della Salute – Direzione Generale dei dispositivi medici e del servizio farmaceutico 0029620-P-25/05/2018 - che chiarisce quanto indicato dallo stesso Ministero con decreto del 13/02/*2018 "Individuazione delle modalità che rendono possibile la donazione di medicinali per uso umano non utilizzati a enti del Terzo settore"* e che prevede che gli enti pubblici, nonché privati, costituiti per il perseguimento senza scopo di lucro, di finalità civiche e solidaristiche, in attuazione del principio di sussidiarietà, promuovano e realizzino attività di interesse generale anche mediante la produzione e lo scambio di beni e servizi di utilità sociale.

5.3.16. Mobilità internazionale - Piattaforma Europea EESSI

Dal 1 luglio 2019 entrerà in funzione la piattaforma europea EESSI per la dematerializzazione degli attestati di diritto per l'assistenza sanitaria all'estero da parte dei cittadini UE. Le direttive UE prevedono che alle richieste di attestati le risposte siano da inviare entro il terzo giorno dal ricevimento della richiesta. Questo significa che tutte le postazioni di lavoro presso le ATS censite ed abilitate dal Ministero della Salute rispondano in modo tempestivo. A tal fine le postazioni dovranno essere costantemente presidiate da personale formato sui contenuti della modulistica comunitaria in tema di assistenza sanitaria.

5.3.17. Assistenza sanitaria ai cittadini comunitari

I regolamenti comunitari prevedono che un cittadino dell'Unione Europea che si trovi in altro paese privo di TEAM o eventuale certificato sostitutivo provvisorio o altri formulari di attestato di diritto e quindi nell'impossibilità di dimostrare il diritto a fruire dell'assistenza sanitaria con oneri a carico della propria istituzione estera alla quale è iscritto, diventa titolare della nota di credito per le prestazioni ottenute. La struttura erogatrice provvede quindi alla emissione diretta della nota di credito al cittadino per le prestazioni rese. Al momento della presentazione di un certificato sostitutivo provvisorio che garantisca sulla copertura economica delle prestazioni rese nei periodi in cui l'evento si è verificato (certificato presentato successivamente dal cittadino o pervenuto dall'istituzione estera competente), la nota di credito può essere annullata ed addebitate solo le eventuali quote di compartecipazione previste per i cittadini iscritti al SSN; in questo caso dalla ATS territorialmente competente verrà emessa fattura nei confronti della istituzione estera che ha rilasciato l'attestato attraverso il sistema ministeriale di fatturazione.

Si sottolinea che i cittadini comunitari hanno diritto, a carico delle proprie istituzioni estere, alle sole prestazioni indifferibili ed urgenti, le prestazioni non urgenti non sono a carico della istituzione estera del cittadino.
Tra le prestazioni indifferibili ed urgenti si intendono incluse quelle previste al comma 3, dell'art. 35 del D.Lgs. 25/07/1998 n. 286:

- la tutela della maternità e l'interruzione volontaria della gravidanza;
- la tutela della salute dei minori;
- le vaccinazioni;
- gli interventi di profilassi internazionale;
- la profilassi, la diagnosi e la cura delle malattie infettive.

Per queste sole prestazioni, in caso di indigenza dichiarata, la nota di credito non deve essere emessa, ma deve essere richiesto all'istituzione estera di iscrizione il certificato sostitutivo provvisorio o altro attestato di diritto.

Inoltre, ai sensi del comma 1, art. 16 l.r. n. 33/09, per quanto attiene il rientro nel territorio regionale per completamento cure di cittadini residenti in Regione Lombardia, a seguito della valutazione positiva espressa per singolo caso dalla Direzione Generale Welfare, il coordinamento dei trasporti sanitari è assegnato ad AREU che deve presentare, entro il mese di marzo 2019, alla Direzione Generale Welfare un progetto inerente l'avvio di detta funzione contenente le proposte di criteri e le modalità operative per l'attivazione del nuovo servizio.
A tale fine, per il 2019 sono destinate risorse a carico del FSR fino a 1.000.000 di euro.

5.3.18. Iscrizioni dei minori irregolari

La D.G.R. n. X/1185 del 20/12/2013 "*Determinazioni in ordine alla gestione del SSR per l'esercizio 2014*" ha disposto in via sperimentale, visti i contenuti del D.Lgs. 25.07.1998 n° 286 e l'Accordo Stato-Regioni del 20/12/2012:

- l'iscrizione dei minori stranieri irregolari al SSR senza assegnazione del Pediatri di Libera Scelta (PLS);
- l'ammissione degli stessi al regime delle visite occasionali del PLS; al pediatra viene riconosciuto un compenso di euro 25,00;
- l'attivazione da parte delle ASL (ora ATS), anche ad integrazione di attività già in corso o a sperimentazione di nuove, di iniziative mirate all'assistenza ai minori stranieri irregolari anche con la collaborazione delle organizzazioni del volontariato, non profit ecc.;
- l'accesso diretto dei minori stranieri irregolari iscritti al SSR agli ambulatori delle strutture accreditate (e non solo per il tramite del Pronto Soccorso).

Pertanto, a partire dal 1/01/2014 ha preso avvio in via sperimentale e per la durata di un triennio, l'erogazione del suddetto pacchetto di iniziative. La sperimentazione si è conclusa il 31/12/2016. Con D.G.R. n. X/5954 del 05/12/2016 la sperimentazione è stata prorogata di un anno e quindi, con scadenza al 31/12/2017, prorogata di un ulteriore anno con la D.G.R. n. X/7600 del 20/12/2017 "*Determinazioni in ordine alla gestione del SSR per l'esercizio 2018*".

In considerazione degli esiti della sperimentazione sopra descritta, per evitare che l'accesso di questa fascia particolare di popolazione al SSR avvenga unicamente attraverso i Pronto Soccorsi, la sperimentazione si ritiene conclusa e l'iscrizione al SSR viene assunta in via definitiva a partire dal 1/01/2019, alle stesse condizioni e con le stesse modalità indicate nella nota H1.2014.0002151 del 21/01/2014.

Al compimento del 14° anno di età e fino al compimento del 18° anno, i minori potranno accedere anche ai Medici di Medicina Generale (MMG) con le stesse modalità previste per l'accesso ai Pediatri di Libera Scelta (PLS) e con un rimborso di euro 15,00 per ogni accesso ai MMG.
Ai minori stranieri non in regola con le norme di soggiorno dovrà essere assegnato, in fase di iscrizione, un codice STP, per i minori comunitari restano valide le indicazioni della nota H1.2014.0002151 del 21/01/2014.

5.3.19. **Controllo delle prestazioni sanitarie**

In riferimento alla D.G.R. n. X/7600 del 20/12/2017 (paragrafo 4.7.4), che prevedeva la coincidenza delle annualità di controllo con l'annualità solare e il ripristino delle 12 mensilità di controllo a partire dal 1° gennaio 2019, si dispone quanto segue:

- l'esercizio di controllo ad opera dei NOC delle ATS si svolgerà dal 1° gennaio 2019 al 31 dicembre 2019;
- la chiusura del debito informativo su piattaforma SMAF per le suddette attività di controllo, prevista, per l'esercizio 2019, entro il 10 gennaio 2020, potrà usufruire di un ulteriore mese da utilizzare per eventuali correzioni di errori, da effettuarsi quindi entro il 10 febbraio 2020;
- la necessità, per l'anno 2019, che almeno il 13,5% delle attività di ricovero siano soggette a controlli. Una quota fino a 6,5 punti percentuali (fino al 3% di qualità

documentale e fino al 3,5% di congruenza ed appropriatezza generica) dei 13,5 sopra previsti potrà essere riferita ad attività di autocontrollo effettuate a cura dei soggetti erogatori secondo le modalità di selezione del campione e di successiva verifica dell'autocontrollo da parte delle ATS, stabilite dalle DD.G.R. n. VIII/10077/09, n. IX/621/10 e n. X/1185/2013. Per i restanti 7 punti percentuali si conferma la priorità da riservarsi, da parte delle ATS, alla selezione di tipo mirato della casistica per le conseguenti verifica di congruenza;

- per le attività di specialistica ambulatoriale per il 2019, una percentuale di controllo pari ad almeno il 3,5% delle pratiche, da effettuarsi, come di consueto, nei tempi e con le modalità previste dalle Regole di sistema, integralmente riconfermate con il presente atto.

Nel merito delle modalità di effettuazione e di trasmissione dei controlli sulle prestazioni sanitarie di ricovero e delle relative tempistiche, sono definite, per l'esercizio 2019, le disposizioni per le attività di autocontrollo da parte degli Erogatori, come da sintesi riportata di seguito:

1. Autocontrollo qualità documentale (3%)

dai dimessi dal 1° gennaio 2019

ATS:
• campionamento casuale (numerosità = 3% produzione 2018) su gennaio-marzo 2019;
• invio ad Erogatori elenchi cartelle cliniche campionate.

Erogatore:
• invio esiti autocontrollo solo in ATS (no correzioni in Regione su campione) entro il 30 giugno 2019.

ATS:
• campionamento quota parte del 3% iniziale, per verifica di concordanza;
• in concordanza, no sanzionamento per errore;
• in discordanza, estensione a intero campione autocontrollo e sanzionamento per errore (se decurtazione economica ≥ 5%);
• invio esiti quota parte controllo ATS ed autocontrollo Erogatore in Regione entro il 10.01.20 (con possibilità di correggere errori fino al 10.02.20).

2. Autocontrollo congruenza (3,5%)

dai dimessi dal 1° gennaio 2019

Erogatore:
• Piano di Controllo aziendale (invio in ATS entro 31 gennaio 2019);
• campionamento mirato o casuale o misto (numerosità = 3,5% produzione 2018) su gennaio-aprile 2019;
• invio mensile in ATS elenchi cartelle cliniche campionate;
• invio esiti autocontrollo solo in ATS (NO correzioni in Regione su campione) entro il 30 giugno 2019.

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 10.01.20 (con possibilità di correggere errori fino al 10.02.20).

Per quanto riguarda l'autocontrollo di congruenza, si ricorda che le strutture di ricovero provvederanno, entro il 31 gennaio dell'anno di Esercizio, ad inviare alla ATS di appartenenza un Piano di Controllo aziendale in cui siano esplicitati in maniera ragionata i criteri di campionamento e le modalità organizzative utilizzati.

Si chiarisce infine che, stante la natura dei controlli sulle prestazioni di ricovero, tesi a garantire la corretta allocazione delle risorse economiche per i singoli episodi di assistenza esaminati, i campioni di autocontrollo non devono contenere pratiche "non" finanziate, le quali non possono quindi entrare nel computo delle quote percentuali attese.

5.3.20. Controllo endoprotesi

Dall'esercizio 2019 verrà avviata una nuova tipologia di controllo denominata "controllo endoprotesi"; tale attività, in capo ai NOC delle ATS, andrà svolta all'interno del controllo mirato di congruenza delle prestazioni di ricovero, in riferimento al quale verrà individuato un nuovo esito per il debito informativo, denominato "Esito P".
Per consentire lo svolgimento della suddetta attività verrà fornito alle ATS il flusso SDO4 di rendicontazione delle endoprotesi, in riferimento al quale la Direzione Generale Welfare attuerà una formazione specifica in merito.
I dettagli operativi della suddetta attività verranno forniti a breve con specifica nota.

5.3.21. Equipe miste

Il Gruppo di Lavoro Regionale per l'autorizzazione, l'accreditamento, l'appropriatezza e la codifica delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie è incaricato dalla Direzione Generale Welfare della conduzione delle valutazioni delle richieste di autorizzazione di nuove équipe miste e della definizione delle eventuali approvazioni.

Si conferma che le attività di verifica e controllo dei requisiti delle Strutture Sanitarie ai sensi delle D.G.R. n. VI/38133/1998 e VII/3312/2001 e s.m.i., delle eventuali sanzioni amministrative irrogate, nonché delle azioni di diffida e/o sospensione dell'erogazione dovranno essere gestiti attraverso l'applicativo ASAN. Si precisa inoltre che, progressivamente, con tempistiche stabilite via via dalla Direzione Generale Welfare, si procederà anche al caricamento dei dati relativi all'anno 2018.
Le modalità e la tempistica di invio delle comunicazioni, sia tempestive che di rendicontazione mensile, delle attività di controllo verso la Direzione Generale Welfare rimangono invariate.
Si precisa che entro il mese di gennaio 2019 tutte le ATS dovranno comunicare alla Direzione Generale Welfare l'elenco nominativo degli operatori dei Nuclei Operativi di Controllo (NOC) e successivamente aggiornarli per eventuali modifiche.

5.4. Programma integrato di miglioramento dell'organizzazione

Nel 2019 si rendono operative le attività previste all'interno del Programma Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione.
Devono essere predisposti:

- Check-list di autovalutazione;
- Piano Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione (PIMO);
- Piano di efficientamento;
- Audit PNE.

Questi quattro strumenti, integrati tra loro, sono inclusi nell'AREA VALUTAZIONE del Programma Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione e riguardano prioritariamente la qualità delle cure erogate.
L'operatività è attiva nella piattaforma PrIMO dove verranno inserite modalità e indicazioni per la messa in esercizio e per la gestione/monitoraggio.
Nella suddetta piattaforma, nella sezione INDICATORI DI MONITORAGGIO INTERNO e nella nuova sezione DASHBOARD, sono presenti dati e indicatori utili al controllo dei processi e per le verifiche e valutazioni delle Are/Ambiti dell'organizzazione aziendale.

TEMI CHIAVE/INNOVATIVI

Funzioni non tariffabili • Introduzione di nuovi criteri per la determinazione delle funzioni non coperte da tariffe predefinite
Liste d'attesa • Indicazioni per il contenimento dei tempi di attesa, attraverso l'attribuzione delle corrette priorità cliniche alle prestazioni specialistiche ambulatoriali
Minori stranieri • Regolamentazione dell'accesso ai servizi del SSR per minori stranieri non in regola con le norme di soggiorno
Customer Satisfaction • Avvio dei lavori per definire linee guida per la rilevazione della Customer Satisfaction
Esenzioni • le seguenti esenzioni per reddito non si rinnovano più automaticamente: E02, E12, E13, E30, E40. • assegnazione automatica delle esenzioni E14 ed E15 • estensione alle prestazioni termali delle esenzioni previste per la specialistica ambulatoriale • specialistica ambulatoriale: nel 2019 le codifiche delle esenzioni regionali vengono uniformate a quelle nazionali • esenzione dal ticket farmaceutico per gli invalidi di guerra e gli ex deportati da campi di sterminio
Ottimizzazione delle risorse del SSL attraverso la cooperazione tra Strutture del SSL ed Enti del terzo settore che erogano assistenza sanitaria e socio sanitaria

5.5. Accreditamento Strutture Sanitarie

Relativamente all'accreditamento delle strutture sanitarie per il 2019 è necessario procedere alla revisione degli assetti accreditati presenti in ASAN, attraverso il pieno allineamento tra assetto accreditato e organizzazione delle strutture di Ricovero e Cura in essere, che per le strutture Pubbliche è anche definita dai POAS approvati nel corso del 2017 e loro eventuali modifiche e integrazioni.

Rispetto alle attività accreditate e a contratto che risultano sospese, si ricorda che le stesse devono avere adeguata motivazione approvata dalla ATS, in caso contrario dovrà essere prevista una modalità di revisione delle stesse al fine di evitare dati di attività e strutturali non coerenti con gli assetti accreditati.

In conformità alle disposizioni della l.r. n. 23/2015, in particolare art. 6 e art.15, e al fine di dare pieno adempimento alla D.G.R. n. X/4406/2015, che recepisce l'Intesa n. 32/CSR del 19/02/2015 in materia di adempimenti relativi all'accreditamento delle strutture sanitarie, la Direzione Generale Welfare con decreto n. 2955/2018, concernente il Regolamento Generale dell'Organismo Tecnicamente Accreditante (OTA), ha istituito, tra l'altro, oltre il suddetto Organismo, la Cabina di Regia dell'OTA.

Entro il 31/12/2019 la Cabina di Regia ha tra i suoi obiettivi la conclusione del lavoro di analisi, allineamento, ai 28 requisiti previsti dal Disciplinare con i requisiti già presenti nel gestionale ASAN. In particolare verrà costituito un tavolo che coinvolga le Direzioni Sanitarie e gli Uffici Qualità delle strutture di ricovero e cura per un'analisi condivisa delle evidenze riferite a ciascun requisito, finalizzato alla realizzazione di linee guida che potranno essere utilizzate dalle strutture, per un'autovalutazione e l'individuazione di aree di miglioramento, e dagli operatori ATS per uniformare le modalità di verifica. I processi di autorizzazione, di messa in esercizio e di accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie, nonché i requisiti minimi autorizzativi e di accreditamento generali e specifici sono definiti, anche nelle modalità di assolvimento, dalla Giunta Regionale, così come previsto dalla l.r. n. 33/09.

L'implementazione di ASAN - necessaria a strutturare una serie di informazioni più chiare e dettagliate relative alla organizzazione delle Strutture Sanitarie - deve inoltre consentire e favorire da parte dei componenti dell'OTA l'applicazione uniforme delle procedure, delle tempistiche e dei requisiti, derivati da normative nazionali e regionali di settore agevolando anche gli uffici regionali nella predisposizione dell'aggiornamento del Registro Regionale delle Strutture Accreditate e nell'aggiornamento del Manuale dell'Accreditamento.

5.5.1. Servizi di Medicina di laboratorio

La D.G.R. n. X/5954/2016 prevede per le strutture che erogano solo prestazioni ambulatoriali, ad esclusione degli IRCCS, le seguenti soglie minime di produzione in sede:

- almeno 100.000 prestazioni per i laboratori di base e i laboratori di base con sezioni specializzate,
- almeno 10.000 prestazioni per i laboratori specializzati in Biochimica clinica e tossicologia, o in Microbiologia e Virologia, o in Ematologia ed Emocoagulazione, con o senza punti prelievo.

Si conferma la previsione della D.G.R. n. X/6505/2017 per cui, con riferimento alle strutture già autorizzate o accreditate non a contratto all'entrata in vigore del provvedimento

medesimo, il raggiungimento della produzione in sede del numero minimo delle prestazioni sarà verificato alla fine del 2019. Si precisa che il mancato raggiungimento delle soglie minime succitate porterà alla revoca dell'autorizzazione e dell'accreditamento.

Si conferma che, al recepimento del D.P.C.M. del 12/01/2017 con l'adozione del nuovo tariffario, si provvederà a ridefinire l'attribuzione delle prestazioni e sottobranche di Medicina di Laboratorio e alla ridefinizione delle prestazioni che possono essere erogate dagli SMeL di base.

Si conferma che la previsione di cui all'Allegato 6 della D.G.R. n. X/6006/2016 per le prestazioni comprese nelle Tabelle 1 e 2 è prorogata fino alla data di assunzione dell'atto con cui si provvederà a ridefinire l'attribuzione delle prestazioni alle sottobranche di Medicina di Laboratorio.

Per quanto riguarda le attività di laboratorio di Anatomia Patologica, con l'approvazione della D.G.R. n. XI/772 del 12/11/2018 si è concluso l'iter di approvazione dei requisiti minimi; è pertanto possibile autorizzare e accreditare laboratori specializzati e sezioni specializzate in "Anatomia Patologica".

Prosegue la implementazione da parte del Centro di Riferimento Regionale per la Qualità dei Servizi di Medicina di Laboratorio dei questionari on line relativi alla produzione e alla organizzazione dei SMeL, in particolare riguardo al personale e ai tempi di refertazione.

Si conferma l'obbligo di tutte le strutture di laboratorio pubbliche e private, anche solo autorizzate, di compilare i format che saranno pubblicati sul sito del Centro di Riferimento Regionale.

5.5.2. Riorganizzazione della rete dei Servizi di Medicina di Laboratorio, di anatomia patologica e di genetica molecolare

Con la D.G.R. n. X/3993/2015 Regione Lombardia ha definito i criteri per il riordino dei Servizi di Medicina di Laboratorio (SMeL) Pubblici della Città di Milano individuando per le branche di Biochimica, Microbiologia e d Ematologia le prestazioni che dovevano essere concentrate in 3 strutture HUB (il Policlinico di Milano e le ex A.O. di Niguarda e A.O. Sacco) e le prestazioni che devono essere erogate anche nei laboratori periferici.
Considerando validi sia la logica sottesa al progetto di riornino, sia il modello che era stato elaborato dal Comitato Regionale per i Servizi di Medicina di laboratorio (CReSMeL), alla luce della l.r. n. 23/2015 che ha costituito le ASST, è necessario rivalutare gli afferimenti dei diversi SMeL.

Si dà mandato al CReSMeL di proporre una riformulazione del progetto entro il 30/04/2019, avvalendosi della collaborazione del Centro di Riferimento Regionale per la Qualità dei servizi di Medicina di Laboratorio che contempli anche gli aspetti di collegamento informatico in grado di far dialogare tutte le strutture coinvolte, utilizzando codifiche delle prestazioni tra loro compatibili.
Tale attività si rende necessaria anche in previsione dell'utilizzo di codici L.O.I.N.C. per la produzione di referti strutturati.

Per la realizzazione della rete informatica sarà messo a disposizione delle strutture uno specifico finanziamento.

Per la verifica della praticabilità del progetto e la sua condivisione sarà cura della Direzione Generale Welfare coinvolgere i Direttori Generali delle ASST/IRCCS interessati.
Successivamente, in base agli esiti della riorganizzazione degli SMeL pubblici di Milano, si valuterà la possibilità di estendere il modello a tutta la Regione Lombardia.

Si dà, inoltre, mandato al CReSMeL di predisporre entro il 30/06/2018 una proposta di riorganizzazione delle rete di Anatomia Patologica, in grado di assicurare i tempi di refertazione approvati dalla D.G.R. n. XI/772 del 12/11/2018, che preveda anche modalità e tempi di realizzazione dei sistemi informatizzati di tracciabilità.

Relativamente alle prestazioni di Genetica Molecolare, di Onco-ematologia e Oncologia molecolare, la D.G.R. n. IX/4716 del 23/01/2013, nell' Allegato B, definisce quali siano a carico del Servizio Sanitario Regionale e stabilisce che *"in presenza di richieste di prescrizioni di prestazioni non ricomprese nell'allegato B, perché le stesse possano essere a carico del SSR, sarà necessario che le stesse rappresentino un test effettivamente consolidato nella pratica clinica"*

La Direzione Generale Welfare approva aggiornamenti delle prestazioni di cui sopra su proposta del Comitato Regionale per i Servizi di Medicina di Laboratorio (CReSMeL).

Con la D.G.R. n. X/7466/2017 sono stati definiti i requisiti minimi organizzativi e strutturali delle attività di Genetica Molecolare e di Citogenetica; si ritiene utile prorogare al 28 febbraio 2019 il termine per l'adeguamento ai requisiti organizzativi, per consentire ai competenti uffici regionali un approfondimento relativamente ai quesiti pervenuti in merito ai titoli del personale.

Si dà mandato al CReSMeL di fornire una proposta di riorganizzazione delle attività dei Laboratori di Genetica Molecolare e di Citogenetica delle ASST/IRCCS di diritto pubblico entro il 31/10/2019, che preveda l'individuazione delle specificità delle diagnostiche.

Per tutte le proposte di riorganizzazione più sopra individuate la Direzione Generale Welfare per il tramite del CReSMel attiverà specifici gruppi di lavoro di specialisti.

5.5.3. Prelievi domiciliari

Come stabilito dalla D.G.R. n. VII/3313/2001, allegato 3C, i prelievi domiciliari rientrano tra le attività autorizzabili in capo ai Servizi di Medicina di Laboratorio. L'ambito in cui è possibile eseguire prelievi domiciliari si deve intendere limitato al solo territorio della regione Lombardia e non può essere esteso al di fuori dello stesso dal momento che alcuni aspetti regolatori e di rendicontazione non sono uguali nelle diverse regioni.

I prelievi domiciliari possono essere eseguiti anche da singoli operatori che ne abbiano titolo professionale (Medici e/o Infermieri) anche se non dipendenti o collaboratori di uno SMeL a condizione che sia assicurata la tracciabilità di tutte le operazioni preanalitiche e che siano seguite le procedure operative dello SMeL a cui saranno consegnati i prelievi, relativamente alle modalità di trattamento e conservazione dei campioni (provette compatibili con le metodologie analitiche dello SMeL e tempi e temperature di conservazione). Quanto sopra a garanzia della corretta gestione della fase preanalitica.

La Direzione Generale Welfare riconoscendo, in questo campo, il ruolo peculiare degli Ordini delle Professioni Infermieristiche si impegna a un confronto continuo con gli stessi al fine di verificare la corretta applicazione di quanto sopra rappresentato

Gli Ordini delle Professioni Infermieristiche si impegnano a inserire le buone pratiche del prelievo e della raccolta dei materiali biologici e della relativa tracciabilità nell'ambito dei propri programmi di formazione permanente.

Gli SMeL nel caso di reiterate non conformità nei campioni biologici consegnati informerà l'Ordine delle Professioni Infermieristiche territorialmente competente.

Il SSR si fa carico dei prelievi domiciliari per chi ne ha diritto (ADI e utenti per cui è documentata da parte del medico di Medicina Generale la difficoltà a recarsi presso una struttura in cui eseguire il prelievo). Per i restanti cittadini il costo aggiuntivo a quello del prelievo dovuto alla esecuzione domiciliare è a proprio carico. Nel caso di prestazioni a carico del SSR la tariffa del prelievo viene rendicontata dallo SMeL che esegue le prestazioni che deve riconoscerla a chi l'ha eseguito.

5.5.4. Precisazioni in tema di requisiti per gli studi professionali

Ai sensi della D.G.R. n. VII/5724/2001 possono essere identificati quali studi professionali esclusivamente quelle strutture nelle quali non vengono erogate procedure diagnostico-terapeutiche di particolare complessità o che comportino un rischio per la sicurezza del paziente. In particolare si rammenta che l'attività odontoiatrica esercitata all'interno di realtà monospecialistiche deve rispondere ai requisiti previsti nell'Allegato 1 della succitata delibera.

5.5.5. Requisiti per le Farmacie Ospedaliere

In conformità alle disposizioni relative all'accreditamento delle farmacie ospedaliere, è istituito un gruppo di lavoro, coordinato dalla Struttura Farmaco Dispositivi ed HTA dell'UO Programmazione Polo Ospedaliero, anche con il compito di definire entro il 30/06/2019 le possibili relazioni e sinergie tra diversi Presidi a garanzia del puntuale assolvimento dei compiti di responsabilità assegnati ai Farmacisti Ospedalieri.

TEMI CHIAVE/INNOVATIVI

Accreditamento
• Verifica e allineamento degli assetti accreditati delle strutture di ricovero e cura
• Requisiti per attività degli SMeL
• Requisiti per attività di Genetica Molecolare e Citogenetica
• Requisiti di accreditamento per l'attivazione di POT e PreSST
• Indicazioni per l'attività di prelievo • Sviluppo dei referti strutturati, accessibili anche per la documentazione sanitaria del medico di medicina generale
• Requisiti per le farmacie ospedaliere

6. AREA SOCIOSANITARIA

6.1. Evidenze e linee di sviluppo

Il sistema dei servizi sociosanitari lombardi si caratterizza per una riconosciuta elevata qualità, che lo ha reso un punto di riferimento del sistema di welfare a livello nazionale.

Il sistema sociosanitario lombardo si sta da tempo orientando verso un progressivo spostamento dei servizi dall'ospedale al territorio, rafforzando nel contempo l'integrazione tra i due ambiti.
In questa prospettiva, la rete dei servizi sociosanitari ha un ruolo chiave ed insostituibile nella attuazione dei percorsi di assistenza e cura rivolti in particolare alla presa in carico dei soggetti fragili.
La rete delle unità d'offerta sociosanitarie comprende servizi residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali e domiciliari rivolti:

- agli anziani: residenze sanitarie assistenziali (RSA) e centri diurni integrati (CDI);
- ai disabili: residenze sanitarie assistenziali per disabili (RDS), comunità socio sanitarie per disabili (CSS), centri diurni disabili (CDD);
- alle famiglie: consultori famigliari;
- alla fase terminale della vita: hospice e cure palliative domiciliari;
- ai soggetti affetti da dipendenze patologiche: servizi territoriali, comunità, servizi diurni;
- ai soggetti fragili in generale: assistenza domiciliare integrata (ADI) e cure intermedie.

Si tratta di una rete di servizi capillarmente diffusa sul territorio regionale, a cui è necessario dare nel prossimo futuro ulteriore impulso e sviluppo, al fine di garantire una risposta appropriata ai bisogni dei cittadini.

La programmazione regionale prosegue per l'anno 2019 secondo le linee di indirizzo introdotte dalla l.r. n. 33/2009, puntando ad una sempre maggiore integrazione tra l'ambito sanitario e quello sociosanitario, tra ospedale e territorio e promuovendo il principio di appropriatezza e garanzia della continuità assistenziale all'interno di un percorso di presa in carico della persona in tutta la rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali.

In attuazione degli obiettivi strategici regionali, la programmazione sanitaria e sociosanitaria del 2019 si svilupperà secondo un articolato programma, teso nel suo complesso, a incrementare ed innovare l'offerta dei servizi in risposta all'evoluzione dei bisogni dei cittadini.

In particolare, come di seguito dettagliato, viene previsto un potenziamento dell'offerta rivolto a situazioni di particolare fragilità con un incremento delle risorse a disposizione per il settore residenziale e per quello delle cure domiciliari.

6.2. Ampliamento dell'offerta di posti di RSA/RSD per soggetti con elevato carico assistenziale

6.2.1. Demenze

La demenza è in crescente aumento nella popolazione generale ed è stata definita secondo il Rapporto OMS una priorità mondiale di salute pubblica.

In Italia, il numero totale dei pazienti con demenza è stimato in oltre un milione (di cui circa 600.000 con demenza di Alzheimer) e circa 3 milioni sono le persone direttamente o indirettamente coinvolte nell'assistenza dei loro cari. I dati epidemiologici stimano in circa 200.000 le persone affette da forme di demenza di diverso tipo in Regione Lombardia (Alzheimer e altre).

La presenza di un soggetto affetto da demenza procura un pesantissimo onere assistenziale a carico dei familiari, in quanto una delle principali conseguenze della malattia è la perdita delle capacità nel svolgere le attività del vivere quotidiano, rendendo progressivamente il malato sempre più dipendente dall'aiuto del familiare/caregiver in qualsiasi attività.

I familiari/caregivers dedicano molte ore al giorno per assistere il paziente e soddisfare tutte le sue necessità quali alimentarsi, vestirsi, lavarsi, assumere correttamente la terapia e altre ore nella sorveglianza. L'assistenza, inoltre, può complicarsi quando il paziente manifesta problemi comportamentali come agitazione, aggressività fisica e verbale, deliri, caratteristici nelle demenze.
Questa sindrome non modifica pertanto solo la vita del malato, ma anche quella dei suoi familiari visto l'onerosità del carico assistenziale che si ripercuote su di essi.

La rete di offerta lombarda dei servizi sociosanitari dedicati alle persone anziane non autosufficienti e affette da demenza prevede soluzioni sia residenziali sia a sostegno della permanenza della persona al proprio domicilio. Tale rete vede la presenza innanzitutto delle RSA, unità d'offerta ampiamente distribuite sul territorio.

Nell'ottica di incrementare l'offerta di tali servizi ed in particolare di quelli residenziali che rispondono a situazioni in cui il carico assistenziale rende necessario il ricovero presso una struttura di lunga assistenza, si rileva che i posti letto a contratto nelle RSA dedicati agli anziani affetti da demenza con gravi problemi comportamentali sono 2.926, riconosciuti come "nuclei Alzheimer" rispetto alla dotazione complessiva di posti letto a contratto nelle RSA, pari a 57.910.

Le liste di attesa per l'ingresso nei nuclei Alzheimer sono consistenti e non consentono alle famiglie che hanno in carico tali malati di poter trovare adeguata risposta al bisogno.
La distribuzione dei posti letto in nuclei Alzheimer non è uniforme sul territorio regionale ed alcuni territori risultano particolarmente carenti.

ATS	popolazione ≥ 65 al 31/12/2017	posti letto Alzheimer accreditati e a contratto	indice di dotazione (p.l. a contratto ogni 1.000 ≥ 65 anni)	nuovi posti letto Alzheimer	totale posti letto Alzheimer a contratto a seguito di ampliamento	nuovo indice di dotazione (p.l. a contratto ogni 1.000 ≥ 65 anni)	Risorse aggiuntive
Milano	777.710	981	1,26	574	1.555	2,00	2.723.630
Insubria	329.824	352	1,07	308	660	2,00	1.461.460
Montagna	79.048	109	1,38	49	158	2,00	232.505
Brianza	270.614	312	1,15	229	541	2,00	1.086.605
Bergamo	229.453	264	1,15	195	459	2,00	925.275
Brescia	245.915	280	1,14	212	492	2,00	1.005.940
Val Padana	182.799	263	1,44	103	366	2,00	488.735
Pavia	132.340	365	2,76		365	2,76	-
Lombardia	**2.247.703**	**2926**	**1,30**	**1.670**	**4.596**	**2,04**	**7.924.150**

Valutata la validità dell'impostazione assistenziale dei nuclei Alzheimer, centrata sulla relazione e non solo sulla custodia, che devono essere organizzati in modo da sostenere in modo adeguato le esigenze di questa patologia e garantire ai pazienti assistenza appropriata e qualificata, si ritiene di potenziare i servizi disponibili e rendere quanto più omogenea la distribuzione territoriale.

Al tale fine, per sgravare la famiglia dal peso assistenziale consentendo una riduzione dei tempi di attesa per l'ingresso in RSA e una maggiore prossimità dei servizi, si prevede l'integrazione dell'attuale dotazione di posti letto Alzheimer a contratto con ulteriori 1670 posti.
I nuovi posti saranno attivati nelle ATS con indice di dotazione inferiore a 2 posti ogni 1000 anziani over 65, nel numero necessario a raggiungere tale indice di dotazione, come riportato in tabella.
Il riconoscimento dei nuovi posti dovrà derivare dalla conversione di nuclei ordinari, già accreditati e a contratto, in nuclei Alzheimer, tramite procedura ad evidenza pubblica avviata dalle ATS carenti, entro il 30/4/2019.

Come già definito per i nuclei Alzheimer esistenti, si rammenta che tali nuclei sono destinati a soggetti affetti da demenza di Alzheimer o sindromi correlate che, per il livello del deficit cognitivo e per la presenza di significative alterazioni comportamentali (per esempio tendenza alla fuga, aggressività verbale e fisica, tendenza ad urlare, ecc.) possano giovarsi delle soluzioni ambientali, delle apposite metodologie assistenziali e dell'aumentato standard di personale propri di tali nuclei.

Si ritiene, pertanto, che i dementi in fase iniziale, senza disturbi comportamentali, non debbano usufruire di tale soluzione residenziale, 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, non più in grado di esprimere una vita di relazione (dementi in fase internistica, allettati, ecc.).

I nuclei Alzheimer, nuovi ed esistenti, devono garantire agli ospiti le necessarie condizioni di protezione e sicurezza e, allo stesso tempo, ritmi di vita e stimoli riabilitativi adeguati alle loro ridotte capacità cognitive e funzionali.

Per il riconoscimento, in aggiunta ai requisiti previsti dalla D.G.R. n. VII/7435/2001 e dalla D.G.R. n. VII/12618/2003 e richiamata la D.G.R. n. V/64515 del 22/4/1995, dovranno essere garantiti i seguenti requisiti:

- nucleo dedicato, attrezzato in modo adeguato alla gestione dei disturbi del comportamento e dotato di idoneo sistema di sicurezza anti-fuga;
- minutaggio assistenziale minimo pari a 1220 minuti settimanali per ospite;
- personale dell'équipe assistenziale specificatamente formato per l'assistenza ai pazienti affetti da demenza;
- adeguato supporto psicologico agli operatori al fine di contenere lo stress lavoro-correlato e il fenomeno del burn out;
- collegamento con la rete dei servizi per le demenze, in particolare con i Centri per i Disturbi Cognitivi e Demenze.

A seguito dell'avvenuto riconoscimento, verrà applicata a carico del FSR la tariffa attualmente prevista per i nuclei Alzheimer, pari a 52 euro/die.
A tale fine, sono destinate risorse a carico del FSR fino a 8.000.000 euro.

6.2.2. Stati vegetativi

Al fine di rispondere, in un'ottica di continuità delle cure, alle peculiari necessità assistenziali delle persone in stato vegetativo nonché di fornire un sostegno alle famiglie in considerazione dell'onerosità del carico assistenziale che su di esse ricade, la rete di offerta dei servizi sociosanitari prevede sia soluzioni a sostegno della permanenza a domicilio sia soluzioni di ricovero di lungo assistenza laddove non sia possibile un rientro a domicilio ovvero vi sia un'autonoma e consapevole decisione della famiglia.

Nell'ambito dell'offerta residenziale, dal 2012 a seguito delle DD.G.R. n. IX/4222/12 e n. IX/4598/12, sono state previste due tipologie di inserimento nelle RSA/RSD:

- accoglienza in nucleo dedicato, indicata quale modello da privilegiare in considerazione delle competenze e dell'organizzazione specifica richiesta per la gestione di aspetti clinici ad alto impatto assistenziale;
- accoglienza su posto letto ordinario individuata in considerazione delle esigenze delle famiglie residenti in territori privi di nuclei dedicati, per l'accoglienza di persone che richiedono minori attenzioni cliniche ed assistenziali (pazienti più stabili, senza particolari esigenze assistenziali – ventilazione, tracheostomia, ecc. – soprattutto se in età molto avanzata e con evento indice non traumatico o dopo un congruo periodo di accoglienza in nucleo dedicato).

Si richiamano le DD.G.R. n. VIII/6220/2007, n. IX/2124/2011 e n. IX/4222/2012 e si confermano gli standard assistenziali e le tariffe a carico del FSR definite dalla D.G.R. n. IX/4598 del 28/12/2012:

- assistenza in nucleo dedicato: 2000 minuti/settimanali/utente, tariffa di € 180/die;
- assistenza su posto letto ordinario: 1500 minuti/settimanali/utente, tariffa di € 135/die, stabilendo inoltre che solo per le Residenze Sanitario Assistenziali per anziani deve essere comunque assicurato uno standard gestionale minimo di 1100 minuti/settimanali/utente.

Considerato che le attuali tecniche rianimatorie determinano un incremento dei casi di Stato Vegetativi, nell'ottica di sostenere il principio della prossimità territoriale, dando continuità alle indicazioni contenute nelle citate DD.G.R., si prevede la possibilità di riconoscere nuovi nuclei dedicati per l'accoglienza di persone in Stato Vegetativo, al fine di privilegiare l'accoglienza di tali pazienti in nuclei dedicati piuttosto che su posti letto ordinari.

I nuovi posti saranno attivati prioritariamente nelle ATS con aree distrettuali prive di nuclei dedicati e con indice di dotazione inferiore alla media regionale, sino ad un massimo di 150 posti sul territorio regionale.
A tale fine, sono destinate risorse a carico del FSR fino a 2.500.000 euro.
Il riconoscimento dei nuovi posti dovrà derivare dalla conversione di posti letto ordinari, già accreditati e a contratto, tramite procedura ad evidenza pubblica avviata dalle ATS carenti, entro il 30/4/2019.

Con successivo provvedimento della Direzione Generale Welfare, entro il 31/3/2019, verranno date alle ATS le indicazioni in merito alla distribuzione dei posti nei singoli ambiti territoriali e alle modalità con cui dovrà avvenire il riconoscimento dei nuovi nuclei. Considerato il numero dei soggetti interessati, molto inferiore rispetto alla popolazione anziana e intendendo rispondere alle esigenze di protezione e di gestione di questi pazienti, si precisa che il nucleo dedicato agli stati vegetativi può prevedere un numero di posti letto inferiore ai 10 previsti dalla D.G.R. n. VII/7435/2001.

Si rammenta che risulta in capo alle ATS l'aggiornamento del registro delle RSA/RSD ubicate nel proprio territorio con nuclei dedicati ovvero disponibili ad accogliere persone in stato vegetativo su posti ordinari.

In merito alle persone ricoverate in unità d'offerta sociosanitarie in condizione di Stato Vegetativo si conferma che in caso di lievi miglioramenti del punteggio della Glasgow Coma Scale, comunque con valore non superiore a 13, nel corso della degenza, le stesse mantengono le medesime condizioni di ricovero, continuando ad essere remunerate e rendicontate come stati vegetativi, con i medesimi standard assistenziali, modalità di verifica da parte delle ATS e senza oneri a carico dell'utente e dei familiari.

6.2.3. Malattie del motoneurone

Le malattie del motoneurone sono condizioni patologiche progressivamente invalidanti che modificano le prospettive e la qualità di vita colpendo persone nel pieno delle loro potenzialità professionali, affettive e sociali. L'evoluzione di tali malattie comporta una condizione di limitazione funzionale progressiva e irreversibile e, nei 2/3 dei soggetti, la condizione di disabilità è tale da richiedere un elevato carico assistenziale per la gestione della quotidianità a domicilio e, in alcuni casi, determina la necessità del ricorso a strutture residenziali di lungo assistenza.

Come già previsto dalla D.G.R. n. VIII/10160 del 16 settembre 2009, tali pazienti possono essere ricoverati con oneri a totale carico del FSR presso RSA o RSD, che devono garantire uno standard assistenziale di almeno 1800 minuti/sett/ospite, con il riconoscimento di una tariffa pari a 160 euro/die.

Annualmente risultano ricoverati presso le RSA e le RSD lombarde circa 200 pazienti affetti da SLA o altre malattie del motoneurone in fase avanzata.
La totale dipendenza nelle autonomie quotidiane, l'elevato carico assistenziale, la complessità delle problematiche sanitarie ed assistenziali che richiede competenze specifiche e abilità professionali anche nella gestione di eventuali ausilii di tipo tecnologico richiedono da parte dell'unità d'offerta sociosanitaria ospitante di sostenere un onere organizzativo ed assistenziale significativo, sia rispetto al peso assistenziale, sia rispetto alla qualità degli interventi richiesti.

Per questo motivo, il ricovero dei soggetti affetti da tali patologia presuppone un impegno rilevante da parte della struttura ospitante tale da ritenere necessario un aggiornamento della tariffa totale carico del FSR, portandola a 170 euro/die a partire dal 1/1/2019.
A tale fine, sono destinate risorse a carico del FSR fino a 800.000 euro.

6.3. La rete delle Cure Palliative – adozione degli strumenti di valutazione

Nel corso del 2019 prosegue il processo di evoluzione del modello organizzativo della Rete di cure palliative in Lombardia in applicazione della D.G.R. n. X/5918/2016 e della successiva D.G.R. n. X/6691/2017, anche attraverso le funzioni dell'Organismo di coordinamento regionale della rete di cure palliative.

Le azioni strategiche da mettere in campo saranno finalizzate a favorire il governo dei processi di presa in carico e di cura, al fine di migliorare e semplificare l'accessibilità ai servizi e garantire risposte appropriate ai pazienti con bisogni specifici di cure palliative.

In questa ottica, vengono forniti gli opportuni strumenti atti a garantire in modo omogeneo sul territorio regionale l'identificazione del bisogno di cure palliative nel singolo paziente e la valutazione multidimensionale dello stesso. La prima versione degli strumenti viene allegata al presente provvedimento (**sub allegato E "*Strumento per l'identificazione di pazienti affetti da malattie in fase avanzata con bisogni di cure palliative*"** e **sub allegato F "*Strumento per la valutazione dell'intensità assistenziale in cure palliative domiciliari*"**) al fine di renderli immediatamente disponibili. Si demandano alla Direzione Generale Welfare le eventuali revisioni o modifiche degli strumenti che si rendessero successivamente necessarie.
Tali strumenti dovranno essere utilizzati da tutti gli erogatori della rete a partire dal 1° gennaio 2019.

Oltre a rappresentare lo strumento di programmazione per tutti gli erogatori della Rete Regionale di Cure Palliative operanti nelle Reti Locali (RLCP), gli strumenti costituiranno un utile supporto per le ATS nell'attività di vigilanza e controllo e per la valutazione della coerenza tra PAI ed evoluzione del quadro clinico: attraverso l'analisi del PAI potranno quindi essere valutati la complessità clinico assistenziale, gli effettivi accessi per figura professionale e i provvedimenti clinico assistenziali assunti dall'equipe curante nel tempo.

Al fini del riconoscimento delle prestazioni e del relativo livello di erogazione di cure palliative domiciliari, si precisa che dovranno essere garantiti i seguenti livelli di intensità assistenziale:

- Cure palliative di base: caratterizzate da complessità clinico assistenziale e dei bisogni variabile, non elevata per cui è richiesta una intensità assistenziale medio-bassa; garantiscono un mix professionale che abbia almeno un accesso medico

ogni 10 giorni, garantendo in ogni caso un CIA superiore a 0,2 durante l'intero percorso di assistenza nel setting di base.

- Cure palliative specialistiche: caratterizzate da complessità clinico assistenziale e dei bisogni elevata/molto elevata per cui è richiesta una intensità assistenziale medio-alta; garantiscono un mix professionale che abbia almeno due accessi medico ogni 10 giorni, garantendo in ogni caso un CIA superiore/uguale a 0,5 durante l'intero percorso di assistenza nel setting specialistico.

Si richiama la D.G.R. n. X/5918/16, ricordando che la definizione del livello assistenziale specialistico non è basato unicamente sul calcolo del CIA, ma implica anche la valutazione delle condizioni cliniche, adeguatamente documentata, e comporta l'intervento di una equipe multiprofessionale e multidisciplinare.
Ne consegue che il passaggio dal livello di base a quello specialistico (o viceversa), comporta necessariamente la rivalutazione del paziente e l'aggiornamento del PAI coerente con il nuovo livello e non comporta l'interruzione del percorso assistenziale.
Pertanto brevi periodi di aumento o di diminuzione del coefficiente di intensità assistenziale da una settimana all'altra non determinano la variazione del livello assistenziale all'interno dello stesso percorso assistenziale (PAI).
Si precisa che la valutazione/rivalutazione non coincide con la presa in carico del soggetto, per la quale è previsto il riconoscimento della corrispondente tariffa di presa in carico, ma deve essere garantita ogni qualvolta si verifichino modifiche sostanziali delle condizioni clinico assistenziali dei beneficiari tali da richiedere una possibile riprogettazione (es. dopo un'interruzione per ricovero ospedaliero). Si ritiene, infatti, che il monitoraggio in itinere sia parte integrante della presa in carico e debba essere perciò garantito senza produrre costi aggiuntivi.

La tariffa di presa in carico può essere, pertanto, riconosciuta solo una volta all'avvio del percorso di assistenza in cure palliative da parte di un ente erogatore.

Nel corso del 2019 prosegue il monitoraggio del funzionamento delle Reti Locali di Cure Palliative (RLCP) e dei Dipartimenti aziendali/interaziendali di CP, nonché delle strutture accreditate che le costituiscono.

Si ribadisce che le ATS, articolate nei distretti, hanno il compito di promuovere la costituzione e coordinare le reti locali al fine di attuare le funzioni di programmazione e negoziazione, nonché di governo della presa in carico che sono loro attribuite dalla l.r. 33/09.
In particolare, è in capo alla ATS il reclutamento dei soggetti inclusi nella rete locale in modo da comprendere tutti i soggetti erogatori accreditati per le attività di cure palliative nei diversi setting assistenziali e gli eventuali soggetti abilitati che ne facciano richiesta.

Spetta, infine, alle reti locali di cure palliative, tra le funzioni che le sono state attribuite con la D.G.R. n. IX/4610/12, il coordinamento operativo tra i diversi nodi della rete con il compito di promuovere e adottare sia le procedure necessarie al funzionamento della rete stessa che gli specifici percorsi diagnostico terapeutico assistenziali, garantendo l'identificazione del bisogno e l'erogazione congiunta di attività e prestazioni sanitare, sociosanitarie e assistenziali attraverso l'accesso diretto e unitario, la presa in carico e la valutazione multidimensionale dei bisogni.

In particolare, la rete locale di cure palliative garantisce la tempestività della presa in carico e la continuità dei percorsi di cura nei quattro diversi setting assistenziali anche attraverso

l'adozione di idonei strumenti di valutazione, di un sistema di governo clinico e di indicatori di qualità.

Inoltre, è nell'ambito della rete locale che i singoli erogatori di cure palliative domiciliari sono tenuti a garantire, avvalendosi delle sinergie formalmente definire con altri erogatori accreditati, la pronta disponibilità medica e infermieristica sulle 24 ore, prevista dai requisiti di esercizio e accreditamento definiti dalla D.G.R. n. X/5918/16.

Per l'attivazione della rete locale, la ATS provvede, in accordo con i soggetti erogatori e entro il 30/6/2019, all'adozione di uno specifico regolamento che ne definisca l'organizzazione e le modalità di funzionamento, garantendo la più ampia partecipazione rappresentativa dei soggetti erogatori, dei MMG/PSL e delle organizzazioni di volontariato.

Rimane in capo alla ATS la responsabilità di garantire l'operatività della rete locale ai fini dell'attuazione delle funzioni ad essa attribuite.
Sono le RLCP, infatti, attraverso il Dipartimento che le coordina e il proprio Regolamento, che per prime devono garantire l'appropriatezza dell'accesso e la corretta presa in carico in tutti i setting assistenziali.

Prosegue altresì il monitoraggio sullo stato di avanzamento del progetto formativo Ospedale Territorio Senza Dolore di cui alla D.G.R. n. X/5455/2016 e, sulla base del bisogno di formazione rilevato dalle ATS, previsione di ulteriori edizioni dei Corsi di formazione.

6.4. Hospice per età pediatrica

Le cure palliative sono riconosciute come un diritto in tutte le fasi della vita, compresa l'infanzia. In particolare L'OMS definisce le cure palliative pediatriche come *l'attiva presa in carico globale del corpo, della mente e dello spirito del bambino e il supporto attivo alla famiglia*. La stessa legge n. 38/2010 ribadisce la necessità della realizzazione di reti dedicate alle cure palliative e alla terapia del dolore in età pediatrica.
Sulla base dei dati disponibili, è possibile stimare che in Lombardia ogni anno siano oltre 1500 i bambini meritevoli di una presa in carico in cure palliative pediatriche, di cui un terzo con patologia oncologica.

Indipendentemente dalla patologia sottostante, la malattia grave di un bambino influenza un contesto sociale molto ampio e prendersi cura anche del nucleo familiare è prioritario.
Pur ritenendo il domicilio il luogo di elezione in cui assistere i bambini, nel rispetto della cultura e delle abitudini proprie di ogni famiglia, la situazione non consente di trascorrere a casa propria le fasi più complesse della malattia, compreso il fine vita,- a più della metà dei bambini malati.
In questa situazione l'ospedale si configura spesso come l'unica alternativa alla casa, per la mancanza di spazi di sollievo e di cura in ambito residenziale.

Da questo nasce il bisogno di disporre di un'offerta di ricovero poco medicalizzata e ad alto contenuto assistenziale, adatta ai minori, l'hospice pediatrico, che disponga di spazi di ricovero ampiamente modulabili, pronti a rispondere a finalità diverse, che si integri in una rete di cui il territorio e l'ospedale per acuti continuino a fare parte, anche in ragione dell'estrema complessità e diversificazione dei bisogni dei minori per età e per natura della patologia.

L'hospice pediatrico dovrà avere alcune finalità specifiche:

- offrire momenti di sollievo in risposta al bisogno della famiglia di un periodo di riposo, magari per dedicarsi a momenti delicati della vita propria o degli altri figli, o anche solo per recuperare una parte dell'energia che assistere bambini gravemente malati richiede.
- fornire ricoveri di "abilitazione", ovvero garantire ai genitori la possibilità di acquisire confidenza con strumenti tecnologici complessi spesso indispensabili a garantire la sopravvivenza dei loro figli: questo accade a volte già alla dimissione dai reparti di neonatologia o in seguito a un ricovero per un aggravamento. L'hospice – meno medicalizzato di un ospedale, ma più protetto di un'abitazione – sarà il luogo in cui i genitori si riconosceranno capaci di assistere i loro piccoli e servirà per aiutarli a tornare a casa.
- garantire la possibilità di accompagnare i bambini che non potranno trascorrere a casa l'ultimo tempo della loro vita, accogliendo se necessario l'intera famiglia.

L'hospice pediatrico rientra nella tipologia di unità d'offerta definita con la D.G.R. n. X/5918/2016 e ne segue regole e requisiti.

Per le motivazioni sopra descritte, al fine di avviare gradualmente la realizzazione di tale tipologia di servizi all'interno della rete per le cure palliative, per il 2019 viene dato mandato alla ATS della Città Metropolitana di Milano di attivare, entro il 30/4/2019, un bando ad evidenza pubblica per l'apertura di un hospice pediatrico. La struttura, considerata la posizione baricentrica ed i collegamenti con il territorio, dovrà essere collocata nel territorio della città di Milano.

Considerato il target di popolazione a cui è rivolto, la capacità ricettiva dell'hospice pediatrico potrà essere anche inferiore agli otto posti letto e prevedere un numero di posti tra i sei e i dieci.
A tale fine verranno definiti dei requisiti aggiuntivi specifici per i bisogni dei piccoli pazienti e vengono messe a disposizione risorse del FSR sino al limite massimo di 600.000 euro.

6.5. Tele riabilitazione

Regione Lombardia, previa valutazione favorevole della ATS territorialmente competente e senza oneri aggiuntivi a carico del FSR, intende sperimentare modelli innovativi di tele-riabilitazione, verificandone efficacia e efficienza e la possibilità di passaggio a regime per rafforzare la propria rete di servizi ambulatoriali e domiciliari.

Per tele-riabilitazione si intende la possibilità per il paziente di proseguire, in parziale autonomia al domicilio, esercizi e attività di riabilitazione cognitiva o neuro-motoria già avviati in forma ambulatoriale o domiciliare, prescritti dallo specialista curante (fisiatra, neurologo, geriatra) e eseguiti con il controllo a distanza (tele-presenza) di professionisti abilitati. Questo, attraverso l'utilizzo di strumenti informatici accessibili via web - smartphone, tablet e computer - o di specifici dispositivi tecnologici. La tele-riabilitazione integra, ma non sostituisce, la normale attività riabilitativa ambulatoriale o domiciliare. Le esperienze di ricerca e i modelli di buona pratica suggeriscono che la tele-riabilitazione è gradita ai pazienti, favorisce l'emporwement e l'adesione alle terapie e può migliorare gli esiti dei percorsi di cura.

Nel corso del 2019, possono presentare progetti di tele-riabilitazione gli enti gestori di unità d'offerta già accreditate e a contratto per l'esercizio delle attività riabilitative neuromotorie e di riabilitazione cognitiva in ambito ambulatoriale e/o domiciliare, sia sanitarie che sociosanitarie, quali Centri per i Disturbi Cognitivi e Demenze – CDCD e strutture di riabilitazione ex art. 26.

Gli enti erogatori dovranno inoltre dimostrare di possedere adeguata esperienza nella ricerca e nell'utilizzo sperimentale di tecnologie idonee. Il progetto, da presentare alla ATS di competenza per l'approvazione, dovrà essere già stato approvato dal Comitato Etico di riferimento, con particolare attenzione alla garanzia della privacy e della sicurezza del paziente.

I progetti devono essere presentati alla ATS territorialmente competente, che garantirà la supervisione della sperimentazione, raccogliendo i dati periodici di attività e di outcome al fine di monitorarne l'andamento e valutarne gli esiti.

Le prestazioni di tele-riabilitazione saranno inserite in un percorso di riabilitazione ambulatoriale o domiciliare, sia di tipo neuro-cognitivo che neuro-motorio. Il reclutamento dei pazienti richiederà una preliminare valutazione specialistica (fisiatrica, geriatrica, neuropsicologica) che definisca la loro idoneità, gli obiettivi, la tipologia e frequenza degli esercizi e la durata del programma. I pazienti reclutati dovranno rispondere ai criteri di inclusione previsti dal progetto; in caso di fragilità o limitazioni di autonomia, dovrà essere inoltre disponibile un care-giver che garantisca la presenza durante lo svolgimento degli esercizi. Lo specialista garantirà il follow up e la dimissione del paziente al raggiungimento dei risultati. Tutte le prestazioni, valutazioni e esiti saranno documentati sulla cartella clinica o FASAS.

Nella fase di avvio si dovrà provvedere all'addestramento del paziente sia agli esercizi che dovrà continuare a eseguire in parziale autonomia che all'utilizzo degli strumenti tecnologici messi a disposizione dall'ente erogatore. Oltre alla tecnologia necessaria, l'ente erogatore dovrà garantire l'installazione domiciliare e il supporto in caso di problemi tecnici. Gli esercizi di tele-riabilitazione neuro-motoria gestiti a domicilio devono essere seguiti in tele-presenza del fisioterapista assegnato. Gli esercizi di riabilitazione cognitiva - in forma di video, exer-games o altra modalità validata - potranno essere gestiti in autonomia dal paziente anche senza la necessità di tele-presenza, ma il neuropsicologo seguirà con modalità informatiche i suoi progressi e garantirà, dopo la valutazione iniziale, accessi domiciliari o ambulatoriali di verifica e controllo diretto. In entrambi le modalità, il fisioterapista o il neuropsicologo verificheranno l'aderenza al programma del paziente, i risultati e l'eventuale necessità di adeguamenti del programma riabilitativo, in accordo con lo specialista curante.

Tali prestazioni devono essere rendicontate nell'ambito del budget assegnato all'erogatore stesso per il CDCD o per la riabilitazione ex art. 26, applicando una tariffa in ogni caso non superiore a quella della prestazione domiciliare. La fornitura e la manutenzione dei dispositivi sono a carico della struttura.

6.6. Innovazione nella gestione sociosanitaria

6.6.1. Misure innovative a favore della popolazione fragile.

6.6.1.1. Residenzialità per minori disabili gravissimi

Nel corso del 2018, in ottemperanza a quanto stabilito dalla D.G.R. n. 7600/2017 e con l'obiettivo di individuare il percorso più appropriato per la stabilizzazione della misura residenzialità minori disabili gravissimi, è stato attivato un gruppo tecnico, composto dai gestori delle quattro unità d'offerta che negli anni hanno sostenuto la suddetta misura e dalle ATS dei rispettivi territori. Il gruppo ha elaborato un documento tecnico che sarà oggetto di prossima proposta alla Giunta regionale per la stabilizzazione della suddetta misura.

Tenuto conto degli effetti derivanti dalla predetta stabilizzazione, dell'andamento della misura, dei livelli di intensità assistenziale e dei relativi profili rilevati negli anni, per il 2019 si stabilisce un'assegnazione di risorse in incremento di € 700.000 euro, per un budget complessivo invalicabile pari ad euro 3.400.000, equivalente al riconoscimento della misura per l'intero anno ad almeno 35 minori.

Si ritiene che tale incremento permetta di rispondere in maniera adeguata ai bisogni di una casistica estremamente complessa, ma che negli anni si è confermata numericamente limitata e consenta, nel contempo, in esito alla prevista stabilizzazione, di dare avvio ad una distribuzione dell'offerta più articolata sul territorio regionale, a sostegno di una maggiore prossimità dei servizi. I dati di attività relativi alla misura confermano, anche per il 2018, un dimensionamento della casistica assestato attorno ad una media di 27 minori.

Nel 2019 con appositi provvedimenti, le risorse destinate alla misura verranno quindi ripartite alle singole ATS sulla base del numero di minori già beneficiari ed in rapporto al numero di domande di nuovi ingressi provenienti nel corso dell'anno dai diversi territori.
Entro il 31gennaio 2019 devono essere sottoscritti i contratti con le strutture che accolgono minori beneficiari della misura.

Le ATS sono chiamate ad assicurare la completezza e la qualità del dato, la tempestività nonché il rispetto delle scadenze previste. Si rammenta, infatti, che le prestazioni per le quali è richiesto un flusso informativo di rendicontazione possono essere remunerate solo a seguito di corretta e puntuale trasmissione.

TEMI CHIAVE/INNOVATIVI	**Tempistica**
Stabilizzazione della misura con incremento risorse per un ammontare annuo pari a € 3.400.000	Nel corso del 2019

6.6.1.2. RSA aperta e Residenzialità assistita per anziani

Vengono confermate per l'anno 2019 le misure residenzialità assistita ed RSA aperta per ognuna delle quali è prevista un'assegnazione specifica, secondo i valori invalicabili di seguito indicati:

- RSA Aperta pari ad euro 33.050.000;
- Residenzialità assistita pari ad euro 5.334.000.

Al fine di rafforzare il sostegno assicurato dalla misura RSA aperta alle persone affette da demenza e agli anziani con i più alti livelli di non autosufficienza, favorendo la loro permanenza, il più a lungo possibile, presso il domicilio, nel 2019, il budget annuo a disposizione di ogni beneficiario per usufruire dei diversi servizi sostenuti dalla misura viene incrementato e fissato in € 4000, al netto della valutazione multidimensionale. Si conferma che il budget a disposizione di ogni beneficiario può essere utilizzato in maniera flessibile in relazione a specifici obiettivi di cura, fermo restando, comunque, il vincolo legato al periodo di presa in carico.

Viene stabilito un incremento di risorse di circa € 700.000 a sostegno della residenzialità assistita, in ordine alle richieste avanzate da più ATS nel corso del 2018. Tale incremento consente di riconoscere la misura ad 80 persone in più per l'intero anno.
Le risorse destinate a sostegno di entrambe le misure verranno ripartite alle singole ATS con successivo decreto, tenendo conto dell'attività erogata nel corso del 2018, nonché degli indici di popolazione target, specifici per misura e per territorio.

Le ATS hanno il compito di mantenere costante il monitoraggio delle attività e del relativo utilizzo delle risorse economiche, in funzione sia dell'appropriatezza dei servizi resi, sia dell'equilibrio economico che dovrà essere assicurato entro il limite invalicabile del relativo livello di FSR programmato dal presente provvedimento. Sono inoltre chiamate ad assicurare la completezza e la qualità del dato, la tempestività nonché il rispetto delle scadenze previste. Si rammenta, infatti, che le prestazioni per le quali è richiesto un flusso informativo di rendicontazione possono essere remunerate solo a seguito di corretta e puntuale trasmissione.

Gli enti gestori che intendono svolgere l'attività connessa alle misure residenzialità assistita ed RSA aperta devono confermare/presentare la propria candidatura all'ATS di riferimento entro il 15 gennaio 2019.

Le ATS, verificate le candidature, sulla base delle rilevate disponibilità e dei fabbisogni territoriali, entro il 31gennaio 2019, procedono alla sottoscrizione del contratto. In corso d'anno, valutata la possibilità di estensione dell'offerta e nei limiti delle risorse assegnate, potranno procedere ad ulteriori contrattualizzazioni. Le ATS dovranno, altresì, garantire la pubblicazione degli elenchi degli enti erogatori delle specifiche misure sul sito aziendale, avendo cura di assicurarne i necessari aggiornamenti dandone, altresì, la massima diffusione ai medici di cure primarie, alle ASST e ai Comuni.

Poiché i dati di attività relativi alla residenzialità assistita rilevano che ad erogare la misura sono in prevalenza strutture afferenti alla rete sociale, interessata, peraltro, da una ridefinizione della propria offerta, nel corso del primo trimestre 2019, prenderà avvio un tavolo di lavoro congiunto tra le Direzioni Generali "Welfare" e "Politiche Sociali, Abitative e Disabilità" con l'obiettivo di ridefinire la misura, ricalibrandola in ordine alla mission delle diverse strutture erogatrici.

TEMI CHIAVE/INNOVATIVI	Tempistica
Incremento del budget annuo per singolo beneficiario della misura RSA aperta	Da € 3.600 a € 4.000 al netto della Valutazione
Incremento risorse a sostegno della residenzialità assistita	Da € 4.678.000 a € 5.334.000
Avvio tavolo di lavoro per misura residenzialità assistita congiunto tra le Direzioni Generali "Welfare" e "Politiche Sociali, Abitative e Disabilità".	Entro primo trimestre 2019
Recepimento delle candidature dei gestori all'erogazione di RSA aperta e/o Residenzialità assistita da parte delle ATS	Entro il 15 gennaio 2019
Sottoscrizione contratto tra ATS ed erogatori misure	Entro il 31 gennaio 2019 con possibilità di ulteriori contrattualizzazioni nel corso dell'anno
Pubblicazione e aggiornamento da parte delle ATS degli elenchi degli enti erogatori delle specifiche misure sui siti aziendali	Nel corso del 2019

6.6.1.3. Misura residenzialità assistita per religiosi

Nel corso del 2018 i posti riservati all'accoglienza assistita di religiose e religiosi all'interno del proprio ambiente di vita sono stati incrementati, in via preferenziale, in alcuni territori che ne risultavano sprovvisti. Ad oggi sono attivi 300 posti, così distribuiti sul territorio regionale:

ATS CITTA' METROPOLITANA DI MILANO	61
ATS INSUBRIA	76
ATS MONTAGNA	10
ATS MONZA BRIANZA	38
ATS BERGAMO	66
ATS BRESCIA	37
ATS PAVIA	12
TOTALE POSTI	300

Al fine potenziare l'offerta di servizi che essendo attivati in alternativa a quelli della rete tradizionale (RSA e ADI in primis) consentono di rispondere, in maniera peculiare ai bisogni sociosanitari di questa particolare casistica in una logica di maggiore sostenibilità, tenuto conto delle richieste pervenute, nell'anno 2019 vengono attivati e finanziati ulteriori 80 posti.

Le risorse destinate alla misura per l'anno 2019 sono, pertanto, incrementate di euro 665.000 per un budget complessivo invalicabile pari ad euro 3.165.000. Le risorse saranno ripartite alle ATS nei cui territori sono ubicate le comunità per religiosi/e in proporzione al numero di posti attivati e sulla base del costo medio per posto letto di € 22,82.
Entro il 31gennaio 2019 le ATS procedono alla sottoscrizione dei contratti per le comunità già attive e/o già oggetto di verifica positiva dei requisiti da parte delle equipe di Vigilanza, assicurando, in corso d'anno, la sottoscrizione dei contratti con le comunità di nuova attivazione, non già in possesso di verifica positiva alla data sopra indicata.

Le ATS sono chiamate ad assicurare la completezza e la qualità del dato, la tempestività nonché il rispetto delle scadenze previste. Infatti le prestazioni per le quali è attivo un flusso informativo di rendicontazione possono essere remunerate solo a seguito di corretta e puntuale trasmissione.

TEMI CHIAVE/INNOVATIVI	**Tempistica**
Incremento del budget annuo per la misura residenzialità assistita per religiosi da € 2.500.000 ad € 3.165.000	A partire dal 1 gennaio 2019
Incremento posti da 300 a 380	A partire dal 1 gennaio 2019
Sottoscrizione dei contratti tra ATS ed erogatori della misura	Entro il 31 gennaio 2019 con comunità già attive e/o già oggetto di verifica positiva dei requisiti. Possibilità di ulteriori contrattualizzazioni nel corso dell'anno.

6.6.1.4. Minori vittime di abuso e grave maltrattamento

La D.G.R. n. X/7626/17 ha revisionato la misura al fine di promuovere l'appropriatezza degli inserimenti comunitari di minori vittime di abuso e maltrattamento, sostenendo la qualità dei progetti di intervento e l'appropriatezza tecnica e professionale dell'erogazione delle prestazioni sociosanitarie. Per favorire la crescita, il benessere, la protezione e la tutela del minore, la revisione ha, altresì, inteso sostenere la coerenza, l'unitarietà e la congruità del percorso comunitario con la storia evolutiva del minore.

Nel 2019 la misura viene confermata per un finanziamento complessivo che ha tenuto conto della produzione dell'anno 2017 e del primo semestre 2018, prevedendo sulla stessa un incremento di risorse. Le risorse destinate alla misura per l'anno 2019 sono stabilite in un ammontare massimo di euro 11.000.000.
Le ATS dovranno sottoscrivere con gli enti capofila dell'accordo di programma per la realizzazione del piano di zona, ovvero con i Comuni, titolari della funzione di tutela del minore, apposita convenzione che definisce i rapporti giuridici ed economici ai fini del riconoscimento dell'importo giornaliero a carico del Fondo Sanitario Regionale.
Le ATS sono chiamate ad assicurare la completezza e la qualità del dato, la tempestività nonché il rispetto delle scadenze previste. Infatti le prestazioni per le quali è attivo un flusso informativo di rendicontazione possono essere remunerate solo a seguito di corretta e puntuale trasmissione.

TEMI CHIAVE/INNOVATIVI	Tempistica
Conferma della misura con stanziamento risorse pari a € 11.000.000	A partire dal 1 gennaio 2019
Sottoscrizione di apposita convenzione da parte delle ATS con gli enti capofila dell'accordo di programma ovvero con i Comuni	A partire dal 1 gennaio 2019

6.7. Piano regionale demenze e modello di presa in carico

Nel corso del 2019 verrà costituito un gruppo di lavoro con l'obiettivo di dare sviluppo al piano regionale delle demenze, superando l'approccio specialistico tradizionale, nell'ottica di una presa in carico globale, multiprofessionale e multidisciplinare della persona affetta da demenza e della sua famiglia e secondo una logica di integrazione dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali dedicati (CDCD, RSA, Cure Intermedie, RSA aperta, CDI, Alzheimer Cafè, Villaggio Alzheimer, ecc.).

6.7.1. Villaggio Alzheimer

Con la D.G.R. n. X/7600/17, Regione aveva introdotto la possibilità "di sperimentazioni innovative nella presa in carico di persone con demenza, anche attraverso la realizzazione di villaggi Alzheimer, purché realizzati da enti con documentata esperienza nella gestione di servizi socio-sanitari e previa approvazione della ATS territorialmente competente".

Il Villaggio Alzheimer rappresenta una delle più attuali modalità di assistenza alle persone affette da demenza, che vengono accolte in centri residenziali dedicati che sono organizzati come un piccolo paese, in grado di permettere agli ospiti di condurre una vita quasi normale ricevendo nel contempo le cure necessarie.

Si tratta di una soluzione valida per affrontare il percorso di invecchiamento nelle persone affette da demenza, consentendo di gestire le difficoltà e le limitazioni che la malattia causa sulle capacità e sulle libertà personali e prolungando significativamente l'autonomia di vita.

Rappresenta una modalità di cura che vuole rallentare la progressiva perdita di autonomia e ridurre al minimo le disabilità nella vita quotidiana, offrendo alla persona residente l'opportunità di continuare a vivere una vita ricca ed adeguata alle sue capacità, ai suoi desideri e ai suoi bisogni

Gli obiettivi attesi sono molteplici, tra cui i più significativi sono:
- il miglioramento della qualità di vita delle persone affetta da Alzheimer;
- la riduzione del consumo di farmaci;
- la riduzione dei mezzi di contenzione;
- la riduzione dello stress e dei comportamenti aggressivi tra malati;
- la riduzione dei costi di gestione della patologia in ambito residenziale;
- il coinvolgimento della famiglia nel percorso di cura;
- l'utilizzo di soluzioni tecnologiche innovative applicate alla cura delle demenze.

Anche per l'anno 2019 Regione Lombardia intende continuare, previa valutazione favorevole della ATS territorialmente competente e senza oneri aggiuntivi a carico del FSR,

la sperimentazione del modello innovativo di assistenza e presa in carico delle persona affette da demenza rappresentato dal Villaggio Alzheimer, verificandone efficacia e efficienza e la possibilità di passaggio a regime per rafforzare la propria rete di servizi.

A tal fine, nel corso del 2019, gli enti gestori possono presentare alle ATS territorialmente competenti progetti per attività sperimentali qualificate come villaggio Alzheimer, nell'ambito di procedure ad evidenza pubblica che le ATS provvederanno ad indire entro il 30/04/2019. Per i progetti valutati idonei, l'ATS provvede all'approvazione e al costante monitoraggio.
A sostegno di tali progettualità, nel 2019, vengono messi a disposizione 2 milioni dei 33.050.000 complessivamente destinati alla misura RSA aperta, essendo la stessa rivolta prioritariamente a persone affette da demenza.

Le ATS potranno, pertanto, riconoscere ai progetti approvati una quota parte, da concordare con i competenti uffici regionali, del budget loro assegnato per la suddetta misura, per remunerare le giornate di degenza attraverso una tariffa che, in questa fase sperimentale, viene fissata in 29 euro/die e, comunque, entro il limite invalicabile delle risorse regionali sopra indicato.

A tale scopo le ATS dovranno sottoscrivere apposito accordo contrattuale e provvedere a trasmettere ai competenti uffici regionali, alle cadenze che verranno successivamente indicate**,** il flusso trimestrale oggetto di debito informativo che verrà appositamente istituito.
Le ATS dovranno altresì trasmettere, a cadenza semestrale, una relazione finalizzata alla valutazione, attraverso indicatori mirati, dell'efficacia e della qualità della sperimentazione.

Le ATS assicurano inoltre le funzioni proprie di vigilanza e controllo in ordine ai requisiti previsti dalla sperimentazione.

Per l'approvazione del progetto, gli enti erogatori devono dimostrare di possedere adeguata esperienza nella assistenza ai pazienti con demenza di Alzheimer e altre forme demenze e di aver adottato soluzioni tecnologiche ed organizzative innovative, anche attraverso forme di collaborazione con altri enti quali Università ed Enti di Ricerca.

I villaggi Alzheimer devono essere organizzati in piccoli appartamenti per non più di 10 utenti, con all'esterno spazi e locali in cui sono collocati vari servizi e attività che richiamano ambienti di vita reale, come ad esempio negozi, bar, ristorante, mini market, cinema e chiesa, affinché le persone possano mantenere il più a lungo possibile la propria quotidianità e, quindi, le abilità residue.

Il progetto architettonico, l'utilizzo dei materiali e dei colori deve essere appositamente studiato per favorire l'orientamento e facilitare il riconoscimento degli spazi, degli appartamenti, dei locali e delle attività presenti.
Gli spazi interni degli appartamenti devono ricostruire, attraverso soluzioni architettoniche e arredi, gli ambienti di vita familiare delle abitazioni.
Gli spazi esterni devono garantire percorsi facilitati e la presenza di aree a giardino.

Tutto il personale operante nella struttura deve essere costituito da operatori che, oltre alle specifiche capacità professionali necessarie per le diverse funzioni svolte, abbiano seguito un percorso formativo dedicato all'assistenza degli anziani con demenza.
Deve essere individuato un responsabile del progetto.

Il personale di assistenza diretta agli utenti deve comprendere le figure professionali di medico, infermiere, fisioterapista, educatore professionale (classe 2) e OSS che devono garantire un minutaggio settimanale minimo per ciascun ospite di 1200 minuti. Deve, inoltre, essere garantita nelle 24 ore la presenza dell'infermiere.

L'attività assistenziale deve essere puntualmente documentata all'interno del FASAS, predisposto e aggiornato secondo le modalità già previste le unità d'offerta sociosanitarie.

Il Villaggio deve essere organizzato in modo che tutti gli utenti siano costantemente supportati da personale specializzato e monitorati attraverso dispositivi non invasivi, sia di tipo ambientale (domotica avanzata), sia di tipo fisiologico (sensori indossabili), per garantire, al contempo, adeguato sostegno all'autonomia residua ed un aiuto nelle difficoltà quotidiane. Il monitoraggio deve consentire una efficace prevenzione degli eventi critici durante la vita quotidiana e nelle attività di assistenza e cura.

TEMI CHIAVE/INNOVATIVI	Tempistica
Costituzione ed avvio gruppo di lavoro	Entro primo trimestre 2019
Progettualità Villaggio Alzheimer	Bandi entro il 30/04/2019

6.8. Sperimentazioni: case management, riabilitazione minori

Nel 2018, in ottemperanza alla D.G.R. n. X/7600/17, per l'area sperimentale del "Case management" è stato attivato il previsto gruppo di lavoro con il compito di definire un "minimum data set" di interventi a cui ricondurre la stabilizzazione dei progetti attivi. Il gruppo, composto da rappresentanti di tutte le ATS e da rappresentanti dei gestori coinvolti nella sperimentazione, ha messo in comune i diversi orientamenti, a partire dalle specificità dei singoli progetti.

I dati del primo semestre 2018, a conferma di quanto già rilevato nel 2017, hanno evidenziato, seppur con alcune differenziazioni territoriali, che l'attività sperimentale di "Case management" è stata prevalentemente orientata alle funzioni di consulenza agli operatori della scuola e della famiglia e di sostegno alle relazioni familiari.
I dati di chiusura dell'anno 2017 relativi, invece, ai 31 progetti sperimentali attivi nell'area della riabilitazione minori disabili hanno rilevato un incremento dell'utenza del 14,88% rispetto alla precedente annualità. Sono risultati presi in carico attraverso i progetti 1933 utenti, 33 dei quali hanno raggiunto la maggiore età.
La fascia di età più rappresentata (41,6%) è risultata quella compresa tra i 6 e i 10 anni, seguita da quella tra gli 11 e i 14 anni (30%).
Le prevalenti diagnosi principali, peraltro sovrapponibili a quelle riscontrate nelle precedenti annualità sono state: disturbi evolutivi globali (23%), disturbi evolutivi specifici (19.5%), disturbi linguaggio espressivo (11.3%), sindrome ipercinetica non specificata (8.4%) Sostanzialmente gli esiti derivati dall'elaborazione dei flussi di attività hanno rilevato congruenze tra le annualità ed evidenziato una continuità nella presa in carico della casistica interessata dalla sperimentazione.

L'analisi dei dati ed i contributi forniti dalle ATS e dai gestori del succitato gruppo di lavoro indicano, come prioritaria, la necessità di strutturare percorsi unitari e non frammentati in cui ricomprendere le attività rientranti nell'ambito sia del case management che della

riabilitazione minori. Le stesse risultano, infatti, funzionali alla realizzazione di una presa in carico unitaria della famiglia e del minore disabile, atta a rispondere ai bisogni educativi/scolastici, di socializzazione, di inclusione sociale e di cura lungo l'intero percorso evolutivo. Tale indicazione configura un lavoro di sintesi piuttosto complesso in ordine alla necessità di caratterizzare e ritagliare l'offerta dei servizi in relazione alle peculiari problematiche di natura clinica dei minori, in funzione della loro età e sviluppo complessivo, nonché dei bisogni delle loro famiglie.

Pertanto, alla luce delle risultanze emerse in questi anni e con l'obiettivo di giungere entro la fine del 2019 alla chiusura della fase sperimentale ed alla conseguente stabilizzazione dei modelli di intervento, la Direzione Generale Welfare attiverà un gruppo di lavoro, con il coinvolgimento della Direzione Generale Politiche Sociali, Abitative e Disabilità, che dovrà predisporre, entro il 30 giugno 2019, un documento tecnico atto ad indicare i modelli di intervento per la presa in carico dei minori disabili e della loro famiglia, che potranno essere messi a sistema a livello regionale, tramite idonee procedure.

A garanzia della continuità degli interventi riferiti ai due ambiti di sperimentazione, 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, per il 2019 viene definito uno stanziamento di risorse complessive a carico del FSR, già disponibili nei bilanci delle ATS, pari a euro 8.402.000.

TEMI CHIAVE/INNOVATIVI	**Tempistica**
Attivazione gruppo di lavoro per la definizione dei modelli di intervento finalizzati alla stabilizzazione delle sperimentazioni	Predisposizione documento tecnico entro 30 giugno 2019
Attivazione di idonee procedure per la stabilizzazione	A partire dal III° trimestre 2019
Stabilizzazione sperimentazioni	Entro il 2019, a seguito dell'espletamento delle procedure previste

6.9. Sperimentazione "Post acuti homeless"

Il progetto post acuti homeless, attivo sul territorio del Comune di Milano e rivolto a persone in situazione di grave emarginazione sociale e in condizioni di precarietà sanitaria proseguirà alle medesime condizioni già in essere, con uno stanziamento di risorse complessive a carico del FSR, già disponibili nel bilancio dell'ATS Città Metropolitana di Milano, pari a euro 700.000. L'ATS dovrà fornire ai competenti uffici regionali, a cadenza semestrale, relazione descrittiva dell'andamento della suddetta progettualità.
Si conferma che l'ambito di maggiore assimilabilità a cui ricondurre la progettualità, pur con specifiche differenziazioni, è quello delle cure post acute, il cui percorso di revisione è in atto.

6.10. **Accreditamento Area Sociosanitaria**

6.10.1. Assistenza domiciliare integrata: criteri di accesso e di priorità

La ATS garantisce la funzione di governo della rete degli erogatori ADI.
Per tale attività, ciascuna ATS redige, entro il 31 marzo 2019, un piano di governo di che dovrà prevedere, a partire dal 2019, un monitoraggio periodico della spesa e della presa in carico declinate per ambito distrettuale, erogatore e tipologia di profilo.
Gli esiti del monitoraggio dovranno essere periodicamente condivisi con le ASST per il coordinamento del processo di presa in carico.

Il piano, per il rafforzamento dell'azione di governo nell'ADI, si dovrà sviluppare in particolare sulle seguenti aree:

- controllo del budget: monitoraggio periodico della spesa e verifica delle prestazioni rese, in condivisione con le ASST;
- verifica dell'appropriatezza con sviluppo di indicatori legati alla specifica realtà territoriale e finalizzati al controllo delle prestazioni erogate;
- attivazione di un tavolo con gli erogatori ADI per favorire il governo delle risorse e sviluppare strategie per il miglioramento dei servizi in ambito ADI;
- coinvolgimento del Dipartimento di Cure Primarie e dei MMG per migliorare l'appropriatezza prescrittiva.

Si richiamano, inoltre, le ATS ad attenersi alle disposizioni regionali in materia di assistenza domiciliare integrata (ADI) già vigenti.
La valutazione multidimensionale del bisogno è tuttora in capo alle ASST.

Si confermano le modalità di accesso all'ADI, che prevedono che le equipe valutative delle ASST verifichino l'effettiva presenza delle condizioni necessarie all'attivazione dell'ADI, che è rivolta a persone in situazione di fragilità, caratterizzate da:

- presenza di una condizione di non autosufficienza parziale o totale, di carattere temporaneo o definitivo;
- presenza di una condizione di non deambulabilità;
- non trasportabilità presso presidi sanitari ambulatoriali in grado di rispondere ai bisogni della persona;
- presenza di un supporto nella rete familiare/parentale o informale;
- presenza di condizioni abitative che garantiscano la praticabilità dell'assistenza, acquisite anche a seguito di azioni necessarie per il superamento di eventuali fattori ostativi (esempio: abbattimento di barriere architettoniche).

Si conferma altresì che la valutazione effettuata dalle ASST prevede una valutazione di primo livello (con la scheda di triage in uso) e, nei casi dovuti (punteggio di triage ≥2), la valutazione multidimensionale (tranne che per ADI prestazionale e prelievi).
Alcune situazioni particolari, quali ***le prestazioni riabilitative***, richiedono precisazioni e approfondimenti circa i requisiti d'accesso, di seguito descritti.

Per le prestazioni riabilitative, si richiama quanto esplicitamente contenuto nel "Piano d'Indirizzo per la Riabilitazione" del Ministero della Salute nel quale, a proposito della riabilitazione a domicilio, viene chiaramente evidenziato che tali prestazioni:

- costituiscono "…il proseguimento di quanto realizzato nelle fasi precedenti";

- sono erogabili solo se previste "…dal progetto riabilitativo elaborato da parte del medico specialista in riabilitazione";
- riguardano persone "…impossibilitate ad accedere ai servizi ambulatoriali".

Nel caso di richiesta da parte di un medico prescrittore unicamente di prestazioni riabilitative, si procede alla valutazione ai fini della rilevazione dei bisogni complessivi, propedeutica alla redazione del Progetto Riabilitativo Individuale (PRI), che deve sempre essere redatto da un medico specialista in fisiatria.

Risultano inappropriate le prestazioni riabilitative assicurate nell'ambito dell'ADI che:
- non abbiano un progetto riabilitativo elaborato dal medico specialista dal quale si evincano gli elementi di continuità con gli interventi precedenti e gli obiettivi dell'intervento;
- sono rivolte ad assistiti in possesso di PRI (Progetto Riabilitativo Individuale) e di pri (programma riabilitativo individuale) la cui stesura è stata effettuata da una unità di riabilitazione ex D.G.R. n. VII/19883 del 16 dicembre 2004;
- siano prestate a persone che possono accedere ai servizi ambulatoriali. L'impossibilità di accesso a servizi ambulatoriali deve riguardare la situazione clinica e funzionale della persona e non può riguardare aspetti relativi la distribuzione territoriale dei servizi o l'assenza di *caregiver* disponibili e, pertanto, deve essere certificata dal medico specialista in sede di redazione del progetto di intervento domiciliare.

Richiamato l'art. 22 del DPCM 12/1/2017 (nuovi LEA), al fine di meglio definire le condizioni di non autosufficienza e di fragilità per l'accesso alle cure domiciliari, si introducono dal 1 gennaio 2019 i seguenti criteri di priorità, valutati dalla ASST.

Per gli utenti valutati idonei per l'accesso all'ADI da parte delle equipe di valutazione delle ASST, l'attivazione entro le 72 ore (attivazione prioritaria) deve essere garantito nei seguenti casi:
1. per assicurare la continuità tra le fasi di assistenza ospedaliera e l'assistenza territoriale a domicilio, nei casi di dimissione dall'ospedale;
2. per assicurare la presa in carico delle situazioni di maggior non autosufficienza e fragilità, in presenza di un punteggio alla valutazione di primo livello pari o superiore a 3.

Negli altri casi l'attivazione non è prioritaria, ma deve essere comunque garantita in tempi coerenti con le condizioni del paziente.

Al fine di migliorare l'appropriatezza e l'omogenea erogazione delle cure domiciliari sul territorio regionale, il gruppo di lavoro regionale istituito nel 2018 per la revisione del modello dell'Assistenza Domiciliare Integrata ha sviluppato una serie di percorsi assistenziali domiciliari, quali strumenti di governo clinico da utilizzare per la pianificazione dell'assistenza.

Per verificare la validità e l'efficacia di tali percorsi, che coprono la maggior parte della casistica presa in carico, viene avviata presso la ATS della Brianza, considerate le specifiche caratteristiche demografiche ed organizzative della ATS, una fase di prima applicazione sperimentale di tali percorsi da parte delle équipe di valutazione della ASST di Monza e

della ASST di Lecco, con l'obiettivo di validare operativamente i percorsi proposti e definire le modalità con cui possano essere adottati a livello regionale.

6.10.2. Voltura dell'accreditamento nell'ambito delle cure domiciliari (ADI e UCP-Dom)

Il trasferimento dell'accreditamento da un soggetto gestore ad un altro è normato dalla D.G.R. n. X/4702 del 29/12/15 - sub allegato 9 "*Procedura per l'esercizio e l'accreditamento delle unità d'offerta sociosanitarie*."
Considerata la specificità delle cure domiciliari, che si caratterizzano per la svolgimento dell'attività sul territorio, si precisa che nel caso di voltura dell'accreditamento di ADI o UCP-Dom ad un erogatore con unità d'offerta già accreditata rispettivamente per ADI o UCP-Dom nella stessa ATS, al termine del procedimento di voltura dovrà risultare che l'ente erogatore sia accreditato con una sola unità d'offerta, con una o più sedi operative.
L'erogatore che acquisisce l'attività mantiene la propria unità d'offerta e il relativo CUDES, nella quale confluisce l'attività dell'erogatore cedente.
Il provvedimento di voltura dell'accreditamento dovrà dare atto del nuovo assetto dell'unità d'offerta accreditata, nonché della cessazione dell'unità d'offerta ceduta, anche ai fini dell'aggiornamento del registro regionale.

6.10.3. Unità d'offerta sociosanitarie con piano programma

Con la D.G.R. n. X/7600/2017, il termine per il completamento dei lavori di adeguamento ai requisiti strutturali e tecnologici vigenti per le unità d'offerta sociosanitarie è stato fissato al 31/12/2020, armonizzandolo con l'ambito sanitario.
Le ATS proseguono su tutte le unità d'offerta con piano programma in corso il monitoraggio semestrale dell'andamento dei lavori con verifiche documentali e sopralluoghi presso le strutture, al fine di tenere sotto controllo lo stato di avanzamento, con particolare attenzione agli aspetti relativi alla sicurezza degli utenti e dei lavoratori, dando comunicazione degli esiti alla Direzione Generale competente.

6.10.4. Certificazione ai fini fiscali delle spese sanitarie per gli ospiti di unità d'offerta residenziali e semi residenziali per anziani e disabili

La certificazione ai fini fiscali delle spese sanitarie sostenute dagli ospiti o dai loro familiari rilasciata dagli enti gestori delle unità d'offerta residenziali e semi residenziali per anziani e disabili, deve essere redatta secondo le indicazioni della vigente normativa fiscale in tema di detrazioni e deducibilità dei costi, che superano le precedenti indicazioni regionali in materia.

TEMI CHIAVE/INNOVATIVI	**Tempistica**
ADI: introduzione dei criteri di priorità per la presa in carico	1/1/2019
ADI: redazione piano di governo ATS	Entro 31/3/2019
Precisazione sul tema della certificazione delle spese sanitarie ai fini fiscali	2019

6.11. **Negoziazione Area Sociosanitaria**

Il processo di negoziazione e contrattualizzazione segue le modalità previste nel capitolo n. 4 "*Accreditamento e Negoziazione: Disposizioni Generali*" con le specificità che seguono.

Viene confermato per il 2019 per tutte le unità d'offerta sociosanitarie il meccanismo dell'assegnazione del budget in capo ai soggetti gestori, quale fondamentale strumento che ha consentito negli anni l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza in coerenza con l'equilibrio economico finanziario aziendale e di sistema.

Gli erogatori sono tenuti a programmare la presa in carico e l'erogazione delle attività in modo omogeneo durante tutto l'arco dell'anno, evitando di avere cali negativi di offerta nell'ultimo trimestre.

La Direzione Generale Welfare, con apposita istruttoria condotta con le ATS, provvederà entro il 31/1/2019, a comunicare l'ammontare delle risorse di FSR 2019 destinate all'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza garantiti attraverso la rete delle unità di offerta sociosanitarie, secondo i criteri definiti dalla presente programmazione.

A conclusione del confronto con le ATS sul fabbisogno per la stipula dei contratti, l'ammontare delle risorse di FSR 2019 verrà successivamente assegnato con specifico decreto della Direzione Generale competente. L'assegnazione delle risorse alle ATS comprenderà anche le risorse per remunerare l'eventuale necessità motivata di prestazioni fuori regione.
La Direzione Generale Welfare si riserva la facoltà di rivedere le assegnazioni a conclusione dell'invio definitivo dei flussi sociosanitari nell'ambito delle risorse definite dalla programmazione regionale per il 2019.

6.11.1. Sottoscrizione di nuovi contratti

La possibilità di sottoscrivere nuovi contratti è limitata alle fattispecie di seguito elencate.

6.11.1.1. Unità d'offerta sociosanitarie realizzate con fondi pubblici

È consentita la messa a contratto delle unità d'offerta sociosanitarie realizzate 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.
Le assegnazioni di finanziamenti pubblici statali o regionali successive al 1 gennaio 2018 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.

6.11.1.2. Unità d'offerta in piano programma

Per le unità d'offerta che concludono, nel corso del 2019, 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.

6.11.1.3. Accordi territoriali

Le ATS, nell'ambito delle loro competenze programmatorie, con la partecipazione degli enti gestori e con il consenso della Direzione regionale competente, possono promuovere degli accordi tra gestori della stessa tipologia di unità d'offerta, purché ubicate sul territorio della stessa ATS, finalizzati al miglioramento della rete d'offerta, alla migliore copertura assistenziale di tutti i distretti sociosanitari, alla intercettazione di bisogni assistenziali dei vari ambiti territoriali. Tali accordi si concretizzano nello spostamento, da parte di unità d'offerta accreditate ed a contratto di volumi contrattualizzati e dei relativi budget, verso unità d'offerta accreditate della medesima tipologia, senza incremento del budget complessivo a livello di ATS.

6.11.1.4. Determinazioni in materia di contrattualizzazione di cure intermedie

Nel 2019 le unità d'offerta che hanno aderito al sistema di cure intermedie ai sensi della D.G.R. n. X/3383/2015 proseguono l'attività con le medesime regole definite da tale atto.

6.11.1.5. Determinazioni in materia di contrattualizzazione di ADI

Si confermano le indicazioni in vigore nell'esercizio 2018 di seguito esplicitate.
Sono ammessi al contratto 2019 gli enti gestori di ADI già accreditati e a contratto nel 2018, unicamente con la/e medesima/e ATS con cui il soggetto è già a contratto nel 2019.
Nel contratto dovranno essere indicati gli ambiti territoriali di effettiva erogazione del servizio.

Rispetto alla gestione del budget ADI assegnato alle ATS, si rammenta che *"Le ASST concorrono attivamente all'attuazione del sistema di governo del budget ADI definito dalle ATS. A tal fine le ATS procedono alla definizione di sotto budget di ASST nell'ambito dell'assegnazione disposta con Decreto regionale. Le ASST concorrono pertanto a garantire una dinamica dei consumi in linea con le risorse, tenendo conto in particolare della necessità di garantire un accesso equilibrato al servizio per tutto il corso dell'anno, senza cali negativi nell'ultimo trimestre. Le ASST governano la presa in carico in ADI assicurando*

l'appropriatezza dell'accesso attraverso la valutazione multidimensionale del bisogno, garantendo in ogni caso piena libertà di scelta dell'assistito tra i soggetti gestori".

Al fine di consentire alle ASST di contribuire al governo della spesa, le ATS sono tenute ad assegnare alle ASST il rispettivo sotto budget provvisorio entro il 31/01/2019 e quello definitivo entro maggio 2019, sulla base delle risorse assegnate.
Si sottolinea, inoltre, l'importanza che le ATS provvedano a monitorare, con la collaborazione della ASST, l'andamento sia della spesa ADI che dei voucher emessi al fine di consentire l'erogazione del servizio per tutto il corso dell'anno e di rispettare il budget riconosciuto.

Il bisogno crescente di ADI porta alla necessità di rafforzare gli interventi a sostegno della domiciliarità, essendo questo il livello assistenziale in cui maggiormente si integrano i servizi della rete informale con effetti positivi in termini di qualità di vita e sostenibilità rispetto all'evoluzione dei bisogni.

A fronte della necessità di una revisione del finanziamento regionale verso l'ADI basato su una programmazione che tenga conto dei dati di produzione aggiornati annualmente, della domanda crescente e della necessità di garantire continuità al sistema, vengono introdotti i seguenti correttivi nel calcolo dei budget assegnati alle ATS.

a) Regressioni tariffarie. Considerato l'andamento della produzione ADI del 2018 e in analogia con quanto previsto per l'assistenza specialistica ambulatoriale, per l'anno 2019 vengono applicate all'assistenza domiciliare integrata le regole di regressione tariffaria di seguito dettagliate.
   Le ATS provvedono ad assegnare ai singoli gestori un budget annuale pari al 100% del budget definitivo riconosciuto nel 2018, in base alle indicazioni fornite per la contrattualizzazione.
   Le strutture possono erogare fino ad un valore pari al 106% del budget assegnato. Tra il 100% e il 106% la produzione viene finanziata per un valore pari al 40%. Oltre il 106% non viene garantita la remunerazione delle prestazioni.
   Per fare fronte a tale modalità di remunerazione, per il 2019 si prevede un incremento delle risorse di FSR fino a un massimo di 2.000.000 euro.

b) Ripartizione risorse in funzione degli indici di ATS
   L'attività di assistenza domiciliare integrata si è sviluppata negli anni nei diversi territori regionali in modo non omogeneo, con la conseguenza che alcune ATS presentano un rapporto tra le risorse assegnate e la popolazione più basso rispetto alla media regionale che, calcolato sulle risorse pro capite, è pari a 9,15 euro/abitante. Con l'obiettivo di potenziare e riequilibrare gradualmente l'offerta territoriale, uniformando progressivamente lo stanziamento in tutti i territori, si prevede, in prima applicazione per il 2019, un incremento delle risorse fino a un massimo di 2.000.000 euro complessivi, finalizzato ad assicurare alle ATS che non lo raggiungono un indice pari ad almeno 7,30 euro/abitante.

Lo stanziamento complessivo per gli incrementi previsti per l'assistenza domiciliare è definito fino a un massimo di 4.000.000 euro.

6.11.1.6. Determinazioni in materia di Cure Palliative

Con D.G.R. n. X/5918/2016 si è avviata la riclassificazione delle unità di offerta di cure palliative, in coerenza con quanto previsto dalla nuova normativa LEA e finalizzata a promuovere la convergenza dei modelli residenziali e domiciliari di cure palliative (area sanitaria e sociosanitaria). Grazie alla nuova impostazione, si è pervenuti ad un unico profilo di hospice e ad un unico profilo di unità di cure palliative domiciliari, afferenti alla rete territoriale, in grado di garantire un percorso assistenziale integrato nei diversi livelli erogativi, dal domicilio al ricovero.

Per completare tale processo per il 2019 viene uniformata anche la fase di contrattualizzazione, prevedendo l'unificazione del finanziamenti per l'area delle cure palliative, che comprendano, per le attività di ricovero (hospice e day hospice) e per le cure domiciliari, sia le risorse dell'ambito sociosanitario che quelle dell'ambito sanitario. Pertanto a partire dal 01/01/2019, le unità d'offerta afferenti ai due ambiti seguiranno il medesimo iter negoziale, secondo le modalità più avanti descritte.

In attuazione quindi di quanto previsto dalle regole generali di negoziazione, per il 2019 sono messi a contratto gli hospice (ricovero ordinario e day hospice) e le attività di cure palliative domiciliari (unicamente con la/e medesima/e ATS con cui il soggetto è già a contratto), già accreditate e a contratto nel 2018 e regolarmente inseriti nel portale regionale "Contratti Web".

L'attività ospedaliera ambulatoriale e la MAC continuano ad afferire e a seguire le regole di negoziazione della specialistica ambulatoriale.

Di conseguenza, il budget per le cure palliative comprende:

- budget per attività residenziale (ricoveri in hospice sanitari e sociosanitari);
- budget per attività domiciliare (UCP-Dom sociosanitario ed ex nuove reti sanitarie).

Nel contratto dovranno essere indicati gli ambiti territoriali di effettiva erogazione del servizio.

Il bisogno crescente di cure palliative domiciliari porta alla necessità di rafforzare gli interventi a sostegno della domiciliarità, essendo questo il livello assistenziale in cui maggiormente si integrano i servizi della rete informale con effetti positivi in termini di qualità di vita e sostenibilità rispetto all'evoluzione dei bisogni.

A fronte della necessità di una revisione del finanziamento regionale basato su una programmazione che tenga conto dei dati di produzione aggiornati annualmente, della domanda crescente e della necessità di garantire continuità al sistema, vengono introdotti i seguenti correttivi nel calcolo dei budget assegnati alle ATS.

a) Regressioni tariffarie. Considerato l'andamento della produzione UCP Dom del 2018 e in analogia con quanto previsto per l'assistenza specialistica ambulatoriale, per l'anno 2019 vengono applicate alle cure palliative domiciliari le regole di regressione tariffaria di seguito dettagliate.
   Le ATS provvedono ad assegnare ai singoli gestori un budget annuale pari al 100% del budget definitivo riconosciuto nel 2018, in base alle indicazioni fornite per la contrattualizzazione.

Le strutture possono erogare fino ad un valore pari al 106% del budget assegnato. Tra il 100% e il 106% la produzione viene finanziata per un valore pari al 40%. Oltre il 106% non viene garantita la remunerazione delle prestazioni.
Per fare fronte a tale modalità di remunerazione, per il 2019 si prevede un incremento delle risorse di FSR fino a un massimo di 500.000 euro.

b) Ripartizione risorse in funzione degli indici di ATS. L'attività di cure palliative domiciliari si è sviluppata negli anni nei diversi territori regionali in modo non omogeneo, con la conseguenza che alcune ATS presentano un rapporto tra le risorse assegnate e la popolazione più basso rispetto alla media regionale che, calcolato sulle risorse pro capite, è pari a 3,50 euro/abitante. Con l'obiettivo di potenziare e riequilibrare gradualmente l'offerta territoriale, uniformando progressivamente lo stanziamento in tutti i territori, si prevede, in prima applicazione per il 2019, un incremento delle risorse fino a un massimo di 2.000.000 euro complessivi, finalizzato ad assicurare alle ATS che non lo raggiungono un indice pari ad almeno 2,15 euro/abitante.

Lo stanziamento complessivo per gli incrementi previsti per le cure palliative domiciliari è definito fino a un massimo di 2.500.000 euro.

TEMI CHIAVE/INNOVATIVI	Tempistica
ADI e cure palliative domiciliari: introduzione delle regressioni tariffarie	1/1/2019
ADI e cure palliative domiciliari: ripartizione risorse su indici di ATS	31/3/2019
Cure palliative: unificazione risorse ambito sanitario e sociosanitario	1/1/2019

6.11.1.7. Le fasi del processo negoziale nel 2019

In rapporto alle singole tre fasi del processo negoziale 2019 si definiscono le seguenti indicazioni.

6.11.1.8. Contratto provvisorio

La Direzione Generale Welfare, con apposita nota e dopo la conclusione dell'istruttoria condotta con le ATS, provvederà a comunicare le indicazioni con l'ammontare delle risorse di FSR 2019 destinate alla stipula dei contratti con la rete delle unità di offerta sociosanitarie.

Le ATS stipulano con gli enti gestori entro il 31 gennaio 2019 i contratti provvisori con valore a tutto il 30/04/2019 e le relative schede di budget provvisorio pari al valore di 4/12 dell'ultimo budget sottoscritto nel corso dell'anno 2018. Si precisa che la scheda budget costituisce documento obbligatorio da allegare e far sottoscrivere al contratto.

Per le unità d'offerta messe a contratto, in tutto o in parte, nel corso del 2018, il budget provvisorio potrà essere definito rapportando al periodo 1/1/2019-30/4/2019, il budget riferito solo ad una parte dell'anno 2018.

Anche i protocolli negoziali provvisori con gli enti gestori di assistenza residenziale post acuta di cui alla D.G.R. n. X/3363/2015, devono essere sottoscritti entro il 31/01/2019, con valore al 30/04/2019.

Per le unità d'offerta di nuova contrattualizzazione nel 2019 si procede alla stipula di un contratto provvisorio con valore a tutto il 30/04/2019, sulla base degli schemi di riferimento di cui alla nota prot. G1.2018.0013493 del 16/04/2018, e alla sottoscrizione della corrispondente scheda di budget provvisoria da calcolarsi prendendo a riferimento la tariffa e la saturazione medie della ATS di ubicazione per la medesima tipologia di unità d'offerta, rapportata al periodo temporale di validità del contratto (ovvero al 30/04/2019).

6.11.1.9. Contratto definitivo

Secondo le indicazioni che verranno emanate dalla Direzione Generale Welfare, entro il 31 maggio 2019, le ATS procedono a sottoscrivere i nuovi contratti con i soggetti gestori e la relativa scheda di budget, negoziando i budget definitivi validi per l'intero anno 2019, nel quadro delle risorse assegnate con decreto della Direzione Generale competente, in applicazione dei criteri di cui al presente provvedimento.
Si precisa che la determinazione del budget 2019 comprende l'eventuale quota derivante dalla rimodulazione tra unità d'offerta della stessa tipologia, mentre non comprende l'eventuale quota derivante dalla rimodulazione tra unità di offerta di differente tipologia.
Il budget definitivo comprende quanto assegnato a titolo di budget provvisorio ed è definito in applicazione dei seguenti criteri, fermo restando il limite massimo del budget di produzione assegnato con Decreto della DG competente per tipologia di unità di offerta.

Criteri di assegnazione del budget:

a) unità d'offerta o nuovi posti messi a contratto nel 2018: rapportando ad anno intero le prestazioni riferite solo ad una parte del 2018, valorizzate sulla base della tariffa media giornaliera e della saturazione media riconosciuta dell'anno 2018 della ATS di ubicazione, in relazione all'utenza tipica, con riferimento alla stessa tipologia di unità di offerta (compresa l'eventuale quota di rimodulazione storicizzabile e al netto della quota di eventuale rimodulazione non soggetta a storicizzazione);
b) contrattualizzazione di nuove strutture o di nuovi posti nel 2019 (secondo i criteri e nei limiti definiti nel quadro della presente programmazione): tariffa media giornaliera e saturazione media riconosciuta dell'anno 2018 della ATS di ubicazione, in relazione all'utenza tipica, per la medesima tipologia di unità d'offerta;
c) riduzione dei posti contrattualizzati: tariffa media giornaliera del 2018 per saturazione definiva riconosciuta nel 2018 rapportata al numero dei posti messi a contratto da ciascuna unità d'offerta (compresa l'eventuale quota di rimodulazione storicizzabile e al netto della quota di eventuale rimodulazione non soggetta a storicizzazione);
d) RSA e RSD: per le RSA e le RSD che nel 2018 non abbiano avuto variazione di posti a contratto: produzione riconosciuta per l'anno 2018 (compresa l'eventuale quota di rimodulazione storicizzabile e al netto della quota di eventuale rimodulazione non soggetta a storicizzazione);
e) CDI, CDD, CSS, Cure intermedie derivanti da ex post acuta che nel 2018 non abbiano avuto variazione di posti a contratto: produzione riconosciuta per l'anno 2018, considerando le effettive giornate di apertura 2019 (compresa l'eventuale quota di rimodulazione storicizzabile e al netto della quota di eventuale rimodulazione non soggetta a storicizzazione);

f) hospice: con l'avvio, nell'anno 2019, dell'unificazione dei finanziamenti relativi all'ambito sanitario e a quello sociosanitario, il budget è determinato sul budget riconosciuto nel 2018 (compresa l'eventuale quota di rimodulazione storicizzabile e al netto della quota di eventuale rimodulazione non soggetta a storicizzazione), garantendo comunque, per gli erogatori ex ambito sanitario, il budget assegnato per il 2018;
g) servizi residenziali e semiresidenziali per le dipendenze: produzione riconosciuta per l'anno 2018 (compresa l'eventuale quota di rimodulazione storicizzabile e al netto della quota di eventuale rimodulazione non soggetta a storicizzazione). Con riferimento alla disciplina del Programma Terapeutico Unico si rimanda alle indicazioni di cui alla nota prot. G1.2018.0013493 del 16 aprile 2018;
h) servizio residenziale a media intensità per minori (STRM): rapportando ad anno intero le prestazioni riferite solo ad una parte del 2018, valorizzate sulla base della tariffa media giornaliera e della saturazione media riconosciuta dell'anno 2018 della ATS di ubicazione, in relazione all'utenza tipica, con riferimento alla stessa tipologia di unità di offerta; considerato l'iniziale avvio della nuova unità d'offerta verranno valutate eventuali situazioni specifiche tramite apposito confronto con la Direzione Generale Welfare;
i) consultori privati a contratto: il budget è determinato sul budget assegnato in sede di contratto definitivo del 2018.Il pagamento delle prestazioni erogate verrà in ogni caso effettuato al netto dell'importo derivante dall'incasso dei ticket vigenti nonché delle quote fisse aggiuntive previste dalla l. n. 111 del 15/11/2011 e definite con provvedimenti regionali;
j) riabilitazione, comprese cure intermedie ex riabilitazione residenziale: il budget è determinato sul budget assegnato in sede di contratto definitivo del 2018. Il pagamento delle prestazioni erogate verrà in ogni caso effettuato al netto dell'importo derivante dall'incasso dei ticket vigenti nonché delle quote fisse aggiuntive previste dalla l. n. 111 del 15/11/2011 e definite con provvedimenti regionali;
k) servizi multidisciplinari integrati (SMI) dell'area dipendenze: il budget è determinato sul budget assegnato in sede di contratto definitivo del 2018;
l) soggetti gestori di ADI: budget annuale pari al 100% del budget definitivo riconosciuto nel 2018, tenendo conto degli incrementi di risorse previsti e secondo le indicazioni che verranno fornite dalla Direzione Generale Welfare;
m) soggetti gestori di cure palliative domiciliari: budget annuale pari al 100% del budget definitivo riconosciuto nel 2018, tenendo conto degli incrementi di risorse previsti e secondo le indicazioni che verranno fornite dalla Direzione Generale Welfare.

Si applicano, inoltre, le seguenti determinazioni:

a) in ordine all'utenza non tipica (Stati Vegetativi, SLA, soggetti provenienti da ex ospedali psichiatrici e disabili a cui sono stati riconosciuti i benefici della D.G.R. n. VIII/5000/2007) viene riconosciuta extra-budget la differenza tra la tariffa di tale utenza e quella relativa all'utenza tipica dell'unità d'offerta con maggiore livello di fragilità (classe Sosia 1 e Sidi 1);
b) anche per il 2019 la remunerazione di prestazioni rese a favore di persone agli arresti domiciliari o affidati in prova in comunità terapeutiche o in unità d'offerta di bassa intensità assistenziale, è compresa, sia nel budget di ciascuna ATS, che in quello di ciascuna struttura accreditata ed a contratto dell'area dipendenze;
c) anche per il 2019 il budget di produzione ricomprende:

- le prestazioni erogate a favore di cittadini residenti in altre regioni rese nei consultori familiari privati e nei servizi multidisciplinari integrati
- le prestazioni erogate a favore di stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno ed indigenti rese da servizi residenziali e semiresidenziali per le dipendenze, dai servizi multidisciplinari integrati dell'area dipendenze, dai consultori familiari privati e dagli hospice, che in base alla normativa vigente in materia di immigrazione, rimangono a carico della ATS nel cui territorio vengono assistiti;
- le prestazioni erogate a favore di cittadini privi di residenza anagrafica rese dai servizi residenziali e semiresidenziali per le dipendenze e dai servizi multidisciplinari integrati dell'area dipendenze. I costi di tali prestazioni rimangono a carico dell'ATS nel cui territorio vengono assistiti;

d) i budget assegnati alle ATS e negoziati con gli enti gestori nel contratto si riferiscono alle prestazioni erogate dalle unità d'offerta ubicate sul territorio di competenza a favore di tutti i cittadini lombardi e non solo alla quota relativa ai consumi dei propri residenti;
e) al cittadino extracomunitario, privo di assistenza familiare e di regolare titolo di soggiorno, in condizioni di gravissima disabilità intesa come condizione di dipendenza vitale ai sensi delle D.G.R. n. X/2655/2014 e D.G.R. n. X/4249/2015, ricoverato presso un'unità d'offerta sociosanitaria, è garantito il riconoscimento della tariffa a carico del FSR nei limiti previsti dalle vigenti normative. I costi del ricovero sono a carico dell'ATS di residenza al momento del verificarsi dell'evento indice;
f) per la remunerazione delle prestazioni con oneri a carico del Fondo Sanitario Regionale devono essere applicate le tariffe definite con gli specifici provvedimenti regionali attualmente in vigore. Le tariffe regionali si applicano anche alle prestazioni erogate a favore di utenti non lombardi e con oneri a carico delle loro Regioni di residenza; in relazione alle tariffe si conferma il principio generale di cui al punto 6 del dispositivo della D.G.R. n. VII/12622 del 7/4/2003;
g) in applicazione delle regole vigenti sulla mobilità sociosanitaria (vedi Atti 15/CSR del 2 febbraio 2017, Conferenza delle regioni e delle province autonome) le prestazioni di Assistenza Domiciliare Integrata non rientrano nell'ambito di quelle soggette a compensazione interregionale e richiedono pertanto l'applicazione del sistema di fatturazione diretta della prestazione all'ASL fuori regione di residenza dell'assistito. Al fine di concorrere a garantire omogeneità nella gestione a livello territoriale di tale casistica, si richiede pertanto alle ATS e alle ASST di raccordarsi ai fini della comunicazione all'ASL fuori regione della necessità di presa in carico in ADI di un cittadino suo residente, in conformità a quanto previsto dall'accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria (Atti 15/CSR del 39/CSR 2017 Conferenza delle regioni e delle province autonome);
h) i posti messi a disposizione per le cure intermedie ex assistenza residenziale post acuta, collocati nell'ambito dei posti di unità di offerta già a contratto per altra tipologia, devono risultare sospesi da altri contratti. Nel caso di rinuncia a proseguire l'attività, si prevede che:
    a. l'ente gestore comunica alla ATS entro il 31/12/2018 la volontà di rinunciare nel 2019 all'erogazione di cure intermedie ex assistenza residenziale post acuta;
    b. l'ATS procede a sottoscrivere con detto ente gestore la scheda di budget in applicazione delle stesse regole valide per la tipologia di unità di offerta di origine, comprendendo nel budget complessivo anche la quota relativa ai posti a contratto precedentemente sospesi. Tale quota deve rimanere entro

i limiti dell'ultimo budget sottoscritto nel 2018 per le cure intermedie ex assistenza residenziale post acuta;

c. ai fini dell'allineamento dei decreti di assegnazione delle risorse di FSR alla dinamica in oggetto, le ATS chiedono ai competenti uffici della Direzione Generale Welfare lo spostamento della quota di FSR dal budget per le cure intermedie ex assistenza residenziale post acuta al budget di produzione della tipologia di unità di offerta cui si riferiscono i posti oggetto di riattivazione.

Ai fini della sottoscrizione del contratto annuale e della relativa scheda di budget, l'ATS utilizza lo schema tipo "Schema di contratto per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra ATS e soggetto gestore di unità d'offerta sociosanitarie accreditate corredato dalle relative schede budget", che verrà fornito dalla competente Direzione Generale Welfare, con l'elenco della normativa generale e specifica per ogni tipologia di unità di offerta.

Ai fini della sottoscrizione del contratto annuale con le unità di offerta sociosanitarie direttamente gestite dalle ASST, come individuate nella circolare G1.2018.0013493 del 16 aprile 2018 della Direzione Generale Welfare, l'ATS utilizza lo specifico schema tipo.

6.11.1.10. Fase di rimodulazione

Nel quadro del finanziamento di FSR 2019 assegnato, le ATS possono procedere ad effettuare eventuali rimodulazioni di budget, previa comunicazione alla Regione, entro il termine massimo del 30 novembre 2019, con le seguenti indicazioni:

- i soggetti gestori possono segnalare le esigenze in termini di rimodulazione del budget alla ATS competente entro e non oltre il 31 ottobre;
- senza prevedere assegnazioni di ulteriori risorse aggiuntive di FSR da parte di Regione;
- considerando i livelli di iperproduzione e ipoproduzione delle unità di offerta;
- considerando i singoli budget di produzione assegnati per le differenti tipologie di unità di offerta della rete consolidata dei servizi, compreso il budget definito per l'assistenza post acuta residenziale in quanto tipologia rientrante nelle cure intermedie in conformità a quanto stabilito con D.G.R. n. X/3363/2015, consentendone il relativo spostamento trasversale a isorisorse complessive di ATS;
- tenendo conto, nel quadro delle risorse assegnate, delle dinamiche di avvio ed utilizzo di posti di nuova contrattualizzazione, facendo riferimento, dove possibile, alla tariffa media giornaliera e alla saturazione media per l'anno 2018 della ATS di afferenza e con riguardo all'utenza tipica;
- consentendo agli Enti gestori unici un riposizionamento, rispetto agli importi già negoziati, di quote di budget nell'ambito della stessa tipologia d'offerta e nella stessa ATS;
- considerando anche il budget "Altri costi";
- escludendo l'utilizzo della quota di risorse relativa alla "Produzione extra budget stimata" in quanto finalizzata alla remunerazione dell'ulteriore onere a carico del FSR per l'utenza non tipica (SLA, SV, disabili ex D.G.R. n. VIII/5000/2007 e soggetti dimessi da ex OP);
- eventuali spostamenti di budget tra unità di offerta differenti, finalizzati alla rimodulazione, non sono storicizzabili, ma legati esclusivamente all'andamento contingente della produzione dell'anno; tale indicazione deve essere esplicitamente riportata nella scheda di budget di nuova sottoscrizione;

- eventuali rimodulazioni compensative di budget tra l'assegnazione di FSR finalizzata al finanziamento dell'area di offerta della rete consolidata dei servizi e quella delle misure di cui alla D.G.R. n. X/7769/2018 devono essere autorizzate dalla competente Direzione Generale Welfare;
- non sono ammessi spostamenti di posti a contratto in fase di rimodulazione;
- prima di procedere allo spostamento di risorse tra UDO diverse, occorre dare priorità al riconoscimento della produzione per la specifica UDO per la quale era stato assegnato l'originario budget.

La Direzione Generale Welfare provvede, con apposita nota entro il 30/10/2019, a fornire successive indicazioni attuative delle presenti determinazioni in materia di rimodulazione.
Le ATS garantiscono in ogni caso ai competenti uffici della Direzione Generale Welfare la rivalorizzazione dei livelli di produzione sulle diverse tipologie di unità di offerta derivanti dal processo di rimodulazione. Le ATS procedono a caricare nel portale SCRIBA le schede di budget eventualmente rimodulate in applicazione dei criteri sopra definiti.

6.11.1.11. Spostamento di volumi di posti a contratto e del relativo budget

Anche nel 2019, gli Enti Unici gestori di più unità di offerta possono proporre alle ATS interessate lo spostamento dei propri assetti contrattualizzati e delle relative quote di budget tra territori di ATS diverse, solo nell'ambito della medesima tipologia di unità d'offerta ed in funzione del miglior allineamento dei territori stessi agli indici di dotazione medi regionali delle diverse tipologie di unità d'offerta. A tale riguardo dovrà essere presentata apposita richiesta alla competente Direzione Generale Welfare e alle ATS interessate. La Direzione Generale Welfare, verificati gli indici di dotazione medi regionali, fornirà le opportune indicazioni alle ATS in merito alla richiesta pervenuta.

Gli Enti Unici gestori di più unità d'offerta possono anche proporre spostamenti dei propri assetti contrattualizzati e delle relative quote di budget all'interno della stessa ATS, al fine di permettere alle ATS un riequilibrio dell'offerta nei propri ambiti territoriali.

Lo spostamento può anche riguardare unità d'offerta differenti purché, oltre a garantire un riequilibrio dell'offerta nell'ambito territoriale, l'unità d'offerta che riduce il proprio assetto sia e rimanga al di sopra dell'indice di dotazione medio regionale.
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.

Si conferma la necessità di garantire un riequilibrio dell'offerta nell'ambito territoriale, mantenendo l'indice di dotazione dell'unità d'offerta che riduce il proprio assetto al di sopra dell'indice medio regionale. Anche in questo caso dovrà essere presentata apposita richiesta alla competente Direzione Generale Welfare e alle ATS interessate. La Direzione Generale Welfare, verificati gli indici di dotazione medi regionali, fornirà le opportune indicazioni alle ATS in merito alla richiesta pervenuta.
Gli spostamenti di budget tra unità d'offerta diverse sono, comunque, subordinati al necessario provvedimento regionale di allineamento dei budget di produzione.
La rimodulazione dell'assetto si conclude in ogni caso con la sottoscrizione di una nuova scheda di budget e, nei casi in cui sia necessario, di un nuovo contratto.

In casi particolari, allo scopo di ridurre le eventuali situazioni di squilibrio tra le diverse aree territoriali, su valutazione della ATS e previo assenso della Direzione Generale Welfare, è consentita, ad isorisorse, la trasformazione di unità d'offerta modificandone la tipologia, nel rispetto dei requisiti di esercizio e di accreditamento previsti. L'unità d'offerta derivante dalla trasformazione deve essere accreditata secondo le procedure vigenti (D.G.R. n. X/2569/14) e messa a contratto utilizzando in tutto o in parte le risorse già previste per l'unità d'offerta d'origine.

Tutti gli spostamenti devono, in ogni caso, essere garantiti ad iso-risorse e nell'ambito del budget complessivo assegnato al soggetto erogatore interessato.

Nell'ambito delle strutture di riabilitazione, 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 dal regime residenziale/ciclo diurno al regime ambulatoriale e/o domiciliare. Tale rimodulazione deve essere autorizzata dalla ATS territorialmente competente, comporta, se necessario, la richiesta di modifica dell'assetto accreditato e deve essere comunicata alla Direzione Generale Welfare.

Nell'ambito delle degenza riabilitativa, si precisa inoltre che non è possibile trasformare posti accreditati in posti a maggiore intensità assistenziale e tariffa, anche se avviene nell'ambito del budget sottoscritto.

6.11.1.12. Disciplina del contratto unico

I soggetti gestori di più unità d'offerta nell'ambito della stessa ATS, nell'ottica della semplificazione amministrativa, possono sottoscrivere un unico contratto, con le seguenti precisazioni:

1. il contratto unico è una mera misura di semplificazione amministrativa, che non presuppone il riconoscimento di ente unico gestore di cui alla D.G.R. n. X/2569/2014;
2. al contratto unico vengono allegate distinte schede di budget, tante quante sono le unità d'offerta gestite dal soggetto contraente.

6.11.2. Ulteriori regole di remunerazione

Per i servizi residenziali e semi-residenziali deve essere pagata solo la giornata di accettazione e non quella di dimissione. Analogamente, per i periodi di assenza, deve essere pagata solo la giornata di rientro e non quella di uscita. Non viene, quindi, remunerata la giornata di dimissione, neanche in caso di decesso in struttura. Se tuttavia il decesso o la dimissione per altra causa interviene nello stesso giorno dell'ammissione al servizio, la giornata è riconosciuta a carico del FSR.

Il gestore di RSA o RSD è tenuto alla cancellazione degli ospiti dagli elenchi dei rispettivi medici di medicina generale a partire dal giorno dell'ingresso o dalla data di sottoscrizione del contratto se successivo alla data di ingresso.

Per le unità d'offerta residenziali che, in applicazione alle vigenti norme, sono tenute ad assicurare le funzioni del medico di medicina generale (RSA e RSD), con la conseguente cancellazione dell'utente dal proprio medico di medicina generale, è possibile per i ricoveri

temporanei non procedere, nel limite massimo di 60 giorni annui per utente, a tale cancellazione, fermo restando l'obbligo, da parte dell'unità d'offerta, di assicurare a proprio carico la fornitura dei farmaci e degli ausili come previsto dalle delibere di riferimento.

Nei CDI si conferma la regola della remunerazione legata alla frequenza effettiva degli utenti e non solo all'orario di apertura della struttura. La tariffa giornaliera a tempo pieno è riconosciuta per remunerare le prestazioni erogate ad utenti che frequentano i CDI a tempo pieno (presenza per almeno 6 ore al die), a condizione che l'orario di apertura del CDI sia di almeno 8 ore; per gli utenti frequentanti il CDI part-time (presenza per almeno 3 ore al die), la tariffa giornaliera è pari alla metà della tariffa intera.
Per i CDI e i CDD, qualora le giornate di apertura settimanale eccedano i cinque giorni, il gestore deve garantire un aumento proporzionale dello standard minimo di personale previsto dalla normativa di accreditamento.

Per il 2019 si forniscono le seguenti indicazioni relative al trattamento delle assenze nelle unità d'offerta sociosanitarie:

- per quanto riguarda RSA, RSD, CDI, CDD, CSS e Ciclo Diurno Continuo (Riabilitazione), SRM, servizi residenziali e semiresidenziali per le dipendenze è prevista la remunerazione a carico del FSR delle assenze dell'utente, nell'ambito del budget assegnato all'unità d'offerta, per un massimo di 20 giorni annui per utente, a condizione che venga garantito all'ospite il mantenimento dello stesso posto, con le seguenti precisazioni:
  - per gli utenti maggiorenni di unità d'offerta residenziali per disabili (RSD e CSS), il limite di assenze remunerabili con oneri a carico del FSR può essere incrementato sino ad un massimo complessivo di 50 giorni su base annua, ove trovi specifiche e articolate motivazioni nell'ambito del Progetto Educativo Individuale;
  - per gli utenti minorenni di unità d'offerta residenziali per disabili (RSD, CSS), il limite di assenze remunerabili con oneri a carico del FSR può essere incrementato sino ad un massimo complessivo di 90 giorni su base annua, ove trovi specifiche e articolate motivazioni nell'ambito del Progetto Educativo Individuale;
  - per gli utenti di unità d'offerta semi-residenziali per disabili (CDD), il limite massimo di assenze remunerabili con oneri a carico del FSR può essere incrementato sino ad un massimo complessivo di 30 giorni su base annua, ove trovi specifiche e articolate motivazioni nell'ambito del Progetto Educativo Individuale. In tale limite non rientrano i 4 giorni previsti per le attività di programmazione educativa sotto descritti;
  - per gli utenti minorenni di unità d'offerta semi-residenziali per disabili (CDD e Ciclo Diurno Continuo di riabilitazione), è possibile rendicontare la frequenza scolastica come assenza remunerata a carico del FSR esclusivamente per le giornate di presenza del personale educativo presso la scuola e a condizione che tale presenza superi le 4 ore giornaliere. Le attività scolastiche devono essere indicate nel Piano di Assistenza Individuale e tra la struttura e la scuola frequentata dal minore deve essere definito un apposito protocollo nel quale vengano precisate le modalità con cui viene assicurata la presenza dell'educatore;
  - per gli utenti di unità d'offerta residenziali e semiresidenziali per le dipendenze, il limite massimo di assenze remunerabili con oneri a carico del FSR può essere incrementato sino ad un massimo complessivo di 40 giorni su base annua, ove trovi specifiche e articolate motivazioni nell'ambito del Progetto Assistenziale Individuale;

- sempre per gli utenti di unità d'offerta residenziali per le dipendenze, sono escluse dal tetto massimo dei 20 giorni annui le assenze per permessi fino a 45 giorni concessi agli utenti in esecuzione penale;
- per le unità d'offerta residenziali e semiresidenziali, al superamento del budget annuale di produzione, gli eventuali posti a contratto non occupati possono essere utilizzati in regime di solvenza oppure per accogliere cittadini di altre regioni, con quota sanitaria a carico delle regioni di residenza dell'assistito. In ogni caso, gli ospiti già inseriti in regime di SSN devono rimanere tali e non possono divenire solventi;

- per i CDD, considerata l'obbligatorietà della progettazione educativa individuale e la collegialità della stesura dei progetti di intervento che li caratterizza, è prevista la remunerazione per le attività di programmazione delle attività educativa personalizzata e per la verifica delle attività programmate, per un massimo di 4 giornate annue. La valorizzazione delle giornate riferite alle attività di programmazione è determinata sulla base della tariffa media di struttura del trimestre di riferimento. Tale remunerazione comporta che nel Fascicolo di ogni singolo utente per il quale viene riconosciuta risulti chiaramente evidenziata la progettazione e la verifica dei progetti educativi individuali;

- per tutte le unità d'offerta sociosanitarie le assenze dovute a soggiorni climatici organizzati per gli utenti non concorrono alla determinazione del limite dei giorni di assenza massimi remunerabili a carico del FSR, purché anche durante il soggiorno sia garantito lo standard assistenziale previsto per l'unità d'offerta. Per gli ospiti CSS che frequentano anche CDD e partecipano a soggiorni climatici, si conferma che durante il soggiorno climatico viene riconosciuta la quota a carico del FSR per la struttura che organizza il soggiorno e garantisce l'assistenza all'ospite: ovvero se il soggiorno è organizzato dal CDD la remunerazione va al CDD e non al CSS e viceversa;

- per gli utenti di unità d'offerta per le dipendenze, non è prevista la remunerazione a carico del FSR in caso di assenze per rientri in carcere.

Le ATS, nello svolgimento delle proprie funzioni, hanno il compito di effettuare i necessari controlli di appropriatezza, al fine di garantire che sussistano le condizioni previste per il superamento del limite dei 20 giorni complessivi annui di assenza e che tali condizioni siano documentate nel FaSAS.

Non possono essere pagate prestazioni per la fruizione contemporanea di più unità di offerta socio sanitarie.
Fanno eccezione i casi in cui:

- la persona assistita in RSA/RSD/CDI/CDD, a causa di un repentino deterioramento delle condizioni di salute, necessiti di prestazioni riabilitative, escluse quelle di mantenimento. In tal caso è necessario che vi sia un piano riabilitativo predisposto dal fisiatra e condiviso tra la struttura riabilitativa e la struttura sociosanitaria di provenienza dell'ospite;
- la persona assistita in CSS fruisca anche di prestazioni rese in ADI, riabilitazione o in CDD;
- la persona assistita in CDD fruisca anche di prestazioni rese in CSS.

Al fine di garantire una migliore qualità di vita, mantenendo le relazioni personali create negli anni, è consentito che persone accolte in RSD che provengano da un CDD possano continuare a frequentare il CDD di provenienza. Tale frequenza deve essere regolata da una apposita convenzione che garantisce la continuità del progetto e del piano assistenziale, definisce lo standard che il CDD deve assicurare, in linea con la classe SiDI definita dalla RSD, e norma gli aspetti economici tra le due strutture, ovvero l'eventuale

remunerazione che la RSD assicura al CDD (comprensiva della tariffa sanitaria e della retta sociale). L'ospite rimane in carico alla RSD, che lo rendiconta e che percepisce sia la quota a carico del FSR che la retta a carico dell'ospite. Per il CDD l'ospite va considerato analogamente ad un ospite solvente, senza oneri a carico dello stesso e di Regione.

Tenuto conto dell'esigenza di garantire la piena integrazione dei servizi territoriali in funzione della risposta appropriata al bisogno dell'assistito, si ritiene, inoltre, che l'ADI sia compatibile con la frequenza part time nei CDD/CDI, solo ove valutato dall'ASST strettamente necessario e appropriato in esito alla valutazione del bisogno dell'assistito e con esclusivo riferimento al profilo prestazionale.

Si confermano per l'anno 2019 le seguenti ulteriori indicazioni a valere per prestazioni rese in cure intermedie e strutture di riabilitazione.
È possibile utilizzare i posti letto a maggiore intensità riabilitativa per accogliere persone che necessitino di prestazioni di minore complessità, fermo restando che le tariffe riconoscibili sono quelle delle prestazioni effettivamente erogate.

Per quanto riguarda le visite di presa in carico (prima visita/visita generale), è prevista la remunerazione della prima visita, sia nel caso in cui non ne scaturisca alcuna presa in carico riabilitativa, sia qualora ne esiti una presa in carico anche in altro regime o presso altra struttura.

Come stabilito dalla D.G.R. n. VIII/10804/2009, le prestazioni ambulatoriali cosiddette "indirette" (colloquio con i familiari, riunioni con operatori di altri enti, stesura di relazioni), potranno essere remunerate, nell'ambito del budget assegnato, fino ad un massimo del 20% di quanto rendicontato per tutte le prestazioni ambulatoriali. All'interno di questo tetto di budget, vanno inclusi gli oneri a carico del FSR per la remunerazione delle visite di presa in carico.

Con riguardo alle prestazioni in regime ambulatoriale e domiciliare, potrà essere erogato e remunerato un numero di prestazioni fino al 130% dell'assetto contrattualizzato, riferito alla singola tipologia, purché venga garantito il rispetto dei requisiti di accreditamento per queste prestazioni aggiuntive e compatibilmente con il budget assegnato.

Con riferimento alla durata della seduta per riabilitazione ambulatoriale, per pazienti in età evolutiva (con età inferiore ai 18 anni), si riconferma quanto riportato nella D.G.R. n. VIII/4438/2007 che ha stabilito in 45 minuti la durata convenzionale di una singola seduta, con la possibilità di un massimo di 2 sedute (o trattamenti) per giornata a prescindere dalla tipologia di prestazione ricevuta.
Con riguardo invece ai trattamenti ambulatoriali rivolti a pazienti adulti, potrà essere erogato e rendicontato solamente un trattamento per giornata.

La tariffazione definita nei provvedimenti regionali, con riguardo alle prestazioni ambulatoriali, è riferita ad una seduta per cui possono essere previste più prestazioni. Al fine del conteggio delle sedute/trattamenti erogati, una seduta di gruppo viene considerata una sola prestazione a prescindere dal numero di partecipanti al gruppo (da un minimo di tre ad un massimo di cinque persone).

6.11.3. Precisazioni in merito agli oneri di ricovero in RSA per ospiti malati di Alzheimer.

Con riferimento al tema degli oneri di ricovero in RSA per ospiti malati di Alzheimer o di altre forme di demenza, occorre innanzitutto ricordare che la cornice normativa nazionale di riferimento è costituita da:

- D.Lgs. n. 502/1992 e d.lgs. n. 517/1993, che hanno introdotto dei sistemi di compartecipazione alla spesa sanitaria e al riordino del Sistema Sanitario italiano, nell'ottica del contenimento delle risorse finanziarie e di recupero dell'efficienza del sistema stesso;
- D.Lgs. n. 229/1999, che ha emanato il vigente principio in base al quale il benessere psico-fisico dell'individuo e della collettività ha diritto di tutela pur a fronte del necessario contingentamento delle risorse all'uopo disponibili;
- la normativa relativa ai Livelli essenziali di Assistenza (L.E.A.): dapprima il D.P.C.M. 14 febbraio 2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie", il D.P.C.M. 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" e da ultimo il D.P.C.M. 12 gennaio 2017 "Livelli essenziali di assistenza".

L'attività sanitaria e sociosanitaria svolta a favore di anziani non autosufficienti è compresa tra quelle per le quali il D.P.C.M. 29 novembre 2001 elenca i livelli essenziali di assistenza.

In particolare l'allegato 1C ha regolato l'area dell'integrazione socio-sanitaria, prevedendo, accanto alle prestazioni sanitarie, anche quelle sanitarie di rilevanza sociale ovvero le prestazioni nelle quali la componente sanitaria e quella sociale non risultano operativamente distinguibili e per le quali si è convenuta una percentuale di costo non attribuibile alle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario nazionale.

L'individuazione operata dal legislatore del 2001 di modalità di compartecipazione alla spesa tra SSR e utenti o comuni, laddove le prestazioni sanitarie e sociali sono strettamente connesse, è stata confermata dal D.P.C.M. 12 gennaio 2017.
In particolare, infatti, l'art. 30 prevede che, per le persone non autosufficienti, se ricoverate in unità di offerta sociosanitarie, siano da considerare a totale carico del FSR solo i trattamenti estensivi di cura e recupero funzionale, di durata, di norma, non superiore a sessanta giorni.

Per quanto invece riguarda i trattamenti di lungo assistenza, recupero e mantenimento funzionale, ivi compresi interventi di sollievo per chi assicura le cure, essi sono "a carico del Servizio sanitario nazionale per una quota pari al 50 per cento della tariffa giornaliera".

Per quanto riguarda la tipologia erogativa delle RSA e la natura sociale a rilevanza sanitaria delle prestazioni erogate si fa riferimento:

- alla definizione che ne dà il DPR 14 gennaio 1997 come "presidi che offrono a soggetti non autosufficienti, anziani e non, con esiti di patologie, fisiche, psichiche, sensoriali o miste, non curabili a domicilio, un livello medio di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa, accompagnata da un livello alto di assistenza tutelare e alberghiera, modulate in base al modello assistenziale adottato dalle regioni e province autonome";
- alla loro formale classificazione, a livello regionale, come unità di offerta sociosanitaria, operata con D.G.R. n. VIII/7438 del 13/6/2008;
- alla collocazione delle stesse nell'ambito delle strutture che erogano trattamenti di lungo assistenza per persone anziane non autosufficienti, che permane coerente in

tutti i provvedimenti di programmazione regionale, sin dal Piano Socio Assistenziale del 1988 – 1990, e in quelli che ne hanno definito più recentemente i requisiti di funzionamento ed accreditamento (cfr. DD.G.R. n. 7435/2001 e n. 12618/2003);
- alla previsione della compartecipazione dell'utente alla copertura dei costi di ricovero nella misura del 50%;
- alla D.G.R. n. V/64515 del 28/02/1995 che ha identificato la RSA come il luogo appropriato per una corretta presa in carico delle persone affette da Alzheimer e, in particolare, ha previsto che i "Nuclei Alzheimer all'interno delle RSA sono destinati a soggetti anziani affetti da demenza e da gravi turbe del comportamento. Sono da escludere i pazienti psichiatrici".

Secondo quanto sopra quindi, le persone affette da Alzheimer o da altre forme di demenza ricoverate in RSA la cui tipologia di ricovero, per durata e tipo di prestazioni, risulta riconducibile al regime di lungo assistenza sociosanitaria, rientrano nella tipologia di persone non autosufficienti per le quali l'onere del ricovero non grava interamente sul FSR.

È prevista pertanto la compartecipazione al costo del servizio da parte della persona ricoverata nella misura del 50% in conformità al principio di cui al DPCM 29.011.2001 secondo la percentuale stabilita nell'allegato 1C, punto 10, lettera b).

Nel caso la stessa non possa sostenere l'onere della retta, è previsto un intervento economico da parte del Comune di residenza, il quale definisce la soglia di accesso alla prestazione agevolata, secondo quanto previsto dal D.P.C.M. 5 dicembre 2013, n. 159 "Regolamento concernente la revisione delle modalità di determinazione e i campi di applicazione dell'Indicatore della situazione economica equivalente" (ISEE).

6.12. Presidio Corberi di Limbiate

Si dà mandato alla ASST di Monza di emanare, entro il 30/04/2019, d'intesa con l'ATS della Brianza e la Direzione Generale Welfare, un bando ai sensi del comma 15 dell'art. 183 del D.Lgs. n. 50/2016 per un progetto di fattibilità per la riqualificazione del Presidio Corberi di Limbiate, da destinarsi a sede di qualificati servizi sanitari e/o sociosanitari.

6.13. **Vigilanza e controllo in ambito sociosanitario**

Le ATS svolgono le funzioni di vigilanza e controllo in ambito sociosanitario, verificando il rispetto della normativa vigente e l'adempimento degli obblighi contrattuali.

Nell'ambito dell'attività di vigilanza e controllo, la ATS garantisce momenti strutturati di confronto e formazione coinvolgendo gli enti gestori soggetti a verifica, al fine di migliorare l'appropriatezza e la qualità dei servizi erogati. Sulla base delle risultanza dell'attività di vigilanza e controllo, sono identificate le aree di miglioramento nell'erogazione dei servizi agli utenti sulle quali agire in modo prioritario e integrato tra ATS ed enti erogatori attraverso l'organizzazione di tavoli di lavoro, momenti di confronto strutturato o eventi formativi e convegni.
Le ATS sono tenute a comunicare prontamente alla Direzione Generale Welfare e alla ACSS ogni evento di particolare rilevanza in relazione all'attività di vigilanza e controllo nonché a trasmettere alle medesime gli eventuali provvedimenti di diffida e sanzione adottati.

La funzione di vigilanza si svolge attraverso attività volte alla verifica del possesso e del mantenimento nel tempo dei requisiti generali e specifici, di esercizio e di accreditamento, che comprendono i requisiti soggettivi, organizzativi/gestionali e strutturali/tecnologici.

Si richiama la necessità di attenersi alle disposizioni introdotte dai provvedimenti di Giunta regionale e, in particolare, alle indicazioni contenute nell'allegato 3 della D.G.R. n. X/2569/2014 e smi e ai seguenti criteri:

- sono soggette a verifica tutte le unità d'offerta sociosanitarie, pubbliche e private, indipendentemente dallo status erogativo (abilitate all'esercizio, accreditate, contrattualizzate) e tutte le misure innovative o sperimentazioni in ambito sociosanitario promosse dalla Regione;
- le ATS proseguono su tutte le unità d'offerta con piano programma in corso il monitoraggio semestrale dell'andamento dei lavori con verifiche documentali e sopralluoghi presso le strutture, al fine di tenere sotto controllo lo stato di avanzamento, con particolare attenzione agli aspetti relativi alla sicurezza degli utenti e dei lavoratori, dando comunicazione degli esiti alla Direzione Generale Welfare;
- l'attività di vigilanza deve essere orientata a verificare l'effettivo ottenimento del fine sotteso a requisiti e indicatori e pertanto:
    - non può prescindere dal sopralluogo presso l'unità d'offerta;
    - deve comprendere la verifica dell'aderenza e della coerenza della documentazione con la situazione di fatto;
    - implica sempre che la verifica degli aspetti strutturali e tecnologici sia effettuata in modo integrato con quelli gestionali e organizzativi;
- le ATS sono tenute a verificare con sopralluogo tutte le unità d'offerta oggetto di SCIA e/o di istanza di accreditamento, trasmettendo alla Direzione Generale Welfare le relative attestazioni attenendosi ai modelli regionali predisposti dalla Direzione Generale stessa;
- le ATS sono tenute a verificare annualmente il mantenimento dei requisiti di esercizio e di accreditamento di almeno il 30% delle unità d'offerta sociosanitarie, con sopralluogo senza preavviso, assicurando che tutte le unità d'offerta siano verificate nell'arco di tre anni.

La funzione di controllo si svolge attraverso la verifica della corretta rendicontazione e dell'appropriata erogazione delle prestazioni, con riferimento all'assistenza diretta al singolo utente, secondo le modalità previste dalla D.G.R. n. X/1765/14 e dalla D.G.R. n. X/2569/2014 e ai seguenti criteri:

- i controlli di appropriatezza effettuati dalle ATS sulle unità di offerta sociosanitarie devono essere volti a verificare:
    - la corretta rendicontazione economica delle prestazioni erogate;
    - la corretta classificazione degli ospiti nel sistema dei flussi di rendicontazione;
    - la congruenza fra quanto rintracciato nel FaSAS e quanto rendicontato mediante i flussi oggetto di debito informativo regionale contenenti le informazioni clinico –funzionali-assistenziali utili all'espletamento delle verifiche;
    - la coerenza tra i bisogni emersi dalla valutazione multidimensionale, quanto determinato dal progetto individuale, le azioni previste dal programma/piano assistenziale personalizzato e quelle effettivamente eseguite risultanti dal diario assistenziale, verificandone l'attuazione da parte delle figure professionali appropriate;
- i controlli di appropriatezza sono effettuati di norma con preavviso all'ente gestore nella giornata lavorativa antecedente la visita, fatti salvi i casi in cui sia necessaria

l'esecuzione di sopralluoghi senza preavviso (ad esempio controlli a seguito di segnalazioni);

- i controlli di appropriatezza devono essere garantiti almeno sul 30% delle unità d'offerta sociosanitarie, assicurando che tutte le unità d'offerta siano verificate nell'arco di tre anni, prendendo in esame le seguenti percentuali minime di fascicoli, calcolate in base al numero degli utenti rendicontati nel 2018 dalle strutture campionate:
    - regime residenziale e semiresidenziale: almeno il 13%;
    - regime ambulatoriale e domiciliare: almeno il 3,5%.

Particolare attenzione deve essere rivolta dalle ATS alla verifica dell'appropriatezza e della corretta rendicontazione delle prestazioni erogate nell'ambito delle cure domiciliari sia per ADI che per UCP-Dom.

Si richiede, inoltre, alle ATS di monitorare, nella fase di riconoscimento di nuovi nuclei Alzheimer di cui al paragrafo dedicato, l'appropriato inserimento di soggetti già ricoverati in RSA in posti ordinari che dovessero essere trasferiti da posto ordinario a tali nuclei. Le ATS dovranno a tal fine essere opportunamente aggiornate dai gestori delle RSA sugli eventuali trasferimenti da nucleo ordinario, attivando, ove ritenuto necessario, un'attenta verifica di appropriatezza dei soggetti, che accerti l'aggravamento delle condizioni cliniche con la presenza di gravi disturbi del comportamento, che hanno reso necessario il trasferimento in nucleo protetto.

TEMI CHIAVE/INNOVATIVI	**Tempistica**
Possibilità di avviare progetti innovativi nell'ambito della tele riabilitazione	Tutto il 2019
Cure palliative domiciliari. Introduzione di: • strumenti di valutazione, obbligatori per tutti erogatori, per governare l'appropriatezza dell'accesso alle cure palliative domiciliari e definire il corretto livello assistenziale (base e specialistico). • regole per il numero minimo di accessi settimanali • regole per il passaggio da un livello all'altro • criteri più stringenti per la remunerazione della presa in carico	1/1/ 2019
Adozione regolamento RLCP	Entro 31/6/2019
Bando per hospice pediatrico	Entro 30/4/2019
Ampliamento dell'offerta di posti letto di RSA in nuclei dedicati alla cura di: • demenze (1670 posti letto in nuclei dedicati) • stati vegetativi (150 posti letto in nuclei dedicati) • malattie del motoneurone (adeguamento tariffe per incentivare accoglienza)	Entro 30/4/2019

7. AREA TERRITORIALE

7.1. Governance Regionale del Farmaco

Premesso che la l.r. n. 23/2015 ha definito nuovi ruoli delle ATS e delle ASST in ambito di assistenza farmaceutica, protesica ed integrativa, nel corso del 2018, le ATS hanno

sviluppato ulteriormente gli ambiti di vigilanza e controllo, nell'ottica di garanzia verso i cittadini che usufruiscono di prestazioni in tale ambito, mentre le ASST e gli IRCCS hanno potenziato il processo di presa in carico del paziente, sia acuto che cronico.

Vengono qui di seguito identificati per l'anno 2019 gli obiettivi di *mission* in ambito di assistenza farmaceutica, confermando le attività già presenti nelle regole 2018, aggiornandole sulla base della novità normative nazionali e delle esperienze locali:

- promuovere l'appropriatezza prescrittiva e d'uso dei farmaci sia territoriali, che ospedalieri;
- garantire strumenti per favorire l'equilibrio economico del sistema regionale sostenendo un uso efficiente delle risorse;
- attivare un sistema di "trasparenza" garantendo l'accessibilità a dati e documenti detenuti dalla P.A. allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini e favorire forme di controllo sul perseguimento degli obiettivi di interesse pubblico e sull'utilizzo delle risorse.

In attesa della nuova *governance* nazionale del Farmaco, sono confermate anche per l'anno 2019, le disposizioni di cui alla Legge Finanziaria 2017 relativamente ai tetti della spesa farmaceutica SSN:

- il tetto della spesa convenzionata fissato al 7,96% del FSN 2019;
- il tetto della spesa per acquisti diretti è pari al 6,89% del FSN 2019;

per un totale di risorse complessive pari al 14,85% del FSN 2019.
Di seguito verranno descritti gli obiettivi per le due linee di attività come divise dal sistema nazionale.

7.1.1. Farmaceutica convenzionata

La spesa farmaceutica convenzionata, che a livello nazionale nel corso del 2018 ha fatto registrare un rilevante contenimento per effetto della genericazione di molecole importanti, anche per l'anno 2019, si conferma fondamentale voce di governo e le ATS dovranno continuare le azioni di monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva.

L'obiettivo della spesa farmaceutica convenzionata verrà definito per ogni ATS all'interno dell'attuale quadro normativo nazionale e nei limiti della compatibilità del sistema e del rispetto del tetto complessivo del 7,96% del FSN. Al contenimento della spesa convenzionata dovrà concorrere in modo significativo il nuovo accordo relativo alla distribuzione per conto con le farmacie, approvato con D.G.R. n. XI/796 del 12/11/2018, confermando come ATS capofila regionale del progetto l'ATS di Bergamo per tutte le ATS.

Si conferma che l'eventuale risparmio rispetto all'obiettivo definito nei criteri di assegnazione 2019 sarà indisponibile per le aziende sanitarie in quanto vincolato alle necessità complessive del sistema secondo le indicazioni della Direzione Generale Welfare.

Deve, inoltre, proseguire la promozione dei farmaci equivalenti con l'obiettivo di incrementare la percentuale complessiva (espressa in DDD) di farmaci a brevetto scaduto rispetto al consumo complessivo di medicinali, con l'obiettivo di raggiungere almeno l'88% (ad agosto 2018 il valore raggiunto a livello regionale è pari all'83%) a livello regionale nell'anno 2019, il cui monitoraggio sarà assicurato dal Servizio Farmaceutico

della ATS di Bergamo.

Le ATS devono continuare nelle attività di formazione ed informazione verso i MMG e i PLS per il corretto utilizzo degli antibiotici come fatto nel 2018.
In riferimento all'appropriatezza prescrittiva, le ATS devono continuare l'attività di verifica sulla corretta applicazione delle Note AIFA e dei Piani Terapeutici.

Si conferma che anche per l'anno 2019, le ATS dovranno relazionare con cadenza trimestrale alla Struttura regionale competente, in merito all'andamento della spesa farmaceutica convenzionata, dettagliando azioni di governo, risultati attesi ed ottenuti ed eventuali criticità.
Le scadenze per l'invio delle relazioni saranno entro il giorno 30 del mese successivo al trimestre di riferimento (30 aprile, 31 luglio, 31 ottobre, 31 gennaio).

7.1.2. PT Online

Il Piano terapeutico è uno strumento regolatorio che definisce le condizioni cliniche in rimborsabilità di un medicinale, ma è anche uno strumento che consente la continuità terapeutica ed assistenziale, permettendo al medico di cure primarie di proseguire nella prescrizione farmaceutica, in base alle informazioni fornite dal medico specialista, appartenente ad una struttura pubblica o privata accreditata ed, in taluni casi, afferenti a centri di cura individuati dalla Regione.

Al fine di garantire la tracciabilità e la correttezza nella redazione dei Piani Terapeutici, è fatto obbligo agli erogatori l'utilizzo della piattaforma informatizzata, ove predisposta dalle ATS di afferenza territoriale, nelle more di un Sistema Regionale per la gestione web-based dei Piani Terapeutici Online che contribuisca alla dematerializzazione dei processi sanitari, in ottica di semplificazione dell'accesso ai servizi da parte del cittadino.
Sono esclusi i farmaci già inseriti nelle specifiche piattaforme AIFA.

In ogni caso gli erogatori dovranno assicurare l'invio dei piani terapeutici, redatti dai propri specialisti, alle differenti ATS in base alla residenza dei pazienti in carico.

7.1.3. Ricettario (relativamente alla prescrizione di medicinali)

Nei limiti degli specifici vincoli di accreditamento e di autorizzazione all'effettuazione delle prescrizioni farmaceutiche previsti da Regione Lombardia, è fatto obbligo a tutti i prescrittori l'integrazione ai sistemi SISS e l'emissione di una ricetta elettronica che consenta l'acquisizione anche dei dati mediante l'impiego di apparecchiature a lettura ottica automatica anche al fine di rendere certa:

- ✓ l'identificazione del medico prescrittore e della struttura di appartenenza;
- ✓ l'identificazione dell'assistito all'interno del SSN;
- ✓ la verifica dell'eventuale esenzione dell'assistito.

In questo modo sarà possibile produrre le ricette in modalità dematerializzata o, in automatico, stamparle sul ricettario unico personale del SSN (ricetta rossa) in caso di prescrizioni farmaceutiche soggette a vincoli.

Per garantire il corretto utilizzo del ricettario, le ATS in collaborazione con le strutture accreditate dovranno effettuare una congrua formazione del prescrittore.

Dovranno inoltre disporre di tutte le informazioni necessarie a tracciare in modo univoco l'abbinamento ricettario/prescrittore/struttura, al fine di operare uno stringente monitoraggio.
In ordine all'implementazione del sistema di vigilanza, verrà informatizzato il processo di segnalazione relativo ai furti di ricettario.

7.1.4. Progetto "Un team per le ASL (ATS)"

Viene confermato per l'anno 2019 la conclusione del progetto *"Un team per le ASL(ATS)"* orientato alla realizzazione di una attività straordinaria di supporto da parte di Lispa verso le ATS per il recupero dei contenziosi relativi alle rettifiche contabili pregresse nel periodo 2008-2016.

7.1.5. Preparazioni magistrali a base di Cannabis per uso medico. Aggiornamento Indicazioni sulla rimborsabilità a carico del Sistema sociosanitario regionale in Regione Lombardia

Relativamente alle indicazioni di cui alla D.G.R. n. XI/491/2018 si precisa quanto segue.

1) Le indicazioni terapeutiche e la rimborsabilità a carico del SSR delle preparazioni magistrali a base di cannabis per uso medico sono espressamente previste dalla D.G.R. n. XI/491/2018 (che dà attuazione al D.M. Salute del 9/11/2015 e al Decreto Legge del 16/10/2017, n. 148 "*Disposizioni urgenti in materia finanziaria e per esigenze indifferibili*" convertito con modificazioni dalla Legge del 4/12/2017, n. 172). Tale provvedimento non prevede, tra le indicazioni terapeutiche, specifiche malattie rare bensì condizioni nelle quali anche i soggetti affetti da malattie rare potrebbero rientrare (ad esempio "terapia del dolore"). Detto provvedimento precisa inoltre che "*ogni prescrizione di preparati galenici magistrali a base di cannabis al di fuori delle indicazioni terapeutiche e/o delle procedure riportate nel presente documento è consentita nel rispetto della legge 94/98, ma non è rimborsata dal S.S.R. Tale indirizzo è in linea anche con il Decreto Legge coordinato con la Legge di conversione 4/12/2017, n. 172, in cui è specificato che il medico può "prescrivere le predette preparazioni magistrali per altri impieghi, ai sensi dell'articolo 5 del decreto legge 17/02/1998, n. 23", sottintendendo che saranno a carico del cittadino (legge 94/98)*".

2) La prescrizione di tali preparazioni galeniche magistrali a carico SSR avviene sulla base di un Piano Terapeutico compilato esclusivamente da medici specialisti operanti in strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate, nelle UU.OO. di cui all'elenco della D.G.R. n. XI/491/2018 a cui si aggiungono anche le U.O. di Cure Palliative che operano all'interno delle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate. Con riferimento a queste ultime, si precisa che possono effettuare tali prescrizioni i medici in possesso di una delle specialità di cui al DM 28/03/2013 o in possesso di certificazione regionale ai sensi del DM 4/06/2015.
   Per quanto riguarda l'ambito delle Reti Locali di Cure Palliative, qualora il malato preso in carico in regime residenziale o domiciliare (ex D.G.R. n. X/5918/2016) manifestasse la necessità di un trattamento a base di cannabis, le Strutture erogatrici di cure palliative devono darne evidenza all'interno del PAI e/o della cartella clinica. In questo caso, le Strutture erogatrici di cure palliative sono tenute a farsi carico dell'approvvigionamento e della erogazione al malato delle preparazioni galeniche a base di Cannabis, così come già previsto per il livello domiciliare dalla nota della

Direzione Generale Welfare prot. n. G1.2017.0021199 del 23/06/2017 per tutti gli altri farmaci peculiari di un trattamento palliativo.

3) A partire dal 1/01/2019 la prima prescrizione su ricetta cartacea RUR a carico del medico specialista con cui il paziente si può recare in farmacia aperta al pubblico, deve riportare il Codice Fiscale dell'assistito essendo erogazione a carico del SSR, per la quale valgono per il riconoscimento della rimborsabilità i formalismi di cui al D.P.R. n. 371/1998.
   Anche le prescrizioni successive, previste dal Piano Terapeutico, che possono essere rilasciate dallo stesso medico specialista o dal MMG/PLS dell'assistito, a partire dal 1/01/2019 dovranno riportare il Codice Fiscale dell'assistito.
   Nel corso del 2019, Regione Lombardia d'intesa con Lispa, provvederà all'informatizzazione della ricetta e del PT a carico del SSN, la prescrizione sarà effettuata in modalità elettronica e stampata su modulo RUR, attraverso l'utilizzo dei servizi SISS.

7.1.6. Farmaceutica per acquisti diretti

Le disposizioni nazionali hanno ridefinito il nuovo tetto per la spesa farmaceutica per acquisti diretti che comprende la spesa ospedaliera dei farmaci, la distribuzione diretta (File F) e distribuzione per conto, per le quali è previsto il rispetto del tetto complessivo che si attesta sul 6,89% del FSN.

Si richiama la normativa nazionale che dall'anno 2018 con le disposizioni di cui all'articolo 29, comma 2, del Decreto Legge del 24/04/2017, n. 50, relativo ai "*Flussi informativi delle prestazioni farmaceutiche*", ai fini del monitoraggio che ha anche effetto economico, specifica in modo chiaro ed inequivocabile che il riferimento è la spesa sostenuta per l'assistenza farmaceutica per acquisti diretti di cui all'articolo 5, comma 5, del Decreto Legge del 1/10/2007, n. 159, convertito, con modificazioni, dalla Legge del 29/11/2007, n. 222, e all'articolo 1, comma 398, della Legge del 1/12/2016, n. 232, avvalendosi anche dei dati recati dalla fattura elettronica di cui all'articolo 1, commi 209, 210, 211, 212, 213 e 214 della Legge 24/12/2007, n. 244, e successive modificazioni.

Ciò premesso e in conformità con le normative nazionali, il valore del farmaco da rendicontare in File F (tutte le tipologie) o comunque come prestazione a carico del SSR (Costo in DPC) deve essere quello effettivamente sostenuto, cioè quello derivante dalle fatturazioni (sia a debito che a credito, includendo anche quelle scontistiche che non derivano da contratti nazionali AIFA/Azienda Farmaceutica, o regionali ARCA/Azienda Farmaceutica).

A partire dal mese contabile di gennaio 2019, dovranno essere registrati nella tipologia 15 del File F anche:

- le note di credito di cui sopra che non derivano da contratti nazionali AIFA/Azienda Farmaceutica, o regionali ARCA/Azienda Farmaceutica, secondo la modalità di cassa;
- gli importi derivanti dai controlli ATS (NOC, ecc.) sul File F fatte su prestazioni di anni precedenti o in corso.

Si dispone, inoltre, che per l'anno 2018, i cui flussi di file F vengono chiusi al 28/02/2019, le strutture erogatrici di File F dovranno inserire entro il 28/02/2019 nella tipologia 15, sia gli

importi versati dalle Aziende farmaceutiche alle stesse strutture come note di credito nel corso del 2018 (indicando la ditta e il riferimento alla fattura oltre che all'AIC- qualora sia per gruppo di farmaci i primi 6 caratteri dell'AIC), sia gli importi derivanti dai controlli ATS effettuati nel corso del 2018.

Premesso che la PA, come anche gli enti che lavorano per conto della PA, devono perseguire obiettivi di trasparenza allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini e favorire forme di controllo sul perseguimento degli obiettivi di interesse pubblico e sull'utilizzo delle risorse, nel corso del 2019, la Direzione Generale Welfare attiverà in tale ottica:

- un canale specifico di comunicazione confidenziale per la condivisione puntuale degli accordi negoziali verso le direzioni Generali di ASST, IRCCS, strutture private accreditate e i referenti che dalle stesse verranno individuate, al fine di una reale programmazione ai singoli erogatori di prestazioni farmaceutiche;
- specifici report di verifica e confronto tra le diverse realtà prescrittrici, partendo dai dati del 2018 e costruendo dei modelli di confronto tra strutture sanitarie, mettendoli a disposizione degli operatori sia pubblici, che privati.

Per quanto riguarda il File F riferito ai cittadini lombardi (tipologie 1, 2, 3, 4, 5, 8, 9, 14), considerati i bisogni assistenziali sia in termini di incidenza epidemiologica, che di scelta terapeutica appropriata, per l'anno 2019 sono assegnate risorse pari all'importo finanziato nell'anno 2018, con un incremento massimo di sistema fino al 10% su base dati omogenea, a cui dovrà essere sottratto l'importo relativo alle note di credito per MEA (Managed Entry Agreement) con conseguente riduzione dei relativi costi sostenuti nell'anno di competenza. Viene, inoltre, confermato quanto disposto dalla D.G.R. n. IX/4334/2012 con l'applicazione anche per l'anno 2018 del tetto di sistema regionale su tali tipologie di File F per cittadini lombardi, il cui eventuale superamento verrà ripartito tra tutti i soggetti erogatori.

In considerazione delle disposizioni di cui sotto sui farmaci innovativi, si conferma che anche per l'anno 2019 dal calcolo dell'abbattimento verranno esclusi i finanziamenti ottenuti per i cittadini lombardi dai fondi nazionali per farmaci innovativi oncologici e non oncologici, per i valori comunicati da AIFA.

Nel corso del 2019 la Direzione Generale Welfare, anche alla luce della novellata normativa nazionale sulla fatturazione elettronica dei farmacie e in visione della nuova *governance* del farmaco, avrà come obiettivo quello di aggiornare i flussi di rendicontazione dei farmaci (File F e File R), prevedendo l'attivazione di un gruppo interdisciplinare (farmacisti, controllo di gestione, IT, ecc.)

Si conferma come obiettivo prioritario anche per l'anno 2019, la corretta rendicontazione in File F (tipologia 15, come aggiornata, e 19) delle note di credito/rimborso alla struttura erogatrice dei rimborsi MEA o prezzo/volume, ai sensi di quanto disposto dall'articolo 15 comma 10 della Legge n. 135/2012.

7.1.7. Farmaci innovativi oncologici e non oncologici di cui ai fondi nazionali

Per l'anno 2019 sono ancora confermati a livello nazionale i fondi per farmaci innovativi oncologici e non oncologici istituiti dalla Legge di Bilancio 2017; tali fondi sono stati istituiti al fine di supportare l'accesso dei pazienti ai farmaci innovativi oncologici e non oncologici sulla base della scala GRADE.

E' interesse della Direzione Generale Welfare condividere con le reti assistenziali coinvolte,

la programmazione per l'utilizzo appropriato di questi farmaci, avendo le stesse strutture lombarde partecipato agli studi clinici e che, quindi, hanno già esperienza d'uso per questi farmaci.

Il D.M. del 16/02/2018, avente per oggetto "*Modalità operative di erogazione delle risorse stanziate a titolo di concorso al rimborso per l'acquisto dei medicinali innovativi ed oncologici innovativi*", chiarisce un punto di strategia programmatoria regionale:
entrano nel calcolo del Fondo farmaci innovativi oncologi e non oncologici anche "*il corrispondente numero delle confezioni, dispensate ……. dalle strutture private accreditate risultanti dai medesimi registri AIFA, qualora l'acquisto dei medicinali innovativi ed oncologici innovativi di cui agli elenchi previsti all'art. 1, comma 3, sia stato effettuato dall'ente del Servizio Sanitario Regionale di natura pubblica, intestatario della fatturazione elettronica emessa da parte dell'azienda farmaceutica*".

Pertanto, sarà compito della Direzione Generale Welfare d'intesa con le Strutture pubbliche dare attuazione alla disposizioni di cui sopra, prevedendo per singolo farmaco innovativo le modalità di acquisto, erogazione e distribuzione (somministrazione) per conto e corretta rendicontazione nel File F.
Al fine di una corretta applicazione, il progetto verrà attivato prioritariamente sui farmaci di cui al comma 400, dell'articolo 1 della Legge dell'11/12/2016, n. 232, mentre per i farmaci di cui al comma 401 articolo 1 della Legge n. 232/2016 verranno valutate con tutti gli operatori attività progettuali specifiche, salvaguardando il percorso del paziente e la sua presa in carico.

7.1.8. Compensazione interregionale mobilità sanitaria - File F

In attuazione a quanto previsto dall'art.1 commi 400 e 401 della Legge 232/2016 e facendo seguito all'Intesa della Conferenza Stato - Regioni del 21 dicembre 2017, per le Regioni a statuto speciale (esclusa la Sicilia) e le Province Autonome di Trento di Bolzano, la regolazione della spesa per i farmaci innovativi di cui sopra, commi 400 e 401, avviene tramite fatturazione diretta tra gli Enti del SSN, quindi dalla struttura erogatrice alla ASL di residenza dell'assistito. Pertanto i record trasmessi alla Direzione Generale Welfare attraverso il File F dovranno avere valorizzazione a zero.

7.1.9. Progetto sperimentale di somministrazione a domicilio di terapie farmacologiche ad alto costo a pazienti fragili (progetto SHC e Progetto Edaravone/SLA)

La somministrazione a domicilio può:
- migliorare la qualità della vita dei pazienti;
- prevenire il rischio di infezioni ospedaliere;
- ridurre i costi per il SSN.

Il "*Documento sulla somministrazione a domicilio di farmaci ad alto costo per persone con malattia rara*" approvato dalla Commissione Salute e dalla Conferenza Regioni e PPAA nel 2012, tra l'altro, prevede: "*Per alcuni prodotti farmaceutici spesso ad alto ed altissimo costo, specialmente per le malattie rare, la possibilità di somministrazione domiciliare è prevista dai decreti autorizzativi alla messa in commercio. L'accesso a tale somministrazione è un diritto del paziente, qualora le sue condizioni cliniche lo consentano. L'offerta dell'assistenza domiciliare, anche per quanto riguarda queste somministrazioni, attraverso l'SSR è compito che tutte le Regioni e le Province Autonome*

devono assolvere".

Premesso quanto sopra, la Direzione Generale Welfare vuole sostenere e monitorare due progetti sperimentali in ambito oncologico e di malattia rara (SLA), che consentono al cittadino di avere somministrato la terapia a domicilio, garantendo la sicurezza d'uso.
Gli esiti di questi due progetti serviranno a creare anche nel territorio lombardo strumenti validi per la domiciliazione delle terapie.

Di seguito si indicano i due progetti:

- Progetto Simultaneous home care del paziente oncologico fragile in fase avanzata di malattia – progetto attivato ai sensi della d.g.r. n. X/3858 del 17/7/2015 che ha previsto la possibilità di somministrare a domicilio i farmaci per os, tutti i trattamenti con caratteristiche H/RNRL (Ad es Trastuzumab, Zometa, Faslodex) e APHT (es Denosumab) in qualsiasi formulazione.
  Tutti i farmaci sono prescritti e somministrati da Medici Specialisti Oncologi, con modalità di assistenza e sicurezza sovrapponibili a quelle del DH oncologico e secondo le indicazioni registrate.
  In accordo con Regione dovrà essere istituito un percorso di ospedalizzazione domiciliare, esportabile con corretta rendicontazione dell'attività a domicilio.
- Progetto Edaravone/SLA.

7.1.10. Farmaci biosimilari

L'Agenzia Italiana del Farmaco, ad aprile 2018, ha pubblicato e sostenuto con evento specifico, il "Secondo Position Paper AIFA sui Farmaci Biosimilari" (scaricabile al seguente link: http://www.agenziafarmaco.gov.it/sites/default/files/2_Position-Paper-AIFA-Farmaci Biosimilari.pdf) in cui si chiariscono passaggi importanti e che la Direzione Generale Welfare ha sempre sostenuto con gli operatori del Sistema e che si riportano di seguito:

"*In Italia la posizione dell'AIFA chiarisce che i medicinali biologici e biosimilari non possono essere considerati sic et simpliciter alla stregua dei prodotti generici, o equivalenti. Pur considerando che la scelta di trattamento rimane una decisione clinica affidata al medico prescrittore, a quest'ultimo è anche affidato il compito di contribuire a un utilizzo appropriato delle risorse ai fini della sostenibilità del sistema sanitario e la corretta informazione del paziente sull'uso dei biosimilari. Come dimostrato dal processo regolatorio di autorizzazione, il rapporto rischio-benefici dei biosimilari è il medesimo di quello degli originatori di riferimento. Per tale motivo, l'AIFA considera i biosimilari come prodotti intercambiabili con i corrispondenti originatori di riferimento. Tale considerazione vale tanto per i pazienti naïve quanto per i pazienti già in cura.*
Lo sviluppo e l'utilizzo dei farmaci biosimilari rappresentano un'opportunità essenziale per l'ottimizzazione dell'efficienza dei sistemi sanitari ed assistenziali, avendo la potenzialità di soddisfare una crescente domanda di salute, in termini sia di efficacia e di personalizzazione delle terapie sia di sicurezza d'impiego.
I medicinali biosimilari rappresentano, dunque, uno strumento irrinunciabile per lo sviluppo di un mercato dei biologici competitivo e concorrenziale, necessario alla sostenibilità del sistema sanitario e delle terapie innovative, mantenendo garanzie di efficacia, sicurezza e qualità per i pazienti e garantendo loro un accesso omogeneo, informato e tempestivo ai farmaci, pur in un contesto di razionalizzazione della spesa pubblica".

Pertanto, il percorso intrapreso nel corso degli ultimi anni in Regione Lombardia sulla promozione alla prescrizione/erogazione/somministrazione dei farmaci biosimilari è confermato e deve essere rafforzato.
Oltre ai farmaci indicati nelle regole 2018, si ricordano i seguenti farmaci:

- Trastuzumab;
- Adalimumab.

La promozione della prescrizione dei farmaci biosimilari è obiettivo prioritario nella *governance* del farmaco sia a livello nazionale, che regionale ed aziendale: deve continuare ad essere obiettivo prioritario delle ASST/IRCCS e delle ATS prevedere momenti di confronto e condivisione tra medicina territoriale e specialistica, nei propri contesti di riferimento, anche al fine di promuovere la prescrizione dei farmaci biosimilari.

7.1.11. Automazione del percorso del farmaco presso le strutture sanitarie ospedaliere pubbliche del SSR

Come indicato nelle regole 2018 Regione Lombardia conferma il percorso per la realizzazione del progetto di automazione del percorso del farmaco all'interno delle strutture ospedaliere pubbliche; tale sistema deve prevedere soluzioni tecnologicamente avanzate e costituire un efficiente supporto alle attività organizzative delle strutture ospedaliere, tramite l'integrazione di hardware e software di elevata innovatività ed efficienza, consentendo di gestire in modo automatico ed informatizzato i processi relativi alla gestione e tracciabilità dei farmaci a livello di Farmacia e a livello di Reparto fino alla dispensazione/somministrazione al paziente.

7.1.12. Indicazioni in merito al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva

Come già indicato nelle Regole di sistema 2018, la Direzione Generale Welfare conferma le aree di intervento, sulle quali i professionisti (clinici, farmacisti, ecc.) si confronteranno al fine di produrre specifici documenti condivisi sui temi:
- NAD;
- Emofilia;
- Fibrosi cistica;
- Malattie rare;
- Farmaci C-nn.

In merito all'area HCV, la Direzione Generale Welfare d'intesa con il gruppo di lavoro per l'anno 2019 si è posta l'obiettivo di coinvolgere in modo completo e fattivo l'area della sanità penitenziaria e delle dipendenze (carceri e SerD/T), prevedendo percorsi condivisi che dovranno essere adottati sul territorio.

7.1.13. Attività di verifica sull'assistenza farmaceutica

Le attività di verifica sull'assistenza farmaceutica delle ATS dovranno uniformarsi al Piano Controlli quadro definito dall'Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario (ACSS) e dovrà riguardare nello specifico le seguenti attività:

- farmaceutica convenzionata (attività di vigilanza sulle farmacie);
- farmaceutica acquisti diretti (controlli file F).

Come già richiesto per la farmaceutica convenzionata, nel corso del 2019 le ATS dovranno relazionare con cadenza trimestrale alla Struttura Farmaco, Dispositivi e HTA e all'ACSS anche in merito all'andamento dei controlli effettuati, evidenziando eventuali criticità.

Le scadenze per l'invio delle relazioni saranno entro il giorno 30 del mese successivo al trimestre di riferimento (30 aprile, 31 luglio, 31 ottobre, 31 gennaio).

7.1.14. Vigilanza sulle farmacie pubbliche e private aperte al pubblico

Le novità apportate dalle modifiche della l.r. 33/2009, con l'implementazione della farmacia dei servizi, rendono necessaria un'efficiente procedura di vigilanza, allo scopo di garantire una corretta attività delle farmacie. La necessità di uniformità delle procedure nel territorio regionale, ha portato all'elaborazione di un format unico di verbale.
Al fine di non creare disomogeneità nel territorio, tale format dovrà essere utilizzato da tutte le ATS nella forma prevista dalla Regione, senza variarne il contenuto.
Al fine di una corretta rendicontazione e razionalizzazione delle attività di vigilanza, inoltre, l'Ordine dei Farmacisti ha sviluppato un software che viene messo gratuitamente a disposizione delle ATS. Per uniformare le procedure di vigilanza e poter utilizzare la forma on-line del verbale per la rendicontazione, tale software dovrà essere utilizzato da tutte le ATS, in quanto soddisfa in pieno le indicazioni date dalla legge regionale e dalle linee guida regionali.

7.1.15. Vigilanza su depositi e grossisti

La l.r. n. 33/2009 prevede che tra i compiti delle ATS ci sia anche la vigilanza su depositi e grossisti.
In considerazione del sempre più grave problema relativo alla carenza farmaci, le ATS, in fase di ispezione alle farmacie che hanno anche l'autorizzazione di grossista, dovranno ispezionare anche i depositi collegati alle suddette farmacie.
Al fine di rendere continuativa la vigilanza prevista dal DL.gs. n. 219/2006 su grossisti (art.100 e seg.) e depositi (art 108 e 108 bis), a partire dal 2019 i grossisti non collegati alle farmacie dovranno essere ispezionati almeno una volta ogni due anni e i depositi almeno una volta ogni cinque anni.

7.1.16. Controlli file F

Premesso che la scheda AIFA ha validità in quanto documento prescrittivo, permettendo dopo la valutazione clinica l'erogabilità a carico del SSN di farmaci ad alto costo, la cui compilazione, essendo atto medico, è responsabilità del clinico prescrittore, si conferma e si rafforza per l'anno 2019 come attività per le ATS, ASST, IRCCS pubblici, privati e case di cura convenzionate a contratto, il controllo della prescrizione/erogazione/rendicontazione in File F dei farmaci con scheda AIFA, indipendentemente dalla tipologia di rendicontazione su tutti i farmaci innovativi (fondi AIFA oncologici e non oncologici):

- 100% con verifica puntuale a carico dell'ATS del reale costo sostenuto da parte della struttura.

7.1.17. Farmacovigilanza

Con Decreto del Direttore Generale Welfare n. 3798 del 05/04/2017, Regione Lombardia ha attivato i progetti di Farmacovigilanza (FV) attiva relativi ai finanziamenti AIFA 2010-2011, assegnando ai Centri coordinatori e partecipanti di ATS, ASST, IRCCS pubblici e privati accreditati, il compito di ripristinare le attività specifiche di FV sia nell'ambito ospedaliero che territoriale.

Il Centro Regionale di Farmacovigilanza (CRFV) ha sottoposto ad AIFA i nuovi progetti finanziati con i fondi 2012-2013-2014, che saranno deliberati e diffusi a livello regionale, dopo l'eventuale approvazione da parte di AIFA nel corso del 2019; l'accesso ai fondi 2012-2013-2014 è peraltro subordinato alla realizzazione dei progetti finanziati con fondi 2010-2011, come sopra richiamato.

Consolidamento del CRFV: nel 2017 è stato recepito l'accordo Stato-Regioni per rinforzare il Centro Regionale di Farmacovigilanza (CRFV) al fine di coordinare le attività di Farmacovigilanza, adeguandole al nuovo modello organizzativo regionale ex l.r. n. 23/2015, sia attraverso la designazione di personale dirigente afferente al CRFV mediante l'attivazione dell'istituto del distacco dalle strutture territoriali come da D.G.R. n. X/6063 del 29/12/2016, sia attraverso la selezione con bandi pubblici di professionisti laureati, con la competenza di fare da supporto ai responsabili locali di FV.

Il CRFV, oltre a garantire supporto ai Responsabili Locali di Farmacovigilanza per gli adempimenti previsti dalla normativa in materia, promuove l'uso sicuro e appropriato dei medicinali nei diversi setting assistenziali e nei passaggi tra ambiti di cura, anche attraverso la valutazione del rischio di interazioni farmacologiche e di errori terapeutici in particolare nelle popolazioni a maggior rischio.

L'effettiva prosecuzione da parte di ATS, ASST, IRCCS pubblici e privati accreditati ai progetti finanziati con fondi 2010-2011, dovrà essere dimostrata mediante rendicontazione semestrale e annuale sullo stato di avanzamento ed anche tramite rendicontazione delle azioni divulgative e formative promosse nei rispettivi contesti (prescrittori, farmacisti, cittadini) volte a sensibilizzare e migliorare l'appropriatezza prescrittiva e l'attenzione alla sicurezza d'uso dei farmaci; tali azioni, se prodotte nell'ambito dei progetti di FV attiva, dovranno essere concordate preliminarmente con il CRFV.

Inoltre le strutture sanitarie dovranno consolidare le seguenti azioni:

- sensibilizzazione degli operatori sanitari nei rispettivi ambiti di competenza alla segnalazione di sospette reazioni avverse a farmaco (ADR) tramite iniziative di formazione/informazione e promozione alla segnalazione web-based (piattaforma VIGIFARMACO);
- collaborazione con il CRFV al miglioramento della qualità e completezza delle segnalazioni di sospette ADR;
- integrazione con i progetti di Risk Management per la Raccomandazione n 17 "Riconciliazione terapeutica";
- prevenzione delle interazioni farmacologiche e degli errori terapeutici nelle popolazioni a maggior rischio;
- partecipazione al sistema di segnalazione delle sospette ADR a preparazioni magistrali a base di Cannabis inviate all'ISS tramite l'apposita scheda, garantendone l'inoltro al CRFV per il tramite dei Responsabili Locali di Farmacovigilanza.

7.1.18. HTA (Health Technology Assessment)

Al fine di costruire un quadro panoramico delle tecnologie sanitarie di nuova introduzione, estensione o revisione dell'utilizzo presso il SSR, è utile la conoscenza sistematica di quelle che vengono proposte per l'eventuale acquisto presso le aziende sanitarie pubbliche e private accreditate.

Per l'anno 2019 le ASST, gli IRCCS e le case di cura convenzionate comunicheranno, in conformità alle indicazioni della d.g.r. n. X/491 del 2/08/2018 e con ulteriori indicazioni e modalità che saranno successivamente fornite dalla Direzione Generale Welfare:

- il testo completo di tutte le proposte di acquisto di Dispositivi Medici e apparecchiature tecnologiche di qualsiasi classe, esclusi i farmaci;
- il testo completo di tutte le schede di valutazione, in qualsiasi formato, realizzate in risposta alle proposte di acquisto.

Nel corso del 2018 è maturata una positiva esperienza di elaborazione di brevi rapporti tecnici "Alert HTA" da parte di alcune aziende sanitarie per tecnologie di rispettivo interesse aziendale nell'ambito del progetto "KEL – Key Evidence Leaders: coinvolgimento sistemico di professionisti sanitari nella verifica critica delle informazioni sull'efficacia comparativa e sulla sicurezza di tecnologie sanitarie in preparazione di contributi professionali al Programma Nazionale di HTA dei Dispositivi Medici". Il progetto KEL, finanziato dal Ministero della Salute alla Regione Lombardia e realizzato col supporto tecnico-scientifico della ASST G.O.M. Niguarda, ha coinvolto 19 tra ASST e IRCCC pubblici e privati.

Nel 2019 tale esperienza verrà estesa a tutte le aziende sanitarie pubbliche e private accreditate che realizzeranno, entro il 30/06/2019, un rapporto tecnico su un dispositivo medico o altra apparecchiatura ad alta tecnologia che sia di interesse per l'azienda stessa. Il rapporto sarà costituito da una revisione narrativa della documentazione (scientifica, tecnica ed economica) raccolta con metodo sistematico per il dispositivo o tecnologia prescelta. La revisione narrativa sarà strutturata secondo il formato sperimentato durante il progetto KEL e denominato Alert HTA. Nel **sub allegato G *"Programma regionale di valutazione delle tecnologie sanitarie (HTA)"*** sono disponibili gli schemi di riferimento per la ricerca sistematica delle fonti di letteratura, per l'analisi critica delle fonti e per la stesura del rapporto, schemi consolidati anche nell'ambito del contributo regionale al progetto "PRONHTA" di Agenas nel 2018.

I rapporti così prodotti saranno oggetto di revisione da parte di professionisti appartenenti ad aziende sanitarie diverse da quelle degli autori del rapporto stesso. Tale revisione tra pari verrà coordinata dalla Direzione Generale Welfare in collaborazione con le aziende sanitarie che dovranno espletare la revisione nell'arco di 2 mesi dalla disponibilità del testo dell'Alert HTA.

I rapporti Alert HTA saranno in seguito sottoposti a consultazione pubblica, per eventuale integrazione delle analisi sulla base di contributi di esperti e di associazioni di professionisti, di cittadini e di pazienti, ed infine utilizzati per informare i giudizi di priorità e di appropriatezza d'uso previsti a livello regionale dalle D.G.R. n. X/4831 del 22/02/2016 e n. X/5671 dell'11/10/2016.

Al fine di promuovere la cultura in materia di valutazione multidimensionale e multiprofessionale HTA di Dispositivi Medici e tecnologie sanitarie, alle aziende sanitarie verrà richiesta la progettazione e la realizzazione nel 2019 di almeno un evento formativo aziendale, indirizzabile anche a soggetti esterni, realizzabile attraverso corsi residenziali, convegni, progetti di formazione sul campo per gruppi di miglioramento o offerte di formazione a distanza che potranno avvalersi di materiali già realizzati dalla Direzione Generale Welfare nel corso del 2018 nell'ambito dei predetti progetti "KEL – Key Evidence Leaders" per il Ministero della Salute e "PRONTHA" per Agenas. La scheda di progettazione

iniziale degli eventi formativi aziendali in materia di HTA per l'anno 2019 verrà comunicata alla Direzione Generale Welfare entro il 31/01/2019 secondo modalità che verranno successivamente indicate dalla Direzione Generale Welfare.

7.1.19. Assistenza protesica e integrativa

La D.G.R. n. X/6917 del 24/07/2017, ha identificato il modello SUPI ((Servizio Unificato di Protesica e Integrativa) quale modello a cui tendere, salvaguardando nel contempo i modelli organizzativi già messi in atto nelle singole realtà ed esplicitati nei POAS aziendali. Nel corso del 2018 è stato attivato il SUPI contabile per il territorio della ex ASL di Milano, a seguito dell'avviamento del "Progetto Milano".

Ad integrazione del percorso avviato, considerato lo stato dell'arte sul territorio, entro maggio 2019 per ciascun territorio ATS, dovrà essere individuata l'ASST contabile, al fine di dare avvio all'attivazione all'interno di ciascuna di queste ad un unico SUPI.

Il modello SUPI prevede la gestione centralizzata, da parte delle ASST contabili, dei seguenti settori (laddove di competenza ASST): assistenza protesica, assistenza integrativa, che può anche comprendere le forniture di prodotti aproteici, latti per nati da madre HIV positiva e per doppia intolleranza alle proteine del latte e della soia, alimenti per soggetti con malattie metaboliche, alimenti per soggetti con fibrosi cistica, qualora non oggetto di specifici accordi regionali che prevedano la distribuzione in regime convenzionale.

Per quanto riguarda l'erogazione di medicinali per Nutrizione Artificiale Domiciliare, Ossigeno-Terapia a lungo termine e altri farmaci ex tipologia 13 del file F, si chiarisce che questi, anche se gestiti contabilmente all'interno del SUPI, sono di competenza diretta delle Farmacie Aziendali, quali responsabili della gestione del farmaco.

A seguito dell'entrata in vigore del D.P.C.M. del 12/01/2017 e delle valutazione economiche e gestionali dei prodotti concedibili e a seguito di valutazioni congiunte con Arca, verranno istituiti tavoli tecnici e successivamente emanate specifiche disposizioni.

Le ASST e le ATS dovranno garantire il governo dei processi prescrittivi ed erogativi, un puntuale monitoraggio della spesa e una rendicontazione dei costi sostenuti coerente con il budget assegnato.

Alle ASST in particolare sono richieste:

- la definizione e applicazione di un percorso, almeno relativo agli impianti fissi, per gli ausili per il superamento di barriere verticali e gli ausili per il sollevamento di cui al D.P.C.M. del 12/01/2017 con il necessario coinvolgimento di altri Servizi Aziendali quali il S. Tecnico e l'Ingegneria Clinica;
- la definizione e applicazione di procedure aziendali tese alla effettuazione di controlli sulle prestazioni erogate contestualmente o in abbinamento al processo di liquidazione delle fatture.

Alle ATS in particolare è richiesto il controllo delle sedi degli esercizi di cui al proprio Elenco aziendale Fornitori di Elenco 1, volto ad accertare il mantenimento/possesso dei requisiti autocertificati; la revisione e l'aggiornamento dell'albo dei prescrittori con controllo della correttezza delle credenziali estese rilasciate in base all'attività svolta, alla Struttura Sanitaria (Pubblica, Privata accreditata, Istituti di Riabilitazione e RSA) e al Centro di afferenza, in

coerenza con le indicazioni fornite da Regione circa i requisiti specifici per i Centri di prescrizione.
Infine, si conferma che alle singole ASST operative compete garantire e verificare i requisiti dei medici afferenti ai propri Centri di Prescrizione aziendali.

7.1.20. Diabete

Alla luce dell'aggiudicazione della gara ARCA per gli AUSILI, è obiettivo prioritario da parte della ATS e ASST mettere in campo le azioni necessarie per la realizzazione del progetto DPC Diabete che deve partire entro febbraio 2019.

7.1.21. Ulteriori determinazioni sulla protesica

Attualmente sussistono alcuni errori nelle descrizioni e nelle codifiche degli ausili inclusi erogabili dal SSN nell'Allegato 5 al D.P.C.M. del 12/01/2017.
Nelle more di un decreto ministeriale che corregga gli errori nel testo pubblicato sulla Gazzetta ufficiale, si ritiene di anticipare alcune variazioni nell'applicativo AssistantRL al fine di una più appropriata prescrizione, nonché per consentire la più adeguata e confacente realizzazione delle procedure pubbliche di acquisto per i dispositivi per i quali ne è prevista l'attuazione.

VARIAZIONE CODICI ISO

A	B	C
Codice Pubblicato	Definizione	Nuovo codice
06.06.06.003	Ortesi rigida per mano (elenco 2 B)	06.06.06.021
06.06.06.006	Ortesi dinamica per la distensione delle dita lunghe e del pollice (elenco 2 B)	06.06.06.024
12.22.91.321	Divaricatore imbottito, regolabile ed estraibile (solo per 12.22.18.009) (elenco 2 B)	12.22.91.324
12.27.91.021	Cinturini fermapiedi (coppia) (elenco 2 B)	12.27.91.054
12.27.91.024	Appoggiatesta imbottito (elenco 2 B)	12.27.91.057
12.27.91.027	Appoggio anteriore per le mani (elenco 2 B)	12.27.91.060
12.36.06.015	Carrozzina elettrica a prevalente uso esterno (elenco 2 B)	12.23.06.015

12.36.06.018	Carrozzina elettrica a sei ruote (elenco 2 B)	12.23.06.018
2.24.03.824	Joystick proporzionale a elevata sensibilità	12.24.03.824

Nella descrizione riferita alle "04.06.06 calze e guaine terapeutiche anti-edema (terapia compressiva)" (elenco 2 B) posta in basso, la lavorazione della maglia deve essere obbligatoriamente "a trama piatta" e i dispositivi offerti dai concorrenti devono dichiarare tale requisito.

VARIAZIONE DEFINIZIONE

Codice	Definizione pubblicata	Nuova definizione
12.24.09.006	Sistema ausiliario di propulsione per carrozzine manuali (con sostituzione delle ruote). Dispositivo costituito da una coppia di ruote, batterie, carica-batteria, sistema di montaggio (a cura del fornitore e incluso nel costo di acquisto), utilizzato per implementare la spinta (che viene "registrata" dal dispositivo) esercitata dall'assistito sul corrimano della carrozzina in dotazione: il sistema di controllo provvede ad erogare potenza ai motori in modo da assecondare la spinta al livello desiderato dall'utente, riducendone lo sforzo muscolare. La regolazione della velocità e della direzione di marcia resta dell'utente che agisce sul corrimano di spinta come per la normale carrozzina manuale. L'uso è indicato esclusivamente a persone che sono state istruite, che sono in grado di coordinare entrambe le braccia e le mani senza mostrare significativi impedimenti, che sono mentalmente e fisicamente in grado di usare il dispositivo in tutte le condizioni d'utilizzo. L'istruzione all'uso è parte integrante della dotazione ed è effettuata, senza costi aggiuntivi, dal fornitore. E' obbligatorio l'acquisto del sistema anti-ribaltamento e la fornitura del manuale d'uso in lingua italiana.	Sistema ausiliario di propulsione per carrozzine manuali. Trattasi di dispositivo che converte le carrozzine manuali in una versione a trazione elettrica, inseribile in base alle necessità dell'assistito o del suo assistente, garantita da una unità di propulsione alimentata da batterie (che costituiscono parte integrante dell'acquisto): questa può essere alloggiata alle spalle dello schienale della carrozzina in dotazione (o in basso) con comando per l'assistente o può disporre di una trazione a terra con ruote oppure da un corpo motore con trazione a terra che si applica all'asse di campanatura tramite un apposito kit di installazione. Indicazioni: agevolare la spinta dell'accompagnatore o incrementare l'andatura dell'utente in auto-spinta pur riducendo il numero di spinte necessarie. L'uso è indicato esclusivamente a persone che sono state istruite, che sono in grado di coordinare entrambe le braccia e le mani senza mostrare significativi impedimenti, che sono mentalmente e fisicamente in grado di usare il

		dispositivo in tutte le condizioni di utilizzo. NB – Il prodotto acquistato dovrà essere compatibile con la carrozzina in uso, anche con differenti tecnologie, senza necessità di sostituzione della stessa o di singole componenti della stessa quali le ruote.

12.24.09.009	Moltiplicatore di spinta elettrico per carrozzine manuali (con sostituzione delle ruote). Dispositivo che converte la quasi totalità delle carrozzine manuali in commercio in una versione motorizzata, estendendo il range of motion degli assistiti: la tecnologia può essere costituita da una coppia di ruote a cremagliera, da un corpo propulsivo separato e dalla batteria o da una coppia di ruote con i motori integrati nei mozzi e dalla batteria; entrambe le soluzioni dispongono del blocco per i comandi (utilizzabile, a richiesta, anche dall'accompagnatore). La fornitura comprende il carica-batterie, le ruotine anti-ribaltamento, il manuale d'uso in lingua italiana, l'istruzione all'uso a domicilio (senza costi aggiuntivi e con rilascio del relativo certificato). La prescrizione deve indicare, se necessari, la modifica ai comandi di guida per le esigenze degli assistiti prima di procedere all'acquisto.	Moltiplicatore di spinta elettrico per carrozzine manuali (con sostituzione delle ruote Dispositivo costituito dalle batterie di alimentazione (con apposita custodia), dal caricabatteria, dai comandi di attivazione e funzionamento, da una coppia di ruote con corona dentata (o cremagliera) o con i motori integrati nei mozzi che sostituiranno le ruote della carrozzina in dotazione e dal sistema di montaggio (a cura del fornitore ed incluso nel costo di acquisto). La fornitura deve comprendere le ruotine anti-ribaltamento. Il dispositivo incrementa la spinta (che viene "registrata" dal dispositivo) esercitata dall'utente sul corrimano della ruota e il sistema di controllo provvede ad erogare potenza ai motori in modo da assecondare la spinta al livello desiderato riducendone lo sforzo muscolare. La regolazione della velocità e della direzione di marcia resta all'utente che agisce sul corrimano. Indicazioni: indicato esclusivamente a persone che sono state istruite, che sono in grado di coordinare entrambe le braccia e le mani senza mostrare significativi

		impedimenti, che sono mentalmente e fisicamente in grado di usare il dispositivo in tutte le condizioni di utilizzo. NB – Il sistema è alternativo al precedenti, in cui la funzione di "motorizzare" la carrozzina si esercita mediante differenti tecnologie (sebbene coincidenti per funzione), ma obbligatoriamente attraverso la sostituzione delle ruote della carrozzina in dotazione all'utente e mediante altri adattamenti che il fornitore aggiudicatario dovrà praticare sull'ausilio dell'assistito.

12.24.09.015	Kit di motorizzazione universale per carrozzine. Composto da un telaio in acciaio inox rinforzato, da una ruota motrice con cerchi di alluminio rinforzato, fissata ad una forcella, collegata e manovrata da un manubrio, alimentata da una batteria, servita da un freno a disco e collegabile alla quasi totalità dei modelli di carrozzine ad autospinta in commercio (sia a telaio fisso che pieghevole) con un meccanismo di innesto rapido, facile ed intuitivo.	Kit di motorizzazione universale per carrozzine. Composto da un telaio in acciaio inox rinforzato, da una ruota motrice con cerchi di alluminio rinforzato, fissata ad una forcella, collegata e manovrata da un manubrio, alimentata da una batteria, servita da un freno a disco e collegabile alla quasi totalità dei modelli di carrozzine ad autospinta in commercio (sia a telaio fisso che pieghevole) con un meccanismo di innesto rapido, facile ed intuitivo. Dispositivo che trasforma la carrozzina ad auto-spinta, in possesso dell'utente, in una sorta di triciclo funzionante a batteria.

NOTE

La classificazione internazionale definisce la categoria "Unità di propulsione per carrozzine manuali" (cod. 12.24.09) come "Dispositivi che vengono aggiunti ad una carrozzina manuale per assistere l'utente o l'assistente a spingere la carrozzina o per fornire propulsione senza aiuto umano."

Con ciò si intende che i differenti sistemi/strumenti/dispositivi ideati e commercializzati dalle aziende per realizzare tale funzione sono molti, ma sostanzialmente afferenti a due distinte tipologie:

(1) quelli che aggiungono qualcosa (in genere, il blocco motore con le batterie) alla carrozzina per "motorizzarla",
(2) quelli che per ottenere la funzione presuppongono la sostituzione delle ruote su cui si esercita la motricità garantita dalle batterie ricaricabili e un ruotino (con forcella, manubrio, batteria e freno) che viene applicata alla carrozzina dell'utente con una manovra che deve essere semplice ed intuitiva e che in pratica trasforma la carrozzina in un triciclo.

7.2. Cure Primarie

Il sistema delle cure primarie secondo l'art. 10 della l.r. n. 23/2015 è composto dai medici di assistenza primaria e di continuità assistenziale (MMG) e dai pediatri di libera scelta (PLS) che operano sul territorio e la cui attività è governata dai Dipartimenti Cure Primarie delle Agenzie di Tutela della Salute (ATS).

La medicina territoriale rappresenta il luogo centrale per le cure e il primo accesso per l'assistito e viene richiamata alla sua dimensione clinica e proattiva in quanto riveste un ruolo fondamentale nel percorso di presa in carico del paziente, in particolare cronico e fragile: il passaggio dalla "cura" al "prendersi cura", nel definire percorsi di cura individualizzati, è finalizzato a favorire la permanenza nel contesto familiare e assicurare una migliore integrazione sul territorio di tutti gli attori della rete d'offerta che costituiscono il sistema.

Infatti la crescente domanda di salute della popolazione dovuta prevalentemente alla prolungata aspettativa di vita e a una più appropriata presa in carico richiede un cambio di paradigma nella programmazione delle prestazioni e dei servizi da erogare che si inserisce in un contesto fortemente critico, perché da un lato mancano ancora i nuovi Accordi collettivi nazionali che dovrebbero consentire di attuare la riforma della medicina territoriale prevista dalla legge n. 189/2012 (legge Balduzzi) e dall'altro si assisterà nei prossimi anni ad una massiccia fuoriuscita di medici per pensionamento sia ospedalieri che territoriali.

7.2.1. Funzioni ATS e ASST

Il Dipartimento Cure Primarie della ATS ha la funzione di governare il settore delle cure primarie attraverso il convenzionamento dei medici di medicina generale (medici di assistenza primaria e medici di continuità assistenziale) e dei pediatri di libera scelta.
Con l'attuazione della l.r. n. 23/2015 e in applicazione della D.G.R. n. 4702/2015, il personale degli ex distretti delle ASL è stato trasferito alle ASST a seguito del trasferimento delle funzioni erogative ai cittadini, comprese le attività di "sportello".

Con la D.G.R. n. X/5113 del 29.04.2016 e la successiva D.G.R. n. X/5513 del 2.08.2016 nell'ambito delle indicazioni per la redazione dei POAS è stato definito che il Dipartimento Cure Primarie deve esercitare con personale proprio le funzioni di governance, gestione e controllo dei medici convenzionati e del diritto all'assistenza sanitaria e alle esenzioni (gestione delle convenzioni MMG, MCA, PLS, governo del diritto all'assistenza sanitaria e del riconoscimento delle esenzioni, tutte le attività connesse all'incarico dei medici come la rendicontazione ADI, ADP, PIPP, la verifica dell'attività prescrittiva e degli studi, l'attuazione degli Accordi attuativi aziendali, la gestione dei turni dei MCA e l'individuazione e gestione delle postazioni di continuità assistenziale) e quelle per le quali, pur mantenendone la responsabilità funzionale, avvalendosi di convenzioni con le ASST per le attività esclusivamente rivolte ai cittadini attraverso sportello quali la Scelta e Revoca del medico, il rilascio di esenzioni, il riconoscimento dell'assistenza sanitaria al cittadino.

Al fine di dare attuazione alla D.G.R. n. X/5513 del 2.08.2016 in tutti i territori, la Direzione Generale Welfare costituirà entro il 30 aprile 2019 un Tavolo di lavoro con rappresentanze di ATS e ASST per individuare le modalità operative che consentano di chiudere le eventuali convenzioni stipulate dalle ATS con le ASST per l'utilizzo di personale che svolge attività di governance, gestione e controllo dell'attività dei medici convenzionati ed attività di

governance del diritto all'assistenza ed esenzioni e valutare la possibilità di una riconduzione alla ATS anche delle funzioni di cure primarie "erogate" al cittadino (erogazione diritto assistenza sanitaria, scelta/revoca del medico, rilascio esenzioni).

Nelle more dell'emanazione di tali indicazioni operative, le convenzioni che le ATS stipuleranno con le ASST per le attività sopra richiamate dovranno prevedere in dettaglio numero e qualifica degli operatori che le ASST devono mettere a disposizione (prioritariamente personale ex ASL in quanto già formato), l'impegno orario congruo con le attività da svolgere, la loro ubicazione, le modalità di contattabilità, la frequenza degli incontri periodici per aggiornamento e confronto, la formazione dei nuovi operatori, l'autorizzazione da parte del Dipartimento Cure Primarie delle abilitazioni NAR e per l'emissione/rinnovo delle carte SISS da rilasciare agli operatori ASST, la restituzione periodica di report relativi all'attività per consentirne un monitoraggio costante, con l'impegno a garantire tali funzioni secondo le modalità e i tempi disposti da ATS.

Al fine di garantire un efficace raccordo funzionale, si dispone che nelle convenzioni sia prevista la figura di un referente in ASST o organismo di coordinamento in accordo con ATS al fine di rendere più efficace il passaggio delle comunicazioni o la risoluzione di criticità funzionali.

La ATS è responsabile dell'individuazione e della gestione delle postazioni di continuità assistenziale, come già peraltro previsto nella D.G.R. n. X/5513/2016, in quanto datore di lavoro dei medici di continuità assistenziale, anche in previsione del ruolo unico della medicina generale e della futura integrazione nelle AFT.

A tal fine, la ATS può stipulare contratti/convenzioni con gli Enti proprietari (ASST, Comuni, Croci, ecc.). Le ASST devono trasferire le corrispondenti assegnazioni alle ATS, qualora precedentemente ricevute.

Le ASST possono mettere a disposizione delle ATS strutture per la continuità assistenziale (dotate anche di un archivio utile per la conservazione dei dati) a titolo di comodato gratuito, attraverso una convenzione nel quale siano disciplinate le modalità di smaltimento dei rifiuti speciali, la gestione delle utenze, le pulizie dei locali, la manutenzione ordinaria degli spazi che, se attuate direttamente da ASST, dovranno essere remunerate da ATS qualora previste a titolo oneroso. Le ASST, in quanto proprietarie della struttura, garantiscono invece la manutenzione straordinaria e la conformità degli impianti ai fini della sicurezza con costi a proprio carico.

7.2.2. Continuità assistenziale pediatrica

Il nuovo ACN del 21 giugno 2018 per la Pediatria di libera scelta individua, tra gli obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale, la presa in carico globale del cittadino e il tema dell'integrazione dei servizi e della continuità assistenziale che presuppone il riassetto del sistema d'offerta in relazione alla domanda di salute. Il Piano nazionale della Cronicità impegna le regioni nella programmazione di un disegno strategico centrato sulla persona e orientato su una migliore organizzazione dei servizi e una piena responsabilizzazione di tutti gli attori dell'assistenza.
Il ruolo del pediatra di libera scelta in questo contesto è quindi centrale e fondamentale, perché è il primo riferimento per il bambino e la sua famiglia e il rapporto di fiducia su cui è fondata la scelta da parte dell'utenza lo rende l'interlocutore che più può incidere sull'appropriatezza del percorso di cura partendo dalla conoscenza dell'assistito.

Per questo valore che la pediatria di libera scelta rappresenta nella capacità di prendersi cura dell'assistito, è necessario prevedere l'integrazione dei PLS nelle reti territoriali con le strutture e i servizi esistenti per garantire la continuità dell'assistenza ed evitare il più possibile l'accesso improprio al PS. Occorre quindi avviare un confronto tra gli attori del sistema per costruire una rete d'offerta integrata ed efficiente.

Pertanto, nell'ambito del Comitato Percorso nascita e Assistenza pediatrica adolescenziale la cui attività è principalmente orientata alla formulazione di ipotesi riorganizzative da attivare in modo uniforme sul territorio regionale, come previsto nel paragrafo n. 5.2.12 "Rete di Assistenza Materno – Neonatale e Pediatrica-Adolescenziale), sarà costituito entro aprile 2019 uno specifico Tavolo di lavoro per individuare le soluzioni più idonee a favorire la continuità assistenziale pediatrica coinvolgendo la UO Programmazione Polo ospedaliero, la UO Programmazione Rete Territoriale, la Struttura Cure Primarie, rappresentanze di ATS e ASST e rappresentanze di pediatri.

7.2.3. Attuazione degli Accordi integrativi regionali e apertura degli ambulatori pediatrici al sabato

Si richiamano le disposizioni contenute nella D.G.R. n. X/7600/2017 (Regole di sistema 2018) nei corrispondenti paragrafi.

7.2.4. Comitati zonali degli specialisti/professionisti ambulatoriali convenzionati

Si confermano i Comitati zonali approvati con la D.G.R. n. X/7600/2017 (Regole di sistema 2018) e le disposizioni contenute nel corrispondente paragrafo, eccetto la modalità di utilizzo delle graduatorie valida solo per il 2018.
Si invitano le ASST sedi principali dei precedenti Comitati zonali oggetto di accorpamento nel 2018 e la ATS Città metropolitana di Milano a fornire alla ASST sede principale del nuovo Comitato zonale di riferimento, qualora non vi avessero già provveduto, i dati del personale convenzionato, in formato elettronico, utili a comporre la carriera lavorativa per l'aggiornamento dello schedario e la gestione unitaria del rapporto di lavoro prevista dall' art. 17 dell'ACN del 17.12.2015, alla data di cessazione della funzione. In materia di premio di operosità sono confermate le disposizioni di cui alla nota regionale n. 18888 del 24 marzo 1997 e successive integrazioni.

TEMI CHIAVE/INNOVATIVI	**Tempistica**
Funzioni cure primarie: costituzione Tavolo lavoro ATS e ASST per individuare modalità operative per la chiusura delle convenzioni con le ASST per il personale che svolge attività di governo, gestione e controllo dei medici convenzionati e governance assistenza sanitaria ed esenzioni e valutare riconduzione ad ATS delle funzioni erogative al cittadino	Entro 30 aprile 2019
Continuità assistenziale pediatrica: costituzione Tavolo lavoro continuità assistenziale pediatrica Direzione Generale Welfare	Entro 30 aprile 2019

8. PREVENZIONE: REALIZZAZIONE DEI PROGRAMMI DEL PIANO REGIONALE PREVENZIONE/LEA

8.1. Premessa - stato di avanzamento

Il Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2014-2018 – proroga 2019 rappresenta il più importante atto di indirizzo programmatorio per tutta l'area della prevenzione, della promozione e tutela della salute anche in relazione agli obiettivi fissati nel Piano Nazionale di Prevenzione (PNP) 2014-2019. Come noto all'interno del PNP sono stati definiti 10 Macro Obiettivi nazionali ad elevata valenza strategica al cui raggiungimento concorrono tutte le Regioni.
Il PRP ha già superato positivamente all'interno del percorso di valutazione LEA la verifica per gli anni 2015, 2016 e 2017 con un risultato di raggiungimento degli obiettivi di piano superiore all'80%.
La vigenza del Piano Nazionale e conseguentemente dei Piani Regionali è stata prorogata al 31.12.2019; prosegue pertanto la realizzazione dei programmi: **gli indirizzi che seguono indicano, oltre al mantenimento delle azioni avviate, gli indirizzi operativi relativi ai LEA, le innovazioni/priorità significative per l'attività del SSR nel 2019.**

8.2. Performances area prevenzione: monitoraggio e valutazione dell'attività di prevenzione

Per il 2019 si conferma l'utilizzo dello strumento di misurazione delle "Performances nell'area della prevenzione" quale riferimento principale nella definizione degli obiettivi assegnato alle strutture SSR e relativi indicatori.

Tenuto conto dell'adesione di Regione Lombardia al network delle regioni, da cui concettualmente discende il sistema lombardo delle performances della prevenzione, gli indicatori comuni sono stati resi coerenti nel processo di valutazione degli stessi. Infatti, in un'ottica di omogeneità sono stati utilizzati indicatori consolidati e presenti nel "Sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali" del Laboratorio MeS.

Il **Piano dei controlli** per tutte le aree di competenza del Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria (DIPS) secondo le indicazioni specifiche fornite dalla UO Prevenzione della Direzione Generale Welfare va predisposto entro il **28/02/2019**. Si precisa che nel Piano devono essere inserite anche eventuali attività di controllo con altre AACC che discendono da una programmazione condivisa.

8.3. Azioni di semplificazione in materia di procedimenti amministrativi in carico ai DIPS attraverso l'utilizzo di piattaforme informatizzate – impresa in 1 giorno

Il D.Lgs. 30 giugno 2016, n. 126 sulla "*Attuazione della delega in materia di segnalazione certificata di inizio attività (SCIA), a norma dell'art. 5 della legge 7 agosto 2015, n. 124*" ha previsto che le amministrazioni statali adottino moduli unificati e standardizzati per definire esaustivamente, per tipologia di procedimento, i contenuti tipici e la relativa organizzazione dei dati delle istanze, delle segnalazioni e delle comunicazioni di cui ai decreti, nonché della documentazione da allegare.
Il D.Lgs. 25 novembre 2016, n. 222 "*Individuazione di procedimenti oggetto di autorizzazione, segnalazione certificata di inizio attività (SCIA), silenzio-assenso e comunicazione e di definizione dei regimi amministrativi applicabili a determinate attività e procedimenti, ai sensi dell'art. 5 della legge 7 agosto 2015, n. 124*" ha successivamente

individuato i procedimenti oggetto di autorizzazione, segnalazione certificata di inizio attività, silenzio assenso e comunicazione.

Con gli Accordi Stato Regioni del 4 maggio 2017 e del 6 luglio 2017 sono infine stati adottati moduli unificati e standardizzati per la presentazione delle segnalazioni, comunicazioni ed istanze, tra i quali il modulo "Notifica ai fini della registrazione (art. 6 Reg. (CE) 852/2004)" da utilizzare da parte di tutti gli operatori del settore alimentare (OSA) laddove non sia previsto il riconoscimento degli stabilimenti.

Saranno integrate le indicazioni precedentemente date alle ATS, superando il solo coinvolgimento del settore alimentare per la presentazione e l'aggiornamento della SCIA e della notifica ai fini della registrazione (art. 6 Reg. (CE) 852/2004) in Regione Lombardia, anche al fine di ribadire alcune semplificazioni già in atto ed, eventualmente, aggiungerne altre, come espressamente previsto dalla normativa nazionale citata. Il documento verrà predisposto in collaborazione con la Direzione Generale Sviluppo Economico per le parti di competenza.

8.4. Promozione della salute, prevenzione dei fattori di rischio comportamentali e diagnosi precoce delle malattie croniche e dei tumori (screening)

In questo ambito il 2019 vede confermati gli indirizzi già forniti negli anni precedenti, declinati con un alto grado di dettaglio nelle DD.G.R. n. X/7600/2017 e n. XI/491/2018, in relazione alla implementazione per una capillare estensione delle attività che afferiscono ai Programmi da 1) a 7) del Piano Regionale di Prevenzione vigente. In questo contesto è strategica la piena assunzione di titolarità sostanziale della *governance* multilivello del DIPS nel promuovere lo sviluppo della Prevenzione nell'offerta Territoriale in sinergia con le ASST (anche attraverso la valorizzazione del raccordo con la figura del *Process Owner* della Prevenzione) e con i Comuni (Ambiti/ Piani di Zona) nonché con Terzo Settore, Università, Società scientifiche, rappresentanze professionali/cittadini/pazienti, ecc. che a livello locale concorrono al raggiungimento degli obiettivi di salute.

L'esperienza e la competenza maturata in questa area dal sistema della prevenzione lombardo a partire dal Piano regionale di Prevenzione 2010 – 2014 sino all'attuale quadro di attuazione del PRP vigente, rendono infatti maturo l'impegno fattivo per una *governance* che sostanzi ulteriormente e consolidi i processi *guida* affermati dalla l.r. 23/2015 *"(…) di integrazione funzionale, intersettoriale e interistituzionale tra tutti i sottosistemi articolati del sistema sociosanitario e in particolare l'integrazione territoriale, indispensabile per la programmazione di interventi di prevenzione primaria (…), "(…) di responsabilizzazione e partecipazione di tutti gli operatori, indispensabili per promuovere ai diversi livelli il perseguimento di obiettivi di salute e favorire la convergenza dei piani di azione dei singoli soggetti e l'integrazione dei diversi settori", (…) di promozione della salute che attivino il ruolo delle politiche non sanitarie (…).*

Alla luce di tali premesse sono di seguito declinate le specifiche azioni di sviluppo previste per il 2019.

8.4.1. Promozione della salute e prevenzione dei fattori di rischio comportamentali

Premesso che in questo ambito si colloca l'attività afferente l'obiettivo LEA (core) misurato dall'indicatore composito "Stili di vita", proseguirà lo sviluppo degli interventi favorenti stili di vita salutari nei diversi setting: scuola, luoghi di lavoro, comunità locali/città, sistema

sociosanitario (strutture sanitarie, sociosanitarie, sociali), con l'obiettivo generale di incrementare la copertura di popolazione in relazione a fattori di protezione (*life skills, health literacy, empowerment*, cambiamenti ambientali).
In tale contesto rappresentano importanti opportunità, sotto il profilo dell'approccio metodologico integrato tra area sanitaria, sociosanitaria, sociale TERRITORIALE, in relazione alle alleanze intersettoriali con la scuola, il terzo settore e l'associazionismo di impresa, in raccordo con Enti locali e Ambiti, la valorizzazione di risorse nell'ottica della sostenibilità strutturale degli interventi messi in atto dalle ATS:

- il programma operativo regionale per il contrasto al gioco d'azzardo patologico di cui alla D.G.R. n. XI/585/2018 che, in relazione agli obiettivi generali nn. 1 e 2, rinforza e dà continuità al percorso già condiviso tra la Direzione Generale Welfare e la Direzione Generale Politiche Sociali, Abitative e Disabilità, anche attraverso i Piani operativi locali che devono prevedere il coinvolgimento delle Cabine di regia del Dipartimento PIPSS e il raccordo con gli Ambiti territoriali;
- la linea di intervento "*Bullout - Per la prevenzione e il contrasto al fenomeno del bullismo e cyber bullismo*" e le politiche di *prevenzione e contrasto alla violenza contro la donna* promosse dalla Direzione Generale Politiche per la Famiglia, genitorialità e pari opportunità (vedi paragrafi n. 16.3.2.4 "Il ruolo di ATS e ASST nell'attuazione delle politiche di prevenzione e contrasto alla violenza contro la donna" e n. 16.3.2.2 "Azioni di prevenzione e contrasto al bullismo").

In attuazione del programma operativo di cui alla sopracitata D.G.R. n. XI/585/2018 la Direzione Generale Welfare e la Direzione Generale Politiche Sociali, Abitative e Disabilità, attiveranno, in relazione all'Obiettivo Generale 3, una collaborazione volta a garantire la presa in carico integrata sia delle persone affette da ludopatia sia delle loro famiglie con il raccordo e collaborazione dei servizi sociali del territorio e il coinvolgimento dei diversi attori che possono collaborare alla buona riuscita del PAI, ivi compreso Terzo settore, Associazioni familiari e di mutuo aiuto.

- Per quanto attiene la <u>prevenzione delle dipendenze</u> proseguirà l'azione delle ATS e della cabina regionale per l'attuazione del "Protocollo di intesa finalizzato allo sviluppo e al consolidamento di buone prassi per la piena applicazione in ambito scolastico del t.u. delle leggi in materia di tossicodipendenze – D.P.R. n. 309/90 tra Regione Lombardia Prefettura di Milano e Ufficio Scolastico regionale per la Lombardia". In riferimento ai contesti extrascolastici proseguirà il percorso di lavoro regionale inter direzionale (in primis Direzioni Generali Politiche Sociali, Abitative e Disabilità e Politiche per la famiglia, genitorialità e pari opportunità) teso a sostenere la cornice di indirizzi condivisi per una azione integrata sanitaria, sociosanitaria, sociale ed intersettoriale, sulla base di quanto già definito nella D.G.R. n. X/7600/2017.

- Proseguiranno le azioni di supporto ai <u>processi intersettoriali realizzate dalla Direzione Generale Welfare</u> attraverso la stipula di accordi/intese di collaborazione con Associazioni, Società Scientifiche, ecc., e lo sviluppo di quelli già in essere. (Panificatori, LILT, ecc.).

- In relazione alla definizione del sistema di <u>monitoraggio dei LEA, indicatore composito "Stili di vita" e indicatore "Profilo di Salute"</u>, la Direzione Generale Welfare attiverà entro il primo trimestre 2019 un gruppo di lavoro con rappresentanti ATS (DIPS, Osservatori epidemiologici, POLIS, ISTAT), in tale contesto verranno inseriti gli sviluppi della attività della "Cabina di Coordinamento per lo sviluppo di attività di definizione della strategia

regionale per lo sviluppo sostenibile, in attuazione dell'Agenda ONU 2030" istituita con Decreto regionale n. 14879 del 17/10/2018.

- In relazione ai sistemi di valutazione quali – quantitativa (BD PROSA, SURVEY STILI DI VITA) della programmazione dei Piani Integrati Locali di Promozione della Salute – PIL, proseguirà il Laboratorio di confronto regionale con i Servizi di Promozione della Salute – DIPS (attivato nel 2017 e accreditato da POLIS quale formazione sul campo).

- Proseguirà la partecipazione regionale, con il coinvolgimento delle ATS, a progetti di ricerca e reti nazionali ed europei afferenti gli ambiti della promozione della salute, dell'invecchiamento attivo, della prevenzione della cronicità (EIP on AHA, *Schools for Health in Europe, Workplace Health Promotion, Urban Health, Joint Action Chrodis plus*, *Joint Action Health Equity Europe - JAHEE*, Azioni Centrali CCM 2018, ecc.).

8.4.1.1. Setting "sistema sociosanitario"

Verrà definito un modello di azione integrato con i **Consultori Familiari** che rappresentando un fondamentale tassello del sistema della prevenzione nei servizi TERRITORIALI, devono declinare appieno una capacità di offerta attiva - che utilizza metodi e strumenti validati per migliorare l'equità di accesso e incrementare la partecipazione - in riferimento a gravidanza fisiologica, promozione dell'allattamento al seno, competenze genitoriali (D.G.R. n. XI/268/2018 Rete regionale per l'assistenza materno-neonatale: indirizzi per l'appropriatezza e sicurezza del percorso nascita fisiologico a gestione ostetrica), salute della donna (programmi di screening, *skills* relazionali, *counselling* stili di vita, ecc.), percorsi di *empowerment* dei giovani (*skills* su relazioni-affettività, infezioni a trasmissione sessuale, contrasto al bullismo), ecc.
Tale capacità di offerta deve essere declinata in un modello che, integrandosi con i programmi offerti alle scuole, con le iniziative attivate con/nelle comunità locali/città, concorra alla strutturazione di un reale contesto di rete TERRITORIALE della prevenzione.

A tal fine nel 2019:
- ATS e ASST implementano /avviano i percorsi di programmazione integrata di cui agli indirizzi regionali 2015, 2016 e 2017, con attenzione anche alla formazione-aggiornamento degli operatori eventualmente provenienti da ambiti culturali-operativi ospedalieri, su obiettivi e programmi di promozione della salute e prevenzione Territoriali;
- la Direzione Generale Welfare, entro il primo bimestre 2019, attiva un tavolo di lavoro con i Consultori Familiari, Consultori privati accreditati, ATS, per la condivisione e definizione del modello integrato regionale di offerta attiva dei Consultori Familiari; programma (Piano formazione 2019) percorsi di formazione dedicati anche in relazione al Programma *Life Skills Training* per il quale è stata sperimentata e validata l'estensione ai temi della educazione alla affettività e della prevenzione delle ST.

Sempre in relazione al *setting* sociosanitario, in relazione alla partecipazione degli **Ospedali** al programma "Luoghi di lavoro che promuovono salute - WHP Lombardia" risulta prioritario che le ASST si attivino per sostenere nei rispettivi presidi le azioni per una adesione sostanziale che dia attuazione ai cambiamenti attesi, con particolare in riferimento al tabagismo ed alla offerta alimentare; si richiamano inoltre le indicazioni 2018 riferite allo sviluppo di azioni di promozione della salute nelle UOT, coerentemente alle diverse priorità e specificità di contesto. La Direzione Generale Welfare attiva entro il primo trimestre 2019 un gruppo di

lavoro regionale con i soggetti coinvolti finalizzato ad individuare eventuali azioni regionali di supporto al miglioramento.

8.4.1.2. Setting "Luoghi di lavoro"

Dovrà essere implementata l'azione di integrazione interna alle ATS tra il Programma "Luoghi di lavoro che promuovono salute - WHP Lombardia" e gli interventi e servizi per la conciliazione vita lavoro promossi dalla Direzione Generale Politiche per la famiglia, Genitorialità e Pari opportunità (vedi paragrafo n. 18.2.3. "Gli interventi e servizi per la conciliazione vita lavoro"), a tal fine verranno promossi momenti seminariali regionali per la diffusione di "buone pratiche" già attive.

8.4.1.3. Setting "Scuola"

Le ATS implementeranno lo sviluppo della Rete Scuole che Promuovono salute – Lombardia, anche facilitando/attivando il raccordo con altre reti di scuole o scuole polo le cui competenze/tematiche sostengono le attività di prevenzione/promozione della salute (Legalità, Bullismo, Ambiente, Formazione, ecc.); questo al fine di valorizzare tutte le opportunità per lo sviluppo di processi di salute efficaci e sostenibili, nella consapevolezza che la RETE SPS è uno strumento e non un obiettivo.
Dovrà essere inoltre implementata la diffusione delle azioni organizzative – ambientali raccomandate per l'area alimentazione, attività fisica, tabagismo (rif. "Carta di Iseo", ecc.) attraverso una offerta di supporto ed orientamento estesa a tutte le Scuole e non alle sole aderenti alla Rete SPS.
La prevenzione delle dipendenze dovrà vedere un significativo impegno per una capillare diffusione dei programmi Life Skills Training Lombardia e Unplugged Lombardia nonché lo sviluppo di programmi validati di Peer Education – condivisi nel percorso formativo in fase di allestimento da parte della Direzione Generale Welfare con POLIS Lombardia, che garantisca l'implementazione della copertura di scuole, con il pieno coinvolgimento anche dei Centri di Formazione Professionale. L'incremento della diffusione dei programmi regionali, che come noto sono identificati sulla base delle migliori evidenze di efficacia nella prevenzione delle dipendenze nel contesto scolastico, rappresenta un obiettivo strategico anche in termini di health equity, approccio fortemente raccomandato dalle più attuali LG internazionali, in quanto facilita il raggiungimento di fasce di popolazione meno strutturate in termini socio-culturali-ambientali.
Proseguiranno le azioni di supporto realizzate dalla Direzione Generale Welfare d'intesa con MIUR – USR per la Lombardia; verrà realizzata l'edizione 2019 dell'indagine "OKkio alla Salute - Sistema di sorveglianza nazionale sullo stato ponderale e i comportamenti a rischio nei bambini" (Regione Lombardia, MIUR, Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità), con l'azione delle ATS in raccordo con le Scuole; proseguirà l'attività del tavolo regionale di approfondimento dei dati della sorveglianza HBSC (condizioni di salute, atteggiamenti e comportamenti degli studenti 11-13-15enni) con le Università lombarde.

8.4.1.4. Setting "Comunità locali/Città"

Le ATS proseguiranno nello sviluppo di azioni fondate sul modello "Urban Health "(di cui al già citato programma n. 4 del PRP), sia mediante l'incremento di accordi locali con i Comuni ed i soggetti a vario titolo interessati, finalizzati all'aumento di opportunità di salute (alimentazione, attività fisica, invecchiamento attivo) ed alla riduzione di situazioni di rischio (dipendenze, GAP, ecc.), sia mediante l'azione di supporto ai Comuni nella valutazione per la definizione delle implicazioni per la salute di nuovi interventi urbani e/o di riqualificazione dei contesti della città. A supporto di tali azioni DG Welfare promuoverà la diffusione e messa a sistema dei risultati del Progetto CCM *"Urban health: buone pratiche per la*

valutazione di impatto sulla salute degli interventi di riqualificazione e rigenerazione urbana e ambientale".

8.4.1.5. Prevenzione delle Dipendenze

Per quanto attiene la prevenzione delle dipendenze, oltre a quanto già declinato nei programmi di setting, le ATS dovranno incrementare le azioni integrate tra ambito sociale e sociosanitario, quindi in sinergia con le ASST ed i Comuni , con l'attivazione dei diversi settori a vario titolo coinvolti (commercio, cultura, sicurezza, associazionismo, ecc.) e con il contributo degli Enti del Terzo Settore, per la riduzione del rischio da dipendenza e per favorire le capacità personali nei contesti territoriali, così da garantire un unicum tra interventi di comunità con interventi rivolti alle singole persone.
In tal senso l'attività di prevenzione di seguito descritto trova continuità in termini di "presa in carico" nelle indicazioni riportate nel paragrafo 5.2.17.2 "Dipendenze".

Tale azione di governance territoriale deve caratterizzarsi per approccio innovativo - così come individuato nei Programmi n. 4 e n.7 del vigente PRP – della programmazione che, a partire dalla mappatura di contesti locali (all'interno di grandi città, capoluoghi, ecc.) particolarmente a rischio (luoghi della movida, stazioni, aree periferiche, aree dismesse, giardini pubblici, ecc.), preveda:

- sviluppo articolato e "mirato" alle specificità locali con situazioni di criticità, degli interventi di comunità sopracitati con riferimento sia agli ambiti scolastici che al coinvolgimento di tutti gli altri segmenti di popolazione (giovani, adulti e anziani) anche attraverso iniziative in collaborazione con Associazioni e Comitati locali, ecc.;

- incremento degli interventi, *evidence based* e/o raccomandati, tesi alla rilevazione/valutazione del rischio individuale ed alla relativa offerta di occasioni di aggancio, orientamento/accompagnamento verso programmi di presa in carico nei Servizi territoriali;

- potenziamento e integrazione degli interventi di inclusione sociale già attivi (Progetti Bando Inclusione POR FSE), con l'implementazione di interventi di primo contatto per le persone in difficoltà (con riferimento alla riduzione del rischio e del danno in persone non disponibili all' aggancio) che garantiscano empowerment, counselling e orientamento verso percorsi di inclusione;

- supporto metodologico delle ATS ai Comuni nella pianificazione urbanistica, secondo il modello di Urban Health raccomandato dall'OMS, attraverso l'implementazione dell'utilizzo di strumenti di valutazione quali-quantitative (quale il Sistema di Valutazione Multicriteriale, validato dal Politecnico di Milano, in uso in alcune ATS e presentato a tutte nell'ambito del *Corso di formazione SDS 15044/AI-BI "I programmi di promozione di stili di vita e ambienti favorevoli alla salute nel piano regionale della prevenzione 2015 – 2018: primo laboratorio teorico pratico di pianificazione locale integrata*") in grado di orientare l'azione di organizzazione urbana secondo principi di "mixetè funzionali" che hanno dimostrato essere capaci di contrastare il crearsi di contesti urbani "problematici".

Per supportare la complessità dello sviluppo territoriale delle azioni di prevenzione delle dipendenze, la DG Welfare:

- proseguirà il percorso di lavoro regionale inter direzionale (in primis Direzioni Generali Politiche Sociali, Abitative e Disabilità e Politiche per la famiglia, genitorialità e pari opportunità) teso a sostenere la cornice di indirizzi condivisi per una azione integrata sanitaria, sociosanitaria, sociale ed intersettoriale, sulla base di quanto già definito nella D.G.R. n. X/7600/2017;
- definirà, anche sulla base di elementi validati da sistemi di monitoraggio di progettualità realizzate dalle ATS, un set di indicatori di impatto e processo, da integrare agli attuali indicatori di valutazione delle attività di promozione della salute e prevenzione;
- promuoverà la diffusione dell'approccio Urban Health mediante:
    - specifici momenti informativi e formativi regionali finalizzati ad incrementare le competenze degli operatori;
    - stipula di intese/accordi per facilitare il processo di collaborazione con i Comuni (Healthy City Network OMS, ANCI, ecc.);
    - diffusione e messa a sistema dei risultati del Progetto CCM "*Urban health: buone pratiche per la valutazione di impatto sulla salute degli interventi di riqualificazione e rigenerazione urbana e ambientale" (già citato nel paragrafo setting di Comunità)* che prevede la validazione di uno strumento di valutazione quali-quantitativo in grado di fornire un efficace e flessibile supporto per la definizione delle implicazioni per la salute di nuovi interventi urbani e/o di riqualificazione dei contesti urbani;
- proseguirà negli indirizzi (raccordo tra ATS e cabina regionale) per l'attuazione del "*Protocollo di intesa finalizzato allo sviluppo e al consolidamento di buone prassi per la piena applicazione in ambito scolastico del t.u. delle leggi in materia di tossicodipendenze – D.P.R. n. 309/90 tra Regione Lombardia Prefettura di Milano e Ufficio Scolastico regionale per la Lombardia*".

8.4.1.6. Risorse

Per le attività di "Promozione della salute e prevenzione dei fattori di rischio comportamentali", in coerenza con quanto previsto nel Piano Regionale della Prevenzione 2014-2019 (DCR n. XI/67 del 17/07/2018), e con le azioni di riferimento per l'indicatore composito "Stili di vita" LEA, nell'ambito dei Piani Integrati Locali di Promozione della Salute – PIL si confermano:

- ✓ le risorse economiche per "Attività PIL" pari ad euro **520.000,00** con il seguente riparto
  euro 60.000,00 ATS Bergamo
  euro 60.000,00 ATS Brescia
  euro 60.000,00 ATS Brianza
  euro 60.000,00 ATS Insubria
  euro 40.000,00 ATS Montagna
  euro 60.000,00 ATS Padana
  euro 40.000,00 ATS Pavia
  euro 140.000,00 ATS Milano
- ✓ le risorse pari ad euro **180.000,00** per la realizzazione di attività di coordinamento, formazione, monitoraggio, raccordo con Enti centrali nazionali ed europei di riferimento, produzione e stampa materiali e redazione di rapporti regionali, in relazione ai programmi *"Life Skills Training* Lombardia" e *"Unplugged* Lombardia", ai Sistemi di Sorveglianza "*Health Behaviour in School-aged Children* – HBSC", "*Global Youth*

Tobacco Survey – GYTS ", "OKkio alla Salute" (Ministero della Salute - Istituto Superiore di Sanità), alla Rete Europea delle Scuole che Promuovono Salute - SHE *Network*, alla "Banca Dati Prosa" ed alla *Survey* "Stili di vita", assegnate alla ATS di Milano città metropolitana.

8.4.2. Prevenzione e diagnosi precoce delle malattie croniche

Come già evidenziato il PRP è al suo ultimo anno di vigenza con valutazione LEA sulle attività concluse al 2019, pertanto il percorso relativo agli obiettivi di messa a sistema di (…) un *programma di diagnosi precoce di condizioni di rischio aumentato per MCNT nella popolazione in età 45 – 60 con offerta di approccio comportamentale (counselling vs Stili di vita) e, se necessario, di quello farmacologico* (…) e di "*(…) di adozione di indirizzi regionali sulla promozione dell'esercizio fisico nei soggetti con patologie croniche*" (anche in attuazione di quanto previsto dall'art. 56, comma 4 della l.r. 3 marzo 2017 n. 6), vede confermati gli indirizzi 2017 e 2018 (D.G.R. nn. X/5954/2016, X/7600/2017, XI/491/2018) per la completa messa a sistema delle azioni sulla base delle attività intraprese, anche a carattere sperimentale, dalle ATS nell'ambito del percorso **di presa in carico** del paziente cronico, dei progetti di **"governo clinico"** di MMG – PDF, delle azioni **intersettoriali con gli stakeholder del territorio** (associazioni sportive, palestre, ecc.), a tal fine verranno attivati momenti di condivisione e confronto tra Direzione Generale Welfare e ATS e con altri ambiti di confronto regionale già in essere tra i quali quello attivato nel 2018 con i Direttori e Presidi dei Corsi di Laurea in Scienze Motorie delle Università lombarde.

8.4.3. Screening oncologici

Sono confermati gli indirizzi 2018 (D.G.R. n. X/7600/2017 e n. XI/491/2018) anche in riferimento a volumi e qualità delle attività degli erogatori; dovrà inoltre essere data piena attuazione a quanto previsto dai decreti del Direttore Generale Welfare nn. 3711/2017 e 13960/2017 e dalla D.G.R. n. X/7013/2017 in relazione agli aspetti metodologici ed organizzativi ed alle azioni di miglioramento, necessari al raggiungimento degli indicatori di performances, con particolare riferimento agli obiettivi di analisi e reclutamento della popolazione non rispondente e delle categorie fragili.

Inoltre con particolare riferimento al miglioramento di appropriatezza e copertura:
le ATS dovranno implementare azioni di integrazione tra centri screening e medicina generale, clinical manager, associazioni, erogatori (anche in riferimento all'attuale sviluppo degli indirizzi regionali relativi a reti di patologia e Breast Unit) con la condivisione e l'applicazione di percorsi clinico-assistenziali ospedale – territorio. Inoltre, al fine di incrementare l'adesione ai programmi, promuoveranno iniziative di sensibilizzazione, comunicazione – formazione anche dirette e con il coinvolgimento dei MMG, nonché la realizzazione di innovative modalità di ingaggio della popolazione target (anche in ottemperanza a quanto indicato dalla DCR XI/123 del 30/7/2018).

La Direzione Generale Welfare fornirà indicazioni alle ATS per il miglioramento della qualità dei flussi relativi al calcolo degli indicatori LEA e di performance, inoltre darà completamento alla revisione del DWH regionale screening.

La Direzione Generale Welfare darà continuità al tavolo di confronto regionale con i Centri Screening ATS, nell'ambito del quale proseguirà il coinvolgimento delle strutture Epidemiologiche ATS, in particolare per l'approfondimento dell'analisi dei cancri screen detected e di intervallo di mammella e colon retto. Sarà riattivato l'Audit partecipato dei

Centri Screening di cui al D.D.G. 1935/2016, alla luce dei contenuti formativi forniti nel corso "*Programmi di screening oncologici: metodi e strumenti per migliorare l'equità di accesso e incrementare la partecipazione" (Polis* –AFSS ID AFSSL18019).

Screening della cervice uterina: nelle more degli esiti della gara regionale ARCA relativa ai test – presupposto per l'avvio dell'offerta del test HPV dna - le ATS dovranno implementare tutte le azioni per il consolidamento del programma in relazione all'offerta PAP test.

Screening del colon retto: i dati di copertura evidenziano la necessità di un particolare investimento da parte delle ATS nel processo di miglioramento del percorso sia sul piano organizzativo (percorso tracciabile del KitSOF) che su quello dell'individuazione/ingaggio della popolazione target. A tal fine la Direzione Generale Welfare darà continuità alle azioni già avviate nel 2018 quali formazione (POLIS – AFSS), tavoli di lavoro con stakeholder (Federfarma, Associazioni Scientifiche, Associazioni pazienti, ecc.) per lo sviluppo di collaborazioni utili al miglioramento dell'offerta: in tale ambito nel 2019 con la collaborazione delle Società Scientifiche di gastroenterologia (SIGE, AIGO, SIED Lombardia) verranno inoltre promossi momenti di formazione-informazione per Operatori sanitari, MMG e Cittadini.
Le attività sopra descritte prevedono il seguente impegno economico.

In coerenza con quanto previsto nel Piano Regionale della Prevenzione 2014-2019 (DCR n. XI/67 del 17/07/2018), è stabilizzata l'offerta attiva alle donne di età 45-49 e 70-74 delle mammografie di screening e ai soggetti di età 70-74 per la ricerca del sangue occulto nelle feci fino ad un costo complessivo per l'attività di screening di euro **14.000.000,00**.
Lo screening per il carcinoma del collo dell'utero mediante HPV-DNA Test rivolto alle donne di età 34-64 anni è valorizzato a euro **5.000.000,00** in relazione all'acquisto dei nuovi test a seguito di gara centralizzata ARCA.

8.5. Prevenzione sorveglianza e controllo delle malattie infettive anche attraverso l'offerta delle vaccinazioni

8.5.1. Realizzazione del Piano Regionale di Prevenzione Vaccinale 2017-19 (PRPV)

L'offerta vaccinale prevista dai LEA (PNPV 2017-19) per classi di età (calendario vaccinale) e per le categorie a rischio è stata completamente attivata; sono ora da incrementare le azioni finalizzate al raggiungimento/mantenimento delle coperture previste per i vaccini. Analogamente è a regime l'offerta in co-pagamento secondo le indicazioni di cui alla D.G.R. n. XI/491/2018.

Nel 2019 si procederà ad attivare le azioni finalizzate al miglioramento della qualità e dell'efficienza organizzativa del processo vaccinale e specificatamente:

- Audit ASST su offerta vaccinale: con Decreto della Direzione Generale Welfare verrà definito il "Piano di AUDIT" utilizzando metodi e modelli testati con apposita sperimentazione svoltasi nel corso del 2018. Al fine di offrire un servizio uniforme, di elevata qualità sul territorio regionale verrà auditata almeno una ASST di ciascuna ATS con rilievo delle non conformità e percorso di loro risoluzione.
- Completamento dell'implementazione del sistema informativo unico regionale di registrazione delle vaccinazioni – SIAVR;
- Attività di comunicazione in tema di vaccinazione con particolare attenzione alla donna in età fertile/gravidanza, al fine di diffondere conoscenza e corretta

informazione sui benefici di una mirata profilassi vaccinale per la prevenzione di fattori di rischio quali infezioni da patogeni nella donna in età fertile (vaccinazione anti morbillo-parotite-rosolia-varicella) e durante la gravidanza (vaccinazione antinfluenzale all'inizio della stagione influenzale, 2°/3° trimestre, e vaccinazione antipertosse, 28° settimana);

- Vaccinazione antimeningococco B ai nuovi nati: a partire dalla coorte nati 2019 si adotterà il calendario a 2 dosi più il richiamo, con le due dosi primarie tra 3 e 5 mesi (non meno di 2 mesi di intervallo tra le due dosi primarie, da effettuarsi in sedute separate dall'esavalente);
- Variazione delle tempistiche di offerta vaccinale per l'adolescenza: a partire dalla coorte di nascita 2008:
  a. anticipazione dell'offerta di vaccinazione antimeningocco ACWY in concomitanza con l'offerta della prima dose di HPV;
  b. anticipazione dell'offerta di vaccinazione anti Difterite - Tetano - Pertosse - Polio in concomitanza con l'offerta della seconda dose di HPV.

  Quanto sopra fermo restando il completamento delle chiamate per le coorti dei quindicenni, con chiusura della doppia corte in chiamata.

Inserimento "informatico" nei PAI – cronici delle vaccinazioni gratuite previste dal PRPV/LEA per le diverse categorie a rischio per patologia.

E' garantito quanto previsto dal PNPV 2017-19 e dai LEA con il raggiungimento delle coperture e i costi (indicativi) riferiti alle popolazioni target, alle categorie a rischio, alle nuove attivazioni e all'incremento delle coperture sono valorizzati fino ad un massimo di euro **69.100.000,00**.

8.5.2. Malattie infettive

Nel **sub allegato H *"Modalità di segnalazione e notifica delle malattie infettive e accertamenti con finalità epidemiologica"*** – *aggiornamento D.G.R. n. X/3190/2015",* si aggiornano le indicazioni relative ai flussi/responsabilità e centri di riferimento per l'attività di Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive, di cui alla D.G.R. n. X/3190 del 26/02/2015 "*Revisione ed aggiornamento degli interventi di sorveglianza, prevenzione, profilassi e controllo delle malattie infettive con ottimizzazione della lettura dei "segnali" in vista di Expo 2015*". Conseguentemente le ATS aggiorneranno procedure, accordi di collaborazione e modulistica con ASST e forniranno specifiche indicazioni ai diversi soggetti del sistema sanitario regionale (del territorio e delle strutture di ricovero e cura) nel rispetto degli indirizzi nazionali e regionali.

Alla luce delle patologie emergenti/misconosciute (es *West Nile, malattia di Lyme, ecc.*) e di cluster importanti di Legionellosi verificatisi sul territorio della Lombardia, sarà avviato un percorso di formazione, e conseguente revisione/aggiornamento delle specifiche procedure per la sorveglianza e per l'attività di controllo del territorio con conseguenti indirizzi coerenti con le LG dell'ISS anche alle amministrazioni comunali.

Per MTS attivazione della rete regionale con sistema di sorveglianza (D.G.R. n. X/6969/2007). Assistenza extra ospedaliera residenziale e semi residenziale per AIDS e sindrome HIV correlate: d'intesa con la UO Programmazione Rete Territoriale si avvia il tavolo di confronto con le attuali strutture (case alloggio) al fine definire il percorso per il passaggio al sistema di accreditamento/contratto come previsto dai LEA.

In continuità con i precedenti anni, l'attività laboratoristica di supporto alla sorveglianza della malattie infettive garantita dalla rete dei laboratori clinici e universitari di riferimento è valorizzata fino ad un massimo di euro **500.000,00**.
In coerenza con quanto previsto nel Piano Regionale della Prevenzione 2014/19 (DCR n. XI/67 del 17/07/2018) e tenuto conto della D.G.R. n. X/6968/2017 "REVISIONE E AGGIORNAMENTO DELLE INDICAZIONI IN TEMA DI SORVEGLIANZA, PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI SESSUALMENTE TRASMESSE (IST)", sarà prevista la possibilità di effettuare gli accertamenti sierologici per le malattie a trasmissione sessuale (in analogia con quanto previsto per la diagnosi di sieropositività HIV) presso i centri MTS della ASST. In relazione ai soli beni e servizi è ipotizzabile una valorizzazione per i laboratori di ASST, ove presente un centro MTS, fino ad un massimo di euro **500.000,00**.

8.6. Sicurezza degli alimenti di origine non animale e tutela del consumatore

8.6.1. Verifica dell'efficacia e dell'appropriatezza dei controlli ufficiali per la sicurezza: attività di supervisione, (valutazione sul campo, in tempo reale e sulla base di criteri predefiniti), delle modalità di esecuzione del controllo ufficiale da parte degli operatori SIAN.

Il Regolamento (CE) n. 882/2004 stabilisce norme generali per l'esecuzione di controlli ufficiali per verificare la conformità alla normativa in materia di mangimi e di alimenti, salute e benessere degli animali. Tali norme comprendono tra l'altro l'obbligo per le autorità competenti di verificare che i controlli in atto siano efficaci e di adottare misure correttive per assicurarne l'efficacia, se e quando necessario. Il Regolamento non prevede come effettuare la verifica dell'efficacia e dell'appropriatezza dei sistemi di controllo ufficiali, lasciando decidere le modalità alle Autorità Competenti. La UO Prevenzione di Regione Lombardia ha quindi elaborato una procedura regionale, approvata con decreto n. 1272 del 02/02/2018, con l'obiettivo di:

- definire le procedure operative con cui si attua la verifica dell'efficacia dei controlli ufficiali ai sensi dell'art. 8 punto 3 lettera a) del Regolamento CE n. 882/2004;
- definire gli standard di funzionamento per un possibile confronto tra unità operative al fine di raggiungere l'equivalenza della verifica dei controlli ufficiali effettuati in Regione Lombardia tra i diversi SIAN.

Tra le modalità di attuazione della verifica dell'efficacia vi è l'attività di supervisione, cioè nella valutazione sul campo, in tempo reale e sulla base di criteri predefiniti, delle modalità di esecuzione del controllo ufficiale da parte degli operatori.
Nell'anno 2018 è stato realizzato con Polis Lombardia un corso è quindi dedicato a medici e tecnici della prevenzione dei SIAN coinvolti nell'attività di supervisione del personale addetto ai controlli ufficiali, al fine di aumentare le loro competenze e garantire l'omogeneità delle attività di monitoraggio e verifica dei controlli ufficiali. Nella seconda metà dell'anno è cominciata l'attività in via sperimentale.

Nell'anno 2019 si prevede di portare a regime l'attività di supervisione, con l'effettuazione di verifiche in campo di almeno il 25% degli operatori addetti al controllo ufficiale per la sicurezza degli alimenti di origine non animale per ATS.
L'attività di verifica dell'efficacia e dell'appropriatezza del controllo ufficiale sarà rendicontata come indicato nel decreto n. 1272 del 02/02/2018.

8.6.2. Nuovo programma di controllo regionale della radioattività nelle acque destinate al consumo umano ai sensi dell'art. 4 del d.lgs. 28/2016

Il D.Lgs. 28/2016 "Attuazione della direttiva 2013/51/EURATOM del Consiglio, del 22 ottobre 2013, che stabilisce requisiti per la tutela della salute della popolazione relativamente alle sostanze radioattive presenti nelle acque destinate al consumo umano" recepisce in Italia gli obblighi di controllo del contenuto di radioattività nelle acque potabili, volto a tutelare la salute della popolazione.
Il D.Lgs. 28/2016 pone l'onere di questa attività in carico alla Regione – Direzione Generale Welfare con il supporto per la parte tecnica di ARPA, competente in tema di radioattività, e delle ATS – Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria per l'effettuazione dei prelievi, la valutazione sanitaria dei risultati e l'adozione degli eventuali provvedimenti conseguenti.
In attuazione del D.Lgs. n. 28/2016 e delle indicazioni operative contenute nel DM del 2 agosto 2017, nel 2019 viene data piena applicazione al Programma di controllo regionale della radioattività nelle acque destinate al consumo umano, da parte delle ATS, di ARPA e ai Gestori del Servizio Idrico Integrato per le parti di rispettiva competenza, con il raccordo della UO Prevenzione.

8.6.3. Elaborazione di indirizzi regionali per la rendicontazione dei controlli ufficiali in Impres@-BI

Essendosi evidenziata la necessità di condividere criteri comuni tra le ATS al fine di una rendicontazione più omogenea dei controlli eseguiti nell'ambito della sicurezza alimentare e la qualità delle acque destinate al consumo umano in Impres@-BI, con conseguente lettura statistica dei dati da parte della UO Prevenzione, si provvede ad elaborare un documento di indirizzi regionali.

8.6.4. Gestione emergenze

Al fine di garantire un intervento rapido in corso di emergenze di natura epidemica, con particolare riferimento alla sicurezza degli alimenti e delle acque potabili, si predispone una attività di formazione teorica e pratica del personale dei DIPS, in raccordo con UO Veterinaria della Direzione Generale Welfare e del DVSAOA delle ATS.

8.6.5. Alimenti vegetali e MOCA – attuazione L.G. Regolamenti (CE) 882/2004 e 854/2004

A seguito dell'entrata in vigore dell'Accordo Stato - Regioni 10 novembre 2016 "Linee guida per il controllo ufficiale ai sensi dei Regolamenti (CE) 882/2004 e 854/2004", la consueta attività di controllo ufficiale dei SIAN è stata rimodulata per tenere conto delle indicazioni date dal documento nazionale, recepito da Regione Lombardia. L'anno 2019 si caratterizza per il consolidamento dell'operatività e della conseguente rendicontazione dell'attività svolta in Impres@-BI.
Conseguentemente sono obiettivi prioritari per ATS:

- la rendicontazione dei controlli effettuati nel 2018 in Impres@ **entro il 31/01/2019** e dei controlli analitici nei database nazionali (NSIS VIG, NSIS Pesticidi, Cruscotto CROGM) secondo le frequenze e le modalità stabilite dal Ministero della Salute;
- la redazione della parte relativa alla sicurezza alimentare e qualità delle acque destinate al consumo umano nel Programma Integrato dei Controlli, da inviarsi alla UO Prevenzione **entro il 28/02/2019**, completo del report dell'anno precedente e definito in coerenza con le indicazioni regionali, sia per quanto riguarda i principi di pianificazione e programmazione, che per quanto riguarda la frequenza e il numero dei controlli e il numero e la tipologia dei campioni e delle determinazioni.

Le ATS inoltre provvederanno alla programmazione delle attività in modo da garantire:

- la redazione e implementazione di eventuali piani di azione, nei tempi e nelle modalità previsti, in seguito alla partecipazione al processo di Audit sulle Autorità Competenti Locali in materia di alimenti non di origine animale (SIAN) ai sensi dell'art. 4 comma 6 del Reg CE 882/2004;
- la formazione degli operatori: almeno 1 corso di approfondimento su un aspetto del controllo ufficiale (procedure di sistema/procedure speciali di interesse) e la partecipazione agli eventi formativi organizzati a livello regionale; formazione a cascata all'interno dell'ATS in caso di partecipazione a corsi organizzati da Ministero e Regione (N.B.: La partecipazione a corsi CE – BTSF dovrà avvenire in raccordo con la UO Prevenzione); rendicontazione alla UO Prevenzione secondo il format fornito.

Le ATS garantiranno la corretta gestione dei sistemi di Allerta alimenti regionale e iRASFF comunitario, nonché la corretta pubblicazione sul portale NSIS del Ministero della Salute degli avvisi di richiamo predisposti dagli OSA, secondo le modalità di cui alle Regole 2018.
Proseguirà infine la collaborazione con le altre Autorità Competenti in materia di sicurezza alimentare, qualità degli alimenti e repressione delle frodi, effettuando controlli congiunti nell'ambito dei prodotti vinicoli e oleari a denominazione d'origine, nel settore della ristorazione e somministrazione, delle attività etniche, della produzione primaria biologica.

8.6.6. Acque destinate al consumo umano

Per quanto riguarda la qualità delle acque destinate al consumo umano, nel Piano Integrato dei Controlli la pianificazione e programmazione dei controlli tramite sopralluogo e campionamento sono definiti in coerenza con quanto previsto dal D.Lgs. 31/2001 e s.m.i. e dalle indicazioni regionali. In particolare, è da indicare il numero di campioni sia microbiologici che chimici programmati e i criteri di identificazione delle Zone di Approvvigionamento utili ai fini della definizione delle frequenze di campionamento.
Un'attività mirata riguarderà inoltre le "Case dell'acqua", con la verifica dei piani di autocontrollo dei gestori e dei principali parametri microbiologici e chimici, quando necessario.
Le ATS garantiscono inoltre la partecipazione del personale interessato a corsi organizzati da Ministero e Regione, con successiva effettuazione di formazione a cascata ai colleghi.
I controlli analitici delle acque destinate al consumo umano, comprese le casette dell'acqua, sono inseriti in Impres@-BI secondo le modalità e le tempistiche indicate dalla UO Prevenzione.

8.6.7. Laboratori di Prevenzione

Fermo restando che nel corso dell'anno si intende procedere all'aggiornamento della D.G.R. n. X/4761 del 28 gennaio 2016, prosegue l'attuazione degli interventi finalizzati ad una efficiente razionalizzazione della Rete dei Laboratori di Prevenzione. In particolare, analogamente a quanto attuato dalla ATS Città Metropolitana di Milano, si chiede di produrre progetti di accorpamento dei laboratori multisede, evidenziandone vantaggi, criticità e tempistica di realizzazione.
Si ribadisce che l'acquisto di nuova strumentazione e/o l'implementazione da parte dei Laboratori di Prevenzione di nuove metodiche sviluppabili per combinazione matrice/analita dovrà essere preventivamente concordata con la Direzione Generale Welfare – UO Prevenzione, all'interno di una gestione coordinata della rete.
I laboratori di riferimento regionale dovranno provvedere alla progressiva sostituzione della strumentazione ad alte prestazioni tecniche con vetustà superiore a 10 anni o provvedere

alla verifica della loro adeguatezza al fine di garantire la rispondenza alla normativa di settore e alle metodiche ufficiali. Dovranno altresì garantire l'accreditamento delle determinazioni previste dalla normativa di riferimento, in raccordo con la UO Prevenzione.

8.7. Prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro

8.7.1. Salute ambiente

In continuità con le previsioni del Programma P.10 del PRP 2014-2018, denominato "Integrazione Salute e Ambiente", le ATS operano ai fini dell'integrazione delle informazioni ambientali con quelle per la tutela della salute dei cittadini, anche promuovendo accordi di natura inter-istituzionale che, a partire da scambi informativi, consentano il miglior governo di aspetti propri dell'epidemiologia ambientale.

In tal senso, poiché prioritario è il coinvolgimento degli osservatori epidemiologici, prosegue il reperimento presso le ATS di evidenze di accordi (in particolare con ARPA Lombardia) per la progettazione, la pianificazione e la realizzazione di studi di *background*/stato di salute/indagini epidemiologiche a livello locale e sovralocale volte ad implementare il bagaglio conoscitivo proprio del progetto "EpiAmbNET", finanziato dal CCM del Ministero della Salute alla cui prosecuzione Regione Lombardia ha manifestato il proprio interesse, coinvolgendo operativamente l'ATS di Pavia. Tale percorso muove dalla volontà di rafforzare il contributo della epidemiologia sul tema Ambiente e Salute secondo le linee indicate dal Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2019.

In attesa del recepimento statale delle linee guida elaborate nell'ambito del progetto CCM T4HIA – Strumenti per la Valutazione di Impatto sulla salute Pubblica (VIS) nelle procedure di valutazione ambientale di piani, progetti e programmi – conclusosi nel 2016, nonché degli esiti del Sottogruppo Linee Guida VIS, costituito in seno alla *Task Force* Ministeriale c.d. "Ambiente Salute", sarà data attuazione all'aggiornamento delle indicazioni regionali per l'analisi e redazione del capitolo salute pubblica all'interno degli studi di impatto ambientale e negli studi preliminari ambientali, oggetto garantendone l'applicazione anche in seno alla Commissione VIA regionale. Inoltre, le ATS assicurano, per gli impianti di gestione dei rifiuti, oltre alla verifica dei requisiti di protezione della salute umana ex art. 184 bis D.Lgs. 152/2006, anche la verifica dei criteri di registrazione ed esenzione dalla registrazione delle sostanze recuperate secondo i Regolamenti REACH/CLP.

Infine, è richiesto l'inserimento di uno specifico modulo Salute Ambiente nei percorsi formativi rivolti a MMG ed a PLS, con i quali aumentare il loro bagaglio conoscitivo: in questo senso, risulterà premiante la capacità di collaborazione del Dipartimento Igiene e Prevenzione Sanitaria, ovvero dei Servizi deputati alla Igiene Pubblica e salute Ambiente nel proporre al Dipartimento di Cure Primarie percorsi formativi dedicati, quali a titolo di esempio, la somministrazione di questionario on-line, utile a verificare e stimolare il grado di conoscenza e formazione in materia Salute Ambiente, piuttosto che l'erogazione di corsi formativi FAD.

8.7.2. Gestione emergenze

Predisposizione di attività di formazione del personale dei DIPS per garantire uniformità di intervento in corso di emergenze di natura ambientale, anche in esito a lavori di

adeguamento ed aggiornamento dei manuali di GIP sulla scorta di valutazioni congiunte effettuate con ARPA, AREU e VVF.

8.7.3. Acque di balneazione

Nel Programma P.10 del PRP 2014-2018 si inseriscono anche le politiche a tutela del cittadino fruitore della matrice acqua destinata all'uso balneazione, con riferimento alla norma D.lgs. n. 116/2008 di attuazione della Direttiva 2006/7/CE. Lo strumento a supporto di tale attività è il Portale delle Acque del Ministero della Salute (sezione acque di balneazione) che visualizza tutte le aree di balneazione, con i dati relativi al monitoraggio della stagione balneare in corso, lo stato di balneabilità in tempo reale e le informazioni ambientali riguardanti il profilo di costa di ogni singola area.
Le ATS, coordinate dalla competente Struttura regionale della Direzione Generale Welfare, aggiornano il Portale in tempo reale e presidiando la puntualità nell'emanazione e trasmissione dell'Ordinanza di divieto e di revoca del divieto di balneazione, ove ne ricorra la necessità. Altresì, nella logica di portare ad ulteriore evoluzione il presidio del territorio, a vantaggio della salute dei cittadini, i Servizi di Igiene Pubblica dei DIPS incrementano i punti di studio delle acque superficiali, ovvero del profilo di qualità dei punti già inseriti negli attuali programmi di monitoraggio.

8.7.4. Monitoraggio aerobiologico

Alla luce del ruolo riconosciuto al monitoraggio aerobiologico quale strumento di prevenzione per la salute della popolazione e considerato il generale aumento delle allergie respiratorie dovute alla presenza di particelle aerosospese, spesso associato al cambiamento climatico, si intende avviare il coordinamento delle attività condotte dai Centri di monitoraggio, già operanti sul territorio lombardo.

8.8. Tutela della salute e sicurezza del lavoratore

8.8.1. Azioni per la riduzione del fenomeno infortunistico e tecnopatico

Nel 2019 prenderà avvio il Piano regionale 2019-2023 SSL, col quale si definiranno nuove misure di tutela del lavoratore in corrispondenza di rischi emergenti legati all'evoluzione tecnologica, all'invecchiamento della popolazione, alle violenze sui luoghi di lavoro.

Lasciando inalterati gli obiettivi di riduzione degli eventi infortunistici e tecnopatici, le attività di controllo si perfezionano coerentemente alla nuova definizione dell'indicatore LEA per la SSLL (controllo del 5% delle imprese attive site nel territorio di competenza) interessando anche le imprese individuali e realizzandosi anche attraverso la modalità del percorso strutturato di prevenzione, c.d. Piano Mirato (PMP).

Detto controllo – esaustivamente descritto nella D.G.R. n. XI/164 del 29/05/2018 "Piano triennale straordinario di intervento in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro" – modalità di utilizzo dei fondi derivanti dalle sanzioni ex D.lgs. 758/1994 di cui all'art. 13, comma 6 del D.lgs. 81/2008 consente, in un contesto di approccio collegiale alle imprese, di applicare concretamente i principi dell'assistenza e dell'informazione poiché coniuga azioni di "*enforcement*" (vigilanza) con azioni di "*empowerment*" (assistenza).

L'obiettivo di emersione delle malattie professionali individuato dal PRP 2014-2018, Programma P.9 "TUTELA DELLA SALUTE E SICUREZZA DEL LAVORATORE", di cui il Piano

regionale SSL è esplicazione, è assegnato alle ATS e alle ASST sede di UOOML e misurato attraverso l'indicatore sentinella la cui fonte dati è il Sistema Informativo Regionale della Prevenzione – area Person@ - Ma.P.I.

Altresì, in coerenza con quanto disposto dal decreto del Direttore Generale Welfare n. 1697 del 09/02/2018, sempre nella logica di considerare paradigmatico il comparto sanità, le ATS verificano l'applicazione del *CORE PROTOCOL* PER LA SORVEGLIANZA SANITARIA DEGLI ADDETTI IN SANITA' implementato allo scopo di concorrere alla prevenzione delle patologie cronico degenerative non trasmissibili, ovvero integrato con i principi della *Total Worker Health* indicato dal NIOSH, a cura delle UOOML c/o le ASST.

8.8.2. Piano triennale straordinario, approvato con D.G.R. n. XI/164 del 29 maggio 2018

Il Piano triennale straordinario, coerente con il disposto ex art. 13, comma 6 del D.Lgs. 81/08, valido per il triennio 2018-2010, sarà rimodulato nel 2019 in base agli introiti delle sanzioni 2018 per l'aspetto di disponibilità economica; in questo modo, incentivando nuove attività/interventi a contrasto del fenomeno infortunistico. Le ATS provvedono, secondo le indicazione della Direzione Generale Welfare, al monitoraggio delle attività realizzate nel 2018.

8.8.3. Formazione alla salute e sicurezza sul lavoro: il processo di integrazione della competenza nei curricula scolastici

Nella consapevolezza che il processo intrapreso richiede risorse ulteriori e tempi di realizzo medio-lunghi, l'obiettivo del PNP/PRP sarà valorizzato a partire dagli interventi, coerenti con il Protocollo approvato con D.G.R. n. X/5192/2016, che si innestano nei percorsi di alternanza scuola-lavoro per gli studenti delle classi III degli istituti di secondo grado, condotti dalle ATS in collaborazione con INAIL Provinciale e con gli Ambiti territoriali dell'Ufficio Scolastico Regionale.

8.8.4. Prevenzione e controllo rischio amianto

A tutela del cittadino e del lavoratore, nell'area della prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro, proseguiranno le azioni sanitarie sul tema amianto, ormai a sistema.
Al fine di favorire la più ampia conoscenza possibile del rischio connesso con la presenza dell'amianto sul territorio, particolare importanza riveste la rilevazione dei manufatti in cemento-amianto "utilizzati indirettamente", ovvero ad uso indiretto.

In concreto e conformemente alle indicazioni già fornite dalla Direzione Generale Welfare, i Servizi di Igiene Pubblica ATS supportano i Comuni/Enti Gestori nella rilevazione, entro il 28/02/2019, tramite Ge.MA della presenza sul territorio di tubazioni di cemento-amianto nelle reti di distribuzione di acqua potabile; altresì, verificano la qualità del dato rilevato.

In ordine alla ricerca attiva dei tumori professionali da esposizione ad amianto, il servizio telematico di Segnalazione di Malattie Professionali, integrato in SISS, darà evidenza quantitativa dell'attività svolta dalle ATS e dalle UOOML c/o ASST.
Ulteriori interventi per la sorveglianza sanitaria degli ex esposti ad amianto vedranno impegnate le ATS e le UOOML successivamente all'acquisizione dei relativi elenchi da parte di INAIL ed a recepimento dell'Accordo Stato-Regioni Rep. N. 39/CSR del 22 febbraio 2018.

8.9. Piano dei controlli sulle sostanze chimiche

Le esperienze condotte a seguito di eventi sentinella e di partecipazione a procedimenti autorizzativi ambientali hanno messo in evidenza come - in una logica di trasversalità tra salute e ambiente - il processo, avviato a livello europeo, di uniformare le attività di controllo sulle sostanze chimiche debba comportare un'evoluzione delle modalità di controllo da frammentarie e settoriali a uniformi e univoche. Il rischio chimico, ovvero la probabilità che si raggiunga il potenziale nocivo nelle condizioni di utilizzazione o esposizione, deve trovare modalità univoche nella sua analisi e nell'individuazione di misure di protezione, indipendentemente dal settore/comparto di attività in cui si esplica il controllo. In questo modo si assicura la tutela dell'ambiente e della salute umana a protezione del cittadino, del consumatore e del lavoratore.

Piano Nazionale REACH e CLP. Nell'ambito del programma P.11: "PIANO DEI CONTROLLI SULLE SOSTANZE CHIMICHE" del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2014-2018, le ATS realizzano gli interventi previsti dal Piano nazionale delle attività di controllo sull'applicazione dei Regolamenti (CE) n. 1907/2006 (REACH) e(CE) n. 1272/2008 (CLP) in continuità con le indicazioni fornite in precedenza.

I diversi servizi del DIPS, impegnati nei controlli nei diversi settori, cooperano onde assicurare un'applicazione trasversale della normativa sulle sostanze chimiche perseguendo gli obiettivi generali definiti dalla programmazione nazionale e regionale, ma altresì dettata dal manifestarsi di casi sentinella o comunque di eventi puntuali. In questa logica, le ATS, perseguono una fattiva collaborazione con altri soggetti istituzionali coinvolti nei controlli sulle sostanze chimiche, in particolare nell'affrontamento delle emergenze segnalate dai CAV.

8.9.1. Prodotti fitosanitari: controlli sul commercio e sull'impiego

L'attività di vigilanza e controllo in commercio e presso gli utilizzatori finali è condotta in continuità con le indicazioni metodologiche praticate in passato.
Con l'entrata in vigore del decreto 33/2018, i controlli in commercio, presso i punti vendita della Grande Distribuzione e specializzati (Garden Center, Brico, …), devono verificare prioritariamente il rispetto delle misure e dei requisiti che il citato decreto individua per i prodotti fitosanitari destinati a utilizzatori non professionali.

8.10. Prodotti cosmetici: sperimentazione controlli presso i fabbricanti

Alla luce di quanto previsto dal Regolamento CE n. 1223/2009 (art.8 e art.22) per i prodotti cosmetici, le ATS – secondo indicazioni regionali - avviano sperimentalmente controlli in regime di audit presso i fabbricanti di prodotti cosmetici, presenti nel territorio di competenza, per la valutazione delle Pratiche di Buona Fabbricazione dei cosmetici (GMP).

8.11. Unità operative ospedaliere di medicina del lavoro

L'attuazione della D.G.R. n. X/6358/2017 e smi con cui è stata ridefinita la Rete delle UOOML ha, quale ricaduta 2019, la strutturazione della rendicontazione delle attività erogate.
Se l'anno 2018 ha rappresentato l'anno di transizione alle nuove modalità di finanziamento, nel 2019 l'erogazione del finanziamento per le attività "a funzione" dovrà valorizzare le funzioni che le UOOML svolgono a favore della struttura di appartenenza, del tessuto

produttivo del territorio di riferimento ed anche del contributo al raggiungimento dell'emersione delle malattie professionali, in coordinamento con le ATS.

In coerenza con gli obiettivi prioritario fissati dal PNP, il driver utilizzato a tal fine è il numero di casi istruiti per indagare l'origine professionale della patologia diagnosticata inserite nel modulo Malattie Professionali e Infortuni (Ma.P.I.) del Sistema Informativo della Prevenzione e quelli segnalati attraverso la funzionalità di Segnalazione delle Malattie Professionali (SMP), ove quest'ultima in particolare consente di valorizzare l'attività svolta dal Centro Operativo Regionale (COR), istituito presso IRCCS Policlinico di Milano.

In coerenza con l'attuazione della D.G.R. n. X/6358/2017 e smi con cui è stata ridefinita la Rete delle UOOML è previsto un finanziamento per le attività "a funzione" a favore della struttura di appartenenza pari a euro **4.000.000,00**.

8.12. Utilizzo proventi derivanti dalla attività dell'area prevenzione

Si richiama la nota prot. n. G1.2018.0002863 del 30.1.2018 avente ad oggetto "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario 2018 (D.G.R. n. X/7600 del 20.12.2017) 3.18.13 – Utilizzo proventi" ove si precisa: "Entro il 31 gennaio di ogni anno le Aziende provvedono al pagamento delle suddette sanzioni, incassate nell'esercizio precedente, a Regione Lombardia sul Conto Corrente Bancario della Banca d'Italia n. 306689, esplicitando le seguenti causali obbligatorie "sanzioni sicurezza e salute nei luoghi di lavoro" e "sanzioni Regolamenti REACH e CLP. Per quanto attiene alla quota degli introiti derivanti dalla riscossione delle tariffe in carico agli operatori del settore alimentare che trattano alimenti di origine non animale di cui all'allegato A, sez. 6 del D.Lgs. 194/2008, nella causale di versamento occorre precisare "Igiene degli alimenti di origine non animale".

Per quanto riguarda la quota di competenza delle ATS degli introiti ai sensi del D.Lgs. n. 194/08 per gli OSA che trattano alimenti non di OA la stessa deve essere inserita nell'apposito capitolo del Bilancio dell'ATS ed utilizzata come previsto dal D.Lgs. stesso ("mantenimento, potenziamento e miglioramento dell'efficacia della programmazione e dell'attuazione del piano integrato dei controlli", comprensivo dell'attività dei Laboratori di Prevenzione) e rendicontata secondo le indicazioni della UO Prevenzione.

TEMI CHIAVE/INNOVATIVI

Promozione della salute e prevenzione dei fattori di rischio comportamentali Sviluppo della prevenzione nell'offerta Territoriale Implementazione del ruolo dei Consultori familiari nella promozione della salute e prevenzione attraverso un modello integrato di offerta attiva
Screening oncologici Azioni con MMG, ASST, Associazioni, altri *stakeholder* per incrementare la partecipazione della popolazione target attraverso attività di sensibilizzazione – comunicazione e formazione
Offerta vaccinale Attuazione di Piano Audit ai Servizi vaccinali

Adolescenza: anticipazione della vaccinazione anti-meningococco ACWY e della vaccinazione anti Difterite - Tetano - Pertosse - Polio a partire dalla coorte di nascita 2008 (con chiusura della doppia coorte in chiamata)
Malattie infettive Indicazioni aggiornate relative ai flussi/responsabilità del sistema di sorveglianza malattie infettive
Tutela del consumatore: sicurezza degli alimenti di origine non animale e dell'acqua potabile Verifica dell'efficacia e dell'appropriatezza dei controlli ufficiali attraverso la supervisione delle modalità di esecuzione del controllo ufficiale da parte degli operatori SIAN Attuazione del programma di controllo della radioattività nelle acque destinate al consumo umano
Tutela della salute e sicurezza del lavoratore e del consumatore Attuazione della prima annualità del Piano triennale straordinario di intervento in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro con utilizzo degli introiti dei controlli (D.Lgs. 81/2008) Definizione e avvio del Piano Regionale SSL 2019 -2023 Audit ai produttori di Prodotti cosmetici con valutazione secondo le *Good Manifacturing Practies* (Reg CE 1223/2009 - artt. 8, 22)
Salute e ambiente Attuazione di percorsi formativi per MMG/PLS su temi legati ai danni sulla salute causati da esposizioni ambientali
Igiene Pubblica Attuazione del censimento delle tubazioni idriche interrate in cemento-amianto, attraverso azione di supporto ai Comuni/gestori e verifica della qualità del dato trasmesso Implementazione dei punti di studio delle acque superficiali, ovvero del profilo di qualità dei punti già inseriti negli attuali programmi di monitoraggio
Azioni di semplificazione in materia di procedimenti amministrativi in carico ai DIPS attraverso l'utilizzo di piattaforme informatizzate – Impresa in 1 giorno: raccordo con SUAP

9. MEDICINA LEGALE

9.1. Accertamento medico-legale della disabilità

L'adozione del secondo programma di azione biennale per la promozione dei diritti e l'integrazione delle persone con disabilità[1], nel confermare e rilanciare l'impegnativa sfida di un'ampia riforma del sistema di riconoscimento, di competenza necessariamente nazionale, richiama il ruolo imprescindibile delle autonomie regionali in particolare nella valutazione dell'handicap e della disabilità, così come nelle valutazioni multidimensionali.

Alle Regioni e alle loro articolazioni operative (ASST) sarebbe con maggior chiarezza affidato il ruolo di accompagnare le Persone con Disabilità nello sviluppo e articolazione di

[1] Decreto del Presidente della Repubblica 12 ottobre 2017

un "progetto personalizzato" di intervento con la ricomposizione di tutti i sostegni necessari all'inclusione sociale e all'esercizio dei diritti.

La valutazione della disabilità prevista dal modello biopsicosociale diviene, in prospettiva, un momento centrale nell'allocazione delle risorse assistenziali "indipendentemente dal diritto o meno all'erogazione di assegni": in tale ottica, il sistema di accertamento delle UU.OO. di Medicina legale delle ASST, con l'attività di verifica da parte di INPS costituisce un modello organizzativo da potenziare, e, nei limiti della legislazione vigente, da semplificare.

Nelle more dell'emanazione degli strumenti normativi nazionali e regionali necessari a dare piena attuazione a quanto sopra previsto, alcune azioni possono essere avviate per operare quella trasformazione strutturale e organizzativa che consenta alle UU.OO. medico-legali del SSR, di operare con la necessaria competenza multidisciplinare valorizzando il rigorismo metodologico medico-legale nel contesto dei percorsi di certificazione della disabilità.

Tra i primi obiettivi da conseguire, per superare, almeno a livello regionale, alcune delle criticità evidenziate dal DPR 12 ottobre 2017, sono:

1) l'implementazione di una separazione di percorsi di valutazione e accertamento per minori con disabilità;
2) il miglioramento e l'implementazione di nuovi sistemi di ritorno informativo sull'attività complessiva e sugli esiti degli accertamenti;
3) la sistematizzazione di strumenti di controllo di qualità dell'attività valutativa, svolta dalle commissioni.

9.2. Accertamento medico-legale della disabilità in età evolutiva

Con particolare riferimento ai minori, il 1° gennaio 2019 entreranno in vigore le nuove disposizioni previste dal decreto legislativo n. 66/17 recante "Norme per la promozione dell'inclusione scolastica" che modificano le procedure di certificazione prevedendo una valutazione in due momenti distinti:

- un primo accertamento, posto a carico delle UU.OO. di Medicina legale, volto alla valutazione della disabilità;
- una successiva definizione del Profilo di Funzionamento, posta a carico dell'Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM).

Dal 1° gennaio 2019 le ASST dovranno pertanto assicurare il regolare funzionamento delle Commissioni medico-legali, previste dall'art. 4 comma 1bis della legge 104/92 assicurando:

a) il necessario apporto specialistico con clinici scelti tra pediatri, neuropsichiatri infantili o altre figure specialiste della condizione di salute del richiedente;
b) lo stretto monitoraggio dei tempi di attesa per l'accertamento della disabilità in età evolutiva, come previsto dall'art. 5 comma 1 del D. Lgs. 66/17.

9.3. Informatizzazione e implementazione del fascicolo medico-legale

La creazione di un fascicolo informatizzato medico-legale (distinto dal fascicolo sociosanitario che ha finalità esclusivamente assistenziali) è stato da tempo individuato quale strumento gestionale finalizzato ad ottimizzare i percorsi dell'utente e ad assicurare la conformità normativa delle prestazioni erogative di medicina legale, garantendo nel contempo sicurezza, integrità, certezza, efficacia ed efficienza dei dati raccolti.

Nel 2019 tutte le ASST, singole o aggregate per dipartimenti, dovranno utilizzare quale strumento lavorativo corrente il "fascicolo medico-legale" consentendo l'immediata disposizione di tutti i dati medico-legali degli assistiti, su supporto informatico; tale strumento dovrà essere integrato, attraverso la digitalizzazione, con la documentazione sanitaria esibita nel corso dei singoli accertamenti, consentendo una corretta visualizzazione delle informazioni cliniche anche storiche dell'utente, in modo semplice ed immediato.

L'obiettivo finale a cui aspirare è costituito dal confluire delle diverse fonti dati in un unico sistema di raccolta relativo alle prestazioni medico-legali erogate dalle singole ASST (Commissione Medica Locale, Commissioni invalidi, collegi di ricorso e collegi di inabilità, Certificazioni monocratiche), che potranno essere condivise, nel rispetto del regolamento generale sulla protezione dei dati e delle normative specifiche di settore con le strutture e gli enti istituzionalmente interessati ai procedimenti medico-legali così come indicato anche dal Codice della Pubblica Amministrazione Digitale (D.Lgs. 82 del marzo '05) che prescrive l'obbligo, per le amministrazioni pubbliche, di garantire la capacità dei sistemi informatici di scambiarsi e di usare mutuamente informazioni per rendere più efficienti i loro processi ed agevolare, così, i cittadini e la collettività nei loro adempimenti.

Appare dunque opportuno implementare, tra le azioni di miglioramento prioritarie finalizzate ad ottimizzare i tempi e i percorsi per i cittadini in condizioni di fragilità, emerse anche dal confronto nel Tavolo Tecnico inter-istituzionale Regione-INPS[2], la condivisione su piattaforma informatica già operante in cooperazione applicativa tra ASST e INPS, anche dei dati relativi alla documentazione presentata in sede di visita.

Quale ulteriore evoluzione dell'informatizzazione le ASST del territorio, dovranno implementare i propri sistemi informatici di gestione delle prestazioni medico-legali, di una funzione, ad oggi non uniformemente diffusa, che consenta al singolo cittadino di prenotare le prestazioni di medicina legale via web.

9.3.1. Supporto medico legale nella gestione del contenzioso aziendale.

Nell'ambito del contenzioso da attività sanitarie le UU.OO. di Medicina-legale delle ASST debbono assicurare il necessario supporto tecnico specialistico, con particolare riferimento alla partecipazione nel Comitato Valutazione Sinistri e alla collaborazione con le Unità di Gestione del Rischio Clinico come indicato nella D.G.R. n. X/5113 del 29 aprile 2016. La nuova legge 24 dell'08 marzo 2017, rilancia la tematica della sicurezza delle cure mentre il DPCM 12 gennaio 2017 ha per la prima volta incluso, nei livelli essenziali di assistenza, di competenza medico-legale, gli interventi di informazione e comunicazione ai cittadini ed agli operatori sanitari su temi di bioetica, trapianti, sicurezza delle prestazioni sanitarie, e altri temi di rilevante interesse sociale e professionale. In tale contesto si considera strategicamente prioritaria l'implementazione di progetti a valenza dipartimentale o, in ogni caso, interaziendale che, tenute in considerazione le diverse dimensioni e tipologie del rischio connesso all'erogazione di prestazioni cliniche, i profili della responsabilità professionale sanitaria e le problematiche oggetto di contenzioso medico-legale (incluse le stesse prestazioni erogate dalle UU.OO. di Medicina legale) intervengano con attività di aggiornamento e formazione agli operatori e alle articolazioni aziendali in un processo di miglioramento continuo della qualità delle prestazioni sanitarie, cliniche e medico-legali.

[2] Istituito con decreto n. 2993 del 02/03/2018: Costituzione presso la Direzione Generale Welfare del Tavolo Tecnico Interistituzionale Regione, INPS e ASST, per le attività di accertamento afferenti l'invalidità civile.

TEMI CHIAVE/INNOVATIVI

Accertamento medico legale della disabilità con particolare attenzione all'età evolutiva e della successiva valutazione del Profilo di Funzionamento
Creazione del Fascicolo medico-legale
Interventi di aggiornamento e formazione su tematiche medico-legali

10. AREA VETERINARIA

10.1. Premessa

La Veterinaria Pubblica regionale ha adottato il concetto di "*One Health*" promuovendo un approccio integrato all'attuazione delle politiche sanitarie veterinarie, con il coinvolgimento di tutti gli *stakeholder* per una gestione efficace, efficiente e coordinata.

Questo aspetto si è rivelato fondamentale nella gestione dell'emergenza di influenza aviaria verificatesi nel corso del 2017/18 che ha coinvolto la filiera avicola regionale con un costo di oltre 22 milioni di euro in indennizzi pagati agli allevatori.

Anche per il 2019 si ritiene importante continuare con una gestione integrata con le regioni limitrofe (Veneto ed Emilia Romagna) delle principali problematiche sanitarie, in particolare di quelle relative alla biosicurezza per la prevenzione di nuove epidemie. Considerato che il 40% del patrimonio suinicolo nazionale è localizzato in Lombardia, un'attenzione particolare dovrà essere data alle azioni di prevenzione della Peste Suina Africana (PSA) che sta interessando l'Europa e che potrebbe causare gravi danni all'economia legata alla filiera agrozootecnica lombarda.

Dopo la fase sperimentale attuata in regione nel 2015/18 dal primo gennaio diventerà obbligatoria la prescrizione elettronica del farmaco veterinario consentendo una dematerializzazione ed un puntuale controllo del consumo e della tracciabilità farmaco veterinario.

Al fine di efficientare le attività di controllo ufficiale, verranno implementate le seguenti sperimentazioni attivate nel corso del 2018:

- digitalizzazione e dematerializzazione degli atti relativi ai verbali di controllo al fine di ridurre gli adempimenti burocratici a carico degli operatori sanitari in sintonia con quanto previsto dal Codice Amministrazione Digitale;
- Attuazione del *benchmarking* per gli indicatori di processo tra le strutture di ogni ATS e in una fase successiva una comparazione modulata tra le otto ATS finalizzato ad una valutazione dei tempi medi delle attività svolte.

In sede di programmazione e gestione dei nuovi Piani Integrati Aziendali dovrà essere tenuto conto dei mutamenti del quadro normativo comunitario in atto intervenuti con i nuovi Regolamenti UE 2016/429 sulla Sanità Animale e 2017/625 in materia di controlli ufficiali, entrambi di prossima applicazione.

Il nuovo Piano regionale integrato della Sanità Pubblica Veterinaria 2019/23 garantirà un'efficace integrazione dei Servizi Veterinari con le altre Autorità competenti coinvolte, la

modernizzazione dei controlli e l'aggiornamento delle procedure in linea con la normativa comunitaria.

La crescente sensibilità dell'opinione pubblica riguardo gli animali d'affezione e al ruolo da loro ricoperto nel contesto sociale richiede sempre più spesso l'intervento dei Servizi Veterinari per riconoscerne le dignità, tutelarne il benessere e per garantire al contempo la prevenzione del randagismo e la comparsa e diffusione di malattie anche gravi per l'uomo.

In quest'ottica, Regione Lombardia definirà il nuovo Piano Triennale 2019-2021 per gli interventi in materia di educazione sanitaria e zoofila, controllo demografico delle popolazioni animali e prevenzione del randagismo che coinvolgerà le ATS tramite l'attuazione di piani locali.

Vengono confermate le indicazione contenute nelle regole 2018 e per il 2019 viene codificato quanto segue:

10.2. Governance della sanità pubblica veterinaria

Sul territorio lombardo sono presenti impianti riconosciuti ai sensi del Reg. (CE) 853/2004 che richiedono la presenza del Veterinario Ufficiale in ampie fasce orarie settimanali. Si rende pertanto necessaria la standardizzare del finanziamento delle prestazioni fuori orario presso gli stabilimenti di macellazione attingendo ai proventi, destinati all'aumento dell'efficienza dei controlli ufficiali, introitati dalle ATS ai sensi del D.Lgs. n. 194/2008, come codificato dal Ministero della Salute e dalla normativa regionale sulla semplificazione.

A livello aziendale dovrà quindi essere attivata una compensazione, con l'utilizzo dei contributi previsti da D.Lgs. n. 194/08, del costo del Servizio fuori orario presso gli impianti di macellazione. Va garantita l'attività istituzionale presso gli impianti riconosciuti almeno secondo i volumi 2018.
Fondamentale rimane l'attivazione di un sistema di verifiche interne e di audit, non solo per verificare il raggiungimento degli obiettivi previsti, ma teso anche alla supervisione sugli stabilimenti che esportano verso Paesi terzi.

E' compito dei Dipartimenti Veterinari alimentare correttamente gli applicativi informatizzati per la gestione dell'area veterinaria con i dati necessari alla valutazione degli indicatori di processo. Ciò consentirà di definire un *benchmarking* per la verifica dell'efficienza delle prestazioni tra le strutture del Dipartimento Veterinario della singola ATS e di disporre di parametri utili alla comparazione tra le diverse ATS. I Dipartimenti Veterinari devono inoltre attuare processi di dematerializzazione/digitalizzazione degli atti afferenti al controllo ufficiale e attivare le misure previste per l'integrazione e il miglioramento dell'efficacia dei sistemi informatici dell'area veterinaria, seguendo le indicazioni impartite dall'UO Veterinaria Regionale.

Relativamente alla programmazione aziendale, ciascun Dipartimento Veterinario dovrà predisporre entro il 28/02/19 il proprio piano di programmazione per l'anno 2019 sulla base delle indicazioni contenute nel Piano Regionale Integrato della Sanità Pubblica Veterinaria 2019-2023. Si ribadisce l'importanza di prevedere lo svolgimento delle attività con un approccio il più possibile interdisciplinare per consentire lo sviluppo di capacità e competenze all'interno dei Servizi Veterinari e per garantire completezza ai controlli ufficiali.

I fondi funzione assegnati annualmente per l'attuazione del Piano Regionale Integrato della Sanità Pubblica Veterinaria, come previsto dall'art. 100 comma 2 della LR 33/2009, sono vincolati per le attività previste dal Piano e per i raggiungimento dei relativi obiettivi. A tal fine deve essere attuata entro il 31/03/2019 una puntuale allocazione delle risorse con provvedimento aziendale e una successiva e puntuale rendicontazione della modalità del loro utilizzo a seguito di richiesta della UO Veterinaria.

Vista la D.G.R. n. X/6077 del 29 dicembre 2016, dovrà essere ulteriormente implementata la semplificazione e dematerializzazione dei procedimenti di riconoscimento ai sensi dei Regg. CE 183/2005 e 853/2004 e di registrazione e riconoscimento ai sensi del Reg. CE 1069/2009, con la creazione del fascicolo informatico di impresa. Stante la necessità di agevolare gli Operatori, a fronte della comprovata impossibilità di procedere con la forma dematerializzata per motivi organizzativi da parte dei SUAP in alcuni territori lombardi, la UO Veterinaria autorizza il ricorso al formato cartaceo finalizzato ad un esito rapido delle pratiche.

Al fine di standardizzare sul territorio regionale la gestione degli animali rinvenuti morti in area pubblica, si precisa che, in assenza di vincoli connessi a particolari situazioni sanitarie e/o di altre disposizioni normative che stabiliscano specifiche competenze (es. fauna selvatica), la gestione di tali animali avviene ai sensi dell'art. 184 comma 2 lettera d del D.Lgs n. 152/06 e come tale è demandata agli Enti competenti che devono smaltirli ai sensi del Reg. (CE) 1069/09, fatto salvo il diritto di rivalsa sul responsabile giuridico degli animali.

10.3. Verifica della sicurezza degli alimenti di origine animale a tutela dei consumatori

Compito dei Dipartimenti Veterinari è migliorare l'efficacia, appropriatezza ed efficienza dei controlli ufficiali a tutela della salute dei consumatori con la puntuale verifica della corretta gestione delle Non Conformità segnalate in autocontrollo. Si ribadisce il rispetto delle tempistiche previste dalle indicazioni della UO Veterinaria.

Tenuto conto che lo strumento "audit" appare maggiormente efficace nel rilievo della effettiva capacità e/o volontà degli OSA di perseguire e raggiugere gli obiettivi stabiliti dalla Legge alimentare, viene incoraggiato un utilizzo più estensivo della tecnica dell'audit in sede di controllo ufficiale con la programmazione e attuazione di almeno 35% controlli ufficiali presso gli stabilimenti riconosciuti mediante audit e verifica delle azioni correttive attuate dagli OSA a seguito del rilievo di NC entro 15 gg. dal termine stabilito in almeno il 90% dei casi.

In attuazione del Piano Regionale Integrato 2019 i Dipartimenti Veterinari svolgono l'attività di controllo integrata con le altre Autorità competenti in materia di sicurezza alimentare, qualità degli alimenti e repressione delle frodi negli ambiti e con le entità specificate. Qualora durante le attività di controllo congiunte emerga la necessità di specifica formazione, i Dipartimenti Veterinari promuoveranno tale attività di concerto con le altre Autorità Competenti.

Oltre all'adozione di quanto previsto dal Piano Nazionale Residui di Regione Lombardia dovranno essere integralmente attuati i Piani Sperimentali di monitoraggio ambientale, attivati in collaborazione con IZSLER e Università degli Studi di Milano, finalizzati al rilievo dei nuovi contaminanti (ritardanti di fiamma, sostanze perfluoroalchiliche), metalli pesanti e al

monitoraggio degli Inquinanti Organici Persistenti (POPs). La UO Veterinaria fornirà puntuali indicazioni sulle modalità di conduzione dei campionamenti e consegna dei campioni.

A seguito delle numerose missioni di auditor dei Paesi terzi che hanno interessato gli impianti lombardi già inseriti o interessati ad essere inclusi nelle liste di stabilimenti abilitati all'export, si rende necessario implementare il progetto export ai sensi della D.G.R. 7014 del 31/07/2017 "Determinazione in ordine alla promozione delle garanzie sanitarie per l'esportazione dei prodotti di origine animale verso Paesi Terzi". Il progetto è finalizzato a intraprendere azioni di indirizzo, supporto e verifica presso gli stabilimenti interessati all'iscrizione o al mantenimento in lista degli impianti abilitati all'export Paesi terzi. A livello aziendale devono essere individuate specifiche competenze in grado di coordinare le attività di cui alla D.G.R. 7014 del 31/07/2017, compresa la conduzione di verifiche interne presso il 100% degli stabilimenti inseriti in una o più liste.

10.4. Sanità Animale

È di interesse prioritario l'applicazione puntuale delle azioni di sorveglianza sanitaria e prevenzione nei confronti delle malattie infettive, con particolare riferimento all'Influenza Aviaria e alla Peste Suina Africana attraverso:

- l'applicazione delle misure di biosicurezza previste dalla normativa nazionale e regionale;
- l'attività di corretto campionamento degli allevamenti e puntuale verifica del rispetto da parte degli operatori delle norme di biosicurezza, sia di carattere strutturale che gestionale;
- il monitoraggio sanitario mirato dell'avifauna selvatica al fine di adottare tempestivamente negli allevamenti le misure di prevenzione ritenute più idonee a diminuire il rischio di insorgenza e diffusione di focolai;
- l'attività di informazione e formazione degli *stakeholder* (veterinari liberi professionisti specializzati in suinicoltura e gestione sanitaria della fauna selvatica, associazioni allevatori, associazioni cacciatori, operatori forestali) rispetto ai rischi connessi alla diffusione della peste suina africana e fornendo nel contempo gli elementi utili per poter evidenziare eventuali casi sospetti.

I Dipartimenti Veterinari devono assicurare l'attività di sorveglianza sugli allevamenti secondo le modalità previste dalla normativa nazionale e regionale e in funzione del livello di rischio individuato per ogni allevamento secondo le indicazione regionali.

In caso di insorgenza di focolai devono attuare protocolli operativi atti a garantire la rapida estinzione degli stessi e a diminuire il rischio di diffusione delle malattie, secondo quanto stabilito dalla norma nazionale e regionale, anche attraverso la verifica delle norme di biosicurezza negli allevamenti, l'adozione tempestiva di opportuni provvedimenti per risolvere eventuali Non Conformità e la prescrizione di eventuali interventi migliorativi.

I Dipartimenti Veterinari devono sensibilizzare gli operatori e le associazioni di categoria rispetto alle finalità delle misure di biosicurezza e alla loro corretta attuazione attraverso percorsi di informazione e formazione. È inoltre fondamentale un corretto e puntuale svolgimento delle attività di monitoraggio attivo e passivo della fauna selvatica al fine di poter identificare rapidamente l'eventuale comparsa delle suddette patologie e di assicurare la rapida adozione di eventuali misure correttive in caso di riscontro di positività.

Il Pagamento degli indennizzi a seguito di focolai di epizoozie deve essere effettuato entro 90 giorni dall'estinzione del focolaio con rendicontazione delle attività svolte attraverso il sistema informativo regionale entro 30 giorni dal pagamento.

Nell'ottica dei cambiamenti legati al trasferimento a far data dal 1 gennaio 2018 dal MIPAAF al Ministero della Salute della competenza relativa alla gestione dell'anagrafe equina, è in corso la stesura del regolamento operativo ministeriale che detterà le competenze e le procedure. I Dipartimenti Veterinari dovranno attuare le specifiche disposizioni che verranno predisposte dalla UO Veterinaria.

La UO Veterinaria ha predisposto il decreto a firma del dirigente della struttura "Prevenzione sanità veterinaria" n. 4149 del 23 marzo 2018 relativo al Piano Integrato di controllo delle malattie infettive ed infestive delle api. Tale piano, ad adesione volontaria, prevede sgravi amministrativi per gli apicoltori aderenti ed una riduzione dei costi dei campionamenti che si rendessero necessari. I Dipartimenti Veterinari delle ATS dovranno attenersi alle disposizioni previste dal piano trasmesso dalla UO Veterinaria in relazione alle adesioni.

Con il 2019, a seguito della valutazione dei risultati raggiunti con il Piano precedente, verrà approvato con la collaborazione tecnica della Consulta Regionale il nuovo Piano Regionale Triennale per la Prevenzione del Randagismo e la Tutela degli Animali di Affezione 2019-2021 (ex art. 100 LR 33/09). I Dipartimenti Veterinari devono predisporre, entro 90 giorni dalla deliberazione, i nuovi Piani triennali contenenti le azioni relative agli interventi in materia di educazione sanitaria e zoofila, di controllo demografico della popolazione animale e di prevenzione del randagismo 2019-2021, modulati sulla base dell'analisi dei risultati con i Piani precedenti. Tali piani verranno valutati, approvati e liquidati dalla UO Veterinaria per l'attuazione delle azioni previste.

Nelle more dell'adozione del nuovo Piano Triennale, eventuali residui relativi al Piano in scadenza il 31/12/2018 possono essere impiegati nel 2019 per azioni comunque relative agli interventi in materia di educazione sanitaria e zoofila, di controllo demografico della popolazione animale e di prevenzione del randagismo.

Entro il 2019 Regione Lombardia stipulerà un accordo/convenzione quadro con l'Università degli Studi di Milano per identificare il Centro Clinico Veterinario e Zootecnico Sperimentale (Ospedale Veterinario di Lodi) quale centro di riferimento per prestazioni specialistiche in materia di Igiene Urbana. Alla luce di questa convenzione le ATS potranno stipulare accordi di collaborazione finalizzate all'erogazione di tali prestazioni.

Nell'ambito delle emergenze non epidemiche, l'art. 1 del D.Lgs. 2 gennaio 2018, n. 1 che codifica il Codice della Protezione Civile inserisce esplicitamente, nell'ambito del Servizio Nazionale della Protezione Civile, la tutela degli animali e dell'ambiente. Con l'attuazione del nuovo codice obiettivo prioritario dei Dipartimenti Veterinari è garantire la salvaguardia del patrimonio zootecnico, la salute degli animali da compagnia al seguito della popolazione e tutelare la sicurezza alimentare della popolazione calamitata attraverso l'attività di formazione teorica e pratica. I Dipartimenti Veterinari dovranno predisporre entro 90 giorni dall'attivazione del sistema di emergenza regionale procedure e modalità operative aziendali al fine di migliorare la tempestività degli interventi.

Per quanto riguarda le emergenze epidemiche, nel corso del 2019 verrà attivata una procedura di gara regionale finalizzata all'attivazione del sistema di emergenza per la

gestione delle malattie infettive. Tale sistema consentirà alle ATS di attuare interventi tempestivi su tutto il territorio regionale per l'estinzione dei focolai di malattie infettive.

10.5. Gestione del farmaco, benessere e alimentazione animale e condizionalità

Dovrà essere data completa attuazione al Piano Regionale Farmacosorveglianza 2019. Affinché il sistema risulti pienamente operativo e garantisca la piena tracciabilità del farmaco veterinario grazie anche alla dematerializzazione degli adempimenti, si rende necessario che i Dipartimenti Veterinari assicurino la corretta implementazione delle anagrafi dei veterinari liberi professionisti e delle autorizzazioni alle scorte degli allevamenti, al fine di facilitare l'utilizzo del sistema di tracciabilità del farmaco veterinario. Qualsiasi variazione anagrafica relativa agli impianti produttivi e alle relativa autorizzazioni deve essere aggiornata entro 7 giorni nei sistemi informativi in almeno 95% dei casi.

I Dipartimenti Veterinari devono organizzare attività formative, anche con il coinvolgimento delle organizzazioni professionali della produzione primaria, al fine di facilitare le procedure di registrazione degli utenti nel sistema. Le ATS devono fornire le necessarie informazioni agli utenti al fine di non creare inutili ritardi ed entro il 31/03/2019 devono organizzare eventi formativi/divulgativi diretti a tutti gli *stakeholder* (allevatori, farmacisti, veterinari).

Nell'ottica dell'attuazione delle azioni previste e codificate nel Piano antimicrobico-resistenza di cui alla D.G.R. n. X/7468 del 4/12/2017, finalizzata ad un controllo del consumo di antibiotici in ambito umano e veterinario, i Dipartimenti Veterinari devono attuare le azioni programmate dal piano di monitoraggio armonizzato sulla resistenza agli antimicrobici di batteri zoonosici e commensali ai sensi della Decisione 2013/652/UE e dare attivazione alla strategia regionale di contrasto dell'antimicrobicoresistenza.

Nel campo del Benessere Animale è prevista l'attuazione di un piano integrato 2019 con la collaborazione di Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Lombardia e dell'Emilia Romagna, Università degli Studi di Milano e veterinari liberi professionisti per misurare l'impatto sull'animale delle condizioni di allevamento intensivo.
I Dipartimenti Veterinari devono valutare l'impatto della condizione di allevamento sul benessere degli animali mediante l'utilizzo degli indicatori "*animal based*" proposti dalla lista di controllo ed informare gli allevatori e i veterinari liberi professionisti sulle modalità per l'effettuazione della valutazione del rischio "*tail biting*".
Inoltre devono garantire, attraverso un'attività di controllo, l'applicazione dell'All. II del Reg. (CE) 1099/2009 nei macelli che erano già in attività alla data del 1 gennaio 2013. Suddetti impianti devono rispettare le disposizioni del citato Allegato a partire dal 8 dicembre 2019.

Nel campo dell'Alimentazione Animale risulta fondamentale assicurare la rintracciabilità dal fabbricante all'utilizzatore finale e favorire l'efficacia nell'applicazione dei controlli ufficiali; è dunque necessario un sistema di registrazione e riconoscimento di tutte le imprese del settore dei mangimi da parte dei Dipartimenti Veterinari.
A tal fine entro il 31/12/2019 dovrà essere completata l'anagrafica di almeno il 90% degli impianti registrati e riconosciuti secondo le indicazioni della *master list* ministeriale in VETInfo.

I rilievi emersi dall'audit condotto in Regione Lombardia dalla Direzione Generale Agri della Commissione Europea nel marzo 2018 in tema di Condizionalità sono stati nel complesso positivi, ma hanno evidenziato aree di miglioramento nell'ambito della applicazione dei sistemi di registrazione e identificazione degli animali.

E' dunque compito dei Dipartimenti Veterinari migliorare l'efficacia e l'appropriatezza dei controlli in materia di identificazione e registrazione degli animali organizzando, anche con il coinvolgimento delle organizzazioni professionali della produzione primaria, attività formative di approfondimento per allevatori in merito agli adempimenti necessari per la corretta gestione dell'anagrafe zootecnica.
Inoltre, i Dipartimenti Veterinari devono organizzare corsi di formazione per gli addetti al controllo ufficiale, volti a uniformare e migliorare la verifica del sistema di identificazione e registrazione degli animali.
La supervisione dei controlli condizionalità deve riguardare il 100% dei controlli con esito non conforme e almeno il 10% dei conformi;
I Dipartimenti Veterinari devono verificare che le pratiche trasmesse o registrate nei Sistemi Informativi Regionali siano complete nel 100% dei casi.

11. RICERCA, INNOVAZIONE E SAPERE SCIENTIFICO

11.1. Ricerca

La ricerca e l'innovazione costituiscono leve strategiche per mantenere ed accrescere l'eccellenza del Sistema Sanitario Regionale lombardo.
In ragione di ciò, la Direzione Generale Welfare continuerà a sostenere il finanziamento di progetti di ricerca di ambito sanitario e socio-sanitario tramite bandi a gestione diretta regionale ed attraverso i bandi della Fondazione Regionale per la Ricerca Biomedica (FRRB).

Nel 2019 saranno pertanto destinati fino a 4.000.000 euro per bandi direttamente gestiti dalla Direzione Generale Welfare e rivolti ad enti del SSR. Tali risorse comprendono anche il sostegno agli Enti Attuatori per lo sviluppo delle reti clinico-assistenziali.

Al finanziamento delle attività di ricerca previste dal Piano d'Azione 2019 della FRRB saranno invece destinati 26.000.000 euro, di cui 1.000.000 euro volti a remunerare i costi di funzionamento della Fondazione ed 1.800.000 euro vincolati per il cofinanziamento regionale dei programmi di rete all'interno del nuovo Bando ministeriale di Ricerca Finalizzata 2019.

Il Piano d'Azione annuale, da approvarsi con provvedimento di Giunta Regionale, definirà le specifiche linee di intervento previste e i bandi che saranno attivati.

11.2. Fibrosi cistica

Con riferimento alle quote destinate alla ricerca per la prevenzione e cura della fibrosi cistica, di cui alla Legge n. 548/93, anticipate da Regione Lombardia in attesa del conferimento del Ministero della Salute, si conferma per il 2019 lo stanziamento di 240.000 euro.

L'assegnazione delle quote sarà effettuata in relazione alle progettualità elaborate dal:
- Centro di Riferimento Regionale: IRCCS Ospedale Policlinico di Milano;
- Centro di supporto: ASST Spedali Civili di Brescia.

La presentazione dei progetti a Regione Lombardia avverrà esclusivamente a cura del Centro di Riferimento Regionale, incaricato di tenere i rapporti con il Centro di supporto.

11.3. Sistema Bibliotecario Biomedico Lombardo (SBBL)

E' infine obiettivo della Direzione Generale Welfare consolidare e diffondere il sapere e la conoscenza scientifica tra gli operatori del SSR anche attraverso il Sistema Bibliotecario Biomedico Lombardo (SBBL).
Nel 2019 la quota di finanziamento pubblico destinata al SBBL non potrà eccedere gli importi dell'annualità precedente e sarà, pertanto costituita da una quota di finanziamento regionale pari a 1.700.000 euro, cui si sommerà una quota a carico di ATS, ASST e IRCCS pubblici complessivamente non superiore a 1.600.000 euro.
E' in via di revisione la normativa regionale che riguarda SBBL. La convenzione con il Centro di Riferimento Regionale (CRR) di cui alla D.G.R. n. X/7820/2018, in scadenza il 31/12/2018, è ulteriormente prorogata sino all'entrata vigore del nuovo articolo di legge.

11.4. Rete degli IRCCS

La Direzione Generale Welfare conferma il suo impegno nel sostenere il ruolo degli IRCCS nel contesto delle attività di ricerca e assistenza promosse da Regione Lombardia.
Al fine di promuovere il processo di aggregazione in network e identificare metodologie di lavoro e programmazione congiunta, sarà costituito il Tavolo "*Rete degli IRCCS pubblici*", coordinato da uno degli stessi IRCCS.
A titolo esemplificativo, alcuni dei temi trattati dal tavolo di lavoro riguarderanno:

- proposta di una iniziativa per la classificazione degli IRCCS come "enti di ricerca";
- studio di iniziative lombarde a integrazione dell'attuale iter ministeriale di attuazione della Norma per il personale di Ricerca nel sistema sanitario (Legge n. 205/2017);
- sviluppo di modelli organizzativi innovativi per superare le criticità attuali;
- armonizzazione dei rapporti tra Regione, IRCCS e Università.

11.5. Progetti di cooperazione internazionale ed interventi sanitari umanitari

Prosegue l'attività di promozione e supporto, controllo e monitoraggio su utilizzo dei beni dismessi e destinazione degli stessi, secondo le indicazioni contenute nella D.G.R. n. X/6007 del 19/12/2016.
Nel 2019 con una dotazione finanziaria pari a 1 milione di euro, prosegue l'attività che concerne l'autorizzazione al ricovero, presso le strutture sanitarie del territorio, di cittadini indigenti (bambini e giovani fino a 21 anni) provenienti da Paesi extra comunitari che non possono ricevere nei Paesi di provenienza cure adeguate, secondo le indicazioni di cui alla D.G.R. n. X/898/2013 e d.d.g.s. n. 8749/2014). Per il 2019 potranno essere accolte fino ad un massimo di 8 istanze per singolo ente richiedente.
Per il sostegno di ulteriori iniziative, individuate dalla Direzione Generale Welfare, la dotazione finanziaria è pari a 400 mila euro. Rientrano tra queste: interventi umanitari conseguenti ad emergenze sanitarie e progettualità da realizzare a seguito di sottoscrizione di accordi, protocolli, intese con altri Paesi o Regioni.

11.6. Progetti Europei

Prosegue la gestione dei progetti europei in corso e il coordinamento di nuove iniziative inerenti la partecipazione diretta della Direzione Generale Welfare, con il supporto di Lombardia Informatica, alle progettualità europee e alle reti europee. Tematiche di interesse saranno l'interoperabilità dei servizi di e-health, anche in applicazione della Direttiva 2011/24/UE (assistenza sanitaria transfrontaliera), lo sviluppo di modelli di

medicina proattiva e personalizzata a favore della popolazione fragile e affetta da patologie croniche, la prevenzione per la promozione della salute attraverso il miglioramento della qualità e accessibilità di servizi dedicati in ambito sanitario.

11.7. Gestione della Documentazione

Ogni Ente prosegue nella corretta gestione della produzione, conservazione e archiviazione della documentazione elaborata, avendo particolare cura nel processare i documenti di natura biologica (reperti), attraverso procedure interne che garantiscano sicurezza, facilità di reperibilità, trasparenza, protezione dei dati e accesso rapido ai documenti da parte di tutti coloro che ne hanno diritto.
La gestione ordinata e classificata dei documenti prodotti consente di predisporre sistematicamente gli scarti legali degli stessi (previa autorizzazione della Soprintendenza archivistica di Lombardia) e la conseguente ottimizzazione degli spazi di archivio.
A tal fine, Regione Lombardia adotta come riferimento tutta la normativa reperibile sul portale regionale all'indirizzo web www.e in raccordo con la Soprintendenza Archivistica della Lombardia.

TEMI CHIAVE/INNOVATIVI

Ricerca, innovazione e sapere scientifico
Ricerca: • finanziamento di progetti innovativi attraverso un bando a gestione regionale e bandi della Fondazione Regionale per la Ricerca Biomedica • costituzione della rete degli IRCCS pubblici • revisione della normativa regionale che riguarda SBBL. • la convenzione con il Centro di Riferimento Regionale (CRR) per la gestione di SBBL, di cui alla D.G.R. n. X/7820/2018, in scadenza il 31/12/2018, è ulteriormente prorogata sino all'entrata vigore del nuovo articolo di legge

12. AREA RISK MANAGEMENT

I progetti aziendali in tema di rischio clinico e la formazione dei Risk Managers avvenuta negli ultimi 15 anni hanno costruito una cultura della sicurezza condivisa, presupposto essenziale per l'applicazione della nuova legge 24 del 08.03.2017, che rilancia la tematica della sicurezza delle cure.
Elementi fondamentali anche per lo sviluppo di un sistema nazionale di linee guida che vada nella direzione di cercare di contenere e di evitare gli eventi avversi che in sistemi complessi come quello sanitario sono in molti casi prevedibili e prevenibili.

Per questo motivo, per l'anno 2019, si considera strategicamente prioritaria l'implementazione di progetti interaziendali, al fine di una omogeneizzazione dei modelli comportamentali individuati dalle singole Aziende in tema di Risk Management, volti alla riduzione dei rischi connessa con l'erogazione di prestazioni sanitarie.

La stesura del Piano Annuale di Risk Management per l'anno 2019 dovrà, pertanto, essere elaborata con riferimento ai contenuti delle **18 Raccomandazioni Ministeriali** in materia di rischio clinico (la raccomandazione nr. 18 sull'uso di sigle/abbreviazioni/acronimi non risulta

ancora pubblicata sul sito ministeriale) e condividendo le tematiche di intervento nelle aree più rilevanti.

Nell'ottica di integrazione fra offerta ospedaliera e territoriale prevista nella legge di riforma sanitaria regionale nr. 23/2015, rimane sempre essenziale seguire il percorso del paziente considerandolo nel suo insieme: dalla presa in carico del paziente all'attivazione dei diversi punti di offerta non solo ospedalieri ma anche territoriali. In particolare per quanta riguarda la cronicità, ma anche nei percorsi in oncologia e di prevenzione delle infezioni.
I temi ritenuti centrali e prioritari per l'attuazione dei progetti aziendali per il 2019 sono i seguenti:

12.1. Area travaglio/parto

In quest'area prosegue la progettualità di Regione Lombardia, che ha portato alla formazione dei responsabili di sala parto, sia medici che ostetriche e dei risk manager, con lo sviluppo di strumenti di rilevazione analitici.
Tale formazione proseguirà (anche attraverso lo strumento della simulazione) approfondendo i temi delle più importanti cause di mortalità e morbilità (near-miss) materno-feto-neonatale.

Per quanto attiene alla sepsi in ostetricia l'obiettivo è che ogni punto nascita si doti di un protocollo specifico ed assicuri la formazione del personale medico sia ginecologico che anestesiologico, nonché delle ostetriche e infermiere.

Rimane prioritario consolidare lo strumento di raccolta dei **Trigger in ambito ostetrico** per la valutazione delle eventuali criticità riscontrate attraverso un lavoro in sinergia fra Risk Managers aziendali e professionisti sanitari di Ostetricia, Ginecologia e Neonatologia, con il fine di definire azioni di miglioramento e corsi di formazione aziendali negli ambiti ritenuti problematici, da organizzare nel corso dell'anno 2019.

Regione Lombardia sta, inoltre, partecipando a diversi progetti in collaborazione con ISS-Ministero della Salute **per i quali è fondamentale la partecipazione attiva di tutte le strutture ospedaliere**:

- **Near miss ostetrici in Italia**: la sepsi, l'eclampsia, l'embolia di liquido amniotico e l'emoperitoneo spontaneo in gravidanza;
- **Sorveglianza della mortalità materna**: progetto che prevede la segnalazione e la raccolta prospettica in modo anonimo di tutti i casi di morte materna. I casi vengono segnalati dai referenti dei punti nascita e sottoposti ad indagine confidenziale da parte di un comitato regionale;
- **Sorveglianza della mortalità perinatale**: segnalazione e raccolta prospettica di tutti i casi di morte tardiva in utero e della mortalità neonatale precoce per raccogliere informazioni utili a prevenire i decessi perinatali evitabili.

12.2. Infezioni Ospedaliere - Sepsi

La sepsi è una delle emergenze sanitarie che a livello mondiale presenta incidenza e mortalità in aumento, con pesanti ripercussioni sul sistema sanitario, sia per l'impegno di risorse necessarie per la sua gestione, sia per le conseguenze sulla salute e di tipo economiche in caso di erronea o non tempestiva gestione.
E' una patologia, "tempo dipendente", il cui esito clinico dipende dalla rapidità del riconoscimento e dall'efficacia della gestione clinica/trattamento a partire dalla prima ora.

La comprensione della complessità della fisiopatologia della sepsi e di conseguenza della corretta modalità di approccio è in continua e rapida evoluzione e richiede quindi aggiornamenti clinici ed organizzativi.

In continuità con le iniziative di Regione Lombardia, già sviluppate negli ultimi anni sul tema, ed al fine di ottimizzarne la gestione migliorandone l'outcome ed incidendo sulla riduzione della morbilità e mortalità, tutte le aziende sanitarie sono chiamate ad aggiornare i propri Protocolli Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA).
Le ASST dovranno, inoltre, garantire sistemi di monitoraggio che verifichino la reale applicazione di tali protocolli.

12.3. Sicurezza del paziente in sala operatoria

L'analisi degli eventi avversi occorsi nelle strutture sanitarie lombarde anche per l'anno 2018 evidenzia la necessità di una verifica costante dell'effettiva applicazione sostanziale e non formale della **check list in sala operatoria** quale strumento efficace nel migliorare la qualità e sicurezza del paziente da sottoporre a procedure invasive.

Si suggerisce che vengano rivalutati i documenti in uso e, se necessario, riaggiornati e integrati in funzione dei cambiamenti organizzativi conseguenti alle introduzioni di procedure invasive effettuate in **scenari diversi dal blocco operatorio**.

La Legge n. 24/2017 ha rafforzato la necessità di fare riferimento a buone pratiche e linee guida nello svolgimento di attività sanitarie. Si rende necessario pertanto rinforzare l'implementazione delle Raccomandazioni ministeriali n. 2: "Ritenzione garze e strumenti nel sito chirurgico" e n. 3: "Corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura" ed a queste va sommata la necessità di tradurre in attività routinaria quanto contenuto nelle Linee guida per la prevenzione delle infezioni del sito chirurgico.

Proseguirà il programma di visite nell'ambito del progetto "Peer review in chirurgia" per una reale condivisione fra esperti delle esperienze e delle buone pratiche sulla sicurezza in sala operatoria.

12.4. Rischio nell'utilizzo di farmaci

L'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) ha lanciato un piano globale, per dimezzare gli errori medici evitabili, legati a farmaci e terapie, in tutti i paesi nei prossimi 5 anni. Le cause più frequenti di questo tipo di errori medici sono stanchezza, affollamento, carenza di personale, poca formazione e informazioni sbagliate date ai pazienti. L'iniziativa dell'Oms sarà concentrata su 4 aree: pazienti, operatori sanitari, farmaci, sistemi e pratiche di terapia.

A tale scopo occorre individuare strategie in grado da una parte di definire, agevolare e promuovere l'appropriatezza delle prescrizioni, dall'altra l'aderenza terapeutica dei pazienti alle raccomandazioni di impiego indicate.
Nel 2019 verrà richiesta una mappatura della distribuzione dei sistemi in uso di automazione del processo del farmaco nelle diverse fasi e/o dell'uso di algoritmi di supporto alla prescrizione medica.

Gli eventi sentinella segnalati fanno emergere la necessità di aumentare la consapevolezza nei professionisti degli errori prevenibili e pertanto si consiglia di promuovere iniziative di formazione specificamente rivolte all'aumento della appropriatezza prescrittiva e delle interazioni nelle politerapie con particolare attenzione agli over 65.

Per quanto riguarda il rischio farmaci proseguono, inoltre, gli obiettivi generali che per l'anno 2019 sono i seguenti:

a) Implementazione della Raccomandazione Ministeriale *n. 17 "Riconciliazione della terapia farmacologica"*, tenendo in considerazione tutto il processo di gestione del farmaco in ospedale, sul territorio e soprattutto nei momenti cosiddetti di: "transizione di cura", come evidenziato nella stessa raccomandazione.
   Diventa quindi essenziale che il paziente sia a conoscenza dell'importanza di avere una chiara lista dei farmaci assunti nel caso di accesso ospedaliero e che al momento delle dimissioni ospedaliere le prescrizioni di farmaci siano ben chiare sia al paziente che al MMG.

b) Gestione del farmaco nelle RSA: le RSA hanno assunto nel tempo un ruolo importante nella rete assistenziale in quanto di fatto si trovano collocate in una posizione intermedia tra l'ospedale e le cure al domicilio del paziente. Vista la tipologia dei soggetti ospitati in RSA, per lo più anziani affetti da patologie croniche ed in politerapia, la gestione del farmaco è indubbiamente un processo da presidiare attentamente.

c) Centralizzazione completa dell'allestimento dei Farmaci antineoplastici ed informatizzazione per la tracciabilità dell'intero del processo di prescrizione in applicazione della raccomandazione *nr. 14 "Prevenzione degli errori in terapia con Farmaci Antineoplastici"* e delle Norme di Buona Preparazione della Farmacopea Ufficiale.

12.5. Rischi in ambito di impiego delle radiazioni

L'impiego delle radiazioni ionizzanti (TC, angiografia, radioterapia, medicina nucleare) e non ionizzanti (risonanza magnetica, radiazioni ottiche) comporta rischi per i pazienti.
Nell'ultimo decennio si è riscontrato un significativo incremento nel numero di esami diagnostici. Ciò sollecita una maggiore attenzione alla problematica delle esposizioni alle radiazioni anche alla luce del prossimo recepimento nella legislazione italiana della Direttiva Europea Direttiva 2013/59/Euratom del Consiglio Europeo, del 5 dicembre 2013, che stabilisce norme fondamentali di sicurezza relative alla protezione contro i pericoli derivanti dall'esposizione alle radiazioni ionizzanti, e che abrogherà il DL 187/2000.

L'attività a livello regionale sarà finalizzata alla creazione di un gruppo di lavoro da costituirsi entro il primo trimestre 2019, nel quale parteciperanno i rappresentanti dei fisici sanitari della Lombardia, con l'obiettivo di definire modelli organizzativi/buone pratiche da seguire, quali, ad esempio: modello organizzativo/buone pratiche per sottoporre ad esami RM pazienti portatori di pace maker RM conditional; linee guida relative alle esposizioni diagnostiche nel periodo della gravidanza di donne in età fertile e dei pazienti pediatrici.

Al fine di migliorare la sicurezza del paziente, prendendo spunto dall'analisi dei "near missing errors" nell'uso delle radiazioni, sarà opportuno delineare strumenti di comunicazione per

informare dei rischi associati ed in particolare in gravidanza ed in età pediatrica per migliorare la percezione del rischio e le decisioni ad essa correlate.

12.6. Rischi in ambito di Continuità Assistenziale

Prosecuzione del progetto interaziendale delle ATS sul rischio clinico in ambito di Continuità Assistenziale.
Solo a titolo esemplificativo gli ambiti su cui sviluppare i progetti saranno: utilizzo dei farmaci nelle sedi di Continuità Assistenziale, verifica logistico/organizzativa delle sedi di Continuità Assistenziale.

12.7. Rischi in ambito di Violenza a danno degli operatori

Saranno previste attività congiunte con l'U.O. Prevenzione per l'applicazione della Raccomandazione *Nr. 8 – Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari.*

GESTIONE DEL CONTENZIOSO/COPERTURA ASSICURATIVA RCT/RCO

In attesa dei decreti attuativi della legge 24/2017 che potranno cambiare gli assetti oggi esistenti di copertura assicurativa e gestione del contenzioso si ribadisce quanto segue:

a) le procedure pubbliche riguardanti la copertura assicurativa RCT/RCO rientrano nel progetto regionale e verranno effettuate attraverso la Centrale d'Acquisto Regionale;
b) i Comitati Valutazione Sinistri devono essere adeguatamente strutturati ed organizzati per la valutazione e gestione dei sinistri. A tal fine diventa essenziale un'organizzazione che permetta un coordinamento funzionale fra le figure legali, medico legali ed amministrative che gestiscono il sinistro, nonché un collegamento diretto con la direzione aziendale che deve prendere le decisioni finali in merito alle attività da svolgere;
c) verranno effettuate specifiche attività per promuovere e migliorare i processi di ascolto/mediazione all'interno delle aziende con la possibilità di sfruttare la rete regionale di mediatori attivando scambi di operatori nel caso di necessità nelle équipe di ascolto e mediazione dei conflitti.

Per quanto riguarda l'utilizzo dello strumento per la gestione digitalizzata dei sinistri "GEDISS" dal primo Gennaio 2019 le ATS/ASST/IRCCS che vorranno introdurre lo strumento potranno usufruirne.
Si rammenta che l'obiettivo dell'implementazione della gestione digitalizzata dei sinistri nasce dall'esigenza di rendere più agevole e, allo stesso tempo, maggiormente efficace, l'attività amministrativa di istruttoria e conclusione dei procedimenti.

Ulteriore specificazione al sub allegato 5 della D.G.R. n. X/4702 del 29/12/2015: "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio-Sanitario per l'esercizio 2016"

In tema di responsabilità civile verso terzi e verso prestatori d'opera delle Aziende Socio-Sanitarie Territoriali e delle Agenzie di Tutela della Salute, in continuità e ad ulteriore specificazione di quanto stabilito con D.G.R. n. X/4702 del 29.12.2015 – Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio-Sanitario per l'esercizio 2016, in relazione alle

obbligazioni risarcitorie concernenti fatti o circostanze verificatisi nelle ex ASL e Aziende Ospedaliere sino alla data del 31 dicembre 2015 vengono riaffermati i seguenti principi:

1) quando, in relazione ad una preesistente ASL o AO in cui si è verificato l'evento, sia identificabile un successore a titolo universale (es. ASST Fatebenefratelli Sacco in relazione a pre-esistente Azienda Ospedaliera "Luigi Sacco"), la richiesta di risarcimento del danno deve essere formulata, ovvero l'azione giudiziaria deve essere promossa nei confronti del successore a titolo universale (es: ASST Fatebenefratelli Sacco), in quanto la titolarità passiva rispetto all'eventuale obbligazione di risarcimento del danno rimane in capo a quest'ultimo;

2) quando si sia verificata una successione a titolo particolare (es. scorporo di distretti/funzioni dalle ex ASL o scorporo di un presidio ospedaliero da una ex AO), la richiesta di risarcimento del danno deve essere formulata, ovvero l'azione giudiziaria deve essere promossa nei confronti del successore a titolo universale della ASL/AO originaria, in quanto la titolarità passiva rispetto alla eventuale obbligazione di risarcimento del danno rimane in capo a quest'ultimo.

   Volendo fare un esempio pratico relativo a quest'ultima fattispecie descritta, per il caso di azione giudiziaria del terzo per un evento verificatosi ante 31.12.2015 nell'ambito di presidio ospedaliero scorporato (es. P.O. Vittore Buzzi), la stessa dovrà essere presentata nei confronti della ASST che è succeduta a titolo universale alla pre-esistente Azienda Ospedaliera cui apparteneva il presidio ospedaliero successivamente scorporato (nel nostro caso ASST Nord Milano, succeduta a titolo Universale alla A.O. Istituti Clinici di Perfezionamento, che ricomprendeva nel proprio ambito il P.O. Vittore Buzzi, il quale, a far data dal 1.1.2016, a seguito di scorporo, è confluito nella ASST Fatebenefratelli Sacco).

TEMI CHIAVE/INNOVATIVI

Si considera strategicamente prioritaria l'implementazione di progetti interaziendali, al fine di una omogeneizzazione dei modelli comportamentali individuati dalle singole Aziende in tema di Risk Management, volti alla riduzione dei rischi connessa con l'erogazione di prestazioni sanitarie
Estensione dell'utilizzo dello strumento per la gestione digitalizzata dei sinistri "GEDISS" ad un numero più rilevante di aziende
Attivazione di un gruppo di lavoro sui rischi in ambito di impiego delle radiazione e attività congiunte con la U.O. Prevenzione per l'applicazione della Raccomandazione Nr. 8 – Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari

13. ORGANIZZAZIONE E PERSONALE

13.1. Premessa

Le indicazioni del presente capitolo potranno subire modificazioni, anche rilevanti, in base alla Legge di Stabilità 2019, in corso di definizione al momento dell'approvazione del presente documento.

Anche nel corso dell'anno 2019 le politiche assunzionali degli Enti del Servizio Sanitario Lombardo dovranno necessariamente tenere conto di quanto previsto dalla vigente normativa nazionale in tema di riduzione dei costi del personale entro l'anno 2020, come previsto dall'articolo 17, comma 3-bis del decreto legge 6 luglio 2011, convertito in legge 15 luglio 2011 n. 111.

Anche nel corso del 2019 proseguirà l'azione di Regione Lombardia al fine di promuovere interventi normativi atti ad un'adeguata quantificazione delle risorse economiche contrattuali utili e necessarie per il compimento del processo sperimentale di riforma in atto.

13.2. Costi del personale e fondi contrattuali anno 2019

Si conferma anche per l'anno 2019 la determinazione del budget unico per il personale dipendente a tempo indeterminato e determinato.
Si rammenta che la messa a regime dei costi dovuti al trasferimento del personale a seguito del completamento del processo di riforma nel corso dell'anno 2018 dovranno essere comunicati ai competenti uffici regionali con nota condivisa da tutte le aziende interessate.

Si ribadisce l'obbligo annuale di certificazione da parte del Collegio sindacale della costituzione dei fondi (quantificazione delle risorse) e del contratto integrativo relativo all'utilizzo degli stessi.
In caso di ulteriori passaggi/trasferimenti di personale in applicazione della legge di riforma si conferma che fino all'approvazione di eventuali nuove linee guida per la determinazione dei fondi, restano validi i criteri di rideterminazione dei fondi contrattuali, oggetto dei protocolli condivisi con le OO.SS. il 18 gennaio 2016.

Nella costituzione dei nuovi Fondi per l'area del comparto gli Enti dovranno tenere in considerazione le Linee di indirizzo regionale sul CCNL comparto Sanità Pubblica del 21 maggio 2018 triennio 2016/2018 e prime linee guida sulla costituzione dei fondi contrattali anno 2018 adottate dalla Giunta Regionale in applicazione dell'art. 6 "Coordinamento regionale" del CCNL Comparto sottoscritto il 21 maggio 2018 (cfr. D.G.R. n. XI/679 del 24/10/2018).

Inoltre, come di consueto, non sono consentiti spostamenti di costi da singole voci di bilancio (da personale strutturato a contratti atipici e viceversa), salvo preventiva autorizzazione dei competenti uffici regionali.

13.3. Piano di gestione risorse umane anno 2019

13.3.1. Indicazioni generali

Le Aziende sono autorizzate all'assunzione di personale a tempo indeterminato e determinato nell'anno 2019 secondo i seguenti criteri generali:

a) il budget assegnato per l'anno 2019 alle singole Aziende rappresenta il vincolo invalicabile della spesa del personale per l'attuazione delle azioni previste nel Piano di Gestione delle Risorse Umane 2019;
b) le Aziende potranno procedere alle assunzioni di personale secondo i piani che presenteranno entro il 31 marzo 2019 fermo restando che le assunzioni di personale a tempo determinato e indeterminato dovranno rispettare i limiti indicati nel piano presentato nonché il budget di cui al punto a);
c) le Aziende dovranno mantenere la programmazione delle assunzioni del personale in linea con quanto contenuto nei piani triennali dei fabbisogni di cui al d.lgs. 75/2017, così come autorizzati dalla Giunta Regionale;
d) le ASST, le Fondazioni IRCCS di diritto pubblico ed AREU sono autorizzati ad effettuare assunzioni nell'ambito del turn over del 95%;
e) le ATS sono autorizzate ad effettuare assunzioni, nell'ambito del turn over del 75%; e fino ad un massimo del 100% relativamente al solo personale delle Dirigenze e tecnico della prevenzione ed assistente sanitario dei Dipartimenti della Prevenzione e Medica e Veterinaria;
f) il turn over è da calcolarsi:
   - sulle cessazioni intervenute dall'1/1/19 al 31/12/19;
   - sulle cessazioni intervenute dal 1/10 2018 al 31/12/18 nel caso in cui le stesse non siano state oggetto di copertura;

   nel rispetto del budget di cui al punto a);
g) Il turn over deve calcolarsi sulle singole Aree Contrattuali Dirigenze e Comparto ed il turn over non agito su un'area non può essere recuperato sull'altra;
h) All'interno di ogni singola area le assunzioni dovranno avvenire all'interno del limite indicato a livello di macro profilo nel Piano Triennale dei Fabbisogni.

Le Aziende, una volta esaurito il turn over ordinario di cui alle precedenti lettere d) ed e), potranno effettuare ulteriori assunzioni, nel rispetto del budget di cui al punto a) le assunzioni per:

1. procedure di mobilità compensativa, alle assunzioni di personale rientranti nelle categorie protette di cui alla Legge 12 marzo 1999 n. 68 nel rispetto delle percentuali previste dalla stessa nonché alle assunzioni a tempo indeterminato di ulteriore personale, in possesso dei requisiti di cui al DPCM 6 marzo 2015 e che sia utilmente collocato in una graduatoria per assunzione a tempo indeterminato dell'Azienda procedente o di altra nonché all'assunzione del personale in possesso dei requisiti di cui all'articolo 20 comma 1 del D. Lgs. n. 75/2017 ed infine del personale medico, tecnico-professionale e infermieristico, necessario a far fronte alle eventuali esigenze per far fronte alle disposizioni di cui alla Legge n. 161/2014;
2. sostituzione del personale Operatore Socio Sanitario (OSS) cessato nell'anno 2019 fino alla misura massima del 100% del turn over;
3. assunzioni a tempo determinato a titolo di supplenza per maternità, malattie lunghe e aspettative a vario titolo del personale di cui ai precedenti punti potranno essere effettuate in deroga al turn over sopra indicato, nel rispetto del budget assegnato;
4. sostituzione dei posti a tempo indeterminato esclusivamente per il personale medico, veterinario e della dirigenza del ruolo sanitario e per il personale del comparto (infermieri, ostetrici, tecnici sanitari, OSS) che sia stato assunto da altra azienda sanitaria pubblica a seguito di procedura di mobilità volontaria;
5. assunzioni di personale autorizzate con specifiche deliberazioni regionali.

Nelle more della presentazione del Piano di Gestione delle Risorse Umane le aziende potranno a far tempo dal 1 gennaio 2019 effettuare assunzioni di personale a tempo indeterminato e determinato nel rispetto dei punti sopra citati.

Per la redazione dei piani la Direzione Generale Welfare fornirà indicazioni entro il 28 febbraio 2019.

13.3.2. Copertura Strutture Complesse ed assunzione personale Dirigenziale Area Professionale Tecnica ed Amministrativa

Le assunzioni relative ai Dirigenti del presente punto devono avvenire all'interno del turn over e del budget indicati nel precedente punto 13.3.1(Indicazioni generali).
Nelle more dell'approvazione del PGRU 2019 si conferma l'obbligo di autorizzazione regionale preventiva per la copertura delle Strutture Complesse della dirigenza Medica, Veterinaria, Sanitaria del ruolo Professionale, Tecnico ed Amministrativo nonché per le assunzioni a tempo indeterminato della Dirigenza del ruolo Professionale, Tecnico ed Amministrativo. Tale autorizzazione deve essere richiesta anche per l'avvio delle procedure di mobilità.

Con riferimento alle autorizzazioni alla copertura delle Strutture Complesse ed alle assunzioni a tempo indeterminato della Dirigenza del ruolo Professionale, Tecnico ed Amministrativo rilasciate nell'anno 2018, le stesse potranno essere coperte entro il 28 giugno 2019. Dopo tale data le eventuali Strutture Complesse e le assunzioni a tempo indeterminato della Dirigenza del ruolo Professionale, Tecnico ed Amministrativo non coperte dovranno essere oggetto di una nuova autorizzazione; le richieste di copertura delle Strutture Complesse e le assunzioni a tempo indeterminato della Dirigenza del ruolo Professionale, Tecnico ed Amministrativo trasmesse nell'anno 2018 e non oggetto di autorizzazione regionale decadono al 31 dicembre 2018 e dovranno essere inserite all'interno del PGRU 2019.

Nelle more dell'adozione del PGRU anno 2019, con riferimento alle istanze di copertura delle Strutture Complesse e di posti di personale della Dirigenza del ruolo Professionale, Tecnico ed Amministrativo le istanze devono espressamente recare idonea dichiarazione del Direttore Generale di compatibilità economica anche a regime relativamente agli oneri derivanti dall'assunzione di cui trattasi.

Relativamente alle richieste di copertura di Strutture Complesse dovrà essere espressamente specificato se tali Strutture siano già vacanti o, in caso contrario, la data di decorrenza della vacanza delle stesse. Relativamente alle richieste di assunzione a tempo indeterminato di Dirigenti dell'area Professionale, Tecnica ed Amministrativa dovrà essere specificata l'Area di assegnazione funzionale del Dirigente da assumere.

13.3.3. Personale a tempo determinato

Nella programmazione delle assunzioni per l'anno 2019 del personale a tempo determinato gli Enti dovranno attenersi al rispetto di quanto stabilito all'art. 57, comma 3, del CCNL comparto sanità del 21 maggio 2018:
"il numero massimo dei contratti a tempo determinato e di contratti di somministrazione a tempo determinato stipulati da ciascuna Ente complessivamente non può superare il tetto annuale del 20% del personale a tempo indeterminato in servizio al 1° gennaio dell'anno di

assunzione,……", tenuto conto delle esenzioni quantitative previste al punto 4 del predetto articolo.

13.3.4. Incarichi di cui all'articolo 15 septies e 15 octies del D.Lgs. n. 502/92

Si richiamano gli Enti del SSR al rispetto delle disposizioni per il conferimento degli incarichi di cui all'art. 15 septies e 15 octies del D. Lgs. n. 502/1992.
Il conferimento degli incarichi, come pure il rinnovo dei medesimi, è subordinato alla preventiva autorizzazione della Direzione Generale Welfare che in sede di autorizzazione terrà conto del parere del Collegio Sindacale anche in ordine al rispetto delle percentuali di assunzione previste nonché della copertura finanziaria come stabilite dal D. Lgs. n. 502/1992.

Si rammenta il divieto di procedere alla copertura delle Strutture Complesse di Area Sanitaria mediante il ricorso a contratti a tempo determinato di cui all'art. 15 septies, come previsto dall'art. 15 c. 7-quinquies del D. Lgs. n. 502/92.

Entro il 31/1/2019 gli Enti sono tenuti a trasmettere via pec alla Direzione Generale Welfare l'elenco di tutti gli incarichi attribuiti all'1/1/2019 con indicazione dell'esatta tipologia dell'incarico, del nominativo dell'incaricato, la data di attivazione e quella di cessazione.

13.4. Fabbisogni di personale

Con riferimento a quanto previsto al precedente punto 13.3.1(Indicazioni generali) lettera c), si precisa che nel corso dell'anno 2019 verrà riavviata la modalità di determinazione dei fabbisogni standard regionali, anche alla luce delle indicazioni che saranno fornite dai competenti uffici ministeriali.

13.5. Indennità di vacanza contrattuale

L'indennità di vacanza contrattuale relativa al CCNL triennio 2016/2018, delle Dirigenze, tenuto conto che lo stesso non è stato ancora sottoscritto, dovrà essere corrisposta anche per l'anno 2019 ai soli Dirigenti del SSN con le medesime modalità di calcolo definite per l'anno 2018 fatto salvo diverse previsioni normative nazionali.
Relativamente all'indennità di vacanza contrattuale dell'area del comparto e delle Dirigenze, riferita al triennio contrattuale 2019-2021, verranno fornite indicazioni sulla base di quanto verrà disposto nella normativa di riferimento.

13.6. Accantonamenti per rinnovi contrattuali

I competenti uffici regionali forniranno indicazioni al fine di prevedere nei dati contabili l'accantonamento delle quote riguardanti i rinnovi contrattuali dei Dirigenti del SSN triennio 2016/2018 di competenza anno 2019 tenuto conto che l'accantonamento del 3,48% previsto per l'anno 2018 dovrà essere riconosciuto in trascinamento anche nell'esercizio 2019. Relativamente agli accantonamenti delle quote riguardanti i rinnovi contrattuali dell'area del comparto e delle Dirigenze, riferiti al triennio contrattuale 2019-2021, verranno fornite indicazioni sulla base di quanto verrà disposto nella normativa di riferimento.

13.7. Elemento perequativo art. 78 CCNL Comparto Sanità triennio 2016/2018

I competenti uffici regionali forniranno indicazioni sulla base di quanto verrà disposto nella normativa di riferimento.

13.8. Particolari situazioni di disagio organizzativo

Attesa la particolarità organizzativa della ATS della Montagna e delle relative ASST di afferenza, in deroga a quanto previsto al precedente punto 3, le stesse potranno procedere alla copertura del turn over nel limite del 100% del personale cessato e nel limite del budget assegnato per l'anno 2018.
Inoltre, per le medesime ragioni potranno essere attivati incarichi a valere sui costi di cui ai successivi punti 13.10 (Legge Sirchia) e 13.11 (Validità ed utilizzo delle graduatorie) in deroga ai limiti ivi fissati e comunque nel limite massimo della spesa dell'anno 2018.

13.9. Personale gravante sulla voce di costo "beni e servizi"

13.9.1. Lavoro somministrato

Il CCNL comparto sanità del 21 maggio 2018 all'art 59 prevede che i contratti di somministrazione di lavoro a tempo determinato devono essere stipulati entro il limite di cui all'art. 57, comma 3 (Contratti di lavoro a tempo determinato).

Si ribadisce che anche nel corso dell'esercizio 2019 gli Enti dovranno prevedere il ricorso al lavoro somministrato esclusivamente per far fronte a situazioni temporanee ed eccezionali e comunque sempre nel rispetto del tetto massimo percentuale previsto CCNL vigente e nel rispetto dei vincoli finanziari previsti dalle vigenti disposizioni in materia.

Il ricorso al lavoro somministrato dovrà pertanto essere limitato a quelle figure professionali e 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).

Nel 2019 occorre garantire una riduzione al 5% del costo sostenuto nell'anno 2018.
Il rispetto delle determinazioni di cui sopra costituirà elemento di valutazione per l'anno 2019 dei Direttori Generali.

In considerazione che l'utilizzo del personale interinale e dei relativi costi è strettamente legato alle dinamiche del personale dipendente a tempo indeterminato e determinato un incremento dei predetti costi deve trovare una contestuale riduzione nei costi del personale strutturato.

13.9.2. Altro personale

Si invitano le Aziende a procedere ad una graduale riduzione di personale gravante sulla voce di spesa dei beni e servizi e nel 2019 occorre garantire una riduzione minima pari al 5% del costo sostenuto nell'anno 2018 sulle seguenti voci:

- servizi per consulenze amministrative; servizi per consulenze tecniche; spese per collaborazioni coordinate continuative amministrative; spese per collaborazioni

coordinate continuative tecniche; prestazioni occasionali ed altre prestazioni di lavoro non sanitarie da terzi.

In ogni caso nell'anno 2019 le voci di costo: consulenze sanitarie da terzi; collaborazioni coordinate e continuative - area sanitaria; prestazioni occasionali ed altre prestazioni di lavoro sanitarie da terzi non devono essere in incremento rispetto all'anno 2018.

Dal costo sopra rappresentato sono inoltre esclusi quelli derivanti da apposite autorizzazioni regionali rilasciate nel corso dell'anno 2019 e/o anno 2018 con ripercussioni sull'anno 2019.

Si ricorda che i costi del personale gravante sui beni e servizi è correlato alle dinamiche del personale dipendente a tempo indeterminato e determinato. Un incremento dei predetti costi deve conseguentemente trovare una contestuale riduzione nei costi del personale strutturato.

13.10. Legge Sirchia (legge 8 gennaio 2002 n.1 e s.m.i.)

L'utilizzo di tali prestazioni è limitato alla sussistenza dei presupposti di legge e l'eventuale riconoscimento di risorse finalizzate a tali prestazioni, sarà valutato nel corso del 2019 su specifica richiesta pervenuta da parte delle ASST e Fondazioni IRCCS di diritto pubblico ed a seguito di apposita istruttoria da parte dei competenti uffici regionali della Direzione Generale Welfare. Non sarà possibile procedere alla richiesta di tali prestazioni aggiuntive né al loro utilizzo prima di formale comunicazione della Direzione Generale Welfare.

13.11. Validità ed utilizzo graduatorie

Si conferma quanto già previsto dal punto 7.11 della D.G.R. delle Regole 2017, in ordine alla validità triennale delle graduatorie ed in merito allo scorrimento delle graduatorie, della mobilità volontaria e dei concorsi aggregati.
Si invitano inoltre gli enti a condividere l'utilizzo delle graduatorie concorsuali vigenti, con il duplice vantaggio di ridurre le tempistiche di assunzione e la spesa legata all'attivazione di nuove procedure concorsuali.

13.12. Flussi informativi sul personale

In linea con le regole degli anni precedenti si conferma l'importanza della qualità dei dati presenti nel Flu.Per quale elemento essenziale per la complessiva visione dell'intero Sistema delle risorse umane del Servizio Sanitario Lombardo.

Si ribadisce pertanto la necessità di provvedere ad una corretta compilazione di tutti i flussi informativi derivanti da disposizioni nazionali e regionali, 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 degli indicatori di efficienza, efficacia ed economicità degli Enti sanitari.

La coerenza dei dati trasmessi nei vari flussi è obiettivo primario per la gestione 2019. In particolare occorre garantire coerenza fra i seguenti flussi:

a) Flu.Per e Conto Annuale: consistenza attivi rispetto alle tabelle 1 - 1A e 1C del CA; consistenza del personale con rapporto flessibile tempi determinati e interinali tabella 2 e 2A;

b) Flu.Per /Conto Annuale / Allegato al CE: consistenza attivi rispetto alle tabelle 1 - 1A e 1C del CA e dato attivi indicato nel Allegato al CE; consistenza del personale Dipendente a tempo determinato;
c) Flu.Per e SDO: Relazione/coerenza fra il dato di produzione ricavabile dal flusso SDO rispetto alle ore lavorate rilevate nel flusso A/B;
d) Conto Annuale e Modello A – Bilancio Consuntivo: coerenza dei costi del personale esposti in entrambi i flussi.

A garanzia della qualità dei dati si ribadisce la necessita di verificare il corretto rilevamento delle presenze di coloro che prestano la propria attività lavorativa con qualsiasi tipo di contratto; risulta quindi indispensabile, compilare obbligatoriamente ed in modo puntuale le ore lavorate nel Flusso B, anche per il personale dell'area contrattista e convenzionata.

A tal fine si ricorda che le ore lavorate vanno assegnate al servizio/Unità Operative per il quale viene svolta l'attività indipendentemente dal servizio/Unità Operativa di appartenenza gerarchica o di sede di lavoro. In caso di svolgimento di attività su dipartimenti/servizi/UO/poliambulatori diversi, le ore lavorate devono essere attribuite in modo frazionato e diversamente specificate ricordando che il Flusso B di Flu.Per permette di rilevarle su nove unità operative differenti.
Assetti organizzativi Flu.Per /POAS: è indispensabile mantenere allineato l'assetto organizzativo POAS all'interno dell'anagrafica del flusso del personale regionale (Flu.Per) assicurando il continuo monitoraggio/aggiornamento delle specifiche tabelle operative sulla base delle indicazioni che verranno fornite dai competenti uffici della Direzione Generale Welfare in merito alla possibilità di proporre modifiche ai POAS.

Verranno fornite indicazioni da parte della Direzione Generale Welfare sulle modalità di gestione di tutti i flussi, regionali e ministeriali, sul personale (Fluper, Conto annuale, Allegato CE, Relazione Conto Annuale, Elenco Direttori Strutture Complesse) per la chiusura dell'esercizio 2018 e l'avvio dell'esercizio 2019, in coerenza con le scadenze di ciascun flusso.

13.13. Centrale Operativa Integrata – COI

AREU deve procedere alla realizzazione del progetto approvato con D.G.R. n. XI/373 del 23/07/2018 per il completamento della Centrale Operativa Integrata - COI attraverso:

- l'estensione a favore dei restanti cittadini lombardi (circa 5.000.000) per il servizio di contact center reso a favore del Servizio di Continuità Assistenziale (ex- Guardia Medica). AREU e gli Enti del SSR interessati devono perfezionare idonei accordi affinché vengano disciplinate tutti i necessari e conseguenti rapporti, compreso il ristoro degli oneri economici sostenuti dall'Azienda Regionale per l'infrastruttura tecnologica e le telecomunicazione (dati e fonia);
- il coordinamento dei trasporti sanitari semplici (pazienti nefropatici) per i cittadini lombardi non residenti nel territorio della Città Metropolitana di Milano (i pazienti afferenti alla Città Metropolitana sono già stati presi in carico);
- il progressivo avvio del coordinamento dei trasporti sanitari, intraospedalieri ed extraospedalieri di cui alla D.G.R. n. X/5165/2016 (anche detti "secondari"), non urgenti;
- l'attivazione presso la COI del Numero Europeo 116117 che svolge le funzioni elencate ai precedenti punti (vedasi Accordo - REP. ATTI 82/CSR - "Patto per la

Salute 2014-2016" tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante "Linee di indirizzo sui criteri e le modalità di attivazione del Numero Europeo armonizzato a valenza sociale 116117" (REP. ATTI 221/CSR) e la D.G.R. n. XI/373/2018).

AREU entro il mese di febbraio 2019 dovrà trasmettere alla Direzione Generale Welfare la conferma del progetto definitivo per l'estensione di cui trattasi.

13.14. Personale della ricerca

Con riferimento, in particolare, 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 della ricerca nel 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, fermo restando il rispetto dei vincoli in materia di spesa del personale dei singoli Istituti. Regione Lombardia fornirà idonee indicazioni operative successivamente alla conclusione presso ARAN della trattativa sulla sezione speciale del CCNL del Comparto sottoscritto lo scorso 21 maggio 2018.

13.15. Aspettativa per incarichi ex D.Lgs. n. 502/92

Si invitano le Aziende al rispetto delle disposizioni in materia di aspettativa di cui all'art. 3-bis, comma 11, del D.Lgs. n. 502/1992. Nel periodo di fruizione di tale aspettativa l'azienda può provvedere alle sostituzioni per la durata dell'aspettativa concessa così come previsto dall'art 18 comma 5 CCNL 8 Giugno 2000. Al rientro in servizio dall'aspettativa, il dirigente sostituito completa il proprio periodo di incarico ed è soggetto alla verifica e valutazione di cui all'art. 31 CCNL 8 Giugno 2000.

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.

13.16. Rapporti con le Università

La legge regionale 12 dicembre 2017, n. 33 ha aggiornato ed innovato la disciplina dei rapporti con le Università della Lombardia per lo svolgimento di attività assistenziali, formative e di ricerca della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (*Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità*).

Nel corso del 2019 si darà attuazione alla legge in particolare con l'avvio della ridefinizione della nuova rete formativa, in raccordo con il Comitato di Indirizzo, di cui all'art. 30 della citata legge regionale n. 33/2017. Il Comitato di Indirizzo sarà costituito con deliberazione di Giunta regionale, entro il mese di febbraio 2019.

Successivamente, si procederà con l'attuazione dell'articolo 28, che riguarda la rete regionale dell'assistenza, della didattica, della formazione e della ricerca.

Più precisamente la Regione, sentito il Comitato di Indirizzo, definirà, previo parere della competente commissione consiliare, l'articolazione territoriale della rete regionale, comprendendo le strutture delle ASST, delle strutture private accreditate, degli IRCCS e di quelli sociosanitari pubblici, nonché le Università lombarde sedi di facoltà di medicina e chirurgia. Nella definizione della nuova rete regionale saranno coinvolti tutti i stakeholder interessati.

Si procederà, inoltre, con la predisposizione dello schema di protocollo di intesa previsto dall'art. 29. Tale articolo prevede che la Regione stipuli con le Università lombarde, sedi di facoltà di medicina e chirurgia, un protocollo generale d'intesa per lo svolgimento di attività assistenziali, didattico-formative e di ricerca. Tale protocollo sarà attuato mediante apposite convenzioni dalle singole Università con gli erogatori che faranno parte della nuova rete regionale. In attesa della definizione della rete formativa in questione, potranno sottoscrivere accordi con le Università, ai sensi dell'art. 18, comma 3, della legge 30 dicembre 2010, n. 240, esclusivamente le strutture sanitarie ricomprese nei Poli universitari individuati dalla Regione. Gli accordi in questione dovranno riportare in maniera evidente l'interesse dell'ente sanitario.

13.17. Piani di organizzazione aziendali strategici

Le Linee guida regionali per l'adozione dei Piani di Organizzazione Aziendali Strategici (POAS) adottate con D.G.R. X/5513 del 2 agosto 2016 hanno stabilito che il POAS ha valenza triennale ed è rivedibile annualmente, qualora subentrino esigenze o modificazioni particolari. Dalla data di approvazione del presente provvedimento la possibilità di proporre modifiche ai POAS è sospesa fino a specifiche indicazioni della Direzione Generale Welfare, fatta salva la possibilità di procedere a modificazioni espressamente richieste da Regione Lombardia e/o derivanti dalla diretta attuazione di norme regionali, in particolare le legge regionale 28 novembre 2018, n.15.

13.18. ECM - Provider

Ai provider del Sistema lombardo ECM-CPD è richiesto:

a) il rispetto della normativa ECM e, a partire dal 01/01/2019, di quanto previsto nel "Manuale di accreditamento per l'erogazione di eventi ECM-CPD Regione Lombardia";
b) l'inserimento dei piani formativi sul "Sistema gestionale lombardo ECM - Sviluppo professionale continuo" entro il 15/03/2019;
c) la realizzazione del 50% degli eventi previsti dal piano formativo accreditato;
d) la regolare trasmissione dei flussi relativi ai crediti formativi da assegnare ai professionisti.

13.19. Procedure concorsuali aggregate

La Direzione Generale Welfare è incaricata di produrre, tramite apposito Gruppo di Lavoro, uno studio di fattibilità finalizzato alla centralizzazione delle procedure concorsuali.
Le risultanze di tale Gruppo di Lavoro dovranno essere rassegnate entro il 30 aprile 2019.

13.20. Relazioni sindacali

La Direzione Generale Welfare prevedrà periodici momenti di confronto con le OO.SS firmatarie dei Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro. In particolare verrà data adeguata

informativa in merito alle procedure di stabilizzazione in corso a seguito della sottoscrizione dei Protocolli siglati in data 29/06/18 e 03/07/18.
Inoltre, a seguito della sottoscrizione del nuovo CCNL del Comparto area Sanità, e degli accordi sottoscritti in data 3 ottobre 2018 (D.G.R. n. 679 del 24 ottobre 2018) si procederà alla definizione di nuovi protocolli sulle relazioni sindacali.

13.21. Libera professione

A seguito dell'approvazione del Progetto di Legge n. 29 (D.G.R. n. 603 del 1 ottobre 2018) e della successiva approvazione da parte della III Commissione Consiliare, si procederà all'adeguamento delle linee guida regionali, ivi compreso un regolamento tipo omogeneo, anche alla luce del documento già oggetto di condivisione sindacale in data 6 febbraio 2018.

13.22. Viaggi all'estero dei componenti le direzioni strategiche

Entro il mese di gennaio 2019 verranno fornite apposite indicazioni in merito alla necessità di preventiva autorizzazione regionale per i viaggi istituzionali all'estero effettuati dai componenti delle direzioni strategiche aziendali.

14. INVESTIMENTI

14.1. Premessa

Sulla programmazione Investimenti a valere dall'anno 2019 si profila l'esigenza di introdurre percorsi gestionali innovativi che rispondano al duplice obiettivo di:

- implementare il processo di armonizzazione contabile in ambito sanitario di cui al d.lgs. 118/2011 s.m.i., a superamento dei disallineamenti applicativi del Titolo I con il Titolo II e derivante dall'applicazione di regole contabili differenti per la parte di bilancio regionale riguardante la Gestione Sanitaria Accentrata – GSA - (Titolo II) rispetto alla restante parte del bilancio regionale (Titolo I e III);
- adeguare modelli operativi alle modifiche normative introdotte con l'entrata in vigore del nuovo codice dei Contratti Pubblici (D.Lgs. n. 50/2016 s.m.i.)

Di seguito si illustrano le norme minime di raccordo da introdursi nell'anno 2019, con ogni più ampia riserva di ulteriori indicazioni in corso di esercizio ad integrazione e/o dettaglio degli orientamenti forniti in questa sede.

14.2. Principi di armonizzazione contabile e conto capitale

L'attuale gestione in conto capitale presenta margini di frizione con i principi di contabilità finanziaria potenziata, onde la necessità di istituire un tavolo tecnico tra Direzione Generale Welfare e Direzione Centrale Bilancio per implementare i sistemi di armonizzazione contabile a definizione di una proposta di assetto dei contributi in conto capitale, in particolare, in relazione alle economie derivanti dai ribassi d'asta, al mantenimento degli impegni di spesa nel bilancio regionale, all'attivazione dei Fondi Pluriennali Vincolati (FPV) nonché alla puntuale ricognizione del patrimonio delle aziende e alle opere incompiute.
Fondamentale importanza rivestirà la fase di programmazione degli investimenti per la necessaria valutazione della temporalità della spesa.

In attuazione del D.Lgs. n. 118/2011 ed in relazione alla necessità di assicurare la liquidabilità dei fondi perenti, la Direzione Generale Welfare potrà autorizzare unicamente l'utilizzo delle economie relative ad impegni di spesa successivi all'esercizio 2014 (compreso); per la definizione di "economie" si rimanda al p.to C) del capitolo 4.2 delle linee guida adottate con decreto del Direttore Generale Welfare n. 13863/2016.

A norma dell'art. 6 ter del D.L. n. 91/2017, convertito nella legge n. 123/2017, in relazione ai vincoli temporali, si ricorda che le economie derivanti dai ribassi d'asta sono utilizzabili per eventuali rimodulazioni delle voci di Quadro Economico, esclusivamente entro il secondo esercizio successivo all'aggiudicazione con le modalità di cui alle linee guida adottate con decreto del Direttore Generale Welfare n. 13863/2016.

14.3. Programmazione degli investimenti

I provvedimenti dello Stato e/o di Regione di assegnazione e/o ammissione a finanziamento per investimenti in edilizia sanitaria costituiscono un'obbligazione giuridicamente perfezionata, anche se condizionata alla realizzazione della spesa, e garantiscono l'effettività della copertura dell'investimento.

Ai sensi dell'art. 20 del D.Lgs. n. 118/2011 s.m.i. per la parte in conto capitale riferita all'edilizia sanitaria di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, e successive modificazioni, la Regione accerta e impegna nel corso dell'esercizio l'importo corrispondente a quello indicato nel decreto di ammissione al finanziamento. In caso di revoca dell'ammissione a finanziamento ai sensi dell'articolo 1, comma 310, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, la Regione registra detto evento nell'esercizio nel quale la revoca è disposta.

A ricaduta per gli enti sanitari del sistema regionale, i contributi in conto capitale da Regione e/o dallo Stato per edilizia sanitaria, in virtù dei principi contabili di cui al d.lgs. 118/2011 s.m.i., sono rilevati nel bilancio aziendale sulla base dei provvedimenti di assegnazione ed ammissione a finanziamento da parte degli enti finanziatori.

La rilevazione in contabilità generale dei contributi in conto capitale avviene nei seguenti momenti:

- i contributi in c/capitale per finanziamenti ex art. 20 L. 67/1988 devono essere rilevati nel bilancio di esercizio nel momento dell'assegnazione, che coincide con la notifica regionale del Decreto dirigenziale del Ministero della Salute di ammissione al finanziamento;
- i contributi in c/capitale per finanziamenti disposti dalla Regione devono essere contabilizzati a bilancio sulla base della notifica del Decreto Dirigenziale Regione Lombardia di assunzione di impegno della spesa nel bilancio regionale;
- i contributi in c/capitale per finanziamenti provenienti da altri soggetti pubblici vengono trattati in analogia con i contributi in conto capitale da Regione.

<u>Pareri obbligatori per l'approvazione di progetti di edilizia sanitaria.</u>

A seguito della modifica della LR n. 5/2007 operata con LR n. 12/2018, la Giunta Regionale ha disposto con D.G.R. n. XI/566 del 24/09/2018 che i pareri all'Unità Tecnica di cui all'art. 1, c. 9 lett. a) e b), l.r. n. 5/2007 possano essere richiesti dalle Direzioni regionali per progetti, o varianti progettuali, relativi a nuove opere, se di importo lavori superiore a 300.000 €, e a opere o edifici esistenti, se di importo lavori maggiore a 3.000.000 €, escludendo dal

suddetto parere gli interventi di manutenzione ordinaria di cui all'art. 27, c. 1, della LR 12/2005, come meglio specificato in allegato F della D.G.R. n. XI/566/2018 citata.

Avvalendosi delle facoltà di cui all'art. 1, comma 6, LR n. 5/2007, tenuto conto dei parametri economico-finanziari succitati in relazione a nuove opere e/o interventi su edifici esistenti, la Direzione Generale Welfare richiederà, in particolare, il parere vincolante della Unità Tecnica nei seguenti casi:

- Progetti assistiti da finanziamento art. 20 L. n. 67/1988 in ottemperanza agli Accordi Stato-Regioni attualmente in vigore;
- Progetti di collaborazione pubblico-privato che prevedano realizzazione di lavori pubblici assistiti da contributo pubblico in conto capitale;
- Progetti per nuove strutture di ricovero e cura;
- Varianti progettuali di particolare complessità o di particolare valore economico che richiedono specifici approfondimenti di natura tecnica ed economica.

In ogni caso, la stazione appaltante è titolare e responsabile sotto ogni profilo degli elaborati progettuali, di cui verifica la rispondenza e la conformità alla normativa vigente; eventuali pareri dell'Unità Tecnica e/o della Direzione regionale non esimono la Stazione Appaltante, il RUP e il progettista dalle rispettive responsabilità.

A prescindere dall'ammontare dell'intervento, si richiama l'attenzione sulla necessità che il RUP, in quanto figura centrale nel governo delle attività di programmazione, progettazione, affidamento ed esecuzione di appalti e concessioni di lavori, possieda adeguate competenze in materia di project management e di pianificazione e gestione dello sviluppo di specifici progetti (si vedano Linee Guida ANAC n. 3/2016 "*Nomina, ruolo e compiti del responsabile unico del procedimento per l'affidamento di appalti e concessioni*", aggiornate con deliberazione n. 1007 del 11.10.2017), ai fini dell'efficiente coordinamento di tutte le risorse a disposizione e del raggiungimento degli obiettivi nei tempi e nei costi previsti, garantendo la qualità della prestazione e il controllo dei rischi.

Le stazioni appaltanti, nell'ambito dell'attività formativa specifica di cui all'art. 31, comma 9, D.Lgs. n. 50/2016, assicurano ed organizzano programmi formativi rivolti ai RUP, nel rispetto delle norme e degli standard di conoscenza Internazionali e Nazionali di Project Management, in materia di pianificazione, gestione e controllo dei progetti, nonché in materia di uso delle tecnologie e degli strumenti informatici.
La Direzione Generale Welfare si riserva di fornire ulteriori indicazioni nel corso dell'anno 2019 circa le modalità di invio e i criteri di selezione dei progetti da sottoporre al parere dell'Unità Tecnica.

14.4. Sistema di qualificazione delle Stazioni Appaltanti

La qualificazione delle stazioni appaltanti rappresenta uno dei cardini della riforma del sistema dei contratti pubblici delineato dal D.Lgs. n. 50/2016 s.m.i.
Nel disegno dell'art. 37 del nuovo Codice, fatta salva l'autonomia minima garantita per l'attività contrattuale minore, le stazioni appaltanti, per procedere autonomamente all'acquisizione di forniture, servizi e lavori, devono essere in possesso della necessaria qualificazione ai sensi dell'articolo 38, in assenza della quale l'approvvigionamento è consentito solo attraverso il ricorso a centrali di committenza ovvero mediante aggregazione con una o più stazioni appaltanti aventi la necessaria qualifica.

Lo schema di D.P.C.M. recante la definizione dei requisiti tecnico-organizzativi per l'iscrizione all'elenco delle stazioni appaltanti qualificate, di prossima entrata in vigore, ha sollevato potenziali criticità per diverse aziende del comparto a garantire il possesso della qualificazione necessaria per l'acquisizione in via autonoma di lavori.

Ogni ASST/ATS/Fondazione IRCCS di diritto pubblico dovrà procedere alla ricognizione dei requisiti previsti per la qualificazione delle SA verificando, alla luce del programma triennale 2019-2021, quali interventi potranno essere acquisiti in autonomia e quali diversamente dovranno essere esternalizzati.

Ogni ASST/ATS/Fondazione IRCCS di diritto pubblico dovrà comunicare al Tavolo Tecnico degli appalti di cui alla LR 24/2014 gli esiti della ridetta ricognizione e le proprie esigenze per il periodo 2020-2021 entro il 31 marzo 2019.

14.5. Conferimento incarichi alla società regionale ILspa da parte delle Aziende Sanitarie e IRCCS pubblici

Con la Convenzione Quadro di cui alle DD.G.R. nn. X/7652/2017 e XI/194/2018, Regione Lombardia ha ridefinito le modalità di finanziamento di Infrastrutture Lombarde Spa ed i percorsi di conferimento di incarichi al ILSPA da parte degli enti facenti parte del SIREG.
Alla luce delle citate delibere l'allegato 3 della D.G.R. X/7011/2017 si ritiene modificato nei seguenti punti:

- p.to 2 del capitolo 5: per interventi inseriti nel Programma Pluriennale delle attività di ILSPA o suo aggiornamento, non è previsto rilascio di nulla osta da parte della Direzione Generale Welfare. Le Aziende Sanitarie committenti dovranno dare comunicazione alla Direzione Generale Welfare del conferimento di incarichi ad ILSPA secondo quanto previsto dalle DD.GG.RR. X/7652/2017 e XI/194/2018, curando gli adempimenti di cui all'art.192, comma 3, d.lgs. 50/2016 ove previsti;
- p.to 4 del capitolo 5: è da intendersi interamente abrogato.

Sono a valere sul contributo di funzionamento di ILSPA esclusivamente gli incarichi inclusi, su valutazione della Direzione Generale Welfare, nel Programma Pluriennale delle attività di ILSPA o suo aggiornamento approvato secondo forme e modalità di cui alla D.G.R. n. X/7652/2017.

A seguito dell'inserimento nel Programma Pluriennale delle attività di ILSPA o suo aggiornamento, le Aziende Sanitarie potranno formalizzare incarichi alla società regionale, previo idoneo provvedimento conforme ai contenuti riportati nei provvedimenti qui richiamati, mediante la sottoscrizione di accordi bilaterali, di cui dovranno portare a conoscenza la Direzione Generale Welfare a seguito della sottoscrizione.

14.6. Varianti in corso d'opera

Anche alla luce delle analisi compiute dall'Autorità competente, si rende opportuno ricordare la centralità dei processi di istruttoria da parte del RUP sull'ammissibilità delle varianti, tenuto conto dei principi di eccezionalità e tassatività dei casi in cui tali varianti sono consentite ai sensi dell'art. 106 del D.Lgs. n. 50/2016 (art. 149 per settore beni culturali; art. 175 per contratti di concessione; art. 194 in caso di contraente generale).

Quanto sopra deve comunque essere correlato ai principi di semplificazione amministrativa indicati nelle linee guida di cui al D.D.G.W. n. 13863/2016 emanate in un periodo in cui le varianti erano unicamente riconducibili al D.Lgs. n. 163/2016. Allo stato attuale è necessario prevedere le modalità di seguito descritte per le varianti redatte in vigenza del nuovo Codice dei Contratti.

Ai sensi del Nuovo Codice dei Contratti Pubblici assumono la connotazione di varianti in corso d'opera le modifiche qualora:

- la necessità di modifica sia determinata da circostanze impreviste e imprevedibili per l'amministrazione aggiudicatrice o per l'ente aggiudicatore. In tali casi le modifiche all'oggetto del contratto assumono la denominazione di varianti in corso d'opera. Tra le predette circostanze può rientrare anche la sopravvenienza di nuove disposizioni legislative o regolamentari o provvedimenti di autorità od enti preposti alla tutela di interessi rilevanti e che non alterino la natura generale del contratto (art. 106, comma 1, lettera c) D.lgs. 50/2016 cfr. altresì art. 175, comma 1, lett. c); art. 149, D.Lgs. n. 50/2016);
- siano derivanti da errori o omissioni del progetto esecutivo che pregiudicano, in tutto o in parte, la realizzazione dell'opera o la sua utilizzazione, nei limiti quantitativi di cui all'art. 106, comma 2.

Le varianti in corso d'opera relative ai progetti che usufruiscono di un finanziamento pubblico di qualsiasi importo devono sempre essere inviate alla Struttura Investimenti della Direzione Generale Welfare, fermi restando gli oneri di pubblicazione e le comunicazioni e/o trasmissioni obbligatorie agli organi di controllo, e possono essere soggette a:

- semplice comunicazione obbligatoria entro 30 giorni dall'approvazione da parte della Stazione Appaltante, in caso di:
    - varianti di cui ai commi 1, lett. c), art. 106, d.lgs. 50/2016 di qualunque importo riconducibili unicamente alla sopravvenienza di nuove disposizioni legislative o regolamentari o provvedimenti di autorità od enti preposti alla tutela di interessi rilevanti;
    - varianti di cui ai commi 1, lett. c) e 2, art. 106, d.lgs. 50/2016 d'importo complessivo inferiore al 10% dell'importo contrattuale;
    - varianti comportanti una riduzione contrattuale. Qualora, nel computo complessivo di tali varianti, vi siano anche opere in aumento dell'importo superiore al 10% dell'importo;
      contrattuale, dovrà essere formulata istanza di nulla osta con la relativa procedura;
- nulla osta formale di assenso da parte degli uffici regionali, in tutti gli altri casi di varianti di cui ai commi 1, lett. c) e 2, art. 106, D.Lgs. n. 50/2016.

Per le ipotesi di varianti in corso d'opera in appalti disciplinati dal D.Lgs. n. 163/2006 si confermano le indicazioni fornite con le linee guida citate.

14.7. Concessioni di Costruzione e Gestione in Sanità - Revisione del Piano Economico Finanziario - NARS

Regione Lombardia intende collaborare efficacemente con il Nucleo di consulenza per l'attuazione delle linee guida per la regolazione dei servizi di pubblica utilità (NARS), istituito presso il Dipartimento per la Programmazione e il Coordinamento della Politica Economica – Presidenza del Consiglio dei Ministri.

A questo scopo il parere di cui alla D.G.R. 5954/2916 Allegato A - p.to 9.14, deve essere richiesto dai concedenti inviando la documentazione direttamente al NARS e per conoscenza agli uffici regionali, previa verifica delle ricadute sulle voci di bilancio interessate.

14.8. Partenariato pubblico privato (PPP)

Entro il 28 febbraio 2019 sarà costituito un apposito gruppo di lavoro multidisciplinare con il coinvolgimento degli enti del SIREG maggiormente competenti in materia di pubblico privato, al fine di elaborare indirizzi operativi in tema di PPP nonché procedure per l'espressione del parere da parte di Regione Lombardia.

15. La funzione di Internal Auditing

La funzione di Internal Auditing (IA) è allocata ad un livello dell'organizzazione idoneo ad assicurare autonomia, indipendenza di giudizio e obiettività delle rilevazioni. La sua collocazione elettiva è perciò la Direzione Generale. Se l'organizzazione aziendale ha espresso un diverso posizionamento è comunque fondamentale che la funzioni riporti, in ultima istanza, alla Direzione Generale, stante il suo ruolo di guida e governo al conseguimento di obiettivi.

L'incarico di Responsabile IA (RIA) è compatibile con quelli, trasversali e affini, dell'Anticorruzione, dell'Area Legale (con l'esclusione espressa del contenzioso), della Qualità, del Controllo di Gestione, del Risk Management e dl Data Protection Officer, con i quali operare in sinergia. È però fondamentale che non vi sia commistione nella programmazione delle attività riportate ai diversi ruoli - che devono necessariamente rimanere distinti - restando invece condivisibile l'obbiettivo di migliorare, in efficienza ed efficacia, l'attività di controllo. L'esigenza di assicurare una adeguata segregazione delle funzioni porta ad escludere la sovrapposizione dell'incarico di RIA con lo svolgimento di attività di controllo di primo livello e, in generale, con incarichi di tipo gestionale.

Il RIA dispone di risorse adeguate a garantire l'assolvimento dei propri compiti compatibilmente con l'esercizio delle altre funzioni aziendali a risorse umane date.
I RIA trasmette alla Struttura di Audit regionale gli aggiornamenti relativi alla collocazione organizzativa, alle procedure e alla dotazione della propria funzione.
L'IA deve garantire un monitoraggio dei rischi adeguato, in rapporto ad organizzazione e attività dell'ente ed operare su pianificazione annuale e, in prospettiva, triennale.

Adempimenti:

- entro il 28 febbraio 2019, il RIA trasmetterà la Pianificazione annuale dell'attività di audit. Le attività di audit pianificate potranno utilmente comprendere aspetti inerenti l'applicazione delle misure anticorruzione.
- entro il 28 marzo 2019 il RIA dovrà trasmettere una relazione di monitoraggio sullo stato di attuazione delle attività di audit effettuate nell'anno 2018.
- entro il 31 luglio Il RIA dovrà procedere all'invio di una relazione semestrale di monitoraggio delle attività di audit effettuate al 30 giugno.

La trasmissione della pianificazione annuale dell'attività di audit e delle relazioni di monitoraggio dovrà essere effettuata sia alla Struttura Audit, mediante l'invio alla casella email: audit@regione.lombardia.it., sia alla Direzione Generale Welfare, utilizzando l'apposita area della piattaforma informatica PrIMO, la cui area riservata fungerà altresì da

piattaforma tecnologica per la condivisione di materiali ed esperienze tra i Responsabili IA della Rete. È previsto il coinvolgimento della Rete IA su specifiche tematiche.

TEMI CHIAVE/INNOVATIVI

Verifica periodica di utilizzo degli investimenti per garantire efficacia nell'azione regionale ed armonizzazione dei debiti regionali vs le aziende sanitarie.
Regolazione delle modalità di approvazione regionale delle varianti in corso d'opera per gli appalti avviati a seguito della modifica del Codice dei Contratti (D.Lgs.50/2016 e s.m.i.).
Modifica dei pareri previsti per i progetti di edilizia sanitaria a seguito della LR 12/2018.

16. SISTEMI INFORMATIVI

Il Sistema Informativo Socio Sanitario è il fattore abilitante per far evolvere in modo condiviso e coordinato i sistemi informativi degli Enti sanitari lombardi, nella tutela del loro sviluppo a livello regionale ed in linea con le azioni evolutive previste nell'ambito del Sistema Sanitario Nazionale.

Nell'infrastruttura tecnologica si innestano servizi innovativi di digital-health, quali ad esempio la ricetta dematerializzata, il fascicolo sanitario elettronico, l'Anagrafe regionale e molteplici servizi digitali che consentono la cooperazione tra i sistemi informativi degli Enti Erogatori, il Sistema regionale e gli Enti centrali garantendo l'autonomia del loro sviluppo e la sinergia con le azioni evolutive previste in ambito Sistema Sanitario Nazionale.

L'obiettivo nel corso del 2019 sarà quello di proseguire il percorso avviato con la Riforma e trasformare il SSR in un sistema condiviso e coordinato. Inoltre, al fine di conseguire gli obiettivi di semplificazione, efficienza e miglioramento dell'assistenza sanitaria, in coerenza con la normativa nazionale, verrà potenziata l'integrazione nella rete degli operatori.

16.1. Prenotazioni ed accoglienza

È indispensabile proseguire e potenziare il processo avviato l'anno scorso per quanto riguarda la condivisione delle informazioni sull'intera offerta sanitaria lombarda, attraverso i servizi messi a disposizione dalla rete regionale di prenotazione.

Per le aziende erogatrici questo si traduce nell'obbligo di conferimento alla rete regionale di prenotazione dei dati, come di seguito specificato:

- le aziende pubbliche devono provvedere all'esposizione di TUTTE le agende in MULTICANALITÀ *indipendentemente dalla possibilità o meno di consentire la prenotazione da parte di altri soggetti.*
  In particolare dovrà essere abilitato il più possibile il canale Cittadino Self-care (Online e App) per aumentare l'accesso diretto dei cittadini alle prenotazioni con un conseguente contenimento dei costi. La pubblicazione consentirà inoltre di conoscere le prestazioni offerte da ogni singola struttura per fornire all'utenza indicazioni precise in merito alla possibilità di usufruire delle stesse, qualunque sia il canale di prenotazione necessario per accedervi;
- le strutture aderenti alla rete di prenotazione, pubbliche e private, devono comunicare tutte le notifiche relative ad appuntamenti, anche se fissati direttamente dalle strutture/specialisti o relative a controlli, per permettere

l'annullamento automatico delle prenotazioni di prestazioni sanitarie presso più di una struttura (resta valida infatti solo l'ultima prenotazione in ordine di tempo).
Questo processo serve a liberare disponibilità nelle agende e riduce le liste di attesa, contestualmente limita il fenomeno del no show in quanto, per ogni prescrizione, resta attiva una sola prenotazione valida. L'attività di analisi del no show riveste particolare importanza anche in funzione del monitoraggio che ne viene fatto centralmente ai fini degli Adempimenti LEA.

In merito alla mancata comunicazione della notifica delle prenotazioni extra CCR, si avvierà un percorso di analisi congiunta con le ATS al fine di prevedere meccanismi sanzionatori predisponendo appositi livelli di servizio.

- Resta confermato l'obbligo di comunicare giornalmente per alimentare il sistema MOSA, l'intera offerta delle aziende sanitarie con tutte le agende opportunamente caratterizzate, per meglio indirizzare il cittadino come indicato nella D.G.R. n. X/7766 17/1/2018;
- Per le strutture per le quali non è prevista prenotazione diretta (App, Online, farmacie e CCR) è stato predisposto un sistema di prenotazioni differite: la struttura interessata dovrà rispondere alla richiesta dell'utente entro 48 ore, dando evidenza al CCR del risultato del contatto e della prenotazione eventualmente fissata.

In collaborazione con le ATS verranno effettuati AUDIT specifici presso le Aziende per valutare il livello di qualità dei processi di prenotazione e accoglienza messi in atto, compatibilmente con le risorse disponibili, e verificare le azioni volte ad assicurare il rispetto degli SLA mensili previsti dall'adesione al servizio di prenotazione
Per quanto riguarda il CCR è necessario disciplinare le modalità di gestione del servizio fra lo stesso e le aziende aderenti.
Le ATS in collaborazione con gli Enti Erogatori aderenti, pubblici e privati, predisporranno il contratto tipo che prevederà, fra l'altro, che le quote a carico delle stesse aziende (sia la quota SSN che Libera Professione) siano regolate e contabilizzate direttamente con Lispa con modalità che verranno stabilite entro il primo trimestre 2019.

Infine, con lo scopo di ridurre il numero di contatti telefonici al CCR e i costi conseguenti, dovranno essere maggiormente pubblicizzati presso gli uffici CUP, gli ambulatori e sui siti aziendali di ATS e ASST i canali alternativi di prenotabilità (online, App…) e la ricerca delle prime disponibilità di prestazioni a livello regionale disponibili sul sito di Regione Lombardia.

16.2. Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e digitalizzazione in Sanità

Nell'ambito delle iniziative previste dall'Agenda Digitale, la realizzazione del FSE riveste un ruolo di notevole importanza nel processo di digitalizzazione del SSN. Il DPCM 29 settembre 2015 n. 178, nell'istituire il FSE a livello nazionale, prevede l'obbligo per le Regioni di realizzarlo e individua i soggetti che concorrono all'implementazione del FSE (art. 12).

Il FSE rappresenta l'elemento di condivisione del patrimonio informativo sanitario di ciascun assistito, alimentato in maniera continuativa dai soggetti che prendono in cura l'assistito nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, in particolare nel sistema lombardo dove diventa anche cardine per la presa in carico dei pazienti cronici.

Si richiamano quindi le aziende sanitarie pubbliche e private, all'obiettivo prioritario della pubblicazione completa e tempestiva di tutti i referti prodotti al loro interno, compresi quelli prodotti in intramoenia.

E' infine da sottolineare che, a seguito della Legge di Bilancio per l'anno 2017 che prevede l'accelerazione dell'attuazione del FSE mediante l'Infrastruttura Nazionale per l'Interoperabilità (INI), tutti gli adempimenti e le scadenze previste per le Regioni ai fini della realizzazione del FSE e dei servizi di interoperabilità con INI, sono stati inseriti tra gli Adempimenti LEA.

16.2.1. Strutturazione dei referti

L'articolo 24 - Sistema di codifica dei dati - del DPCM 178/2015 e il disciplinare tecnico dello stesso DPCM, individuano il formato CDA-2 ed il sistema di codifica LOINC (Logical Observation Identifiers Names and Codes), per l'identificazione univoca di osservazioni cliniche e di laboratorio.

Considerato che già da diverso tempo in Lombardia sono state emesse tutte le specifiche tecniche per la strutturazione, il processo di produzione dei referti di laboratorio in tutte le strutture pubbliche e private accreditate a contratto dovrà seguire lo standard nazionale XML-CDA2_RefertoMedicinaLab di HL7 Italia e l'utilizzo di Codifica LOINC per l'interpretazione dei risultati.
Il processo di associazione codici interni codici LOINC inizierà a partire da un primo elenco di prestazioni di laboratorio selezionate tra quelle più frequentemente utilizzate. Tale set iniziale è definito dal Comitato Regionale Esperti dei Servizi di Medicina di Laboratorio (CRESMeL).
Entro il 2019 i laboratori lombardi pubblici e privati accreditati dovranno inserire le codifiche LOINC nella struttura CDA-2 dei referti cominciando dai codici nel set iniziale di prestazioni più richieste.
Saranno organizzati specifici momenti di formazione e supporto a sostegno delle aziende.

16.2.2. Patient Summary (PSS)

Il Patient Summary o Profilo Sanitario Sintetico è il documento informatico sanitario che riassume la storia clinica del paziente e la sua situazione corrente. Tale documento è creato ed aggiornato dal MMG/PLS sulla base di situazioni ed eventi da lui ritenuti rilevanti ai fini della storia clinica del paziente e, in particolare, contiene anche un set predefinito di dati clinici significativi.

Lo scopo del documento Profilo Sanitario Sintetico è quello di favorire la continuità di cura, permettendo un rapido inquadramento del paziente al momento di un contatto non programmato come ad esempio in situazioni di emergenza e di pronto soccorso.
Il Patient Summary si colloca all'interno del nucleo minimo dei documenti indispensabili che devono essere disponibili nel FSE. La sua realizzazione e l'invio all'INI sono stati inseriti tra gli Adempimenti LEA.

Sulla base delle indicazioni che saranno fornite da RL entro il primo semestre dell'anno, le ATS dovranno attivarsi con i medici convenzionati del proprio territorio al fine di promuovere l'implementazione del PSS e garantire nel breve il raggiungimento dei livelli stabiliti nel contesto degli adempimenti LEA.

16.3. Ricetta dematerializzata

In attuazione al DM del 2 novembre 2011 e al D.L. 179/2012, in Regione Lombardia la ricetta dematerializzata è ormai da tempo diffusa su tutto il territorio regionale ed è stata estesa sia per la componente farmaceutica, sia per la specialistica anche a tutti i medici ospedalieri.

I dati di monitoraggio evidenziano tuttavia che il livello di utilizzo, in particolare della ricetta dematerializzata specialistica, è disomogeneo nei diversi territori, inoltre, a livello ospedaliero, si rileva una percentuale ancora bassa di medici che prescrivono in modalità dematerializzata.

Nel ricordare i vantaggi che l'introduzione della ricetta dematerializzata ha portato in termini di risparmi economici, velocizzazione della procedura, di monitoraggio della spesa e riduzione di errori, immediata condivisione delle informazioni cliniche - passaggio quest'ultimo fondamentale ai fini della piena attuazione del percorso di presa in carico - è richiesto alle ASST e ATS di operare con la massima determinazione per portare a regime il processo di dematerializzazione della ricetta specialistica su tutto il territorio regionale, attivando ogni iniziativa utile verso tutti gli attori coinvolti.

Le ATS in particolare si faranno parte attiva nel coinvolgimento dei propri medici convenzionati e degli EEPA afferenti al proprio territorio.

16.4. Revisione meccanismi anagrafici

La correttezza e l'aggiornamento dei dati anagrafici e assistenziali è un prerequisito alla gestione del Fascicolo Sanitario Elettronico e condizione necessaria per la realizzazione dell'interoperabilità. Difatti, il presupposto perché il Sistema TS/ANA (Anagrafe Nazionale degli Assistiti) possa essere considerato il punto di riferimento per l'identificazione anagrafica, è l'allineamento anagrafico puntuale delle anagrafi regionali/aziendali con il sistema centrale. A riguardo, sarà costituito entro il 28 febbraio 2019 un gruppo di lavoro a livello regionale per condividere e avviare meccanismi di revisione degli attuali servizi di gestione dei dati anagrafici.

16.5. Raccomandazioni per sperimentazioni informatiche

Con riferimento ad attività o progetti anche sperimentali che le aziende/agenzie intendono porre in essere e che determinano impatti con i servizi informatici gestiti da Lispa, si raccomanda di procedere alla previa condivisione con la Direzione Generale Welfare che adotterà gli eventuali opportuni provvedimenti solo a seguito dei quali si potrà procedere al conferimento degli incarichi anche in relazione alla successiva necessità di disciplinare i ruoli dei soggetti a vario titolo coinvolti nel rispetto della normativa in materia del trattamento dei dati personali.

16.6. Sicurezza Informatica e Governo dei Sistemi Informativi degli Enti Sanitari

In un contesto come quello del sistema federato lombardo, una potenziale compromissione del sistema informativo di un singolo Ente può offrire all'attaccante un vantaggio ed eventualmente facilitare la pianificazione di ulteriori e più mirati attacchi agli altri Enti ed ai sistemi centrali regionali.
La sicurezza delle informazioni rappresenta da sempre uno degli obiettivi prioritari del Sistema Socio-Sanitario Regionale, perseguito attraverso due direttive principali:

- garantire la sicurezza a livello centrale con riferimento ai servizi on-line e di governo erogati a beneficio di tutti gli attori del network sociosanitario regionale;
- facilitare la governance della sicurezza delle informazioni per gli Enti Sanitari a livello territoriale allo scopo di raggiungere un adeguato livello di sicurezza, cioè appropriato ed uniforme, per tutto il comparto sociosanitario federato.

Sempre nell'ottica di garantire la Sicurezza delle Informazioni Regione Lombardia collabora con la Polizia Postale e delle Comunicazioni nell'ambito di uno specifico Protocollo di Intesa, con l'obiettivo di:

- identificare i fattori di rischio che possono facilitare le intrusioni fraudolente;
- sensibilizzare gli Enti Sanitari alla cultura della sicurezza informatica;
- suggerire comportamenti organizzativi e misure di sicurezza idonee a evitare attacchi, interruzioni di servizio e sottrazione di dati sensibili.

A tale proposito, Regione Lombardia proseguirà nel 2019, tramite la propria Società in House, il proprio programma di sicurezza a vantaggio degli Enti Sanitari pubblici lombardi caratterizzato dalla esecuzione di attività di:

- Indirizzo, tramite la creazione di Linee Guida, Framework di politiche e procedure, Baseline di Sicurezza e Indirizzi Tecnici regionali;
- Verifica, tramite tecniche di Vulnerability Assessment e Penetration Test, analisi di Cyber Threat Intelligence, Gap Analysis rispetto ai controlli previsti dalla Baseline di Sicurezza regionale, misure di sicurezza AgID e GDPR, Analisi dei Rischi sui servizi/processi degli Enti;
- Monitoraggio dei piani di remediation definiti dagli Enti;
- Prevenzione, tramite un Centro di Competenza per la raccolta e l'analisi del corpo documentale degli Enti, la predisposizione di bollettini di sicurezza, lo sviluppo di un programma di Formazione a distanza e sensibilizzazione.

Gli Enti Sanitari, in coerenza con le disposizioni normative in materia, tra cui si ricordano:

- l'applicazione del nuovo Regolamento sulla Protezione dei Dati Personali (GDPR) quale, in particolare, approccio proattivo alla difesa dei dati personali;
- il rispetto della direttiva comunitaria Network and Information Security (NIS), in cui, quali operatori di servizi essenziali, devono essere garanti, in particolare, della relativa continuità di erogazione;
- il perseguimento delle misure minime per la sicurezza ICT individuate da AgID all'interno del Piano Triennale per l'informatica nella Pubblica Amministrazione 2017–2019;

dovranno recepire le Linee di indirizzo regionali, attraverso la redazione del Piano Biennale per la Sicurezza delle Informazioni in cui declinare le attività individuate come necessarie per il perseguimento degli obiettivi.

Il Piano Biennale per la Sicurezza delle Informazioni dovrà recepire, per ciascun Ente Sanitario, le tempistiche di applicazione delle differenti misure di sicurezza, in funzione del diverso stato di maturità dello specifico sistema di Sicurezza delle Informazioni.

L'approvvigionamento di servizi e soluzioni volte all'esecuzione delle attività individuate sarà affidato dall'Ente Sanitario ai fornitori attraverso i canali previsti per la Pubblica Amministrazione, tra cui il portafoglio di prodotti e servizi CONSIP e le soluzioni condivise centralizzate in materia di Sicurezza delle Informazioni messe a disposizione dalle nostre società in house, previa indicazione dei rispettivi fabbisogni con le modalità previste dal

processo di raccolta fabbisogni attuato dalle Centrali di Committenza regionali e secondo le regole generali di riferimento sulle gare.

Quanto appena esposto si inserisce nel quadro più ampio delle attività di governo dell'evoluzione dei sistemi informativi degli Enti Sanitari sul territorio lombardo, per le quali è indispensabile proseguire e rendere strutturale il processo in essere da diversi anni.

A tale scopo, ciò si traduce nell'obbligo per ciascun Ente, a decorrere dall'anno 2019, di formalizzare un Piano di Evoluzione Triennale dei propri Sistemi Informativi, da redigere secondo le modalità e attraverso gli strumenti messi a disposizione da Lombardia Informatica Spa, affinché possano essere progettati servizi condivisi e indirizzate le procedure di approvvigionamento centralizzate, in coerenza con la normativa vigente.

I benefici di quanto sopra sono la razionalizzazione dei Sistemi Informativi degli ES ed il risparmio sugli approvvigionamenti, grazie alle economie di scala ed alle sinergie attivabili attraverso l'aggregazione dei fabbisogni. In secondo luogo, tramite la graduale centralizzazione dei sistemi, l'obiettivo è ottenere l'omogeneizzazione dei processi di funzionamento degli Enti Sanitari nonché dei servizi rivolti al cittadino, con conseguente armonizzazione dei livelli di performance e qualità del SSR su tutto il territorio regionale.

Inoltre, tale omogeneizzazione investe anche i dati generati dai processi di lavoro informatizzati con i suddetti Sistemi Informativi, rendendoli immediatamente confrontabili: ciò abilita l'utilizzo di tali dati da parte di Regione Lombardia per finalità di governo e di ricerca, valorizzando il patrimonio informativo in un'ottica di efficacia del SSR e di tutela della salute dei cittadini lombardi.

Per la realizzazione degli obiettivi sopra esposti, gli Enti Sanitari dovranno:

- rilevare lo stato di evoluzione dei propri Sistemi Informativi attraverso la compilazione del Modello di Maturità, che verrà analizzato da Lombardia Informatica per fornire a ciascun Ente il proprio posizionamento rispetto al contesto regionale;
- redigere, in coerenza con gli esiti delle analisi del Modello di Maturità, il proprio Piano di Evoluzione Triennale dei Sistemi Informativi, nel quale dovranno essere indicate tutte le spese in conto capitale previste nel triennio per beni e servizi ICT di qualunque natura;
- redigere la Scheda Budget contenente il piano delle spese annuali ICT dell'Ente (sia correnti sia in conto capitale), che verrà anch'esso analizzato da Lombardia Informatica per verificare la congruità degli importi con i Piani di Evoluzione, e valutare la performance degli Enti anche in relazione alla maturità dei Sistemi rilevata;
- collaborare con la società in house nello svolgimento delle attività di audit a campione dei Sistemi Informativi degli Enti, volte a verificare e migliorare l'accuratezza del Modello di Maturità rispetto allo stato effettivo dei Sistemi Informativi.

16.7. Disposizioni in tema di privacy

Si raccomanda a tutti gli Enti Sanitari l'osservanza dell'obbligo relativo alla nomina del Data Protection Officer (DPO), ai sensi del Reg. (CE) 27/04/2016, n. 2016/679/UE "*REGOLAMENTO DEL PARLAMENTO EUROPEO 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 (regolamento generale sulla protezione dei dati) (Testo rilevante ai fini del SEE)*.", pubblicato nella G.U.U.E. 4 maggio 2016, n. L 119.

TEMI CHIAVE/INNOVATIVI

• **Rete di Prenotazioni ed accoglienza:** - *Unificazione MOSA GP - Obbligo di conferimento alla rete regionale di prenotazione di TUTTE le agende* - *Esposizione di tutte le Agende in Multicanalità* - *Comunicazione di tutte le notifiche relative agli appuntamenti comunque fissati*
• **Evoluzione del Fascicolo sanitario elettronico nell'ottica della condivisione e dell'interoperabilità nazionale:** - *Obbligo di pubblicazione completa e tempestiva di tutti i referti e pubblicazione dei referti strutturati di laboratorio* - *Predisposizione del Patient Summary*
• **Impatti sul sistema informativo socio sanitario derivanti dalle normative nazionali ed europee in materia di anagrafe e sicurezza informatica** - *Revisione delle Anagrafi regionali* - *Interventi per aumentare la sicurezza*
• **Ricetta specialistica dematerializzata:** - *Consolidamento della prescrizione specialistica dematerializzata su tutto il territorio regionale* - *Coinvolgimento dei medici prescrittori*

17. INTEGRAZIONE DELLE POLITICHE SANITARIE E SOCIOSANITARIE CON LE POLITICHE SOCIALI

17.1. Introduzione

Le azioni di sistema e le iniziative innovative introdotte a partire dalla D.G.R. n. X/116/2013 con il Fondo per la famiglia e i suoi componenti fragili (che ha sostenuto interventi come RSA aperta, residenzialità leggera/assistita, ecc.) e con il Fondo per le non autosufficienze (misure per la disabilità grave e gravissima) hanno lo scopo di mantenere la persona fragile nel proprio contesto di vita, valorizzando il lavoro di cura e di assistenza svolto dalla famiglia e dai caregiver formali. Le persone fragili e le loro famiglie possono quindi trovare risposte, non solo nella rete consolidata afferente al sistema sociale o al sistema sociosanitario, ma anche in percorsi personalizzati flessibili e integrati che si affiancano al sistema d'offerta standardizzato e non sono catalogabili come appartenenti esclusivamente ad uno dei due sistemi.

Nel quadro normativo definito dalla l.r. n. 23/2015, che ha raccolto anche gli esiti positivi di queste iniziative innovative, occorre adottare strumenti e modalità di regolamentazione relativamente alla governance e ai modelli organizzativi anche territoriali ed un riallineamento tra i livelli della programmazione sociale con quelli della programmazione sociosanitaria.

17.2. Integrazione dei modelli organizzativi e territoriali, delle funzioni e delle attività

Le linee guida per la programmazione zonale degli ambiti territoriali 2018-2020, (D.G.R. n. X/7631/2017) per meglio coordinare l'integrazione tra le funzioni sociosanitarie e quelle sociali, hanno promosso il tendenziale riallineamento tra i livelli di programmazione

territoriale sociale e sociosanitaria incentivando e accompagnando, pur con la necessaria gradualità legata alle specificità territoriali, e in modo non prescrittivo, l'aggregazione degli ambiti territoriali verso gli ambiti distrettuali.

Le ATS, da tempo svolgono un preciso ruolo di governance, su molte attività anche di carattere sociale, sia per la necessità di rispondere contestualmente anche a bisogni socio – sanitari, sia per prevenire l'evoluzione della fragilità sociale in fragilità sociosanitaria e/o sanitaria o ancora per la indispensabilità di promuovere sinergie ed integrazione delle professionalità e delle competenze al fine di realizzare un piano assistenziale adeguato e corrispondente ai bisogni della persona. In questo contesto, anche attraverso le Cabine di regia previste dall'art. 6 della l.r. n. 23/2015, le ATS, supportano i territori nel percorso di integrazione con particolare attenzione alla definizione dei Piani di Zona e alla sottoscrizione dei nuovi Accordi di Programma per il triennio 2018-2020.

Nell'ambito della presa in carico integrata delle fragilità devono trovare posto ad esempio le demenze, la disabilità con particolare riferimento ai minori (autismo, disturbi comportamentali dello sviluppo ...) problematiche di salute mentale con doppia diagnosi di dipendenza, persone affette da ludopatia ecc.
Sono bisogni necessitanti di assistenza e interventi flessibili, valutazione degli aspetti sociali, sociosanitari e sanitari, integrazione delle professionalità e delle competenze e sviluppo di un progetto personalizzato che tocchi tutte le dimensioni di vita della persona, con identificazione di un budget di cura.

Pertanto in ottica di ricostruzione della filiera erogativa di un percorso integrato, in cui devono necessariamente trovare collocazione anche le funzioni sociali che rispondono a bisogni di persone vulnerabili, a rischio di fragilità sanitaria o sociosanitaria, le Direzioni Generali Welfare, Politiche Sociali, Abitative e Disabilità e Politiche per la famiglia, Genitorialità e Pari opportunità, costituiranno nel 2019, un apposito gruppo di lavoro che coinvolgerà Comuni/Ambiti, ATS, ASST che avrà il compito di determinare indirizzi utili al fine di realizzare una piena integrazione tra le attività sociali e quelle sociosanitarie in ordine ai modelli organizzativi, alle modalità di funzionamento e alle risorse dedicate.

La DGR n. XI/662/2018 ha definito le linee di sviluppo delle politiche regionali di contrasto alla povertà che evidenziano come, nel contesto dell'organizzazione territoriale dei servizi e delle prestazioni, non si può prescindere dall'integrazione tra funzioni sociali e sociosanitarie, per la realizzazione delle azioni fondamentali previste dal documento di linee, tra cui:

- il rafforzamento della presa in carico integrata a livello territoriale al fine di prevenire e contrastare le situazioni di povertà nelle sue diverse forme, attraverso la valorizzazione della rete sociale esistente, formale e informale, ed il coordinamento degli interventi e delle azioni attraverso un dialogo costante tra i diversi attori del sistema, proseguendo in un percorso di ricomposizione delle conoscenze, delle risorse e dei servizi.
- il rafforzamento della presa in carico delle famiglie in situazione o a rischio di povertà con presenza di ulteriori fragilità nel nucleo familiare, fragilità che necessitano di una valutazione multidimensionale e la definizione di progettualità con piani di intervento mirati alle diverse situazioni presenti nel nucleo familiare;
- l'implementazione in ciascun ambito territoriale, dell'approccio multidisciplinare per la presa in carico dei nuclei familiari con bisogni complessi. Tale approccio

multidisciplinare si avvale di professionalità individuate in sede di analisi preliminare, ivi compresi gli organismi del Terzo Settore.

In tal senso nel 2019 sarà operativa una Cabina di regia regionale, sede di confronto e di raccordo strategico e funzionale sulle azioni di promozione ed indirizzo in materia di contrasto alla vulnerabilità e alla povertà e di monitoraggio dell'implementazione del Reddito di Autonomia e del Rel (nel rispetto dei Livelli Essenziali stabiliti dal Decreto legislativo 147) cui, tra l'altro, parteciperanno la Direzione Generale Politiche Sociali, Abitative e Disabilità e la Direzione Generale Welfare.

Nel contesto attuativo delle linee di sviluppo delle politiche regionali di contrasto alla povertà assume particolare significatività, anche l'attuazione della programmazione sociale zonale della triennalità 2018-2020, con particolare riferimento alla sperimentazione di percorsi ed interventi di innovazione sociale, per cui la DGR n. X/7631/2017 ha previsto una premialità specifica, che, offrendo nuove soluzioni, possano rispondere in maniera più efficace all'emergere di bisogni sempre più differenziati facendo leva sulla rete sociale e sui principi di personalizzazione, tempestività, temporaneità e corresponsabilità coerentemente con i programmi di reddito di autonomia.

In particolare, al fine di proseguire nella costruzione di un sistema integrato che favorisca l'interoperabilità dei dati sociali e sociosanitari, avviato con le linee guida regionali per la realizzazione della cartella sociale, alla luce delle nuove normative relative alla privacy, (GDPR. n. 679/2016) saranno fornite indicazioni specifiche alle ATS nel 2019.

17.3. Disabilità e fragilità: linee di intervento per una presa in carico globale della persona

Il sistema complessivo dell'offerta di servizi ed interventi in Lombardia 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. L'offerta di servizi ed interventi per persone con disabilità, risulta ampia e differenziata, articolata per tipologia ed intensità di intervento - sanitario, sociosanitario e sociale - necessita di essere aggiornata nel quadro della prospettiva che colloca al centro la persona con disabilità ed il suo contesto di vita, ponendo particolare attenzione al tema del «diritto alla vita» più che del semplice «diritto alle cure».
Le politiche di intervento a favore delle persone disabili 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), mettendo in campo modalità e strumenti per la valutazione multidimensionale, la predisposizione del Progetto individuale condiviso con la persona e/o la sua famiglia, con l'individuazione del Budget di Progetto, cioè delle risorse complessivamente necessarie per realizzare nel tempo gli obiettivi definiti.

Nella prospettiva di una integrazione degli interventi previsti sulla persona, si conferma la necessità di assicurare la valutazione multidimensionale, di titolarità delle ASST, oltre che con la presenza nell' équipe delle figure sociosanitarie, anche con la partecipazione degli operatori sociali del Comune/Ambito o comunque garantendo, attraverso le azioni e gli

strumenti più idonei e funzionali, il raccordo con i Comuni. Parimenti, per valutazioni in capo agli Ambiti territoriali/Comuni, quali, ad esempio, quelle previste dal Fondo nazionale per le Non Autosufficienze e dal Fondo DOPO DI NOI, occorrerà prevedere, ove necessario, anche l'integrazione con le figure dell'ambito sociosanitario (ASST).

Proprio alla luce delle nuove disposizioni statali per il FNA che ha ampliato la definizione di "disabilità gravissima" aggiungendo alla già presente dipendenza vitale altre tipologie di disabilità e fragilità quali ad es. i disturbi dello spettro autistico (che interessa molti bambini ed adolescenti) o le demenze gravi e gravissime, è indispensabile un percorso di approfondimento di specifiche tematiche quali demenze, autismo, salute mentale con doppia diagnosi di dipendenza ecc., volto a creare un circuito virtuoso di integrazione nella filiera dell'offerta sociosanitaria e sociale.

Le ATS nella funzione di governance, nel novero della l.r. n. 23/2015, attivano, all'interno dell'attività della Cabina di Regia di cui alla citata l.r. n. 23/15, tavoli operativi con gli Ambiti territoriali e con i referenti delle ASST per monitorare la buona realizzazione dei processi di coordinamento e integrazione dei percorsi assistenziali a favore delle persone in condizione di disabilità e/o di fragilità, delle risorse professionali e di quelle finanziarie. Ciò è assolutamente indispensabile per presidiare percorsi assistenziali che vedono l'intrecciarsi di interventi e Misure sociosanitarie e sociali.

Le azioni sopra descritte (FNA e Fondo DOPO DI NOI) devono essere declinate dalla ATS all'interno del Documento per l'integrazione dell'area sociosanitaria con quella sociale contenente obiettivi, modalità e strumenti per il raccordo ATS, ASST e Ambiti territoriali/Comuni, indicando le risorse professionali delle équipe pluriprofessionali delle ASST e quelle degli operatori sociali degli Ambiti territoriali/Comuni.

Il Documento è trasmesso alla Direzione Generale Politiche Sociali, Abitative e Disabilità e alla Direzione Generale Welfare entro il 31 marzo 2019 per la sua approvazione.

Risorse dedicate a carico del FSR euro 6 mln.

17.4. Attività di controllo sulle unità d'offerta sociali

Le ATS svolgono le funzioni di vigilanza sulle unità d'offerta della rete sociale. Pertanto, nel proprio Piano dei controlli ciascuna ATS dovrà prevedere questa attività, indicando per quanto attiene la rete delle unità d'offerta sociali presenti alla data del 01.01.2018: l'attività di vigilanza esercitata nel 2018, la puntuale descrizione della dotazione di personale adibito alle funzioni di vigilanza e i relativi percorsi formativi previsti, la dotazione degli strumenti informatici a supporto di tale attività e la rendicontazione economica dell'utilizzo delle risorse attribuite alle ATS attraverso il contributo regionale con decreto del dirigente della struttura "Piani di zona e rete delle unità d'offerta sociali e promozione delle formazioni sociali" n. 12477 del 29.11.2016. L'eventuale coinvolgimento nella attività di controllo del Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria (DIPS), nel caso in cui non siano già presenti professionalità e competenze in materia di prevenzione nella équipe di vigilanza, deve essere previsto in fase di programmazione condivisa; il DIPS inserirà tale attività programmata nel piano Controlli da predisporre entro il 28.2.2019. Entro il primo trimestre 2019 la Direzione Generale Welfare e la Direzione Generale Politiche Sociali, Abitative e Disabilità attiveranno in gruppo di lavoro inter-direzionale per definire procedure e strumenti relativamente alla attività di vigilanza sulle unità di offerta sociali.

17.4.1. Attività di verifica dei requisiti

Le ATS dovranno garantire le verifiche sul 100% delle Comunicazioni Preventive di Esercizio pervenute. Al fine di attuare il principio per il quale la periodicità dei controlli deve essere assicurata almeno ogni due anni, la programmazione 2019 dovrà garantire la verifica sulle unità d'offerta in esercizio non vigilate nel 2018, a carattere non temporaneo, presenti nei rispettivi territori delle ATS.

17.4.2. Rendicontazione attività svolta

L'attività di vigilanza svolta dalle ATS, in attuazione del Piano, è oggetto di rendicontazione alla Direzione Generale Politiche Sociali, Abitative e Disabilità, attraverso una relazione semestrale 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.

18. Area Famiglia

18.1. La gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2019 e il suo coordinamento con i percorsi di attuazione nel 2019 degli obiettivi delle politiche per la famiglia declinati nel PRS dell'XI legislatura approvato con DCR XI/64 del 10 luglio 2018

Il quadro programmatorio degli indirizzi per l'attuazione sul territorio lombardo delle politiche a favore della famiglia è definito nell'ambito dell'Area Sociale del PRS approvato dal Consiglio Regionale con DCR n. XI/64 il 10 luglio 2018, nell'ambito della Missione 12 intitolata "Diritti sociali, politiche sociali, pari opportunità e famiglia".

In questo quadro la famiglia emerge nel ruolo fondamentale di soggetto propulsore di politica sociale e sono definiti indirizzi per garantire l'implementazione evolutiva sul territorio lombardo di azioni di tutela, sostegno e inclusione a favore della famiglia e dei suoi componenti in condizione di fragilità e di vulnerabilità economica, sociale, abitativa.

Nel 2019 le ATS e le ASST sono quindi chiamate, con funzioni di regia e/o gestionali/erogative, a proseguire nel concorso al raggiungimento dei risultati attesi del PRS in ambito familiare, con specifico riferimento al concorso all'attuazione delle azioni in tema di tutela dei minori e della prima infanzia, in tema di pari opportunità, conciliazione e politiche antiviolenza, e nell'ambito delle azioni di inclusione sociale dei soggetti in condizione o a rischio di marginalità. In questo contesto assume un ruolo fondamentale l'integrazione del Consultorio Famigliare con il complesso delle iniziative indirizzate alla tutela della genitorialità e della presa in carico territoriale delle famiglie fragili e vulnerabili, già istituite o in corso di attivazione da parte della Direzione Generale Politiche per la famiglia. Nell'ambito delle politiche di sostegno alla genitorialità e natalità saranno infatti attivate nel 2019 specifiche iniziative a valere su risorse regionali e nazionali.

In questo quadro appare importante sottolineare che il processo di attuazione degli obiettivi di legislatura sulla famiglia vedrà l'avvio, nel 2019, del percorso di riforma della L.R.

23/99 sulla Famiglia, in stretta sinergia con le Direzione Generale Welfare, la Direzione Generale Politiche Sociali, Abitative e Disabilità, la Direzione Generale Istruzione Formazione e Lavoro, garantendo il confronto istituzionale con i Comuni e la condivisione con il partenariato sociale ed economico.
Sotto il profilo delle risorse, inoltre, sarà importante lavorare, già dal 2019, nella logica di massimizzare la sinergia tra fondi regionali e nazionali e risorse legate ai fondi strutturali della politica di coesione, massimizzando il valore aggiunto che in termini di inclusione e sviluppo sociale può derivare dall'addizionalità delle risorse disponibili.

18.2. Interventi per l'infanzia, i minori e gli asili nido (SOC.12.1): ampliamento della platea dei fruitori di strutture per l'infanzia; aumento della sicurezza nelle strutture attraverso azioni di formazione e prevenzione rivolte a genitori e personale; contrasto al disagio giovanile e politiche di protezione e tutela dei minori.

18.2.1. Azioni di prevenzione a tutela della prima infanzia

Nel corso del 2018, nell'ambito programma 1 della Missione 12 del bilancio regionale è stato definito, per concorrere concretamente all'attuazione del risultato atteso "Interventi per la tutela dei minori, contrasto alla povertà infantile e contrasto al disagio giovanile" del PRS approvato con DCR XI/64 del 10 luglio 2018, il PDL "Iniziative a favore dei minori che frequentano nidi e micro nidi", attualmente al vaglio consiliare.
Successivamente all'approvazione del PDL, le ATS saranno impegnate con gli Uffici Regionali a garantire la piena attuazione delle rilevanti azioni di prevenzione definite nel testo di legge a favore della prima infanzia che frequenta nidi e micro nidi. Con successivo atto di Giunta si procederà pertanto a definire lo schema attuativo e i criteri di riparto per ATS degli stanziamenti già valorizzati e declinati nei due seguenti ambiti di intervento:

- attivazione di specifici percorsi di formazione destinati agli operatori e alle famiglie con uno stanziamento complessivo biennale di 300 mila euro;
- riconoscimento di un contributo finalizzato in via sperimentale e su base volontaria ai gestori di nidi e micro nidi, per favorire l'installazione di sistemi di videosorveglianza nelle strutture, con uno stanziamento complessivo di 600 mila euro tra il 2019 e il 2020.

Sempre nel 2019, in attuazione del testo di legge in corso di definitiva approvazione, verrà istituita una specifica Consulta regionale presieduta dall'Assessore regionale alle politiche della famiglia, partecipata, tra l'altro, da un rappresentante della direzione generale Welfare e da una rappresentanza di ATS e ASST.

18.2.2. Azioni di prevenzione e contrasto al bullismo

Con D.G.R. XI/512 del 10/09/2018, collegata al risultato atteso "Interventi per la tutela dei minori, contrasto alla povertà infantile e contrasto al disagio giovanile" della Missione 12 del Bilancio regionale, è stata istituita l'iniziativa "*Interventi per la prevenzione e il contrasto al fenomeno del bullismo e cyberbullismo - approvazione dello schema di convenzione con l'ufficio scolastico regionale per la lombardia per l'attuazione della linea di intervento "bullout" per l'anno scolastico 2018/2019 - l.r. 1/2017*", attivata con successivo Avviso approvato con Decreto n. 13553 del 25/09/2018.

L'iniziativa ha l'obiettivo di sostenere progetti in una logica di partenariato fondata sull'integrazione tra gli attori della rete scolastica, universitaria, socio sanitaria e di terzo settore possono quindi essere presentati, entro il 9 novembre 2018.
In questo processo, in ottica strategica per il 2019, ed in coerenza con le indicazioni di cui al paragrafo 8.4. "*Promozione della salute, prevenzione dei fattori di rischio*

comportamentali e diagnosi precoce delle malattie croniche e dei tumori (screening)", le ATS sono pertanto chiamate a farsi parte attiva in qualità di capofila o di aderenti a tali progetti, anche integrandosi con l'attività del settore territoriale delle ASST di riferimento, puntando a massimizzare gli effetti dell'addizionalità delle risorse derivanti dal bando con quelle già finalizzate nell'ambito del FSR alla prevenzione e promozione della tutela della integrità psico-fisica dei minori e delle loro famiglie.

18.2.3. Gli interventi e servizi per la conciliazione vita lavoro:

Nel corso del 2019 le ATS saranno chiamate a collaborare al processo di valutazione dell'impatto prodotto sulle famiglie lombarde attraverso l'attuazione degli interventi e dei servizi di conciliazione vita lavoro istituite e attivate in questi anni da Regione Lombardia grazie all'investimento specifico sul bilancio autonomo regionale di risorse tese a produrre coesione e sviluppo sociale orientati e *conciliati* sui bisogni specifici della famiglia. Investimenti che trovano collocazione nell'ambito del programma 5 della Missione 12 del bilancio regionale, puntando alla realizzazione del risultato atteso (RA) 152 del PRS "*Valorizzazione delle politiche territoriali di conciliazione dei tempi della città, di vita e lavorativi con le esigenze familiari e delle reti che offrono servizi di welfare*".

Investimenti fondati anche sull'addizionalità e sinergia con i fondi della politica di coesione 2014/2020, nel contesto del FSE, all''interno dell'ASSE 2 del POR FSE 2014/2020. La dinamica demografica, caratterizzata dall'invecchiamento progressivo della popolazione e, contestualmente, da bassi tassi di natalità, concorre infatti a definire un fabbisogno specifico di conciliazione, e la necessità di mantenere e sviluppare evolutivamente sul territorio una risposta integrata che, anche valorizzando i temi dell'innovazione sociale, metta a punto soluzioni di conciliazione vita/lavoro, capaci di produrre un effetto moltiplicatore positivo sulla politica sanitaria, socio sanitaria, occupazionale, dei trasporti, dello sport, dell'istruzione, nell'ottica, quindi, di sviluppare processi intersettoriali di "Promozione della salute" di cui al già citato paragrafo n. 8.4.
Nel 2019 le ATS, oltre all'attività legata all'attuazione dei piani territoriali, saranno coinvolte in uno specifico gruppo di lavoro coordinato dagli uffici regionali della Direzione Generale Politiche per la famiglia, Genitorialità e Pari opportunità.

18.2.4. Il ruolo di ATS e ASST nell'attuazione delle politiche di prevenzione e contrasto alla violenza contro la donna.

Il Piano quadriennale regionale per le politiche di parità e di prevenzione e contrasto alla violenza contro le donne, approvato con d.c.r. 10 novembre 2015, ha definito, nella scorsa legislatura, il sistema di governance delle politiche antiviolenza, anche in applicazione della Convezione di Istanbul. Il sistema di governance prevede, nello specifico, il rafforzamento delle Reti territoriali interistituzionali antiviolenza, che vedono nelle ATS e ASST uno dei soggetti essenziali delle stesse.

Dal 2013 al 2018 sono state attivate 27 Reti che coprono l'intero territorio regionale. Le Reti territoriali antiviolenza vedono, oltre alla presenza del sistema socio-sanitario, la partecipazione dei Comuni capifila, delle Forze dell'Ordine e dei centri antiviolenza e delle case rifugio.
In questi anni, le ATS, non solo hanno partecipato alle Reti antiviolenza, ma hanno anche contribuito quali organismi intermedi nella gestione delle risorse regionali e nazionali, finalizzate al sostegno dei centri antiviolenza e delle case rifugio.

Sulla base di una rilevazione promossa nel 2016 da Regione Lombardia, è risultato che nel corso del 2015 si sono rivolte ai servizi di Pronto Soccorso degli ospedali lombardi:

- 4.283 donne vittime di violenza domestica;
- 526 donne vittime di violenza sessuale.

Questi dati testimoniano la gravità del fenomeno e il ruolo fondamentale del sistema socio-sanitario nel contrastare la violenza contro le donne. Il 2019 vedrà l'avvio di uno specifico lavoro diretto alla messa a sistema di processi e procedure al fine di garantire l'armonizzazione e l'omogeneità dei servizi attivati sul territorio, anche attraverso l'attivazione del nuovo Tavolo permanente antiviolenza e la definizione del nuovo Piano regionale quadriennale per le pari opportunità e il contrasto alla violenza.
Pertanto, il sistema socio-sanitario (ATS e ASST) dovrà ancora svolgere un ruolo significativo e fondamentale nello sviluppo delle politiche antiviolenza regionali e in particolare garantendo l'applicazione delle Linee guida nazionali per le aziende sanitarie e ospedaliere in tema di soccorso e assistenza socio-sanitaria alle donne che subiscono violenza, adottate con DPCM del 24 novembre 2017.
Le linee guida indicano in maniera precisa le procedure che le Aziende Ospedaliere devono adottare per l'accoglienza e la presa in carico delle donne vittime di violenza. In particolare, indicano che vengano definiti percorsi per le donne che subiscono violenza, le modalità di accesso al pronto soccorso e al triage, il trattamento diagnostico-terapeutico.

18.3. Azioni per la qualità della vita delle persone sottoposte a terapia oncologica chemioterapica

L'iniziativa continua anche per il 2019, prevedendo a favore dei beneficiari un contributo massimo pari a euro 150, per un budget complessivo a livello regionale di euro 300.000 da ripartire tra ATS in base alla popolazione residente risultante dal dato ISTAT ultimo disponibile, rimodulabile in ragione del fabbisogno effettivo risultante dalla rendicontazione, entro i limiti in ogni caso del budget definito. L'eventuale fabbisogno di rimodulazione sarà gestito a livello regionale mediante compensazione diretta tra le ATS da operarsi in esito all'adozione di specifici atti della Direzione Generale Politiche per la Famiglia di valorizzazione dei relativi importi in esito all'analisi della dinamica dei costi legata alla rendicontazione. Ai fini del primo riparto per il 2019, la Direzione Politiche per la Famiglia procederà a definire le modalità e le tempistiche per la rendicontazione.

18.4. Interventi per i soggetti a rischio di esclusione sociale (SOC.12.4): sviluppo di nuove politiche di inclusione sociale, con attenzione alle situazioni di povertà, fragilità e di particolare vulnerabilità; attivazione e promozione di programmi per le persone sottoposte a provvedimenti dell'autorità giudiziaria.

Nell'ambito dell'inclusione sociale, relativamente alla popolazione giovanile, giovane adulta che adulta a rischio o in situazione di marginalità o disagio, è necessario proseguire con quanto previsto nella D.G.R. n. X/7006/2017 definendo la messa a sistema degli interventi mediante l'individuazione dei costi standard delle prestazioni erogate da figure professionali sociali e sanitarie (in particolare nelle attività delle equipe per la valutazione multidimensionale e, laddove necessario, nell'identificazione del case manager). Al tal fine verrà attivato un gruppo di lavoro promosso dalla Direzione Politiche per la Famiglia e di cui fanno parte le Direzioni Regionali Politiche Sociali e Welfare, rappresentanti delle ATS e ASST, dei Comuni e degli Enti del Terzo Settore gestori di tali interventi, che garantirà nel 2019 di testare sperimentalmente tale modello in alcuni territori per poi estenderlo a livello regionale.

18.5. Interventi per il sostegno degli anziani (SOC.12.3): sviluppo di interventi per il buon mantenimento dello stato di benessere degli anziani; politiche per favorire l'incontro tra la domanda e l'offerta qualificata di servizi presso il loro domicilio, quali ad esempio le prestazioni erogate dalle assistenti familiari.

Con l.r. 15/2015 "Interventi a favore del lavoro di assistenza e cura svolto dagli assistenti familiari", Regione Lombardia ha definito un quadro normativo diretto a valorizzare e sostenere il lavoro di assistenza e cura delle assistenti famigliari, prevedendo, tra l'altro, all'art. 5, lett. C), di favorire l'istituzione degli sportelli per l'assistenza famigliare. Si tratta di un intervento di assistenza domiciliare da valorizzare pienamente quale servizio che concorre con servizi sociali al sostegno della famiglia. In attuazione dell'art. 5 della l.r. n. 15/2015, con D.G.R. X/5648 del 3.10.2016 è stato adottato il Piano delle azioni regionali e sono state definite le Linee guida per l'istituzione degli Sportelli per l'assistenza familiare e dei relativi Registri territoriali, ad opera degli ambiti territoriali/comuni. Nel 2019 a questa attività saranno destinate risorse alle ATS che saranno quindi chiamate alla gestione in collaborazione con gli ambiti a seguito delle indicazioni di specifici provvedimenti della Giunta regionale alla messa in rete degli sportelli territoriali e la attivazione di un registro regionale degli assistenti familiari.

18.6. Iniziativa per il sostegno delle spese alberghiere dei familiari di pazienti minori ricoverati presso le strutture ospedaliere di Milano.

E' in corso di definizione una iniziativa in collaborazione con l'ATS di Milano al fine di concorrere alle spese alberghiere dei familiari di pazienti minori ricoverati presso le strutture ospedaliere afferenti all'ATS Città Metropolitana. Pertanto nel quadro degli interventi a sostengo della famiglia, si sperimenterà sul territorio dell'ATS Città Metropolitana una specifica iniziativa per concorrere ai costi di ospitalità alberghiera sostenuti dalla famiglia nell'ambito del percorso di accompagnamento del minore ricoverato presso strutture ospedaliere pubbliche o private accreditate con il SSR o che, nell'ambito di queste, fruisca di cicli di prestazioni specialistiche.

18.7. Interventi a sostegno delle persone disabili ed i minori con disturbi specifici dell'apprendimento, unitamente alle loro famiglie, mediante un contributo economico per l'acquisto (ovvero noleggio o leasing) di ausili o strumenti tecnologicamente avanzati finalizzati ad implementare le abilità della persona e potenziare la sua qualità della vita.

Per l'annualità 2018/2019 si intende garantire la continuità agli interventi per l'acquisizione di ausili e strumenti tecnologicamente avanzati a favore di giovani e adulti disabili ovvero minori e giovani con DSA. Le risorse per la realizzazione degli interventi sono assegnate alle ATS che avranno compiti di istruttoria delle domande, di verifica dei requisiti e di liquidazione dei contributi nei limiti del budget assegnato.

A

a contratto 26; 42; 56; 61; 62; 63; 64; 96; 97; 112; 122; 127; 128; 130; 135; 147; 148; 150; 151; 152; 153; 154; 156; 157; 159; 173; 239
abbattimento 55; 144; 169
abilità residue.....141
accantonamento 225
accessi 89; 131; 132; 135; 164
accessi PS 28
accesso.... 18; 19; 21; 29; 31; 52; 55; 59; 61; 64; 65; 82; 84; 86; 93; 108; 110; 118; 121; 131; 132; 133; 144; 145; 148; 162; 164; 166; 169; 170; 171; 174; 184; 186; 190; 195; 216; 219; 237; 250
accesso civico.....65
accompagnamento 18; 21; 24; 31; 35; 77; 81; 192; 251
acconti..... 41; 42
accordo integrativo regionale 23
accreditamento..60; 61; 62; 63; 65; 66; 86; 87; 92; 96; 120; 122; 123; 125; 133; 146; 157; 158; 160; 162; 166; 196; 200; 230
accreditati21; 29; 56; 59; 62; 63; 64; 81; 83; 99; 122; 125; 128; 130; 132; 133; 148; 157; 173; 174; 190; 239
ACN 185; 186
acque.....198; 199; 201; 205
acque potabili.....198
acquisti centralizzati 50
acuti..... 59; 61; 66; 97; 111; 133; 143
Adempimenti MEF.....44
aderenza 18; 21; 22; 109; 135; 163; 218
adesione.. 18; 21; 22; 34; 35; 36; 37; 46; 50; 51; 53; 134; 187; 190; 194; 212; 238
ADI.....33; 62; 125; 126; 138; 144; 145; 146; 148; 149; 151; 153; 154; 159; 160; 164; 184
adolescenza ..79; 80; 81; 89; 90; 196
adulta 61; 81; 82; 90; 250
AFAM 61; 62
AFT.....185
Agenas 55; 72; 175
agende 16; 25; 26; 55; 56; 66; 237; 238; 243
Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario Lombardo 38; 97
Agenzia Italiana del Farmaco 64; 171
aggiornamento ...20; 28; 29; 38; 43; 53; 61; 62; 72; 87; 88; 89; 92; 94; 95; 98; 109; 110; 115; 122; 130; 131; 132; 138; 146; 176; 185; 186; 188; 190; 196; 199; 200; 201; 207; 208; 209; 228; 234; 240
aggregazione 47; 49; 50; 107; 215; 233; 242; 244
AIFA...83; 84; 166; 168; 169; 170; 171; 173; 174
algoritmi 17; 18; 55; 108; 218
alimenti. 176; 197; 198; 199; 204; 205; 210
allergie.....201
allevamenti..... 211; 213
alta complessità 16; 98; 99
alta intensità.....60
alte specialità 27; 72
Alzheimer 127; 128; 129; 140; 161; 162
ambientali 79; 90; 128; 189; 191; 200; 201; 203; 205
ambiti merceologici 48; 49
ambulatoriale ..66; 98; 134; 135; 150; 157; 160
ambulatoriali 55; 59; 112; 121; 126; 134; 135; 144; 145; 160; 186
amianto..... 202; 205
ammodernamento tecnologico 29; 30
ampliamento 71; 248
ANAC.....50; 52; 64; 65; 233
Anagrafe Nazionale degli Assistiti 240
anagrafe regionale 114
Angiografie.....70
animali d'affezione 209
antibiotici 166; 213
anticipazione 41; 196; 205
anticipazioni finanziarie.....41
antiviolenza 247; 249; 250
anziani ..16; 33; 59; 65; 126; 127; 128; 129; 136; 137; 141; 146; 161; 162; 192; 219; 247; 251
*appalti*34; 51; 233; 234; 235; 237
apprendimento 81; 251
appropriatezza 55; 58; 65; 66; 67; 72; 76; 77; 78; 82; 88; 111; 116; 119; 120; 126; 133; 137; 139; 144; 145; 149; 159; 164; 165; 166; 172; 174; 175; 185; 190; 194; 197; 205; 210; 214; 218; 219
approvvigionamenti 47; 242
appuntamento 19; 26; 54
ARCA ..31; 36; 46; 47; 48; 49; 50; 51; 52; 168; 177; 195
aree metropolitane.....95
aree oncologiche 72
AREU....33; 37; 38; 40; 44; 67; 71; 77; 78; 85; 87; 117; 201; 223; 228; 229
ARPA 31; 198; 200; 201
arruolamento .17; 18; 19; 23; 25; 87
ASAN 61; 62; 120; 122
aspettativa 184; 229
assestamento 37; 45
assetto accreditato 122; 157
assistenti familiari 251
assistenza domiciliare ... 62; 126; 144; 149; 170; 251
assistenza farmaceutica 113; 164; 165; 168; 172
Assistenza pediatrica-Adolescenziale.....78
assistito..... 18; 22; 59; 62; 77; 89; 109; 111; 149; 154; 159; 160; 166; 168; 170; 179; 182; 184; 185; 186; 238
Associazioni familiari 189
ASST 25; 30; 45; 55; 71; 75; 79; 82; 85; 86; 90; 91; 92; 95; 96; 97; 114; 123; 124; 137; 144; 145; 148; 149; 154; 155; 160; 162; 164; 169; 172; 173; 174; 175; 176; 177; 184; 185; 186; 188; 189; 190; 195; 196; 197; 202; 204; 205; 206; 207; 214; 215; 218; 220; 221; 223; 226; 227; 230; 234; 240; 247; 248; 249; 250

assunzione 123; 188; 222; 223; 224; 225; 227; 229; 232
ATS . 25; 30; 53; 55; 57; 58; 61; 62; 63; 70; 71; 75; 79; 86; 88; 92; 97; 98; 115; 116; 117; 118; 119; 120; 122; 128; 130; 131; 132; 133; 134; 135; 136; 137; 138; 139; 140; 142; 143; 144; 145; 146; 147; 148; 149; 150; 151; 152; 153; 154; 155; 156; 157; 159; 162; 164; 165; 166; 167; 168; 169; 172; 173; 174; 176; 177; 184; 185; 186; 188; 189; 190; 191; 193; 194; 195; 196; 197; 198; 199; 200; 201; 202; 203; 204; 208; 209; 212; 213; 215; 220; 226; 234; 238; 239; 240; 246; 247; 248; 249; 250; 251
atti di concessione 64
attività contrattualizzate 62
attività in regime di solvenza 62
attività riabilitative neuromotorie 135
attività trasfusionali 85
audit ... 86; 95; 96; 194; 195; 199; 203; 204; 205;209; 210; 213; 236; 242
autismo . 80; 81; 89; 92; 143; 244; 246
autocertificazione 114
autocontrollo 119; 120; 199; 210
automazione 172; 218
autorizzazione 39; 43; 52; 61; 83; 86; 91; 98; 120; 122; 123; 166; 171; 173; 185; 187; 215; 216; 222; 224; 225; 231

B

balneazione 201
bambino 66; 78; 79; 133; 185
Banca Gameti 34
bando 49; 52; 134; 162; 216; 249
bassa complessità.....98
bassa intensità 27; 153
batteri 213
benchmarking ...35; 36; 46; 208; 209
Benessere Animale.....213
beni dismessi 215
beni e servizi ...47; 48; 49; 50; 51; 116; 197; 226; 242
BIC 107
Bilancio Consuntivo 228
bilancio di esercizio..... 64; 232
Bilancio Preventivo Economico 37
biosicurezza 208; 211
biosimilari..... 171; 172
bisognosi 116
borse di studio.....29
budget 45; 46; 57; 58; 63; 90; 91; 98; 135; 136; 137; 138; 139; 144; 147; 148; 149; 150; 151; 152; 153; 154; 155; 156; 157; 158; 159; 160; 176; 222; 223; 224; 226; 250; 251
bullismo 189; 190; 248

C

Cabina di Regia 85; 122
cadavere..... 85; 86
call center 56
campionamento . 119; 120; 199; 211; 247
Cannabis 167; 174
capacità produttiva 63
carcinoma 75; 195
cardiochirurgia 35; 45; 46; 72
caregiver..... 127; 145
carta dei servizi 62; 64
cartella esattoriale 26
case rifugio 249
Castiglione delle Stiviere 96
categorie merceologiche 47; 48; 49
categorie protette 223
CCNL 222; 224; 225; 226; 229; 231
CDCD 135; 140
CDD 126; 152; 158; 159; 160
CDI . 126; 140; 152; 158; 159; 160
CEDAP-WEB 109; 110
Centrale Acquisti..... 31; 35; 51
centrale di committenza 48; 50
Centrali Uniche di Risposta 71
centri antiviolenza 249
Centri di medicina materno fetale 76
Centri di Senologia.....75
centri servizi 22
Centro di Riferimento Regionale ..123; 214; 215; 216
Certificabilità..... 40; 44
Certificazione Trimestrale 37; 38
cervice uterina..... 195
cessazioni..... 223
CET 37; 38
Check-list..... 121
Chirurgia.....68; 69; 70; 103
chirurgia toracica.....72
chirurgia vascolare 72
classe di gravità.....20
classe di priorità 26; 54
clausola di risoluzione 48; 49
clinical manager . 17; 18; 20; 22; 23; 28; 194
CLP 200; 203; 204
Co.Ge 46
Codice degli Appalti 46
Codice Fiscale 168
codice univoco nazionale.. 111
codifiche115; 121; 123; 177; 239
collaborazione pubblico-privato..... 233
collaborazioni...36; 37; 195; 226; 227
Collegio Sindacale..... 38; 225
colon retto 194; 195
colonscopia 58
comandi.....36; 37; 181
Comitati di coordinamento ..78
Comitati zonali 186
comitato dei coordinatori dei consorzi 50
Comitato di Indirizzo 229; 230
Comitato Percorso Nascita . 76; 78; 89
Comitato Valutazione Sinistri 207
Commissione Medica di vigilanza..... 95; 96
Commissione Medica Locale 207
Commissione Salute..... 170
Commissione Tecnologie Sanitarie 53
commissioni 52; 206
compartecipazione..... 68; 113; 161; 162
Comparto 222; 223; 226; 229; 231
compensazione . 62; 91; 99; 154; 209; 250
compilazione.....22; 78; 95; 109; 110; 114; 173; 227; 242
comportamenti aggressivi.. 140

Comuni... 95; 137; 139; 140; 185; 188; 191; 192; 193; 202; 205; 244; 245; 246; 248; 249; 250
comunicazione 24; 25; 114; 146; 154; 155; 169; 187; 194; 195; 204; 207; 219; 227; 234; 235; 238
comunità montane.....58
concessioni.....233
Concessioni di Costruzione e Gestione.....235
conciliazione.....191; 247; 249
concorsi aggregati 227
Conferenza.....30; 74; 82; 85; 92; 98; 154; 170
Conferenza Unificata 82
Consip 34; 35; 37; 46; 47; 48; 49; 50
CONSIP.....47; 49; 50; 241
consulenze...37; 69; 70; 226; 227
Consulta Regionale 212
Consultori.....77; 190; 204
Consultorio Famigliare.....247
Contabilizzazione 38
contenzioso.....207; 220; 236
contingente 71; 155
continuità assistenziale... 14; 75; 79; 94; 126; 184; 185; 186.220; 228
Conto Annuale 227; 228
Conto Economico di Presidio45
contratti.... 48; 51; 52; 53; 63; 71; 79; 90; 98; 136; 139; 147; 151; 152; 154; 168; 185; 222; 224; 225; 226; 233; 234
contratto definitivo 63; 153
contratto provvisorio 63; 152
controlli... 16; 39; 42; 44; 55; 105; 106; 107; 108; 110; 118; 119; 120; 159; 163; 164; 168; 169; 172; 176; 187; 197; 198; 199; 203; 204; 205; 208; 209; 210; 213; 214; 237; 241; 246; 247
Controllo di gestione 45
controllo ufficiale.197; 198; 199; 205; 208; 209; 210; 214
Convenzioni 46; 47; 49; 110
Coordinamento Regionale Trapianti..... 85; 86
coordinatori di consorzio 50
coorti 15; 107; 108; 196
copertura. 31; 53; 57; 60; 67; 68; 69; 110; 117; 148; 162; 189; 191; 194; 195; 220; 223; 224; 225; 226; 232
COR 204
corsi..77; 175; 199; 200; 214; 217
costi contabilizzati.....64
CPS.....92
CRA.....47
CReG.....74
CReSMeL..... 123; 124
crioconservazione.....75
cronicità.....63; 190; 217
cronico..... 14; 15; 17; 20; 25; 74; 165; 184; 194; 202
CRS-MALL.....44
Cruscotto 82; 198
CSCS 111
CSS 126; 152; 158; 159
CUDES..... 62; 146
CUR 70
cure intermedie .59; 60; 61; 126; 140; 148; 153; 154; 155; 160
cure palliative 60; 88; 89; 126; 131; 132; 133; 134; 150; 151; 153; 164; 167
cure primarie137; 166; 184; 185; 186
Customer Satisfaction.. 112; 121
Cyber Threat Intelligence 241
cyberbullismo 248

D

d.lgs. 33/2013 64
D.M. n. 70/2015 ....58; 59; 61; 66; 67; 72; 75; 76; 78; 89
Data Protection Officer236; 242
dati anagrafici 240
dati personali ..43; 240; 241; 242
dati sensibili.....241
day surgery..... 98; 100
day-hospital 59
DEA 67; 68; 69; 70
debito informativo ..80; 86; 105; 106; 108; 118; 120
decesso.....95; 96; 157
degenza di comunità.....97
degenze post acuti.....60
delibera quadro 73
dematerializzata..210; 237; 240; 243
dematerializzazione.... 117; 166; 208; 209; 210; 213; 240
demenza..... 126; 127; 128; 129; 137; 140; 161; 162
Demenze.....126; 129; 135
deroga 99; 113; 223; 226
detenuti.....96; 97; 165
detenzione.....93
determinato 23; 84; 153; 163; 222; 224; 226; 227
Diabete 177
diagnosi.... 73; 80; 82; 88; 93; 94; 105; 110; 111; 117; 142; 188; 194; 197; 244; 246; 249
dichiarazioni sostitutive..... 115
diffusione 25; 44; 73; 80; 93; 137; 191; 193; 209; 211
digitalizzazione.....207; 208; 209; 238
dimissione... 79; 83; 91; 108; 109; 134; 135; 145; 157
Dipartimenti....85; 132; 184; 209; 210; 211; 212; 213; 214
Dipartimenti Veterinari.. 33; 209; 210; 211; 212; 213; 214
Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze 79
Dipartimento unico delle ATS 17
dipendenze 33; 79; 89; 90; 93; 94; 95; 111; 126; 153; 154; 158; 159; 172; 189; 191; 192; 193
DIPS187; 188; 189; 190; 198; 200; 201; 203; 205; 246
Direttore Generale 25; 224
Direttori Generali .37; 38; 39; 40; 41; 43; 82; 92; 124; 226
Direzione Centrale Bilancio 231
Direzione Generale Istruzione Formazione e Lavoro..... 248
Direzione Generale Politiche per la famiglia, Genitorialità e Pari opportunità.... 191; 249
Direzione Generale Politiche Sociali, Abitative e Disabilità 82; 143; 189; 245; 246; 247
Dirigenza 224
disabili . 33; 50; 81; 126; 136; 142; 143; 146; 153; 155; 158; 245; 247; 251
disabilità . 61; 79; 89; 90; 92; 130; 137; 138; 154; 189; 205; 206; 208; 248
disabilità intellettiva 80
disagiate 67
disagio giovanile 248

disarruolare.....20
disdetta 25
disoccupazione 114
dispositivi medici...36; 37;45; 46; 50; 51; 52; 53; 54; 116; 175
Distinta Contabile.....106
distretti 132; 184; 221
distribuzione per conto 165; 168
Disturbi Cognitivi 129; 135
disturbi comportamentali 80; 128; 244
disturbi del comportamento 129
disturbi psichiatrici 79
diurna 68; 69
DMTE 85
domiciliare 89; 125; 134; 135; 144; 145; 150; 157; 160; 167; 170; 171
domiciliari....61; 88; 91; 124; 125; 126; 131; 133; 134; 135; 145; 146; 150; 151; 153; 164
Doppio Canale..... 37; 39
DRG..... 46; 82; 99; 100; 101; 111
DSA 251

E

ECM-CPD 230
Ecografie 69; 70
economicità..... 48; 58; 227
edilizia sanitaria 30; 232; 237
educazione sanitaria e zoofila 209; 212
efficacia... 49; 55; 65; 67; 71; 72; 134; 145; 171; 175; 197; 204; 205; 206; 209; 210; 213; 214; 217; 227; 236; 237; 242
elenco 20; 46; 47; 48; 74; 99; 100; 114; 120; 155; 167; 177; 178; 225; 234; 239
elisoccorso.....67
Emergenza e Urgenza 67
emocomponenti 85
empowerment.....24; 134; 189; 190; 192; 201
EMUR.....109
ENDOPROTESI 110
Ente Capofila 51
ente unico 62; 157
epidemiologiche..... 109; 200
epidemiologico 66; 95
équipe 67; 68; 69; 120; 129; 145; 220; 245; 246
erogatori privati 29; 34; 42
erogatori pubblici.34; 42; 56; 97
esenzione... 77; 78; 88; 113; 114; 121; 166; 200
esenzioni.....113; 114; 115; 121; 184; 185; 186; 225
età evolutiva 75; 81; 116; 160; 206; 208
età fertile..... 195; 219
eventi avversi 216; 218
eventi infortunistici.....201
eventi sentinella..... 203; 219
evidenza pubblica..63; 64; 128; 130; 134
export 211
extra comunitari 215
extracontratto.....90

F

fabbisogni 29; 37; 45; 76; 137; 223; 225; 226; 241; 242
famiglie..... 33; 77; 81; 126; 127; 129; 143; 189; 243; 244; 245; 247; 248; 249; 251
farmaceutica 113; 165; 166; 168; 170; 172; 240
farmaci equivalenti.....165
farmaci innovativi..... 14; 29; 64; 169; 170; 173
Farmaci Ospedalieri.....36
farmacie .. 21; 22; 114; 125; 165; 169; 172; 173; 238
farmaco113; 168; 169; 170; 172; 174; 176; 208; 213; 218; 219
Farmacopea 219
Farmacovigilanza..... 173; 174
FaSAS 159; 163
fascicolo medico-legale.... 206; 207
Fascicolo Sanitario Elettronico 77; 114; 238; 240
fattori di rischio.....22; 188; 193; 196; 204; 241; 248
fauna 210; 211
feriale..... 68; 69
File F ..37; 39; 107; 168; 169; 170; 173
Finlombarda 43
firma FEA 106
fisiatrica 135
Flu.Per 227; 228
Flussi Co.An. 45
flussi di mobilità 26
Flussi Finanziari 38
flussi informativi 45; 65; 82; 98; 227
flusso informativo ...53; 136; 137; 139
flusso informativo NSIS.....53
FNA..... 246
focolai 211; 212; 213
Fondi 222; 231
fondi contrattali 222
fondi in conto capitale 30
Fondo DOPO DI NOI 246
formazione19; 29; 64; 71; 75; 81; 82; 120; 125; 133; 162; 166; 174; 175; 185; 190; 192; 193; 194; 195; 196; 198; 199; 200; 204; 207; 208; 210; 211; 212; 214; 216; 217; 218; 219; 229; 239; 248
forniture 35; 47; 48; 51; 52; 54; 176; 233
fragili ...30; 33; 59; 126; 170; 194; 243; 247
fragilità..... 79; 89; 126; 135; 144; 145; 153; 207; 247; 250
FRRB..... 214
FSR ...62; 117; 129; 130; 131; 134; 137; 143; 147; 149; 151; 154; 155; 156; 157; 158; 159; 160; 161; 162; 249
Funzioni non tariffabili 83; 97; 121

G

gameti 75; 88
GAP 93; 94; 191
gara 50; 51; 52; 177; 195; 212
gare 35; 36; 51; 242
GEDISS 220; 221
generico..... 95; 113
geriatrica..... 61; 135
gestione centralizzata ... 43; 176
Gestione finanziaria 41
Gestione Sanitaria Accentrata 32; 40; 231
gestore17; 19; 20; 21; 22; 24; 62; 63; 146; 154; 155; 156; 157; 158; 163
Gestori 198; 202

Gioco d'Azzardo Patologico 94
giornata 157; 160; 163
Glasgow Coma Scale 130
graduatorie 186; 227
grandi apparecchiature.....53
gravidanza 66; 75; 77; 83; 84; 89; 110; 117; 190; 195; 217; 219; 220
Griglia Lea 44
gruppo di lavoro..24; 25; 82; 76; 77; 90; 94; 97; 112; 120;125; 140; 142; 143; 145; 172; 189; 191; 219; 221; 230; 236; 240; 244; 246; 249; 250
guardia..... 68; 69; 70

H

H/24..... 67; 68; 69
Health Technology Assessment 174
hospice. 126; 133; 134; 150; 153; 154; 164
HPV-DNA.....195
HTA.....125; 172; 174; 175
Hub.....67;76; 78; 82; 123

I

Igiene.... 187; 198; 200; 201; 202; 204; 205; 212; 246
illecito disciplinare.....48
ILSPA 234
impianti .. 48; 176; 185; 200; 209; 211; 213
implementazione 17; 18; 23; 29; 33; 40; 55; 57; 78; 82; 86; 88; 94; 95; 96; 112; 122; 123; 167; 173; 188; 191; 192; 195; 199; 206; 207; 213; 216; 218; 220; 221; 238; 239; 244; 245; 247
inappropriatezza72; 90; 99; 100; 111
incarichi 225; 226; 229; 234; 236; 240
inclusione 135; 143; 206; 247; 248; 250
Indicatore di tempestività 43
indicatore sentinella 202
indicatori .. 45; 52; 53; 82; 86; 91; 100; 111; 133; 144; 187; 194; 208; 209; 213; 227
indigenti 116; 154; 215
indigenza 117
indistinto 33; 34; 55
infanzia 79; 81; 89; 133; 247; 248
INFEZIONI 197
infezioni ospedaliere 170
informatizzato.....77; 78; 79; 167; 172; 206
infortunistico 201; 202
integrazione ...51; 60; 66; 70; 71; 72; 73; 76; 79; 82; 85; 88; 89; 113; 116; 118; 126; 128; 140; 160; 161; 166; 172; 174; 175; 176; 184; 185; 186; 188; 191; 194; 200; 202; 205; 208; 209; 215; 217; 231; 237; 247; 248
intensivi 78
iinterinali 36; 37; 227
Internal Auditing 236
interruzione 83; 84; 117; 132
invalidi 121; 207
investimenti30; 66; 231; 232; 237
IRCCS .. 25; 45; 71; 82; 85; 86; 99; 122; 124; 165; 169; 172; 173; 174; 175; 204; 214; 215; 216; 220; 223; 227; 229; 230; 234
isorisorse.....79; 90; 92; 155; 157
istanza 18; 28; 163; 235; 236
istanze 52; 61; 187; 188; 215; 224
Istituti a carattere scientifico .58
istituti di pena 89; 96
istituti penitenziari 95; 96
IVG – AS.....110
IZSLER 210

L

laboratori 122; 123; 197; 199; 239
laboratorio analisi.....22
lavoro somministrato.....226
LEA 50; 52; 53; 63; 65; 78; 86; 92; 111; 115; 145; 150; 187; 188; 189; 193; 194; 195; 196; 201; 238; 239
Libera Professione.....238
libera scelta.....184; 185; 186
libertà vigilata 96
linee guida88; 89; 112; 121; 122; 173; 200; 216; 218; 219; 222; 231; 232; 235; 241; 250
LISPA.....31
liste d'attesa.....25; 26; 54; 86
Livelli Essenziali di Assistenza 92; 100; 147
logopedia 81
Lombardia Informatica 215; 241; 242
lotti.....51
ludopatia 189

M

MAC 107; 150
macellazione..... 209
macelli..... 213
Macroarea 32; 33
malati cronici e/o fragili 65
malattie infettive .117; 195; 196; 197; 205; 211; 212; 213
malattie neuromuscolari 60
malattie professionali... 201; 204
malattie rare79; 88; 89; 167; 170
Mamma-Bambino 79
mammografie 57; 195
mangimi 197; 213
manifestazioni di interesse 21
Manuale.....109; 122; 230
manutenzione .30; 135; 185; 233
maternità 77; 223
Materno Infantile 77; 82
mediazione..... 220
medicina legale 206; 207
medicina personalizzata.....65
Medicina Trasfusionale... 69; 70; 85
medico legale 95; 207; 208
MEF.....50; 52; 114
MePA 47; 49
mezzo di soccorso.....67
Mifegyne 83
Ministero della Salute 49; 53; 65; 100; 111; 116; 117; 144; 175; 194; 198; 199; 200; 201; 209; 212; 214; 217; 232
minori 77; 78; 80; 81; 82; 90; 113; 117; 118; 121; 129; 133; 136; 139; 142; 143; 153; 206; 244; 247; 248; 249; 251
misure alternative 93
MIUR 191
MMG.....118; 133; 144; 166; 168; 184; 194; 195; 200; 204; 205; 219; 239

mobilità 29; 30; 31; 32; 33; 34; 38; 60; 98; 99; 113; 154; 170; 223; 224; 227
mobilità compensativa 223
mobilità extraregionale.....99
modalità dematerializzata .166; 240
modello organizzativo 66; 73; 78; 86; 131; 174; 206; 219
Modulo Budget..... 51; 52
monitoraggio .45; 46; 53; 61; 62; 70; 75; 78; 79; 86; 111; 132; 133; 137; 144; 146; 165; 167; 168; 176; 185; 187; 189; 193; 197; 201; 202; 205; 206; 210; 211; 213; 215; 218; 228; 236; 238; 240
morbilità 93; 217; 218
mortalità.....26; 82; 217; 218
MOSA..... 238; 243
motoneurone 130; 131; 164
MULTICANALITÀ.....237

N

N.O.C.C.....44
NARS 235; 236
nearly real time 105
near-miss 217
negoziazione ..16; 25; 47; 49; 50; 55; 56; 57; 58; 63; 64; 72; 97; 99; 112; 132; 147; 150
neonatale 69; 77; 79; 82; 190; 217
neonato 66; 78; 79
network 73; 187; 215; 241
neurochirurgia.....72
neuropsichiatrico.....113
neuropsicologica 135
neurosviluppo 113
no show.....238
NOC..... 107; 108; 118; 120; 168
nomenclatore 23; 24
non autosufficienti127; 161; 162
normativa comunitaria 209
NPIA 79; 80; 81; 90; 92; 95
Nuclei Alzheimer..... 33; 162
NUE 112 ..... 70; 71; 88
nulla osta..... 234; 235
Numero Unico Europeo.....33
nuove opere 232; 233

O

obblighi di pubblicazione 64
obiettivi strategici 14; 37; 43; 60; 126
Odontoiatria.....115
Oms.....218
oncologici.....169; 170; 173; 194; 195; 204
OO.SS.....222
operatori .. 35; 75; 79; 80; 81; 82; 84; 89; 90; 92; 96; 110; 120; 122; 124; 129; 141; 142; 160; 169; 170; 171; 174; 185; 188; 190; 193; 197; 199; 204; 205; 207; 208; 211; 215; 218; 220; 221; 237; 241; 245; 246; 248
Ordine dei Farmacisti 173
Ordini dei Medici 17; 18; 25
Ordini delle Professioni Infermieristiche 125
ore lavorate.....228
organi 33; 85; 86; 87; 235
orientamento 141; 191; 192
OSA 188; 199; 204; 210
ospite 129; 130; 142; 158; 159; 160
Osservatori 94; 189
OTA 122

P

PAC 40; 41
pace maker 219
PagoPa 44
PAI 131; 132; 167; 189; 196
pap-test.....57
parametri ... 34; 71; 75; 113; 199; 209; 233
parità 46; 249
partenariato 236; 248
Partite Intercompany.....38
Patient Summary 239; 243
patologico..... 93; 94; 189
patrimonio immobiliare 30
Patto della Salute 29
Patto di Cura..... 20; 28
payback 31
paziente oncologico 171
pazienti complessi 21; 79; 90
pazienti fuori regione 62
pazienti solventi 62
PCC.....43
PDTA.....78; 88; 89; 218
pediatria 76; 78; 186
pediatrico .. 82; 86; 89; 133; 134; 164
Peer review..... 218
penali.....51
penitenziaria..... 32; 96
pensione sociale..... 114
PERCIVAL.....79
Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali 88
percorsi facilitati 141
performance ..24; 35; 36; 45; 99; 111; 112; 187; 194; 242
personale cessato 226
personale strutturato.... 222; 226
PGRU 224
Piano di Gestione delle Risorse Umane 223; 224
Piano di Trattamento Individuale.....91
piano di zona 139
piano integrato..... 204; 213
Piano nazionale della Cronicità 185
Piano Nazionale di Prevenzione 187
Piano Regionale della Prevenzione 187; 193; 195; 197; 203
piattaforma 44; 46; 49; 50; 56; 77; 109; 110; 117; 118; 121; 166; 174; 207; 236
Piattaforma della Certificazione dei Crediti...43
PIC ..17; 18; 21; 22; 24; 55; 56; 57
PLS .118; 166; 168; 184; 186; 200; 205; 239
PNGLA 55
POAS 122; 176; 184; 228
Poli universitari 230
poli-patologia 65
POLIS 189; 190; 195
Politiche per la famiglia..... 189; 191; 193; 244; 247; 249
Politiche sociali..... 189; 193
Polizia Postale..... 241
popolazione fragile..... 136; 216
post acuta 152; 154; 155
posti letto . 30; 61; 62; 68; 69; 70; 71; 76; 78; 96; 97; 127; 128; 130; 134; 148; 160; 164
POT.....27; 60; 125
povertà.....244; 245; 248; 250

Preconsuntivo 38
prelievi 124; 125; 144; 198
prenotabilità..... 56; 238
prenotazione...54; 237; 238; 243
preparazioni galeniche.....167
presa in carico.....14; 15; 17; 18; 19; 20; 21; 23; 24; 25; 27; 28; 30; 33; 35; 56; 59; 60; 61; 66; 70; 72; 73; 74; 75; 77; 80; 81; 84; 90; 92; 95; 108; 109; 111; 116; 126; 131; 132; 133; 137; 140; 141; 142; 143; 144; 145; 146; 147; 148; 154; 160; 162; 164; 165; 170; 184; 185; 189; 192; 194; 217; 238; 240; 244; 245; 247; 250
prescrittore .23; 26; 54; 145; 166; 167; 171; 173
prescrizione.....20; 21; 23; 26; 47; 107; 109; 166; 167; 168; 172; 173; 177; 181; 208; 211; 218; 219; 238; 243
Presidi ospedalieri.....66
Presidio Corberi.....162
PreSST..... 60; 125
prestazioni aggiuntive .. 56; 160; 227
prestazioni ambulatoriali.....54; 122; 160
prestazioni occasionali.....227
prestazioni termali 115; 121
prevenzione 58; 65; 174; 187; 188; 189; 190; 192; 193; 196; 197; 201; 202; 204; 208; 209; 211; 212; 214; 216; 217; 218; 248; 249
prima visita.....160
PRINGE.....59
priorità 49; 54; 55; 65; 66; 82; 86; 91; 119; 121; 126; 144; 145; 146; 156; 175; 187; 190
private accreditate 53; 113; 167; 169; 170; 174; 175; 230; 239; 251
private non accreditate 53
proattivo 18; 19; 22; 28; 241
procedure aggregate 50
procedure concorsuali 227; 230
procedure d'acquisto.....53
Procreazione Medicalmente Assistita.....75
produzione 45; 46; 55; 91; 98; 116; 119; 120; 122; 123; 139; 149; 150; 151; 152; 153; 155; 156; 159; 193; 199; 213; 214; 216; 228; 239
progetti. 55; 70; 71; 79; 135; 139; 142; 159; 164; 171; 173; 174; 175; 190; 194; 199; 200; 207; 214; 215; 216; 217; 220; 221; 232; 233; 235; 237; 240; 248; 249
progetto esecutivo 235
Progetto Riabilitativo Individuale 145
Programma Pluriennale delle attività.....234
Programma Regionale di Sviluppo 14; 16
programma triennale 234
Project Management 233
promemoria 21
pronta disponibilità ... 68; 69; 70; 133
Pronto Soccorso ..54; 67; 70; 71; 118; 250
proroga 48; 49; 187
protesica 32; 164; 176; 177
PS 19; 67; 68; 69; 70; 71; 72; 186
Psichiatria.....32; 81; 90; 92; 95
pubblicazione 35; 40; 64; 65; 137; 199; 235; 237; 239; 243
PUNTI NASCITA 110
punti prelievo 122

Q

qualificazione.....46; 50; 87; 233; 234
questionari 112; 123

R

radiazioni ionizzanti 219
randagismo 209; 212
Rapporto OMS 126
REACH 200; 203; 204
recesso 21; 51
reddito.....113; 114; 121; 245
referente aziendale 50
referti strutturati.....123; 125; 243
registro regionale ...62; 146; 251
Registro Regionale delle Strutture Accreditate 122
Registro Regionale Donatori .87
Regolamento sulla Protezione dei Dati Personali 241
reinserimento.....93
remunerazione.....32; 84; 90; 91; 97; 99; 105; 106; 108; 149; 151; 153; 154; 155; 157; 158; 159; 160; 164
rendicontazione ..23; 44; 45; 57; 105; 106; 107; 108; 109; 120; 124; 136; 137; 139; 163; 164; 169; 170; 171; 173; 174; 176; 184; 198; 199; 203; 210; 212; 246; 247; 250
reperti 216
repository 108
residenza. 62; 154; 159; 162; 166
Residenze Sanitario Assistenziali 129
residenzialità...27; 90; 91; 92; 93; 94; 96; 97; 136; 137; 138; 139; 243
responsabile 21; 25; 59; 141; 185; 210; 233
Responsabile Unico Aziendale 54; 55
responsabilità .21; 41; 47; 48; 49; 50; 65; 75; 125; 133; 173; 184; 196; 205; 207; 220; 233
Rete Cure Palliative.....73
rete di patologia.....69
Rete Ematologica 73
Rete epatologica 73
Rete Epilessia 73
rete integrata 58
Rete Nefrologica 73
rete oculistica pediatrica.....79
Rete Oncologica.....73
rete ospedaliera ...65; 66; 70; 72
Rete SIDS 73
rete sociale.....91; 137; 246
Rete Terapia del Dolore 73
rete territoriale.....59; 71; 150
Rete Udito 73; 78
reti clinico-assistenziali 66; 73; 86; 88; 214
revoca ... 114; 123; 185; 201; 232
RIA 236
riabilitativo 88; 135; 145; 159
riabilitazione 27; 61; 94; 97; 134; 135; 142; 143; 144; 145; 153; 157; 158; 159; 160; 164; 176
riabilitazione cognitiva 134; 135
riabilitazione specialistica 61
ricerca 66; 134; 135; 175; 190; 195; 202; 214; 215; 229; 230; 242

Ricerca Finalizzata 214
ricetta . 20; 21; 26; 107; 166; 168; 237; 240
riconoscimento ..31; 62; 88; 128; 129; 130; 131; 132; 136; 139; 141; 154; 156; 157; 168; 184; 188; 205; 210; 213; 217; 227; 248
riconversione 67; 71; 90
ricoveri.... 59; 62; 91; 96; 99; 111; 134; 150; 157
ricovero 45; 61; 72; 79; 97; 98; 100; 111; 112; 118; 119; 120; 122; 125; 127; 129; 130; 131; 132; 133; 134; 150; 154; 157; 161; 162; 196; 215; 233
riduzione... 16; 27; 37; 59; 65; 71; 81; 91; 92; 95; 98; 99; 112; 128; 140; 152; 169; 191; 192; 201; 212; 216; 218; 221; 222; 226; 227; 235; 240
rimborsabilità.....166; 167; 168
rimborsi 32; 84; 169
rimesse.....42
RIMMI 77
rimodulazione 63; 111; 152; 153; 155; 156; 157; 250
rinnovi contrattuali 34; 225
rinnovo 18; 19; 20; 22; 25; 29; 31; 114; 185; 225
riqualificazione.....27; 60; 84; 90; 92; 162; 191; 193
rischio clinico.....95; 96; 216; 220
Risk Management174; 216; 221; 236
risorse .. 30; 50; 65; 66; 67; 71; 72; 78; 90; 91; 92; 96; 97; 98; 112; 116; 117; 120; 121; 126; 129; 130; 131; 134; 136; 137; 138; 139; 140; 143; 144; 147; 148; 149; 150; 151; 152; 153; 155; 156; 157; 161; 165; 169; 170; 171; 193; 202; 206; 210; 214; 217; 222; 227;233; 236; 238; 246; 247; 248; 249; 251
Risorse Aggiuntive Regionali .33
Risorse parte capitale.....31
Risorse parte corrente 31
RM 219
RMN 70
RSA 126; 127; 128; 129; 130; 131; 136; 137; 138; 140; 152; 157; 158; 159; 161; 162; 164; 176; 219
RSD 126; 129; 130; 131; 152; 157; 158; 159
RUP 233; 234

S

saldi..... 41; 42
salute mentale 89; 90
sangue 58; 85; 195
Sanità Animale..... 208; 211
sanità penitenziaria... 89; 90; 96; 172
Sanità Pubblica Veterinaria208; 209; 210
sanzionamento 119; 120
SAR 107
SBBL 215; 216
scadenza ... 19; 20; 40; 113; 114; 118; 212; 215; 216
SCIA 61; 187; 188
scorporo.....221
screening 21; 33; 57; 58; 78; 112; 188; 190; 194; 195; 249
SCRIBA.....38; 39; 156
SDA..... 47; 49
SDO ..75; 101; 107; 108; 109; 228
sedute..... 160; 196
semiresidenziali 61; 126; 153; 154; 158; 159
sepsi 217; 218
service 45; 46; 52
servizi... 14; 17; 18; 24; 27; 30; 32; 34; 35; 36; 37; 39; 43; 44; 45; 47; 48; 51; 52; 54; 59; 60; 61; 62; 65; 66; 68; 69; 72; 73; 74; 75; 76; 79; 80; 81; 82; 83; 89; 90; 91; 92; 94; 107; 112; 121; 123; 126; 127; 128; 129; 131; 134; 136; 137; 138; 140; 141; 143; 144; 145; 149; 150; 153; 154; 155; 156; 157; 158; 160; 162; 166; 168; 173; 184; 185; 186; 189; 190; 191; 203; 215; 226; 227; 228; 233; 235; 237; 239; 240; 241; 242; 244; 245; 249; 250; 251
Servizi Veterinari 208; 209
Servizio di Emergenza Territoriale 118.....67
set di riferimento 23; 56
setting16; 63; 64; 84; 88; 89; 100; 132; 133; 174; 188; 190; 192; 193
SIAN.....197; 198; 199; 205
SIAVR..... 195
sicurezza... 66; 67; 71; 72; 75; 78; 82; 87; 96; 125; 129; 135; 146; 163; 171; 174; 175; 185; 190; 192; 197; 198; 199; 201; 202; 204; 205; 206; 207; 210; 212; 216; 218; 219; 240; 241; 243; 248
sieropositività 197
SIND..... 111
sindrome 80; 81; 90; 127; 142; 196
Siope+.....43
SIREG.....234; 236
Sistema di fatturazione elettronica.....43
sistema informativo SMOP 95
Sistema trasfusionale.....85
sito chirurgico 218
sito istituzionale 65
SLA.....33; 60; 131; 153; 155; 170; 171; 238
slot 25
SMAF 106; 107; 108; 109; 112; 118
SMeL.....61; 123; 124; 125
Sociale..... 247
Società Scientifiche72; 189; 195
sociosanitaria 61; 62; 64; 77; 126; 131; 136; 147; 148; 150; 154; 159; 161; 162; 189; 193
software 86; 172; 173
Soggetti Aggregatori.....51
soggetti erogatori112; 119; 132; 133; 169
Soggetto Aggregatore .. 47; 48; 49
soggiorno 118; 121; 154; 159
soglia.....21; 64; 114; 162
solvenza 159
somministrazione a domicilio 170
sopralluogo..... 163; 199
Soprintendenza Archivistica216
SOREU 70
Sorveglianza 82; 193; 196; 217
sorveglianza sanitaria .. 202; 211
sostanze radioattive..... 198
sostituzione... 179; 180; 181; 182; 183; 199; 223; 226
sottobranche 123
SPDC 69; 70; 91; 92

specialisti 17; 22; 64; 88; 95; 124; 166; 167; 186; 237
specialistica ambulatoriale ..55; 77; 98; 113; 115; 119; 121; 149; 150
spending review 16; 56
sperimentazione 79; 91; 92; 118; 135; 142; 143; 195; 203
sperimentazioni....59; 79; 82; 90; 94; 140; 143; 163; 208; 240
spettro autistico ...80; 81; 82; 90; 246
Spoke..... 67; 70; 78
stagione influenzale.....196
stakeholder.....56; 73; 194; 195; 204; 208; 211; 213; 230
standard... 21; 26; 27; 32; 58; 65; 66; 67; 70; 74; 75; 76; 77; 86; 87; 97; 110; 128; 129; 130; 158; 159; 197; 225; 233; 239; 250
stanziamento .75; 140; 143; 149; 151; 214; 248
STAR 59
Stati vegetativi 33; 129
stato vegetativo 129; 130
stazioni appaltanti..... 46; 50; 64; 233; 234
stili di vita.....22; 188; 190; 192
STP 31; 111; 118
stranieri 116; 118; 121; 154
stratificazione ..17; 18; 20; 65; 96
stress.....84; 129; 140
STRM.....153
Stroke Unit 69
Strutture Complesse.... 224; 225; 228
strutture territoriali accreditate 30
studenti.....202
sub intensivi.....78
sub-acute 59
subacuti 59; 97
subordinato 23; 30; 174; 225; 226
superticket 1; 27; 28; 112
SUPI.....176
sussidiarietà 116

T

TAC..... 69; 70
tariffa 90; 92; 100; 125; 129; 130; 131; 132; 135; 152; 153; 154; 155; 157; 158; 159; 160; 161
tariffe 23; 24; 62; 66; 84; 93; 100; 116; 121; 129; 154; 160; 164; 204
tassatività 234
Tavolo . 37; 40; 49; 50; 51; 72; 77; 94; 184; 186; 207; 215; 231; 234; 250
TEAM 111; 117
tecnologie 72; 73; 76; 87; 135; 174; 175; 180; 182; 233
Telemedicina 67; 73; 74
tele-presenza 134; 135
tele-riabilitazione 134
tempi di attesa 14; 16; 25; 26; 54; 55; 56; 57; 58; 66; 105; 121; 128; 206
tempi di pagamento . 41; 42; 43
tempistiche.....38; 42; 43; 51; 62; 105; 107; 119; 120; 122; 196; 199; 210; 227; 241; 250
tempo determinato 79; 90; 223; 224; 225; 226; 228
tempo indeterminato ... 71; 222; 223; 224; 226
tempo-dipendenti..... 67; 70; 72
terapia del dolore 133; 167
Terapia Intensiva Neonatale 69; 76
terapie farmacologiche 20; 22; 170
terzo settore...116; 121; 189; 248
Tessera Sanitaria 29
tessuti 85; 102
ticket ... 26; 44; 54; 113; 114; 115; 121; 153
tipizzazione 87
titolo universale.....221
tracciabilità ..124; 125; 166; 172; 208; 213; 219
trapianti.....85; 86; 87; 207
trapianto 85; 86; 87; 102
Trasferimenti 41; 42
trasformazione ..27; 97; 157; 206
trasmissione sessuale.... 190; 197
trasparenza.. 40; 63; 64; 65; 165; 169; 216
trasporto.... 48; 67; 77; 78; 87; 89
trattamento 27; 43; 73; 80; 81; 84; 91; 124; 158; 160; 167; 171; 217; 240; 242; 250
tumori.....188; 202; 249
turn over.....223; 224; 226

U

UDO..... 33; 156
Ufficio scelta e revoca 115
unioni formali d'acquisto 50
unità d'offerta..62; 63; 126; 127; 130; 131; 134; 135; 136; 146; 147; 148; 150; 151; 152; 153; 154; 155; 156; 157; 158; 159; 246; 247
Università 58; 141; 188; 191; 194; 210; 212; 213; 215; 229; 230
UOOML.....202; 203; 204

V

vacanza 224; 225
vaccinale.....195; 196; 204
vaccinazione 195; 196; 205
vaccinazioni 79; 195; 196
vaccini..... 33; 195
validità 19; 20; 22; 114; 128; 145; 152; 173; 227
valutazione multidimensionale ..131; 132; 137; 144; 149; 175; 250
varianti.....232; 234; 235; 237
vigilanza ... 20; 96; 131; 141; 162; 163; 165; 167; 172; 173; 201; 203; 246; 247
Villaggio Alzheimer..... 140; 141; 142
violenza . 189; 220; 221; 249; 250
visita 19; 20; 23; 26; 78; 160; 163; 207
volture.....61
volumi . 55; 57; 63; 66; 67; 72; 75; 98; 156; 157; 194; 209
vulnerabilità sanitaria..... 116
vulnerabilità sociale 18; 116

SUB ALLEGATO A

DISPOSIZIONI INERENTI LA CHIRURGIA AMBULATORIALE E L'ATTIVITÀ SVOLTA ALL'INTERNO DEI DAY SURGERY EXTRA OSPEDALIERI AI SENSI DELL'ALLEGATO 2 DEL D.M. 2 APRILE 2015, N. 70

Il D.M. 2 aprile 2015, n. 70, Allegato 2, e il D.P.C.M. 12 gennaio 2017 rendono necessario aggiornare le disposizioni regionali in ordine alle prestazioni erogabili all'interno dei presidi extra ospedalieri di day surgery e degli ambulatori protetti (ossia ambulatori situati in struttura autorizzata per l'attività di ricovero sia in regime ordinario che a ciclo diurno) e in ordine alla chirurgia ambulatoriale complessa.

Al riguardo, si richiamano le DDG n. 17038/2004 e n. 3010/2006, la DGR n. 10075/2009 e la l.r. n. 33/2009, art. 15, co.12, le quali prevedono che l'integrazione in un unico soggetto giuridico di più stabilimenti/presidi, pubblici o privati, anche se afferenti ad ambiti territoriali diversi, rappresenta un valore aggiunto per la riqualificazione della rete ospedaliera lombarda e che, a seguito di tale identificazione, per struttura sanitaria debba intendersi l'assetto accreditato complessivamente afferente allo stesso numero di iscrizione al registro delle strutture accreditate lombarde.

Si ricorda, inoltre, che l'evoluzione degli indirizzi assistenziali, conseguenti allo sviluppo delle tecniche chirurgiche, rende oggi possibile la diversificazione della funzione ospedaliera, consentendo un utilizzo più flessibile della struttura sanitaria di ricovero e cura, come sopra intesa, nel caso di una ASST/IRCCS di diritto pubblico/ ente unico, mediante una modalità di accesso più semplice ed efficiente.

Si aggiornano le disposizioni regionali inerenti le prestazioni erogabili nei presidi extra ospedalieri di day surgery, negli ambulatori protetti e le disposizioni regionali inerenti la chirurgia ambulatoriale complessa (di seguito BIC).

Le presenti disposizioni, in applicazione del DM 70/2015, costituiscono punto fondamentale per la definizione di criteri qualitativi minimi di sicurezza per la garanzia del paziente e, pertanto, si applicano sia in ambito di strutture accreditate che di strutture solo autorizzate all'esercizio.

PRESTAZIONI CONTRASSEGNATE CON LA LETTERA H NEL NOMENCLATORE AMBULATORIALE

Il DPCM 12 gennaio 2017 ha adottato i nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (di seguito LEA) che all'allegato 4 ricomprendono, sia le prestazioni di chirurgia ambulatoriale propriamente detta (c.d. chirurgia ambulatoriale semplice), sia le prestazioni di chirurgia ambulatoriale complessa che debbono essere rese in ambito ospedaliero e che, attualmente, ai sensi della DGR n. 10804/2009, presuppongono, in Regione Lombardia, l'accreditamento per l'erogazione di prestazioni di ricovero per le relative branche specialistiche.

Le disposizioni del DPCM 12 gennaio 2017 hanno confermato che le prestazioni contrassegnate dalla lettera H nel nomenclatore possono essere erogate **unicamente** in ambulatori protetti, ossia in ambulatori situati presso strutture autorizzate al ricovero, sia in regime ordinario che a ciclo diurno.

Pertanto, le prestazioni contrassegnate nel nomenclatore con le lettere H (c.d. chirurgia ambulatoriale semplice) e HCA (c.d. chirurgia ambulatoriale complessa/BIC) non possono

essere erogate in strutture ambulatoriali territoriali autorizzate o accreditate anche ad indirizzo chirurgico, o presso studi professionali, salvo quanto indicato di seguito.
Le ASST/IRCCS di diritto pubblico/enti unici gestori di una pluralità di strutture accreditate, hanno la possibilità di erogare prestazioni contrassegnate con la lettera H in una delle strutture della ASST/IRCCS di diritto pubblico/ente unico, limitatamente alle strutture ubicate ad una distanza che garantisca una tempestiva presa in carico dell'utente per necessità di assistenza urgente. La modalità organizzativa sopra descritta può essere utilizzata dai presidi ospedalieri della medesima ASST quand'anche affidati a concessionari diversi in sperimentazione gestionale. Se tale attività è collocata in un edificio/presidio dell'ASST/IRCCS di diritto pubblico/ente unico diverso da quello ove è collocata l'attività di ricovero e cura, è necessario che, precedentemente all'inizio dell'attività, l'Ente (ASST/IRCCS di diritto pubblico/ente unico) abbia formalizzato un protocollo che definisca almeno i seguenti contenuti:

- la prima gestione in loco dell'urgenza in modo efficace: nella prima fase di eventuali emergenze, la struttura deve avvalersi di professionisti adeguatamente formati (Anestesisti Rianimatori o in possesso di certificazione BLSD) e possedere le necessarie dotazioni strumentali in relazione alla tipologia delle attività svolte;
- nel caso di urgenze non gestibili in loco, le modalità di trasporto del paziente attraverso una convenzione con un ente/associazione che garantisca la messa a disposizione del mezzo di trasporto entro un tempo massimo di 20 minuti, verso la U. O. di degenza dell'ASST/IRCCS di diritto pubblico/ente unico ove sia sempre garantita la messa a disposizione di un letto di degenza per la possibilità di ricovero del paziente e dei professionisti che garantiscono l'accompagnamento del paziente.

PRECISAZIONI IN ORDINE ALLE PRESTAZIONI EROGABILI IN DAY SURGERY/RICOVERO ORDINARIO

Si ricorda che le prestazioni con i codici procedura inseriti nell'ICD9-ICM e non già inseriti nel nomenclatore ambulatoriale possono essere erogati unicamente in regime di ricovero ordinario/day surgery in conformità alle vigenti normative inerenti l'appropriatezza erogativa delle prestazioni.

PRESIDI EXTRA OSPEDALIERI DI DAY SURGERY

L'allegato 2 del D.M. 2 aprile 2015, n. 70 ha precisato le tipologie di prestazioni che possono essere erogate all'interno di presidi extra ospedalieri di day surgery. In funzione di tale precisazione si rende necessario integrare le disposizioni della DGR n. 5127/2001 con quanto di seguito indicato.
All'interno dei presidi extra ospedalieri di day surgery possono essere erogate solo prestazioni per pazienti afferenti alle classi anestesiologiche ASA 1 e ASA 2 secondo la classificazione della American Society of Anesthesiology.
Per la selezione dei pazienti, fermo restando quanto previsto dalla L. n. 24/2017 e s.m.i., con particolare riferimento all'art. 5 (Buone pratiche clinico assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida), dovrà essere predisposto per ogni struttura un documento che definisca quali prestazioni sono attuate considerando: la patologia, il tipo di tecnica chirurgica, le caratteristiche dei pazienti che possono essere indirizzati a tale attività sulla

base delle condizioni generali, dei fattori di rischio e dei fattori logistici derivanti dall'effettuazione dell'intervento in una struttura extraospedaliera.
Per le prestazioni erogabili sia in Day surgery che in BIC, è necessario prevedere una specifica selezione dei pazienti che indirizzi verso la tipologia BIC solo quei pazienti che non necessitano di una assistenza specifica superiore a quanto previsto per il pacchetto erogato in BIC. Tutti gli altri pazienti dovranno essere gestiti nel regime di ricovero Day Surgery per un massimo di 2 pazienti per posto letto/die, così come definito dalla normativa vigente.
Qualora la struttura si voglia avvalere di questa possibilità, deve assolvere il requisito OSDSU01 (*Esiste un documento di definizione dei pacchetti di prestazioni rese per le principali patologie trattate in day surgery, al fine di garantire la trasparenza ai percorsi diagnostici terapeutici dei pazienti afferenti al day surgery?*) mediante la definizione dei pacchetti per tutte le prestazioni così erogate.
Per le strutture di day surgery extra ospedaliere a contratto restano valide le regole attualmente vigenti inerenti l'appropriatezza del regime di erogazione (ambulatoriale e day surgery).

Non è possibile il pernottamento nella struttura ambulatoriale/di day surgery extra ospedaliero; qualora fosse necessario le strutture di day surgery extra ospedaliero, inserite all'interno di un presidio dell'ASST/IRCCS di diritto pubblico/ente unico, possono garantire il pernottamento del paziente trasferendolo in una delle strutture dell'ASST/IRCCS di diritto pubblico/ente unico, ovvero attraverso convenzione con un'altra struttura di ricovero e cura.
La modalità organizzativa sopra descritta può essere utilizzata anche dai presidi extra ospedalieri della medesima ASST quand'anche affidati a concessionari diversi, in sperimentazione gestionale. In tal caso dovrà essere stato adottato, precedentemente all'inizio dell'attività chirurgica, il protocollo con la U.O. di degenza ordinaria di riferimento all'interno dell'ASST/IRCCS di diritto pubblico/ente unico che definisca:

- la prima gestione in loco delle urgenze e/o delle complicanze;
- nel caso di urgenze e/o complicanze non gestibili in loco, le modalità di trasporto del paziente attraverso una convenzione con un ente/associazione che garantisca la tempestiva messa a disposizione del mezzo di trasporto, verso la U. O. di degenza dell'ASST/IRCCS di diritto pubblico/ente unico ove sia sempre garantita la disponibilità di un letto di degenza per la possibilità di ricovero del paziente, e dei professionisti che garantiscono l'accompagnamento del paziente.

Con riferimento al requisito OSOPE02 (*La sala operatoria è attivata solo in presenza di almeno un medico anestesista, due chirurghi e due infermieri professionali?*), si conferma quanto previsto dal punto 1 della DGR n. 10177/2009 in relazione al personale necessario per l'attivazione della sala operatoria.
Si ricorda che le procedure di acquisizione del consenso informato devono rispettare quanto disposto dalla Legge 22 dicembre 2017 n. 219 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento" s.m.i.

CHIRURGIA AMBULATORIALE COMPLESSA: MACROATTIVITÀ CHIRURGICA A BASSA COMPLESSITÀ OPERATIVA ED ASSISTENZIALE (BIC)

Con la DGR n. X/3393/2015, Allegato A, par. 5.5, sono state disciplinate le prestazioni anestesiologiche per le attività diagnostico–terapeutiche svolte al di fuori delle sale operatorie (N.O.R.A) e riferibili alla chirurgia ambulatoriale complessa.
Con il DPCM 12 gennaio 2017 sono stati adottati i nuovi LEA, che nell'allegato 4 ricomprendono sia le prestazioni di chirurgia ambulatoriale propriamente detta (c.d. chirurgia ambulatoriale semplice) sia le prestazioni di chirurgia ambulatoriale complessa che debbono essere rese in ambito ospedaliero e che presuppongono, in Regione Lombardia, l'accreditamento per l'erogazione di prestazioni di ricovero per le relative branche specialistiche.
Pertanto, le ASST/IRCCS di diritto pubblico e gli enti unici gestori di una pluralità di strutture accreditate possono attivare la Macroattività chirurgica a bassa complessità operativa ed assistenziale in una delle strutture dell'ASST/IRCCS di diritto pubblico/ente unico, limitatamente alle strutture ubicate nel territorio della stessa ATS, purché sia presente la U.O. di degenza di riferimento all'interno dell'assetto accreditato dell'ASST/IRCCS di diritto pubblico/ente unico. La modalità organizzativa sopra descritta può essere utilizzata anche dai presidi ospedalieri della medesima ASST quand'anche affidati a concessionari diversi, in sperimentazione gestionale.
Si conferma la possibilità di poter attivare nuovi posti tecnici in trasformazione con un rapporto di conversione 1 a 1. Tali posti tecnici, pur collocati in un'area che deve assolvere i requisiti di cui all'allegato 10 della DGR n. 10804/2010 e s.m.i., non rientrano nel computo dei posti letto di tipo ordinario e di day surgery, così come già avviene per i posti tecnici di dialisi, per le culle del nido e per le MAC.
Laddove la BIC venga attivata in strutture di ricovero/ambulatoriali/Presidi Ospedalieri Territoriali (POT)/degenza sub acuta all'interno dell'ASST/IRCCS di diritto pubblico/ente unico deve essere adottato, precedentemente all'inizio dell'attività chirurgica, un protocollo che definisca almeno quanto segue:

- la prima gestione in loco delle urgenze e/o delle complicanze;
- nel caso di urgenze e/o complicanze non gestibili in loco, le modalità di trasporto del paziente attraverso una convenzione con un ente/associazione che garantisca la tempestiva messa a disposizione del mezzo di trasporto, verso la U. O. di degenza dell'ASST/IRCCS di diritto pubblico/ente unico ove sia sempre garantita la disponibilità di un letto di degenza per la possibilità di ricovero del paziente, e dei professionisti che garantiscono l'accompagnamento del paziente.

In funzione di quanto sopra definito, si ritiene superato il disposto dalla DGR n. 621 del 13 ottobre 2010 in ordine al principio di coincidenza tra autorizzazione/accreditamento e contratto per la BIC.
Fermo restando quanto disposto dalle vigenti regole di sistema in ordine alla contrattualizzazione, possono essere attivate nuove unità operative di BIC in strutture solo autorizzate o accreditate e non a contratto.
Si conferma la struttura base del codice nomenclatore della chirurgia ambulatoriale complessa (BIC).

- H: erogabile solo in ambulatori protetti, ossia in ambulatori di strutture di ricovero;
- C: complessa;
- A: aggregazione di prestazioni.

DISPOSIZIONI DI SALVAGUARDIA

In funzione dell'aggiornamento operato dal DPCM 12 gennaio 2017 rispetto alle prestazioni contrassegnate con la lettera H, e della necessità di coordinare le presenti disposizioni con il D.M. 2 aprile 2015, n. 70, si precisa che sono fatti salvi:

- i Centri ad Assistenza Limitata (CAL) autorizzati e accreditati alla data di pubblicazione della presente che potranno continuare ad operare nelle modalità organizzative già autorizzate e accreditate;
- le riorganizzazioni /riconversioni, già autorizzate in applicazione del DM 70/2015, che potranno continuare ad operare nelle modalità organizzative già autorizzate e accreditate;
- le prestazioni trasfusionali, per le quali le presenti disposizioni si applicano salvo quanto previsto dalla normativa nazionale e regionale.

SUB ALLEGATO B

AGGIORNAMENTO DELLE CODIFICHE DELLE ESENZIONI PER LA SPECIALISTICA AMBULATORIALE.

Sulla base di precedenti provvedimenti regionali, alcune esenzioni per la specialistica ambulatoriale, valide sull'intero territorio nazionale, hanno una codifica regionale differente da quella nazionale. Tale differenza di codifica comporta spesso problemi ai pazienti quando fruiscono di prestazioni sanitarie fuori Regione: alcune Regioni, infatti, vedendo un codice differente apposto sulla prescrizione, non riconoscono il diritto all'esenzione.
La DGR n. X/7600 del 20.12.*2017 "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Sociosanitario per l'esercizio 2018 (di concerto con gli assessori Garavaglia e Brianza)"*, al punto 4.4.13, tra l'altro, prevede:
"Azioni di semplificazione in materi a di esenzioni.
• Esenzioni per invalidità: uniformare le codifiche regionali a quelle nazionali.
In merito alle codifiche di esenzioni per Invalidità, sulla base di precedenti provvedimenti regionali, le codifiche attualmente utilizzate da Regione Lombardia risultano essere diverse da quelle utilizzate a livello nazionale mentre nessuna differenza è presente in termini di diritto di esenzione (che vale sull'intero territorio nazionale). Tale differenza di codifica comporta spesso problemi ai pazienti quando fruiscono di prestazioni sanitarie fuori Regione: alcune Regioni, infatti, vedendo un codice differente, non riconoscono l'esenzione. In considerazione della diffusione della Ricetta Dematerializzata e della circolarità di questa sul territorio nazionale, al fine di evitare pregiudizi ai pazienti, nell'anno 2018 si provvederà, in collaborazione con LISPA, ad uniformare le codifiche di invalidità regionali a quelle nazionali, con bonifica dei cittadini pregressi" (…).
E' stato verificato che le codifiche regionali differenti da quelle nazionali, rappresentative del medesimo diritto all'esenzione per la **specialistica ambulatoriale**, valido sull'intero territorio nazionale, non riguardano solo le esenzioni per invalidità ma tutte quelle rappresentate nell'**Allegato B1**, parte integrante del presente **sub allegato B**.
Al fine di evitare disagi ai cittadini, si ritiene pertanto di uniformare, a decorrere dal **4 marzo 2019** le codifiche delle esenzioni regionali a quelle nazionali per la specialistica ambulatoriale secondo quanto riportato nel citato **Allegato B1**, parte integrante del presente **sub allegato B**, che, dalla data innanzi indicata, sostituirà integralmente i precedenti provvedimenti che stabilivano codifiche differenti.

Al riguardo si precisa che:

- le nuove codifiche saranno applicabili dal **4 marzo 2019;**
- in data 3 marzo 2019 verrà effettuata una transcodifica automatica dei codici di esenzione nell'Anagrafe Sanitaria, in conformità a quanto previsto nel citato **Allegato B1**, parte integrante del presente **sub allegato B**;
- a seguito della transcodifica non sarà più possibile registrare in anagrafica regionale i vecchi codici di esenzione, né sarà possibile indicarli nelle prescrizioni, salvo quanto previsto nel punto successivo, come "fase transitoria";
- **Fase transitoria**: considerando che nella prima fase attuativa è possibile che si verifichino errori di codifica da parte dei prescrittori nell'eventualità di ricette scritte a mano (in ricette dematerializzate o elettroniche i controlli sui sistemi di Accoglienza Centrali e Regionali SAC/SAR garantiscono la correttezza della nuova esenzione), si forniscono le seguenti indicazioni operative: le eventuali impegnative cartacee, compilate a mano dal medico, aventi data successiva al 4 marzo 2019, che riportino l'indicazione della vecchia codifica, saranno accettate dagli erogatori, purché abbiano una data di prescrizione non successiva al **31 maggio 2019**;

- le prescrizioni rilasciate prima del 4 marzo 2019, con apposta la vecchia codifica, mantengono comunque la loro validità annuale e potranno pertanto essere prenotate e accettate dagli erogatori fino alla data di validità della ricetta.

Si precisa che la modifica delle codifiche non incide in alcun modo sui correlati diritti di esenzione.

Si approva il modello aggiornato dell'attestato di esenzione per invalidità, riportato **nell'Allegato B2**, parte integrante del presente **sub allegato B**, precisando che, al fine di semplificare le procedure, detto attestato potrà essere rilasciato su foglio bianco A4.

ALLEGATO B1 AL SUB ALLEGATO B

SPECIALISTICA AMBULATORIALE – ELENCO DELLE ESENZIONI REGIONALI CON CODIFICA UNIFORMATA A QUELLA NAZIONALE (con decorrenza dal 4.3.2019)

CODICE NAZIONALE	DESCRIZIONE CODICE NAZIONALE	PRESTAZIONI IN ESENZIONE	Precedente Codice Regionale (valido fino al 3.3.2019)	Precedente Descrizione Regionale (valida fino al 3.3.2019)
C01	INVALIDI CIVILI AL 100% DI INVALIDITÀ SENZA INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO (EX ART.6 DM 1.2.1991)	Esenzione totale per tutte le prestazioni di specialistica ambulatoriale incluse nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)	IC13 Di età maggiore o uguale 18 anni	**Invalidi civili** al 100% di invalidità senza assegno di accompagnamento (ex art. 6 comma 1 lett. d del D.M. 01.02.1991);
C02	INVALIDI CIVILI AL 100% DI INVALIDITÀ CON INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO (EX ART.6 DM 1.2.1991)	Esenzione totale per tutte le prestazioni di specialistica ambulatoriale incluse nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)	IC14	**Invalidi civili** al 100% di invalidità con assegno di accompagnamento (ex art. 6 comma 1 lett. e del D.M. 01.02.1991);
C03	INVALIDI CIVILI CON RIDUZIONE DELLA CAPACITÀ LAVORATIVA SUPERIORE A 2/3 DAL 67% AL 99% DI INVALIDITÀ (EX ART.6 DM 1.2.1991)	Esenzione totale per tutte le prestazioni di specialistica ambulatoriale incluse nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)	IC20	**Invalidi civili** (ultra 65 enni) con riduzione della capacità lavorativa > 2/3 – dal 67% al 99% di invalidità - (ex art. 6 comma 1 lett. d del D.M. 01.02.1991);
			IC21	**Invalidi civili** (con età uguale o minore di 65 anni) con riduzione della capacità lavorativa > 2/3 - dal 67% al 99% di invalidità - (ex art. 6 comma 1 lett. d del D.M. 01.02.1991);
C04	INVALIDI < DI 18 ANNI CON INDENNITÀ DI FREQUENZA EX ART. 1 L. 289/90 (EX ART.5 D.LGS. 124/98)	Esenzione totale per tutte le prestazioni di specialistica ambulatoriale incluse nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)	IC13 minori anni 18	**Invalidi civili minori di 18 anni** con indennità di frequenza ex art. 1 L. n. 289/90 (ex art. 5 comma 6 del D.Lgs. 124/1998);
C05	CIECHI ASSOLUTI O CON RESIDUO VISIVO NON SUPERIORE A 1/10 AD ENTRAMBI GLI OCCHI RICONOSCIUTI DALLA COMMISSIONE INVALIDI CIECHI CIVILI (ART.6 DM 1.2.1991)	Esenzione totale per tutte le prestazioni di specialistica ambulatoriale incluse nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)	IA16	**Ciechi assoluti** riconosciuti dall'apposita Commissione Invalidi Ciechi Civili – ai sensi dell'art. 6 comma 1 lett. f del D.M. 01.02.1991 - (ex art. 6 L. n. 482/68 come modificato dalla L. n. 68/99);
			IA23	**Ciechi con residuo visivo** non superiore ad un decimo ad entrambi gli occhi - con eventuale correzione - riconosciuti dall'apposita Commissione Invalidi Ciechi Civili - ai sensi dell'art. 6 comma 1 lett. f del D.M. 01.02.1991 - (ex art. 6 L. n. 482/68 come modificato dalla L. n. 68/99);
C06	SORDOMUTI (CHI È COLPITO DA SORDITÀ DALLA NASCITA O PRIMA DELL'APPRENDIMENTO DELLA LINGUA PARLATA - ART.6 DM 1.2.1991, EX ART.7 L.482/68 COME MODIFICATO DALLA L.68/99)	Esenzione totale per tutte le prestazioni di specialistica ambulatoriale incluse nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)	ID23	**Sordomuti** (da intendersi coloro che sono colpiti da sordità dalla nascita o prima dell'apprendimento della lingua parlata) - ai sensi dell'art. 6 comma 1 lett. f del D.M. 01.02.1991 - (ex art. 7 L. n. 482/68 come modificato dalla L. n. 68/99);
C07	PRESTAZIONI RICHIESTE IN SEDE VERIFICA INVALIDITA' CIVILE EX D.M. 20.7.1989, N.293 E SUCC. MOD.	Esenzione totale per tutte le prestazioni di specialistica ambulatoriale incluse nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)	IC07	PRESTAZIONI RICHIESTE PER VERIFICA INVALIDITA' CIVILE ex DM n. 293/1989 e succ.mod.

CODICE NAZIONALE	DESCRIZIONE CODICE NAZIONALE	PRESTAZIONI IN ESENZIONE	Precedente Codice Regionale (valido fino al 3.3.2019)	Precedente Descrizione Regionale (valida fino al 3.3.2019)
G01	INVALIDI DI GUERRA APPARTENENTI ALLE CATEGORIE DALLA 1° ALLA 5° TITOLARI DI PENSIONE DIRETTA VITALIZIA E DEPORTATI IN CAMPI DI STERMINIO (EX ART.6 DM 1.2.1991) **Nota**	Esenzione totale per tutte le prestazioni di specialistica ambulatoriale incluse nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)	IG11	**Invalidi di guerra** appartenenti alle categorie dalla 1a alla 5a titolari di pensione diretta vitalizia **Deportati in campo di sterminio** (ex art. 6 comma 1 lett. a del D.M. 01.02.1991) **Assistiti cui sia riconosciuto lo status di perseguitato politico antifascista o razziale** titolari di assegno vitalizio di benemerenza - ed i loro familiari superstiti (art. 8-ter della Legge 96/1955, modificata dalla Legge n. 61/1967)
G02	INVALIDI DI GUERRA MILITARI APPARTENENTI ALLE CATEGORIE DALLA 6° ALLA 8° (EX ART.6 DM 1.2.1991)	Esenzione per le prestazioni correlate alla patologia invalidante	IG31	**Invalidi di guerra** appartenenti alle categorie dalla 6a alla 8a (ex art. 6 comma 2, lett. a del D.M.01.02.1991)
L01	GRANDI INVALIDI DEL LAVORO DALL'80% AL 100% DI INVALIDITÀ (EX ART.6 DM 1.2.1991)	Esenzione totale per tutte le prestazioni di specialistica ambulatoriale incluse nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)	IL15	**Grandi invalidi del lavoro** - dall'80% al 100% di invalidità - (ex art. 6 comma 1, lett. B del D.M. 01.02.1991)
L02	INVALIDI DEL LAVORO CON RIDUZIONE DELLA CAPACITÀ LAVORATIVA > 2/3 - DAL 67% AL 79% DI INVALIDITÀ (EX ART.6 DM 1.2.1991)	Esenzione totale per tutte le prestazioni di specialistica ambulatoriale incluse nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)	IL24	**Invalidi del lavoro** con riduzione della capacità lavorativa > 2/3 - dal 67% al 79% di invalidità - (ex art. 6 comma 1 lett. b del D.M. 01.02.1991)
L03	INVALIDI DEL LAVORO CON RIDUZIONE DELLA CAPACITÀ LAVORATIVA FINO A 2/3 - DALL'1% A 66% DI INVALIDITÀ (EX ART.6 DM 1.2.1991)	Esenzione per le prestazioni correlate alla patologia invalidante	IL41	**Invalidi del lavoro** con riduzione della capacità lavorativa < 2/3 - dall'1% al 66% di invalidità - (ex art. 6 comma 2 lett. b del D.M. 01.02.1991)
S01	GRANDI INVALIDI PER SERVIZIO APPARTENENTI ALLA 1° CATEGORIA, TITOLATI DI SPECIFICA PENSIONE (EX ART.6 DM 1.2.1991)	Esenzione totale per tutte le prestazioni di specialistica ambulatoriale incluse nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)	IS12	**Grandi invalidi per servizio** appartenenti alla 1a categoria - titolari di specifica pensione - (ex art. 6 comma 1 lett. c del D.M. 01.02.1991)
S02	INVALIDI PER SERVIZIO APPARTENENTI ALLE CATEGORIE DALLA 2° ALLA 5° (EX ART.6 DM 1.2.1991)	Esenzione totale per tutte le prestazioni di specialistica ambulatoriale incluse nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)	IS22	**Invalidi per servizio** appartenenti alle categorie dalla 2a alla 5a (ex art. 6 comma 1 lett. c del D.M. 01.02.1991)
S03	INVALIDI PER SERVIZIO APPARTENENTI ALLA CATEGORIA DALLA 6° ALL'8° (EX ART.6 DM 1.2.1991)	Esenzione per le prestazioni correlate alla patologia invalidante	IS42	**Invalidi per servizio** appartenenti alle categorie dalla 6a alla 8a (ex art. 6 comma 2 lett. d del D.M. 01.02.1991)
N01	DANNEGGIATI DA COMPLICANZE DI TIPO IRREVERSIBILE A CAUSA DI VACCINAZIONI	Esenzione per le prestazioni correlate alle lesioni o infermità	PT44	Pazienti in possesso di esenzione in base alla L. n. 210 del 25.02.1992 -

CODICE NAZIONALE	DESCRIZIONE CODICE NAZIONALE	PRESTAZIONI IN ESENZIONE	Precedente Codice Regionale (valido fino al 3.3.2019)	Precedente Descrizione Regionale (valida fino al 3.3.2019)
	OBBLIGATORIE, TRASFUSIONI E SOMMINISTRAZIONE DI EMODERIVATI (L. 210/92 E L. 238/97)			Danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di **trasfusioni e somministrazione di emoderivati** - (ex art. 1 comma 5 lett. d del D.Lgs. 124/1998);
			PV44	Pazienti in possesso di esenzione in base alla L. n. 210 del 25.02.1992 - Danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di **vaccinazioni obbligatorie** (ex art. 1 comma 5 lett. d del D.Lgs. 124/1998)
V01	VITTIME ATTI DI TERRORISMO E STRAGI E FAMILIARI (L. 206/04) /VITTIME DOVERE E FAMILIARI SUPERSTITI (D.P.R. 7 LUGLIO 2006, N. 243)	Esenzione totale per tutte le prestazioni di specialistica ambulatoriale incluse nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)	VT43	**Pazienti in possesso di esenzione in base alla L. n. 302/90 ex art. 15: vittime del terrorismo e della criminalità organizzata** - (ex art. 5 comma 6 del D.Lgs. 124/1998).
			VT43.2	**Pazienti in possesso di esenzione in base alla L. n. 302 / 90 ex art 15: Familiari delle vittime** (ex art. 9 della l. 206/2004)
			VD44	**Vittime del dovere** (ex DPR 7 luglio 2006, n. 243)
			VD44.2	**Familiari delle vittime del dovere** (ex DPR 7 luglio 2006, n. 243)
V02	VITTIME DEL TERRORISMO E DELLE STRAGI DI TALE MATRICE CON INVALIDITA' >80% (EX ART. 4 DELLA L. 206/2004)	Esenzione totale per tutte le prestazioni di specialistica ambulatoriale incluse nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)	VT43>80	**Pazienti in possesso di esenzione in base alla L. n. 302/90 ex art. 15:** v**ittime del Terrorismo e delle stragi di tale matrice con invalidità>80%** (ex art. 4 della l. 206/2004)

Nota: hanno diritto all'esenzione **G01** anche gli **assistiti cui sia riconosciuto lo status di perseguitato politico antifascista o razziale, titolari di assegno vitalizio di benemerenza, ed i loro familiari superstiti** (art. 8-ter della Legge 96/1955, modificata dalla Legge n. 61/1967)

ALLEGATO B2 AL SUB ALLEGATO B

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ATS <denominazione>

ATTESTATO DI ESENZIONE DAL PAGAMENTO DELLA QUOTA DI PARTECIPAZIONE ALLA SPESA SANITARIA

Vista la documentazione prodotta, si attesta il seguente diritto del/della Sig./Sig.ra:

Cognome _____
Nome _____
Nato/a _____
Data di nascita _____
Cod. fiscale _____

Codice Esenzione	*Validità*	*Prestazioni esenti*
…	*Illimitata*	*Esente totale per tutte le prestazioni incluse nei Livelli Essenziali di Assistenza*
…	*Fino al gg/mm/aa*	….
Esempio: C01	*Illimitata*	*Esente totale per tutte le prestazioni incluse nei Livelli Essenziali di Assistenza*
Esempio: G02	*Illimitata*	*Esente totale solo per le prestazioni correlate alla patologia che ha causato lo stato di invalidità*

Data Firma

Il presente attestato è strettamente personale e deve essere esibito insieme alla tessera d'iscrizione al S.S.N.

SUB ALLEGATO C

PARTECIPAZIONE ALLA SPESA FARMACEUTICA: AGGIORNAMENTO DEL REGIME DI ESENZIONE A FAVORE DI SOGGETTI ASSISTITI E DELLE RELATIVE CODIFICHE.

Si richiamano le seguenti normative:

- il decreto legislativo n. 124/1998 *"Ridefinizione del sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e del regime delle esenzioni, a norma dell'art. 59, comma 50, della legge 27 dicembre 1997, n.449"*, con particolare riguardo agli artt. 1 e 3;
- la legge n. 388/2000 che:
  - ✓ agli artt. 84 e 85 sospende alcune disposizioni del D.Lgs. n. 124/98 relativamente all'assoggettamento alla partecipazione alla spesa di alcune prestazioni, e abolisce ogni forma di partecipazione degli assistiti al costo delle prestazioni farmaceutiche relative, tra l'altro, ai medicinali collegati in fascia a);
  - ✓ all'art. 85, comma 9, prevede che, al fine finanziare lo scostamento della spesa sanitaria rispetto agli obiettivi, le regioni adottino le deliberazioni per il reintegro dei ticket soppressi;
- il Decreto Legge n. 347/2001 convertito in legge n. 405/2001 *"Interventi urgenti in materia di spesa sanitaria" che prevede una serie di misure concernenti l'assistenza farmaceutica territoriale, al fine di consentire una razionalizzazione ed un controllo della relativa spesa a carico del Servizio Sanitario Nazionale".*

Si ritiene di aggiornare, con decorrenza dal **4 marzo 2019,** le modalità di compartecipazione alla spesa farmaceutica, al fine di tutelare maggiormente la categoria degli invalidi di guerra e degli ex deportati da campi di sterminio, prevedendo che siano esenti dal ticket farmaceutico:

- gli invalidi di guerra appartenenti alle categorie dalla prima alla quinta, titolari di pensione diretta vitalizia e gli ex deportati da campi di sterminio **(Esenzione G01);**
- gli invalidi di guerra appartenenti alle categorie dalla sesta all'ottava **(Esenzione G02).**

Le citate esenzioni G01 e G02 sostituiscono, rispettivamente, le esenzioni IG11.P e IG31.P a decorre dal **4 marzo 2019**.

Si ritiene inoltre di aggiornare, con finalità di semplificazione, a decorrere dal **4 marzo 2019**, le codifiche di alcune esenzioni regionali per la farmaceutica, secondo quanto riportato nell'**Allegato C1**, parte integrante del presente **Sub Allegato C**, che sostituisce integralmente i precedenti provvedimenti che stabilivano codifiche differenti per le medesime esenzioni.

Si precisa che:

- le nuove codifiche aggiornate saranno applicabili dal **4 marzo 2019**;
- in data 3 marzo 2019 verrà effettuata una transcodifica automatica dei codici di esenzione nell'Anagrafe Sanitaria, in conformità a quanto previsto nell'**Allegato C1**, parte integrante del presente **Sub Allegato C**;
- a seguito della transcodifica non sarà più possibile registrare in anagrafica regionale i vecchi codici di esenzione né sarà possibile indicarli nelle prescrizioni, salvo quanto previsto nel punto successivo, come "fase transitoria";
- **Fase transitoria:** considerando che nella prima fase attuativa è possibile che si verifichino errori di codifica da parte dei prescrittori nell'eventualità di ricette scritte a mano (in ricette dematerializzate o elettroniche i controlli sui sistemi di Accoglienza

Centrali e Regionali SAC/SAR garantiscono la correttezza della nuova esenzione), si forniscono le seguenti indicazioni operative: le eventuali impegnative cartacee, compilate a mano dal medico, aventi data successiva al 4 marzo 2019, che riportino l'indicazione della vecchia codifica, saranno accettate dalle farmacie, purché abbiano una data di prescrizione non successiva al **31 maggio 2019**;

- le prescrizioni rilasciate prima del 4 marzo 2019, con apposta la vecchia codifica, mantengono comunque la loro validità fino alla data di scadenza (30 giorni) e saranno accettate dalle farmacie.

Si precisa che l'aggiornamento delle codifiche non modifica i diritti correlati alle esenzioni, ad eccezione della nuova esenzione G02 che prevede un ampliamento dei beneficiari rispetto alle previgenti previsioni.

ALLEGATO C1 AL SUB ALLEGATO C

ASSISTENZA FARMACEUTICA: ELENCO DELLE ESENZIONI CON CODIFICA MODIFICATA (con decorrenza dal 4.3.2019)

NUOVO CODICE REGIONALE	NUOVA DESCRIZIONE REGIONALE	Precedente Codice Regionale (valido fino al 3.3.2019)	Precedente Descrizione Regionale (valida fino al 3.3.2019)
C01	INVALIDI CIVILI AL 100% DI INVALIDITÀ SENZA INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO (EX ART.6 DM 1.2.1991)	IC13	**Invalidi civili** al 100% di invalidità senza assegno di accompagnamento (ex art. 6 comma 1 lett. d del D.M. 01.02.1991);
C02	INVALIDI CIVILI AL 100% DI INVALIDITÀ CON INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO (EX ART.6 DM 1.2.1991)	IC14	**Invalidi civili** al 100% di invalidità con assegno di accompagnamento (ex art. 6 comma 1 lett. e del D.M. 01.02.1991);
C03	INVALIDI CIVILI CON RIDUZIONE DELLA CAPACITÀ LAVORATIVA SUPERIORE A 2/3 DAL 67% AL 99% DI INVALIDITÀ (EX ART.6 DM 1.2.1991)	IC20	**Invalidi civili** (ultra 65 enni) con riduzione della capacità lavorativa > 2/3 – dal 67% al 99% di invalidità - (ex art. 6 comma 1 lett. d del D.M. 01.02.1991);
		IC21	**Invalidi civili** (con età uguale o minore di 65 anni) con riduzione della capacità lavorativa > 2/3 - dal 67% al 99% di invalidità - (ex art. 6 comma 1 lett. d del D.M. 01.02.1991);
C04	INVALIDI < DI 18 ANNI CON INDENNITÀ DI FREQUENZA EX ART. 1 L. 289/90 (EX ART.5 D.LGS. 124/98)	IC13	**Invalidi civili** al 100% di invalidità senza assegno di accompagnamento (ex art. 6 comma 1 lett. d del D.M. 01.02.1991) – minori di anni 18;
C05	CIECHI ASSOLUTI O CON RESIDUO VISIVO NON SUPERIORE A 1/10 AD ENTRAMBI GLI OCCHI RICONOSCIUTI DALLA COMMISSIONE INVALIDI CIECHI CIVILI (ART.6 DM 1.2.1991)	IA16	**Ciechi assoluti** riconosciuti dall'apposita Commissione Invalidi Ciechi Civili – ai sensi dell'art. 6 comma 1 lett. f del D.M. 01.02.1991 - (ex art. 6 L. n. 482/68 come modificato dalla L. n. 68/99);
		IA23	**Ciechi con residuo visivo** non superiore ad un decimo ad entrambi gli occhi - con eventuale correzione - riconosciuti dall'apposita Commissione Invalidi Ciechi Civili - ai sensi dell'art. 6 comma 1 lett. f del D.M. 01.02.1991 - (ex art. 6 L. n. 482/68 come modificato dalla L. n. 68/99);
C06	SORDOMUTI (CHI È COLPITO DA SORDITÀ DALLA NASCITA O PRIMA DELL'APPRENDIMENTO DELLA LINGUA PARLATA - ART.6 DM 1.2.1991, EX ART.7 L.482/68 COME MODIFICATO DALLA L.68/99)	ID23	**Sordomuti** (da intendersi coloro che sono colpiti da sordità dalla nascita o prima dell'apprendimento della lingua parlata) - ai sensi dell'art. 6 comma 1 lett. f del D.M. 01.02.1991 - (ex art. 7 L. n. 482/68 come modificato dalla L. n. 68/99)
G01	INVALIDI DI GUERRA APPARTENENTI ALLE CATEGORIE DALLA 1° ALLA 5° TITOLARI DI PENSIONE DIRETTA VITALIZIA E DEPORTATI IN CAMPI DI STERMINIO (EX ART.6 DM 1.2.1991)	IG11.P	**Invalidi di guerra** appartenenti alle categorie dalla 1a alla 5a titolari di pensione diretta vitalizia **Deportati in campo di sterminio** (ex art. 6 comma 1

NUOVO CODICE REGIONALE	NUOVA DESCRIZIONE REGIONALE	Precedente Codice Regionale (valido fino al 3.3.2019)	Precedente Descrizione Regionale (valida fino al 3.3.2019)
	Nota		lett. a del D.M. 01.02.1991) **Assistiti cui sia riconosciuto lo status di perseguitato politico antifascista o razziale** titolari di assegno vitalizio di benemerenza - ed i loro familiari superstiti (art. 8-ter della Legge 96/1955, modificata dalla Legge n. 61/1967)
G02	INVALIDI DI GUERRA MILITARI APPARTENENTI ALLE CATEGORIE DALLA 6° ALLA 8° (EX ART.6 DM 1.2.1991)	IG31.P	**Invalidi di guerra** appartenenti alle categorie dalla 6a alla 8a (ex art. 6 comma 2, lett. a del D.M.01.02.1991) titolari di pensione diretta vitalizia
L01	GRANDI INVALIDI DEL LAVORO DALL'80% AL 100% DI INVALIDITÀ (EX ART.6 DM 1.2.1991)	IL15	**Grandi invalidi del lavoro** - dall'80% al 100% di invalidità - (ex art. 6 comma 1, lett. B del D.M. 01.02.1991)
L02	INVALIDI DEL LAVORO CON RIDUZIONE DELLA CAPACITÀ LAVORATIVA > 2/3 DAL 67% AL 79% DI INVALIDITÀ (EX ART.6 DM 1.2.1991)	IL24	**Invalidi del lavoro** con riduzione della capacità lavorativa > 2/3 - dal 67% al 79% di invalidità - (ex art. 6 comma 1 lett. b del D.M. 01.02.1991)
S01	GRANDI INVALIDI PER SERVIZIO APPARTENENTI ALLA 1° CATEGORIA, TITOLATI DI SPECIFICA PENSIONE (EX ART.6 DM 1.2.1991)	IS12	**Grandi invalidi per servizio** appartenenti alla 1a categoria - titolari di specifica pensione - (ex art. 6 comma 1 lett. c del D.M. 01.02.1991)
S02	INVALIDI PER SERVIZIO APPARTENENTI ALLE CATEGORIE DALLA 2° ALLA 5° (EX ART.6 DM 1.2.1991)	IS22	**Invalidi per servizio** appartenenti alle categorie dalla 2a alla 5a (ex art. 6 comma 1 lett. c del D.M. 01.02.1991)
S03	INVALIDI PER SERVIZIO APPARTENENTI ALLA CATEGORIA DALLA 6° ALL'8° (EX ART.6 DM 1.2.1991)	IS42	**Invalidi per servizio** appartenenti alle categorie dalla 6a alla 8a (ex art. 6 comma 2 lett. d del D.M. 01.02.1991)
N01	DANNEGGIATI DA COMPLICANZE DI TIPO IRREVERSIBILE A CAUSA DI VACCINAZIONI OBBLIGATORIE, TRASFUSIONI E SOMMINISTRAZIONE DI EMODERIVATI (L. 210/92 E L. 238/97)	PT44	Pazienti in possesso di esenzione in base alla L. n. 210 del 25.02.1992 - Danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di **trasfusioni e somministrazione di emoderivati** - (ex art. 1 comma 5 lett. d del D.Lgs. 124/1998)
		PV44	Pazienti in possesso di esenzione in base alla L. n. 210 del 25.02.1992 - Danneggiati da complicanze di

NUOVO CODICE REGIONALE	NUOVA DESCRIZIONE REGIONALE	Precedente Codice Regionale (valido fino al 3.3.2019)	Precedente Descrizione Regionale (valida fino al 3.3.2019)
			tipo irreversibile a causa di **vaccinazioni obbligatorie** (ex art. 1 comma 5 lett. d del D.Lgs. 124/1998)

Nota: hanno diritto all'esenzione **G01** anche gli **assistiti cui sia riconosciuto lo status di perseguitato politico antifascista o razziale, titolari di assegno vitalizio di benemerenza, ed i loro familiari superstiti** (art. 8-ter della Legge 96/1955, modificata dalla Legge n. 61/1967)

SUB ALLEGATO D

EROGABILITA' DELLE PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE A CARICO DEL SSN.

1. PREMESSA

1.1. Normativa.

Il DPCM 12/1/2017 *"Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502"* all'art. 16, comma 5 prevede: *"Le prestazioni ambulatoriali di assistenza odontoiatrica sono erogabili dal SSN limitatamente ai soggetti indicati nelle note corrispondenti a ciascuna prestazione, sulla base dei criteri generali riportati nell'allegato 4C"*.

L'art. 64 del suddetto D.P.C.M., tra l'altro, prevede che le disposizioni in materia di assistenza specialistica ambulatoriale (articoli 15 e 16 e relativi allegati 4, 4A, 4B, 4C, 4D) entrino in vigore dalla data di pubblicazione del decreto del Ministro della salute di concerto con il MEF, per la definizione delle tariffe massime delle prestazioni previste dalle medesime disposizioni e che dalla medesima data siano abrogati il D.M. 22.7.1996 e il D.M. 9.12.2015.

Attualmente il decreto del Ministro della Salute, di concerto con il MEF, per la definizione delle tariffe massime delle prestazioni, non è stato approvato e, conseguentemente, è vigente il D.M. 9.12.2015.

Nelle more della piena entrata in vigore del DPCM 12/1/2017, si forniscono le indicazioni contenute nel presente documento.

1.2. Epidemiologia.

Le patologie del cavo orale, di norma associate a inadeguata igiene orale e stili di vita non salutari, influiscono negativamente sulla qualità di vita delle persone, soprattutto se associate a malattie cronico-degenerative, immunitarie e infettive.
Sebbene ciò sia ampiamente noto, la quota di offerta pubblica odontoiatrica è oggi limitata: si stima che in Italia non sia superiore al 7,8% del totale e che la percentuale di cittadini che non ha la possibilità di recarsi dall'odontoiatra privato sia superiore al 50%.
Le patologie di pertinenza odontoiatrica più diffuse nella popolazione sono la carie e la malattia parodontale. La malattia cariosa è la causa principale di perdita di elementi dentari in giovane età; la malattia parodontale è la causa principale di perdita di elementi dentari in età adulta e avanzata.
I dati epidemiologici sono peggiori nei soggetti vulnerabili.
Tali patologie, se non tempestivamente intercettate e adeguatamente trattate, possono determinare l'insorgenza di edentulismo e delle relative conseguenze a livello locale e sistemico con importanti ricadute sullo stato di benessere psico-fisico della persona.
Poiché sia la carie che la malattia parodontale sono patologie assolutamente prevenibili, da quanto sopra esposto emerge con chiarezza l'esigenza di attività di prevenzione e, quindi, di trattamento precoce.
Prestazioni di prevenzione preservano la salute orale e possono ridurre in modo significativo la spesa sanitaria negli anni futuri.

2. INDICAZIONI GENERALI: PRESCRIZIONE, TICKET, MANUFATTI PROTESICI.

Le indicazioni del presente paragrafo si applicano a tutte le tipologie previste nel documento.

Il **DM 9 dicembre 2015** *"Condizioni di erogabilità e appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale"*, all'Allegato 3, stabilisce i criteri per la definizione delle condizioni di erogabilità delle prestazioni odontoiatriche a carico del SSN.

L'accertamento del criterio che determina l'erogabilità della prestazione con il SSN è a carico del medico prescrittore che stila l'impegnativa.

Il medico prescrittore deve riportare nella **prescrizione**:

- il quesito/sospetto diagnostico, la diagnosi o l'indicazione clinica;
- il numero della nota della relativa condizione di erogabilità (di cui all'allegato 1 al D.M. 9 dicembre 2015), attestando in tal modo la presenza della condizione stessa;
- le condizioni di erogabilità contrassegnate da lettere identificative;
- l'eventuale codice di esenzione.

Al riguardo si richiama la nota prot. n. G1.2018.0022215 del 29/06/2018 *"Condizioni di erogabilità ed appropriatezza prescrittiva delle prestazioni ambulatoriali: adeguamento dei sistemi informatici di supporto alla prescrizione e all'erogazione".*
Fase transitoria: nelle more dell'adeguamento informatico da parte delle Aziende e dei MMG, il medico prescrittore riporterà i suddetti riferimenti delle condizioni di erogabilità di seguito al quesito diagnostico.

Si chiarisce che le condizioni che determinano l'erogabilità delle prestazioni con il SSN prescindono dal regime di erogazione (ambulatoriale o ricovero), nel caso in cui l'assistenza sia espressamente mirata ai trattamenti odontoiatrici in questione.

La compartecipazione alla spesa sanitaria (ticket) segue le regole generali.
Il presente documento, difatti, non modifica il sistema di partecipazione alla spesa (ticket) per gli utenti con diritto di accesso all'assistenza odontoiatrica con il SSN: il diritto ad accedere alle prestazioni odontoiatriche in regime di SSN non coincide automaticamente con il diritto all'esenzione, per cui si deve accertare prima il diritto all'erogazione delle prestazioni in regime di SSN e, di seguito, accertare il diritto ad un'eventuale esenzione dal ticket.
Al riguardo si ricorda che, ai sensi del DPCM 12.1.2017 (artt. 52 e 53):

- le persone affette dalle malattie rare indicate nell'allegato 7 hanno diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo delle correlate prestazioni di assistenza sanitaria. Pertanto i soggetti affetti da malattia rara avranno diritto alle prestazioni odontoiatriche - perviste dal presente documento - in esenzione solo se le stesse sono correlate alla patologia rara.
- le persone affette dalle malattie croniche e invalidanti individuate dall'allegato 8 (attualmente 8 - bis) hanno diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie indicate dal medesimo.

Non sono a carico del SSN/SSR gli interventi di tipo estetico e i manufatti protesici, ortodontici, implantologici e gnatologici.

3. PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE EROGABILI A CARICO DEL SSN AI CITTADINI IN ETÀ EVOLUTIVA (0-14 ANNI).

Ai sensi del DM 9 dicembre 2015, ai cittadini in età evolutiva (0-14 anni) sono erogabili a carico del SSN le specifiche prestazioni riportate nel relativo allegato 1, cui è associata la condizione di erogabilità "0-14 anni". Nello specifico:

a) la visita odontoiatrica: a tutti i soggetti in età evolutiva, senza limitazione di frequenza, anche con finalità preventiva educativa; nella visita sono comprese la radiografia endorale e l'eventuale rimozione di corpo estraneo. La può essere prescritta dal Pediatra di Libera Scelta o dal Medico di Medicina Generale o dallo specialista su ricettario SSN, salvo l'accesso diretto per le urgenze odontostomatologiche.

b) altre prestazioni, prescritte dallo specialista odontoiatra/maxillo facciale, riguardanti:
   1. estrazioni;
   2. chirurgia parodontale;
   3. chirurgia orale ricostruttiva;
   4. ablazione del tartaro;
   5. incappucciamento indiretto della polpa;
   6. trattamenti ortodontici, limitatamente ai minori con patologie ortognatodontiche a maggior rischio (grado 4/5 dell'indice IOTN) che versano in condizioni di vulnerabilità sanitaria e/o sociale; ecc.

1L'Indice di Necessità di Trattamento Ortodontico (IOTN), ideato per stadiare la necessità di un trattamento ortodontico in funzione della presenza o meno di alterazioni nella disposizione dentale, associate o meno ad alterazioni funzionali. E' raccomandato dalla British Orthodontic Society (come strumento per discriminare l'erogabilità e la priorità di trattamento ortodontico che avvenga con onere a carico del NHS), e prevede 5 classi di gravità: grado 1 – nessuna necessità di trattamento; grado 2 – insufficiente necessità di trattamento; grado 3 – casi border line; gradi 4/5 – necessità di trattamento.

Poiché l'elenco di prestazioni indicate dal DM 9 dicembre 2015 per i cittadini in età evolutiva non è "chiuso", **si individuano le seguenti ulteriori prestazioni erogabili esclusivamente ai soggetti in età evolutiva (0-14 anni) residenti in Regione Lombardia**:

- Applicazione di vernici cario-protettive e/o di sigillanti su denti permanenti e sesti da latte;
- Terapia riabilitativa delle lesioni cariose della dentatura decidua con tecniche restaurative provvisorie o minimali;
- Terapia delle lesioni dei denti permanenti;
- Applicazione di mantenitori di spazio nel caso di estrazione del V° deciduo con polpa compromessa (escluso il costo dell'apparecchio che è a carico del paziente).

E' inoltre possibile erogare le prestazioni di controllo delle patologie dento-parodontali della gravida residente in Regione Lombardia, mediante l'applicazione di protocolli dento-parodontali preventivi professionali mirati. Ciò in considerazione delle interrelazioni tra la patologia orale della madre e la patologia orale del bambino ed al fine di indirizzare correttamente i comportamenti preventivi della madre, già in fase di gravidanza.

4. PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE EROGABILI A CARICO DEL SSN AI SOGGETTI IN CONDIZIONI DI VULNERABILITÀ SANITARIA.

Il DM 9 dicembre 2015, per definire le condizioni di vulnerabilità sanitaria, vale a dire le malattie o le condizioni per le quali sono necessarie cure odontoiatriche, considera due differenti criteri:

- il primo criterio (**criterio "ascendente"**) prende in considerazione le malattie e le condizioni alle quali sono frequentemente o sempre associate complicanze di natura odontoiatrica (ad esempio: labiopalatoschisi e altre malformazioni congenite, alcune malattie rare, tossicodipendenza, ecc.);
- il secondo criterio (**criterio "discendente"**) prende in considerazione le malattie e le condizioni nelle quali le condizioni di salute potrebbero risultare aggravate o pregiudicate da patologie odontoiatriche concomitanti.

4.1 VULNERABILITÀ SANITARIA - CRITERIO DISCENDENTE

Ai sensi del DM 9 dicembre 2015 la vulnerabilità sanitaria deve essere riconosciuta almeno ai cittadini affetti da gravi patologie, le cui condizioni di salute possano essere gravemente pregiudicate da una patologia odontoiatrica concomitante (criterio "discendente"), al punto che il mancato accesso alle cure odontoiatriche possa mettere a repentaglio la prognosi "quoad vitam" del soggetto.

Destinatari: in tale ottica, sono individuate le seguenti condizioni:

1. pazienti in attesa di trapianto e post- trapianto (escluso trapianto di cornea);
2. pazienti con stati di immunodeficienza grave (HIV o altre cause);
3. pazienti con cardiopatie congenite cianogene o con insufficienza cardiaca (N.Y.H.A. classe III e IV);
4. pazienti con patologie oncologiche ed ematologiche in età evolutiva e adulta in trattamento con radioterapia o chemioterapia o bifosfonati o comunque a rischio di severe complicanze infettive;
5. pazienti con emofilia grave o altre gravi patologie dell'emocoagulazione congenite, acquisite o iatrogene.

Poiché il suddetto elenco previsto dal DM 9 dicembre 2015 non è "chiuso", si individuano le seguenti ulteriori condizioni, esclusivamente per i residenti in Regione Lombardia:

- soggetti nati con condizioni di gravi deficit fisici, sensoriali e neuropsichici;
- soggetti affetti da psicosi;
- soggetti affetti da epilessia;
- pazienti con cirrosi epatica, cirrosi biliare;
- pazienti con epatite cronica attiva;
- pazienti con insufficienza renale cronica;
- Patologie autoimmuni gravi;
- labiopalatoschisi (codice esenzione RNG040 "Altre anomalie congenite gravi ed invalidanti del cranio e/o delle ossa della faccia, dei tegumenti e delle mucose");
- alcune malattie rare: soggetti affetti da malattia rara ex All. 7 del DPCM 12.1.2017, in presenza di gravi pregiudizi per lo sviluppo e la funzione dell'apparato odontoiatrico connessi al quadro clinico della patologia (ad esempio RNG151 "Sindromi con displasia ectodermica");
- altre malformazioni congenite che comportino gravi pregiudizi per lo sviluppo e la funzione dell'apparato odontoiatrico.

4.2 VULNERABILITÀ SANITARIA - CRITERIO ASCENDENTE

Ai sensi del DM 9 dicembre 2015, i soggetti affetti da altre patologie o condizioni alle quali sono frequentemente o sempre associate complicanze di natura odontoiatrica (criterio "ascendente"), potranno accedere alle cure odontoiatriche a carico del SSN **solo se la condizione patologica stessa risulta associata ad una concomitante condizione di vulnerabilità sociale.**

Si individuano i seguenti **destinatari**: esclusivamente i residenti in Regione Lombardia, nelle seguenti condizioni:

- dipendenza da sostanze stupefacenti, psicotrope e da alcool.

La condizione patologica deve risultare associata ad una concomitante condizione di vulnerabilità sociale, esplicitata nel paragrafo successivo.

Prestazioni: le specifiche prestazioni erogabili sono quelle riportate nell'allegato 1 al DM 9 dicembre 2015, cui è associata la condizione di erogabilità "vulnerabilità sanitaria". Data la gravità delle patologie stesse, ai soggetti così definiti in condizioni di vulnerabilità sanitaria, devono essere garantite tutte le prestazioni odontoiatriche incluse nel nomenclatore dell'assistenza specialistica ambulatoriale, **con l'esclusione dei manufatti protesici e degli interventi di tipo estetico.**

5. PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE EROGABILI AI SOGGETTI IN CONDIZIONI DI VULNERABILITÀ SOCIALE.

Il DM 9 dicembre 2015 individua tra le condizioni di vulnerabilità sociale tre distinte situazioni nelle quali l'accesso alle cure è ostacolato o impedito:

a) situazioni di esclusione sociale (indigenza);
b) situazioni di povertà;
c) situazioni di reddito medio/basso.

Ai sensi del DM 9 dicembre 2015 è demandata alle Regioni la scelta degli strumenti atti a valutare la condizione socio-economica e dei criteri per selezionare le fasce di popolazione in condizione di vulnerabilità sociale da individuare come destinatarie delle specifiche prestazioni odontoiatriche indicate nel nomenclatore.

Tanto premesso, si individuano i seguenti criteri applicabili nel territorio lombardo.

Destinatari: esclusivamente i residenti in Regione Lombardia, che si trovano nelle seguenti condizioni di vulnerabilità sociale (le codifiche delle esenzioni di seguito riportate sono già aggiornate ai sensi dell'Allegato B1 al Sub Allegato B, e saranno attive dal 4.3.2019; prima di tale data sono da utilizzare i codici attualmente in uso):

- invalidi di guerra (dalla prima alla quinta) e ex deportati da campi di sterminio a prescindere dalla titolarità pensione o assegno - (**Esenzione G01)**;
- invalidi di guerra (dalla sesta all'ottava), a prescindere dalla titolarità pensione o assegno (**Esenzione G02**);
- invalidi per servizio (dalla prima all'ottava categoria) - **(Esenzioni: S01; S02; S03)**
- invalidi civili al 100% **(Esenzione C01);**
- invalidi civili con accompagnamento **(Esenzione C02);**

- invalidi civili minori di anni 18 con indennità di frequenza **(Esenzione C04);**
- ciechi **(Esenzione C05);**
- sordomuti **(Esenzione C06);**
- vittime del terrorismo e della criminalità organizzata, i familiari delle vittime del terrorismo e stragi di tali matrici **(Esenzioni V01 e V02);**
- pazienti sottoposti a terapia del dolore;
- danneggiati da vaccinazione obbligatoria, trasfusioni, somministrazioni di emoderivati ex legge n. 238/1997, limitatamente alle prestazioni necessarie per la cura delle patologie previste dalla legge n. 210/1992 **(Esenzione N01);**
- infortunati sul lavoro per il periodo della durata dell'infortunio e per le patologie direttamente connesse, purchè indicato sulla prescrizione medica **(Esenzione L04);**
- titolari di pensione al minimo, con più di 60 anni - e loro familiari a carico - con reddito familiare inferiore a 8.263,31 euro incrementato a 11.362,05 euro in presenza del coniuge ed in ragione di ulteriori 516 euro per ogni figlio a carico **(Esenzione E04);**
- disoccupati appartenenti ad un nucleo familiare con un reddito complessivo inferiore a 8.263,31 € incrementato a 11.362,05 € in presenza del coniuge ed in ragione di ulteriori 516,46 € per ogni figlio a carico, per il periodo di durata di tale condizione **(Esenzione E02);**
- disoccupati iscritti agli elenchi anagrafici dei centri per l'impiego, 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 **(Esenzione E12);**
- cittadini in cassa integrazione straordinaria o in deroga o in mobilità che percepiscano una retribuzione, comprensiva dell'integrazione salariale o indennità, non superiore ai massimali mensili previsti dalla Circolare n. 14 dell'INPS del 30.1.2013 e suoi eventuali successivi aggiornamenti, ed i familiari a carico, per il periodo di durata di tale condizione **(Esenzione E13);**
- cittadini cui è stato concesso il contratto di solidarietà cosiddetto difensivo ex art. 1 del D.L. 30 ottobre 1984, n. 726 che percepiscano una retribuzione, comprensiva dell'integrazione salariale, non superiore ai massimali previsti dalla Circolare n. 14 dell'INPS de l 30.1.2013 e suoi eventuali successivi aggiornamenti, per la cassa integrazione ed ai familiari a loro carico, per il periodo di durata di tale condizione **(Esenzione E13);**
- soggetti rientranti nell'Accordo vigente tra Regione Lombardia e Ministero di Grazia e Giustizia.

Prestazioni: le specifiche prestazioni erogabili sono quelle riportate nell'allegato 1 al DM 9 dicembre 2015, cui è associata la condizione di erogabilità "vulnerabilità sociale". A tutti i soggetti riconosciuti in condizioni di vulnerabilità sociale devono comunque essere garantite:

1. visita odontoiatrica;
2. estrazioni dentarie;
3. otturazioni e terapie canalari;
4. ablazione del tartaro;
5. applicazione di protesi rimovibili (**escluso il manufatto protesico**);
6. applicazione di apparecchi ortodontici ai soggetti 0-14 anni con indice IOTN = 4° o 5° (**escluso il costo del manufatto**)
7. apicificazione ai soggetti 0-14 anni.

6. PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE EROGABILI A CARICO DEL SSN ALLA GENERALITÀ DELLA POPOLAZIONE.

A tutti i cittadini, inclusi quelli che non rientrano nella categorie di protezione indicate (tutela dell'età evolutiva e condizioni di vulnerabilità sanitaria e/o sociale), devono essere comunque garantite le prestazioni riportate nell'allegato 1 al DM 9 dicembre 2015, cui è associata la condizione di erogabilità "popolazione generale". Dette note sono esplicitate nell'allegato 4D a detto D.P.C.M. In particolare, si richiamano le seguenti:

1. **visita odontoiatrica**: anche al fine della diagnosi precoce di patologie neoplastiche del cavo orale;

2. **trattamento immediato delle urgenze odontostomatologiche** (con accesso diretto): per il trattamento delle infezioni acute, emorragie, dolore acuto, (compresa pulpotomia, molaggio di irregolarità smalto-dentinali conseguente a frattura).

SUB ALLEGATO E

STRUMENTO PER L'IDENTIFICAZIONE DI PAZIENTI AFFETTI DA MALATTIE IN FASE AVANZATA CON BISOGNI DI CURE PALLIATIVE

CAMPI CHE IDENTIFICANO DI PER SÉ IL BISOGNO NEL MALATO ONCOLOGICO			
1. DOMANDA SORPRENDENTE			
SARESTI SORPRESO SE QUESTO PAZIENTE MORISSE ENTRO I PROSSIMI 12 MESI?		☐NO	☐SÌ
2. CAMPO DELLE SCELTE E DELLA VISIONE CLINICA E ASSISTENZIALE			
VOLONTÀ RISPETTO AL PERCORSO DI CURA DEL PAZIENTE E DEL CARE-GIVER/FAMIGLIARI		☐SÌ	☐NO
RITIENI APPROPRIATO UN PERCORSO DI CURE PALLIATIVE		☐SÌ	☐NO
3. INDICATORI CLINICI SPECIFICI DI GRAVITÀ E PROGRESSIONE DI NEOPLASIA (presenza di **UNO o più** dei seguenti criteri)			
o Diagnosi di neoplasia metastatica (stadio IV, stadio III in alcuni casi: neoplasie polmone, pancreas ed esofago) che presenti scarsa risposta o controindicazione a trattamento specifico, rapida progressione durante il trattamento o metastasi in organi vitali (SNC, fegato, grave disseminazione polmonare)		☐SÌ	☐NO
o Deterioramento funzionale rilevante (Palliative Performance Status (PPS) <50%)		☐SÌ	☐NO
o Sintomi disturbanti, persistenti e scarsamente controllati nonostante l'ottimizzazione del trattamento specifico		☐SÌ	☐NO
4. PROGNOSI STIMATA	☐<30 giorni	☐<3 mesi	☐>3 mesi

CAMPI CHE IDENTIFICANO DI PER SÉ IL BISOGNO NEL MALATO CON MALATTIA RESPIRATORIA CRONICA OSTRUTTIVA			
1. DOMANDA SORPRENDENTE			
SARESTI SORPRESO SE QUESTO PAZIENTE MORISSE ENTRO I PROSSIMI 12 MESI?		☐NO	☐SÌ
2. CAMPO DELLE SCELTE E DELLA VISIONE CLINICA E ASSISTENZIALE			
VOLONTÀ RISPETTO AL PERCORSO DI CURA DEL PAZIENTE E DEL CARE-GIVER/FAMIGLIARI		☐SÌ	☐NO
RITIENI APPROPRIATO UN PERCORSO DI CURE PALLIATIVE		☐SÌ	☐NO
3. INDICATORI CLINICI SPECIFICI DI GRAVITÀ E PROGRESSIONE MALATTIA POLMONARE CRONICA OSTRUTTIVA (presenza di **due o più** dei seguenti criteri)			
o Dispnea a riposo o per sforzi minimi tra le riacutizzazioni di malattia		☐SÌ	☐NO
o Sintomi fisici o psicologici di difficile controllo, nonostante un trattamento ottimale e tollerato		☐SÌ	☐NO
o Nel caso si disponga dei test respiratori , criteri di ostruzione severa: FEV1 <30% o criteri di deficit restrittivo severo: CV forzata <40%, DLCO <40%.		☐SÌ	☐NO
o Nel caso si disponga di emogasanalisi arteriosa : presenza dei criteri per l'ossigenoterapia domiciliare o trattamento già in corso		☐SÌ	☐NO
o Insufficienza cardiaca sintomatica		☐SÌ	☐NO
o Ricoveri ospedalieri ricorrenti (>3 in 12 mesi per riacutizzazioni bronchitiche)		☐SÌ	☐NO
4. PROGNOSI STIMATA	☐<30 giorni	☐<3 mesi	☐>3 mesi

CAMPI CHE IDENTIFICANO DI PER SÉ IL BISOGNO NEL MALATO CARDIOLOGICO			
1. DOMANDA SORPRENDENTE			
SARESTI SORPRESO SE QUESTO PAZIENTE MORISSE ENTRO I PROSSIMI 12 MESI?		☐NO	☐SÌ
2. CAMPO DELLE SCELTE E DELLA VISIONE CLINICA E ASSISTENZIALE			
VOLONTÀ RISPETTO AL PERCORSO DI CURA DEL PAZIENTE E DEL CARE-GIVER/FAMIGLIARI		☐SÌ	☐NO
RITIENI APPROPRIATO UN PERCORSO DI CURE PALLIATIVE		☐SÌ	☐NO
3. INDICATORI CLINICI SPECIFICI DI GRAVITÀ E PROGRESSIONE MALATTIE CARDIACHE (presenza di **due o più** dei seguenti criteri)			
o Insufficienza cardiaca NYHA stadio III o IV, malattia valvolare grave o malattia coronarica non operabile		☐SÌ	☐NO
o Dispnea a riposo o per sforzi minimi.		☐SÌ	☐NO
o Sintomi fisici o psicologici di difficile controllo, nonostante un trattamento ottimale e ben tollerato		☐SÌ	☐NO
o In caso si disponga di Ecocardiografia: frazione di eiezione gravemente ridotta (< 30%) o ipertensione polmonare severa (Pressione polmonare > 60 mmHg)		☐SÌ	☐NO
o Insufficienza renale (FG <30%)		☐SÌ	☐NO
o Ricoveri ospedalieri con sintomi di scompenso cardiaco /cardiopatia ischemica (>3 nell'ultimo anno)		☐SÌ	☐NO
4. PROGNOSI STIMATA	☐<30 giorni	☐<3 mesi	☐>3 mesi

CAMPI CHE IDENTIFICANO DI PER SÉ IL BISOGNO NEL MALATO COLPITO DA STROKE			
1. DOMANDA SORPRENDENTE			
SARESTI SORPRESO SE QUESTO PAZIENTE MORISSE ENTRO I PROSSIMI 12 MESI?		☐NO	☐SÌ
2. CAMPO DELLE SCELTE E DELLA VISIONE CLINICA E ASSISTENZIALE			
VOLONTÀ RISPETTO AL PERCORSO DI CURA DEL PAZIENTE E DEL CARE-GIVER/FAMIGLIARI		☐SÌ	☐NO
RITIENI APPROPRIATO UN PERCORSO DI CURE PALLIATIVE		☐SÌ	☐NO
3. INDICATORI CLINICI SPECIFICI DI GRAVITÀ E PROGRESSIONE STROKE (presenza di **UNO o più** dei seguenti criteri)			
o Durante la fase acuta e subacuta (< 3 mesi post-stroke) : stato vegetativo persistente o di minima coscienza > 3 giorni		☐SÌ	☐NO
o Durante la fase cronica (> 3 mesi post-stroke): complicanze mediche ripetute (polmonite ab ingestis, nonostante misure antidisfagia), pielonefriti (> 1) , febbre ricorrente nonostante terapia antibiotica (febbre persistente dopo 7 giorni di terapia)		☐SÌ	☐NO
o Antibioticoterapia per più di 7 giorni, lesioni da decubito persistenti in stadio III-IV o demenza severa post-stroke		☐SÌ	☐NO
4. PROGNOSI STIMATA	☐<30 giorni	☐<3 mesi	☐>3 mesi

CAMPI CHE IDENTIFICANO DI PER SÉ IL BISOGNO NEL MALATO NEUROLOGICO CRONICO			
1. DOMANDA SORPRENDENTE			
SARESTI SORPRESO SE QUESTO PAZIENTE MORISSE ENTRO I PROSSIMI 12 MESI?		☐NO	☐SÌ
2. CAMPO DELLE SCELTE E DELLA VISIONE CLINICA E ASSISTENZIALE			
VOLONTÀ RISPETTO AL PERCORSO DI CURA DEL PAZIENTE E DEL CARE-GIVER/FAMIGLIARI		☐SÌ	☐NO
RITIENI APPROPRIATO UN PERCORSO DI CURE PALLIATIVE		☐SÌ	☐NO
VOLONTÀ ESPRESSA DA PARTE DEL MALATO: SNG/PEG/PEJ		☐SÌ	☐NO
VOLONTÀ ESPRESSA DA PARTE DEL MALATO: VENTILAZIONE NON INVASIVA		☐SÌ	☐NO
VOLONTÀ ESPRESSA DA PARTE DEL MALATO: VENTILAZIONE INVASIVA/TRACHEO		☐SÌ	☐NO
3. INDICATORI CLINICI SPECIFICI DI GRAVITÀ E PROGRESSIONE MALATTIE NEUROLOGICHE CRONICHE: SLA E MALATTIE DEL MOTONEURONE, SCLEROSI MULTIPLA E PARKINSON (presenza **di due o più** dei seguenti criteri)			
o Progressivo deterioramento della funzione fisica e/o cognitiva, nonostante terapia ottimale		☐SÌ	☐NO
o Sintomi complessi e di difficile controllo		☐SÌ	☐NO
o Disturbi del linguaggio con progressiva difficoltà a comunicare		☐SÌ	☐NO
o Disfagia progressiva		☐SÌ	☐NO
o Polmonite da aspirazione ricorrente, dispnea o insufficienza respiratoria		☐SÌ	☐NO
4. PROGNOSI STIMATA	☐<30 giorni	☐<3 mesi	☐>3 mesi

CAMPI CHE IDENTIFICANO DI PER SÉ IL BISOGNO NEL MALATO EPATOPATICO CRONICO GRAVE			
1. DOMANDA SORPRENDENTE			
SARESTI SORPRESO SE QUESTO PAZIENTE MORISSE ENTRO I PROSSIMI 12 MESI?		☐NO	☐SÌ
2. CAMPO DELLE SCELTE E DELLA VISIONE CLINICA E ASSISTENZIALE			
VOLONTÀ RISPETTO AL PERCORSO DI CURA DEL PAZIENTE E DEL CARE-GIVER/FAMIGLIARI		☐SÌ	☐NO
RITIENI APPROPRIATO UN PERCORSO DI CURE PALLIATIVE		☐SÌ	☐NO
3. INDICATORI CLINICI SPECIFICI DI GRAVITÀ E PROGRESSIONE MALATTIA EPATICA CRONICA GRAVE (richiede la presenza di **UNO o più criteri**)			
o Cirrosi avanzata Child C (determinato in assenza di complicanze o dopo trattamento ottimale), MELD-Na score > 30 o con una o più delle seguenti complicanze: ascite refrattaria, sindrome epatorenale o emorragia digestiva alta da ipertensione portale con fallimento del trattamento farmacologico ed endoscopico e assenza di indicazioni per trapianto o TIPS		☐SÌ	☐NO
o Carcinoma epatocellulare: presente in stadio C o D (Barcellona Clinic Liver Cancer)		☐SÌ	☐NO
4. PROGNOSI STIMATA	☐<30 giorni	☐<3 mesi	☐>3 mesi

CAMPI CHE IDENTIFICANO DI PER SÉ IL BISOGNO NEL MALATO NEFROPATICO CRONICO GRAVE			
1. DOMANDA SORPRENDENTE			
SARESTI SORPRESO SE QUESTO PAZIENTE MORISSE ENTRO I PROSSIMI 12 MESI?		☐NO	☐SÌ
2. CAMPO DELLE SCELTE E DELLA VISIONE CLINICA E ASSISTENZIALE			
VOLONTÀ RISPETTO AL PERCORSO DI CURA DEL PAZIENTE E DEL CARE-GIVER/FAMIGLIARI		☐SÌ	☐NO
VOLONTÀ ESPRESSA DAL PAZIENTE E DAL CARE-GIVER/FAMIGLIARI: PROSECUZIONE DIALISI		☐SÌ	☐NO
RITIENI APPROPRIATO UN PERCORSO DI CURE PALLIATIVE		☐SÌ	☐NO
3. INDICATORI CLINICI SPECIFICI DI GRAVITÀ E PROGRESSIONE MALATTIA RENALE CRONICA GRAVE (richiede la presenza di **un solo criterio**)			
o Insufficienza renale grave (FG < 15) in pazienti per i quali il trattamento sostitutivo o il trapianto sono controindicati		☐SÌ	☐NO
4. PROGNOSI STIMATA	☐<30 giorni	☐<3 mesi	☐>3 mesi

CAMPI CHE IDENTIFICANO DI PER SÉ IL BISOGNO NEL MALATO CON DEMENZA			
1. DOMANDA SORPRENDENTE			
SARESTI SORPRESO SE QUESTO PAZIENTE MORISSE ENTRO I PROSSIMI 12 MESI?		☐NO	☐SÌ
2. CAMPO DELLE SCELTE E DELLA VISIONE CLINICA E ASSISTENZIALE			
VOLONTÀ RISPETTO AL PERCORSO DI CURA DEL PAZIENTE E DEL CARE-GIVER/FAMIGLIARI		☐SÌ	☐NO
RITIENI APPROPRIATO UN PERCORSO DI CURE PALLIATIVE		☐SÌ	☐NO
3. INDICATORI CLINICI SPECIFICI DI GRAVITÀ E PROGRESSIONE DEMENZA (presenza di **due o più** dei seguenti criteri)			
o Criteri di gravità: incapacità a vestirsi, lavarsi, o mangiare senza assistenza (GDS/FAST 6c), incontinenza doppia (GDS/FAST 6d-e) o incapacità di comunicare in maniera appropriata , 6 o meno parole intelligibili (GDS/FAST 7) (**G**lobal **D**eterioration **S**cale/**F**unction **A**ssesment **S**taging **T**est)		☐SÌ	☐NO
o Criteri di progressione: perdita di 2 o più funzioni ADL negli ultimi 6 mesi nonostante un intervento terapeutico adeguato (non imputabile ad una situazione acuta per processo intercorrente) o presenza di difficoltà alla deglutizione, o rifiuto del cibo, in pazienti che non riceveranno nutrizione enterale o parenterale.		☐SÌ	☐NO
o Utilizzo di Risorse: ricoveri ripetuti (> 3 in 12 mesi, per processi intercorrenti: polmonite da aspirazione, pielonefrite,		☐SÌ	☐NO
o Setticemia, etc. (che causino deterioramento funzionale e/o cognitivo)		☐SÌ	☐NO
4. PROGNOSI STIMATA	☐<30 giorni	☐<3 mesi	☐>3 mesi

QUADRO CLINICO GENERALE: GRAVITA', STABILITÀ E INSTABILITÀ		
MALNUTRIZIONE E/0 DENUTRIZIONE Marcatori Nutrizionali, almeno uno dei seguenti, negli ultimi 6 mesi: o **Severità**: albumina serica < 2,5g/dl non correlato a eventi acuti o **Progressione**: perdita di peso > 10% o **Percezione clinica** di un deterioramento nutrizionale (persistente, intenso/grave, progressivo, irreversibile) non correlato a condizioni concomitanti	☐SÌ	☐NO
MARCATORI FUNZIONALI, almeno uno dei seguenti, negli ultimi 6 mesi: o Severità: dipendenza funzionale grave e persistente (Barthel <25, ECOG>2 o Karnofsky <50%) o Progressione: perdita di 2 o più funzioni ADL nonostante un adeguato intervento Terapeutico o Percezione clinica di un deterioramento funzionale (persistente intenso/grave, progressivo, irreversibile) non legato a condizioni intercorrenti	☐SÌ	☐NO
ALTRI MARCATORI DI SEVERITÀ E FRAGILITÀ ESTREMA, almeno 2 dei seguenti negli **ultimi 6 mesi**: o Ulcere da decubito croniche (III-IV grado) o Infezioni ricorrenti (>1) o Stato confusionale acuto (delirium) o Disfagia persistente o Cadute (>2) o Disturbi del sonno o Dispnea o Dolore o Disturbi gastroenterici o Astenia	☐SÌ	☐NO
STRESS EMOTIVO con sintomi psicologici (persistenti, intensi/grave, progressivi) non correlato a condizioni intercorrenti acute	☐SÌ	☐NO
ULTERIORI FATTORI DI UTILIZZO DI RISORSE. Una qualsiasi delle seguenti: o 2 o più ricoveri urgenti (non programmati) in ospedale o strutture di cura specializzate per malattie croniche, nell'ultimo anno o Necessità di cure complesse/intense continue, sia in un istituto di cura che al domicilio	☐SÌ	☐NO
CONTESTO SOCIALE DIFFICILE	☐SÌ	☐NO
COMORBIDITÀ ≥ 2 patologie concomitanti	☐SÌ	☐NO

LEGENDA INTENSITÀ ASSISTENZIALE				
Livello gravità	**Intensità assistenziale richiesta**	**CIA**	**MIX PROFESSIONALE**	**Livello CP SUGGERITO**
1 – 2	MEDIO-BASSA	0,2<CIA < 0,5	Almeno 1 accesso medico ogni 10 giorni	BASE
2 – 3	MEDIO-ALTA	CIA≥ 0,5	Almeno 2 accessi medico ogni 10 giorni	SPECIALISTICO

SUB ALLEGATO F

AREE DA INVESTIGARE	ELEMENTI VALUTATIVI		
BISOGNO SOCIALE			
Fatica nella capacità di prendere decisioni quotidiane relative all'assistenza	VARIABILE	ELEVATA	MOLTO ELEVATA
Relazioni familiari complesse	VARIABILE	ELEVATA	MOLTO ELEVATA
Fragilità del caregiver (fisica, psichica, emotiva)	VARIABILE	ELEVATA	MOLTO ELEVATA
BISOGNO CLINICO - ASSISTENZIALE			
INTENSITA'	ASSENTE/LIEVE	MODERATA	FORTE
CONFUSIONE/DELIRIO 4-AT	< oppure = 3	> oppure = 4	
DOLORE ESAS/PAINAD	0-3	4-7	8-10
DISPNEA ESAS	0-3	4-7	8-10
INSONNIA ESAS	0-4	5-7	8-10
ASTENIA ESAS	0-4	5-7	8-10
SONNOLENZA ESAS	0-4	5-7	8-10
DISFAGIA	NO	Sì	Sì
NAUSEA e/o VOMITO ESAS	0-4	5-7	8-10
INAPPETENZA ESAS	0-4	5-7	8-10
DISTRESS PSICOESISTENZIALE EMOTION THERMOMETERS	< oppure =13	14-19	> oppure = 20
LIMITAZIONE AUTONOMIA BARTHEL	> oppure =26	= oppure <25	
RISCHIO LESIONI CUTANEE NORTON	> oppure =18	11-17	< oppure = 10
PROTESI E/O DEVICE PER SUPPORTO VITALE	1	2	> 2
QUADRI CLINICI COMPLESSI AD ELEVATO RISCHIO DI SVILUPPARE COMPLICANZE	NO	Sì	Sì
DECORSO CLINICO (ES. NECESSITÀ DI VARIAZIONI FREQUENTI DELLA TERAPIA)	NO	Sì	Sì
PAI			
	CURE PALLIATIVE DI BASE 0,2<CIA < 0,5	**CURE PALLIATIVE SPECIALISTICHE CIA ≥ 0,5**	
INTENSITÀ ASSISTENZIALE	VARIABILE	ELEVATA	MOLTO ELEVATA
STANDARD MINIMO PER LA FIGURA DEL MEDICO SPECIALISTA CP PER 10 GG DI PIC	1 ACCESSO MEDICO	2 ACCESSI MEDICO	ALMENO 2 ACCESSI MEDICO

PROGRAMMA REGIONALE DI VALUTAZIONE DELLE TECNOLOGIE SANITARIE (HTA)

Alert HTA per tecnologie di potenziale interesse per il SSN, indipendente da produttori ed erogatori

Schemi di riferimento

1. Ricerca documentale per Alert HTA

2. *Checklist* per la ricerca documentale

3. Alert HTA

4. *Checklist* per valutare qualità e affidabilità di Alert HTA

5. *Checklist* per valutare la qualità delle revisioni narrative

PROGRAMMA REGIONALE DI VALUTAZIONE DELLE TECNOLOGIE SANITARIE (HTA)

Alert HTA per tecnologie di potenziale interesse per il SSN, indipendente da produttori ed erogatori

2. Ricerca documentale per Alert HTA

Schema di riferimento

Raccomandazioni della collaborazione europea EUnetHTA[1] adattate ai requisiti per la produzione di Alert HTA in Regione Lombardia.
1. In assenza di risorse dedicate e specializzate i rapporti di HTA previsti nel programma regionale di HTA non sono revisioni sistematiche complete. Laddove disponibile, il documentalista scientifico dovrebbe essere inserito nel gruppo di lavoro fin dall'inizio.
2. La ricerca di documentazioni non pubblicate è lasciata alla discrezione del gruppo di lavoro in funzione del tipo di rapporto HTA e della tempistica attesa.
3. La ricerca va condotta sempre su PubMed, su web (ad es. Google Scholar e su Google), su ClinicalTrials.gov, e facoltativamente su EMBASE, CENTRAL (consultabili presso il SBBL), ECRI database (ove disponibile) e su altri registri di studi clinici.
4. Per le ricerche su PubMed e su altri database bibliografici la strategia di ricerca va definita all'avvio del lavoro e va riportata, datata, nella appendice. I termini di ricerca utilizzati su Google vanno riportati in appendice, con la data di esecuzione.
5. Le strategie di ricerca sui database bibliografici dovrebbero essere riviste da almeno un esperto di dominio clinico e validate dal coordinatore della Commissione Dispositivi Medici della Azienda sanitaria.
6. In appendice vanno riportate: - la ricerca bibliografica - la selezione delle documentazioni reperite - le caratteristiche degli studi clinici inclusi - la sintesi dei risultati principali e delle conclusioni degli autori degli studi inclusi - la sintesi dei protocolli clinici in corso - l'elenco degli studi inclusi - l'elenco degli studi esclusi - note circa la presenza della tecnologia su media nazionali ed esteri rilevanti.

[1] Estratto da linea guida "*Process of information retrieval for systematic reviews and health technology assessments on clinical effectiveness*" disponibile all'indirizzo: http://www.eunethta.eu/outputs/process-information-retrieval-systematic-reviews-and-health-technology-assessments-clinica-0

NOME SCIENTIFICO (COMMERCIALE)[2]

Ricerca eseguita in data ... (revisione finale inserire data).

Nome scientifico e commerciale dei prodotti (produttore)	Classificazione	Indicazione o area terapeutica	Fase di sviluppo*	Periodo di approvazione	Periodo di lancio sul mercato
Inserire denominazioni	**Inserire classe o tipologia**	**Inserire sintesi delle indicazioni**	**Ricerca / Emergente / Crescita / Maturità / Obsolescenza**	**Inserire stima**	**Inserire stima**

QUESITI RICERCATI (esempi)

Q1) Quale è il grado di efficacia e sicurezza di ... ?

Q2) Esistono sottopopolazioni di pazienti nelle quali la sicurezza e/o l'efficacia di ... sono differenti?

METODI

Selezione delle fonti - Criteri di esclusione e metodi

Breve sintesi

Tabella 1: criteri di selezione delle fonti per entrambi i quesiti.

Popolazione	Descrizione
Intervento	Descrizione
Comparatore	Descrizione
Esiti clinici	Descrizione
Disegno sperimentale	Descrizione

Sono state escluse le seguenti (popolazioni, tecnologie, ecc.) ...

In appendice 1 è illustrata la modalità di selezione delle documentazioni disponibili.

Per la raccolta delle documentazioni sono state consultate le seguenti fonti ....(database bibliografici ecc.)

DOCUMENTAZIONE DISPONIBILE

[2] **Limitazione di responsabilità**: le Ricerche Bibliografiche per Alert HTA costituiscono un servizio informativo della Direzione Generale Welfare della Regione Lombardia e delle ASST e degli IRCCS aventi sede in Lombardia, sviluppato nell'ambito del programma regionale di valutazione delle tecnologie sanitarie (HTADM Lombardia) ed indirizzato alle aziende sanitarie operanti in Lombardia. Le Ricerche Bibliografiche sono costituite da ricerche bibliografiche limitate, non sono revisioni sistematiche delle documentazioni, e forniscono elenchi e sintesi che è stato possibile identificare nei limiti delle risorse disponibili. Le Ricerche Bibliografiche vanno interpretate assieme ad altri tipi di documentazione e non possono in alcun caso sostituire il giudizio clinico e sanitario, né possono essere utilizzate come raccomandazione favorevole o contraria all'impiego di particolari tecnologie sanitarie per particolari pazienti. Gli utenti devono tenere conto che una scarsità di buona documentazione scientifica e clinica non necessariamente costituisce la prova di una mancanza di efficacia o sicurezza di interventi diagnostici o terapeutici, soprattutto nel caso di tecnologie emergenti o in crescita per cui le informazioni attuali possono essere insufficienti. Nonostante l'attenzione impiegata dalla Direzione Generale Welfare della Regione Lombardia nel raccogliere ed elaborare contenuti in modo accurato, completo e aggiornato, la Direzione Generale Welfare non garantisce in nessun modo la qualità delle Ricerche Bibliografiche. La Direzione Generale Welfare non deve essere considerata responsabile per eventuali perdite o danni conseguenti in qualsiasi modo all'utilizzo acritico e non responsabile dei contenuti riportati nel rapporto. Le Ricerche Bibliografiche possono contenere collegamenti ad altre fonti sul web, prodotte da terze parti. La Direzione Generale Welfare non ha controllo sui contenuti collegati. L'utente deve ricordare che l'uso di questi contenuti collegati è disciplinato da termini e condizioni stabiliti dalle terze parti nei rispettivi siti.

Numero e descrizione degli studi

Dopo screening su titolo e riassunto e successiva analisi del testo completo delle citazioni sono stati identificati i seguenti studi ….

In appendice è riportato l'elenco degli studi esclusi.

Nelle tabelle seguenti (o in appendice) sono schematizzate le caratteristiche generali e la sintesi dei principali risultati e delle conclusioni proposte dagli autori degli studi identificati.

Ricerca preparata da:

XX, YY

APPENDICE

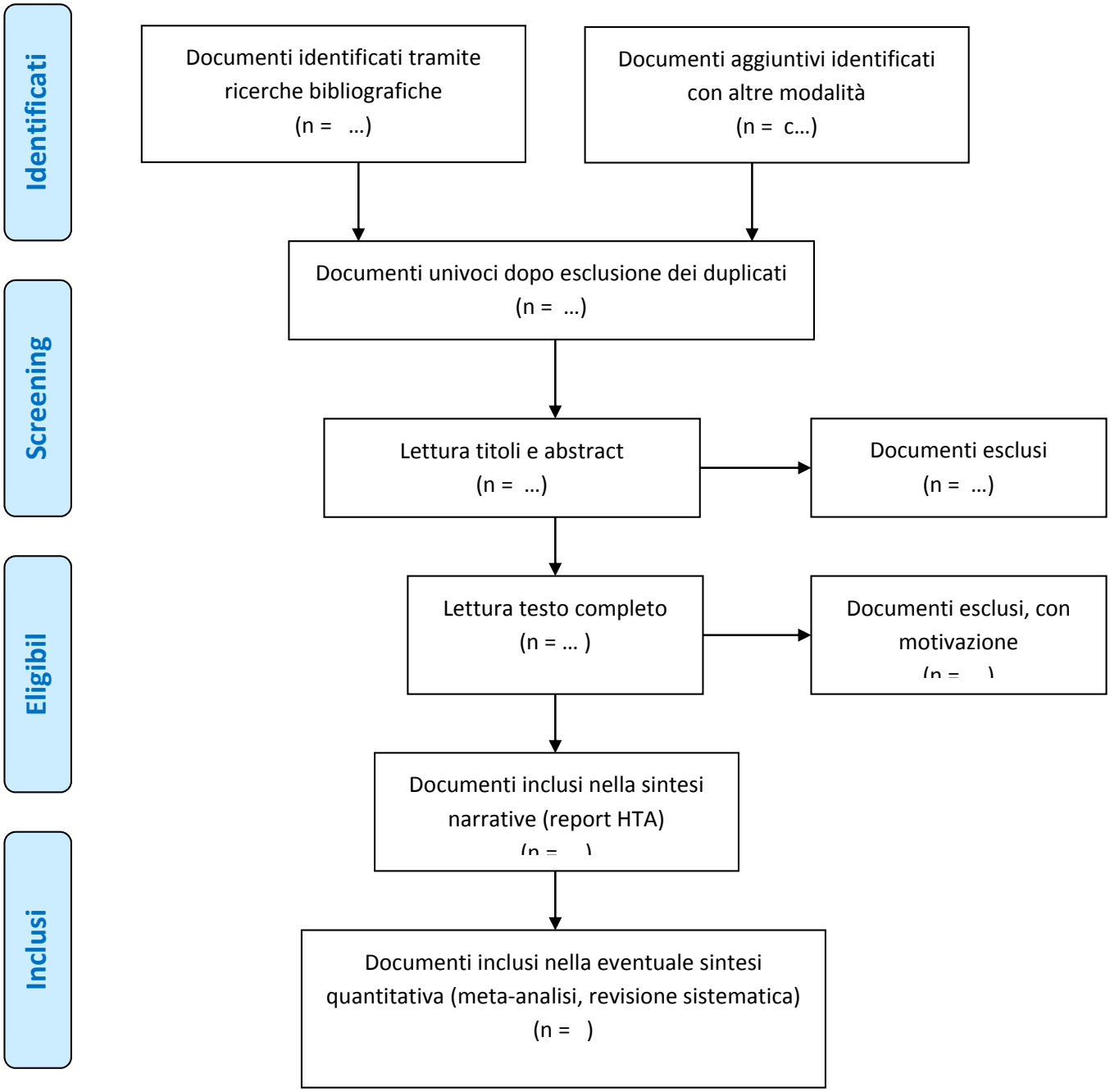
1. Ricerca bibliografica

N	Ricerca	Citazioni
1	PubMed: inserire stringa di ricerca	n*
2	PubMed: inserire stringa di ricerca	n
3	PubMed: inserire stringa di ricerca	n
4	Google Scholar: inserire stringa di ricerca	Numerose, n sole ritenute
5	ClinicalTrials.gov: inserire stringa di ricerca	n
N	(altri)	n

* di cui n studi clinici controllati randomizzati, n studi clinici, n metanalisi, n linee guida, n revisioni sistematiche

2. Selezione delle documentazioni reperite

Allegato ...: Selezione delle documentazioni reperite



From: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). *P*referred *R*eporting *I*tems for *S*ystematic Reviews and *M*eta-*A*nalyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

For more information, visit www.prisma-statement.org.

3. Caratteristiche degli studi clinici randomizzati / non randomizzati inclusi

Primo autore, anno, nazione	Dimensione del campione, caratteristiche dei pazienti	Disegno dello studio	Intervento	Comparatori

* eventuali note

4. Sintesi dei risultati principali e delle conclusioni degli autori degli studi inclusi

Primo autore, anno	Risultati principali	Conclusione degli autori

5. Sintesi dei protocolli clinici da ClinicalTrials.gov

…

6. Studi inclusi

n citazioni da PubMed (altri database)rimaste dopo screening e selezione, in ordine cronologico inverso:

1. …

n citazioni da ricerca su web:

1. …

7. Studi esclusi

Citazioni di altri studi esclusi, con indicazione del motivo per la esclusione:

1. …

8. Presenza della tecnologia sui media nazionali

1. …

9. Presenza della tecnologia sui media esteri

1. …

Nota: tutte le informazioni ed eventuali allegati devono essere forniti in copia elettronica in formato aperto ricercabile e modificabile. Testo e illustrazioni devono poter essere estratte. Tutto il materiale verrà utilizzato nell'ambito del programma regionale di HTA e con opportuna citazione delle fonti.

PROGRAMMA REGIONALE DI VALUTAZIONE DELLE TECNOLOGIE SANITARIE (HTA)

Alert HTA per tecnologie di potenziale interesse per il SSN, indipendente da produttori ed erogatori

2. *Checklist* per la ricerca documentale

Da utilizzare durante la stesura dello Alert HTA e durante la revisione da parte di revisori terzi

La ricerca di letteratura è il primo, imprescindibile passo del processo di valutazione di una tecnologia sanitaria. Una corretta ricerca può supportare in modo robusto il processo decisionale bastato sull'evidenza in ambito sanitario. È pertanto necessario assicurare la più corretta strutturazione della ricerca di letteratura mantenendo nel frattempo semplicità e tempestività nella realizzazione operativa.

Raccomandazioni della collaborazione europea EUnetHTA[3] e suggerimenti operativi per la produzione di rapporti HTA in Regione Lombardia.				
1. In assenza di risorse dedicate e specializzate i rapporti di HTA previsti nel programma regionale di HTA non sono revisioni sistematiche complete. Laddove disponibile, il documentalista scientifico dovrebbe essere inserito nel gruppo di lavoro fin dall'inizio.				
1a. Il documentalista sceintifico era inserito nel gruppo di lavoro?	☐	SI	☐	NO
1b. Se NO, specificare la figura che lo ha sostituito	_____			
2. La ricerca di documentazioni non pubblicate è lasciata alla discrezione del gruppo di lavoro in funzione del tipo di rapporto HTA e della tempistica attesa. Tale ricerca può ridurre l'effetto di esclusione di studi non conclusivi sull'outcome ((*publication bias*).				
2a. È stata condotta la ricerca di documentazioni non pubblicate?	☐	SI	☐	NO
3. La ricerca va condotta sempre su PubMed, su web (ad es. Google Scholar e su Google), su ClinicalTrials.gov, e facoltativamente su EMBASE, CENTRAL (consultabili presso il SBBL), ECRI database (ove disponibile) e su altri registri di studi clinici.				
3a. Indicare quali basi dati siano state utilizzate per la ricerca:				
☐ PubMed	☐ ClincalTrials.gov	☐ ECRI		
☐ Central	☐ Embase	☐ Scholar Google		
☐ Google	☐ Altro (indicare) _____			
4. Per le ricerche su PubMed e su altri database bibliografici la strategia di ricerca va definita all'avvio del lavoro e viene riportata nella appendice. I termini di ricerca utilizzati su Google vengono riportati in appendice.				
4a. È stata definita, a inizio lavoro, la strategia di ricerca per le basi dati selezionate individuando sia i termini appropriati in soggettari controllati (ad es. MeSH) che i termini liberi aggiuntivi?	☐	SI	☐	NO

[3] Adattato ai requisiti del programma regionale di HTA ed estratto dalla linea guida "*Process of information retrieval for systematic reviews and health technology assessments on clinical effectiveness*" disponibile all'indirizzo: http://www.eunethta.eu/outputs/process-information-retrieval-systematic-reviews-and-health-technology-assessments-clinica-0

5. Le strategie di ricerca sui database bibliografici dovrebbero essere riviste da almeno un esperto di dominio clinico e validate dal coordinatore della Commissione Dispositivi Medici della Azienda.				
5a. La strategia di ricerca è stata rivista da un esperto di dominio?	☐	SI	☐	NO
5b. La strategia di ricerca è stata validata dal coordinatore della Commissione Dispositivi Medici della Azienda?	☐	SI	☐	NO
6. La ricerca bibliografica, la selezione delle documentazioni reperite, le caratteristiche degli studi clinici inclusi, la sintesi dei risultati principali e delle conclusioni degli autori degli studi inclusi, la sintesi dei protocolli clinici in corso, l'elenco degli studi inclusi, l'elenco degli studi esclusi, la presenza della tecnologia sui media nazionali ed esteri sono riportate in appendice.				
6a. Il processo di ricerca come sopra descritto è stato riportato?	☐	SI	☐	NO

PROGRAMMA REGIONALE DI VALUTAZIONE DELLE TECNOLOGIE SANITARIE (HTA)

Alert HTA per tecnologie di potenziale interesse per il SSN, indipendente da produttori ed erogatori

3. Alert HTA

Schema di riferimento

TECNOLOGIA PER PROBLEMA[4]

giorno, mese, anno

Sommario

TECNOLOGIE E PROCEDURE SANITARIE 11
POTENZIALI IMPATTI 11
RICERCA DOCUMENTALE 12
STUDI PUBBLICATI, STUDI IN CORSO ED ESPERIENZA CLINICA 13
FONTI 14
APPENDICI 14

Rapporto redatto da:

- Dr …, professione, unità operativa, azienda – ruolo nella realizzazione del report;
- Ing …, professione, unità operativa, azienda – ruolo nella realizzazione del report;
- ecc. professione, unità operativa, azienda – ruolo nella realizzazione del report;

Istruzioni per rinominare il file: HTADMRL_KEL_NUM-Azienda_NOME-Azienda_Tecnologia

Rapporto revisionato da: … - Azienda …

Prossimo aggiornamento previsto: mese, anno

[4] **Limitazione di responsabilità**: le Ricerche Bibliografiche e gli Alert HTA costituiscono un servizio informativo della Direzione Generale Welfare della Regione Lombardia e delle ASST e degli IRCCS aventi sede in Lombardia, sviluppato nell'ambito del programma regionale di valutazione delle tecnologie sanitarie (HTADM Lombardia) ed indirizzato alle aziende sanitarie operanti in Lombardia. Le Ricerche Bibliografiche e gli Alert HTA sono costituiti da ricerche bibliografiche limitate, non sono revisioni sistematiche delle documentazioni, e forniscono elenchi e sintesi che è stato possibile identificare nei limiti delle risorse disponibili. Le Ricerche Bibliografiche e gli Alert HTA vanno interpretati assieme ad altri tipi di documentazione e non possono in alcun caso sostituire il giudizio clinico e sanitario, né possono essere utilizzate come raccomandazione favorevole o contraria all'impiego di particolari tecnologie sanitarie per particolari pazienti. Gli utenti devono tenere conto che una scarsità di buona documentazione scientifica e clinica non necessariamente costituisce la prova di una mancanza di efficacia o sicurezza di interventi diagnostici o terapeutici, soprattutto nel caso di tecnologie emergenti o in crescita per cui le informazioni attuali possono essere insufficienti. Nonostante l'attenzione impiegata dalla Direzione Generale Welfare della Regione Lombardia nel raccogliere ed elaborare contenuti in modo accurato, completo e aggiornato, la Direzione Generale Welfare non garantisce in nessun modo la qualità delle Ricerche Bibliografiche. La Direzione Generale Welfare non deve essere considerata responsabile per eventuali perdite o danni conseguenti in qualsiasi modo all'utilizzo acritico e non responsabile dei contenuti riportati nel rapporto. Le Ricerche Bibliografiche e gli Alert HTA possono contenere collegamenti ad altre fonti sul web, prodotte da terze parti. La Direzione Generale Welfare non ha controllo sui contenuti collegati. L'utente deve ricordare che l'uso di questi contenuti collegati è disciplinato da termini e condizioni stabiliti dalle terze parti nei rispettivi siti.

TECNOLOGIE E PROCEDURE SANITARIE

Testo descrittivo generale, eventuali figure e tabelle

INTERVENTO

Descrizione tecnica della tecnologia o del gruppo di tecnologie, eventuali tabelle e figure

AUTORIZZAZIONI E STATO REGOLATORIO

Marchio CE, autorizzazioni FDA, classe, codice CND, altro

COMPARATORE

Chiara descrizione del comparatore o dei comparatori identificati

POTENZIALI IMPATTI

D1 - Rilevanza generale del problema di salute

C01 - Descrizione e gravità della malattia

Testo (tabelle e figure)

C02 - Dimensioni della popolazione interessata

Testo (tabelle e figure)

D2 - Rilevanza tecnica generale della tecnologia

C03 - Beneficio preventivo

Testo (tabelle e figure)

C04 - Beneficio curativo

Testo (tabelle e figure)

C05 - Qualità della documentazione

Testo (tabelle e figure)

D3 - Sicurezza della tecnologia

C06 - Miglioramento di sicurezza e tollerabilità

Testo (tabelle e figure)

D4 - Efficacia teorica e pratica della tecnologia

C07 - Miglioramento di efficacia teorica e pratica

Testo (tabelle e figure)

C08 - Miglioramento di esiti riferiti o risultati percepiti dai pazienti

Testo (tabelle e figure)

C09 - Carenza di alternative (unmet needs)
Testo (tabelle e figure)

C10 - Grado di consenso nelle linee guida cliniche e stato regolatorio
Testo (tabelle e figure)

D5 - Impatto economico e finanziario della tecnologia

C11 - Impatto finanziario diretto sul SSN
Testo (tabelle e figure)

C12 - Impatto su altre spese sanitarie
Testo (tabelle e figure)

C13 - Impatto su altre spese non sanitarie
Testo (tabelle e figure)

D6 – Impatto organizzativo

C14 - Capacità del sistema e uso appropriato dell'intervento
Testo (tabelle e figure)

D7 - Equità e impatto etico

C15 - Equa opportunità di accesso
Testo (tabelle e figure)

D8 - Impatto sociale

C16 - Pressione e difficoltà dei portatori di interesse
Testo (tabelle e figure)

D9 - Impatto legale

C17 - Adesione a requisiti legali e al mandato del SSN
Testo (tabelle e figure)

RICERCA DOCUMENTALE

Riportare qui i contenuti elaborati con la scheda:
Ricerca Bibliografica per Alert HTA – Schema di riferimento

STUDI PUBBLICATI, STUDI IN CORSO ED ESPERIENZA CLINICA

Testo (tabelle e figure) contenente la discussione delle documentazioni che sono state reperite e selezionate per questo rapporto

1. **Caratteristiche degli studi clinici randomizzati / non randomizzati inclusi**
Tabella

2. **Sintesi dei risultati principali e delle conclusioni degli autori degli studi inclusi**
Tabella

3. **Sintesi dei protocolli clinici da ClinicalTrials.gov o da altre fonti di ricerche in corso di esecuzione**
Tabella

4. **Studi inclusi**
Tabella (con dettaglio per ciascun database e per ricerche su web)

5. **Studi esclusi**
Tabella

6. **Presenza della tecnologia sui media nazionali**
Tabella (solo link ritenuti di maggiore rilievo)

7. **Presenza della tecnologia sui media esteri**
Tabella (solo link ritenuti di maggiore rilievo)

CATEGORIE GENERALI DI BIAS

1. Selezione

Assegnazione non random dei partecipanti
Metodo di randomizzazione che genera differenze tra i gruppi

2. Esecuzione (performance, esecuzione pratica della ricerca)

Esiti soggettivi
Conoscenza dell'assegnazione al gruppo

3. Attrito (attrition, perdita o sottrazione di dati)

Fattori collegati ai partecipanti (es. drop-out)
Fattori collegati agli osservatori (es. analisi ITT vs PP)

4. Valutazione (detection, assessment)

Aspettativa degli osservatori
Conflitto di interesse degli osservatori

5. Pubblicazione (reporting)

Mancanza di protocollo prespecificato
Mancata definizione a priori della analisi primaria (outcome, endpoint)

6. Bias_Altro_Statistico

Dimensione del campione (sample size)
Sottostima dell'effetto reale (errore di tipo II)
Sovra o sottostima dell'effetto reale indotta da casi estremi (outliers)

FONTI

Elenco di citazioni, esempio di formato:

1. EUnetHTA Joint Action 3 WP4, Rapid assessment of other technologies using the HTA Core Model for Rapid Relative Effectiveness Assessment: "Repetitive transcranial magnetic stimulation for treatment-resistant major depression" Version4, 30 March 2017

APPENDICI

Riportare qui le appendici elaborate con la scheda:
Ricerca Bibliografica per Alert HTA – Schema di riferimento

PROGRAMMA REGIONALE DI VALUTAZIONE DELLE TECNOLOGIE SANITARIE (HTA)

Alert HTA per tecnologie di potenziale interesse per il SSN, indipendente da produttori ed erogatori

4. *Checklist* per valutare qualità e affidabilità di Alert HTA

Da utilizzare: durante la stesura dello Alert HTA e durante la revisione da parte di revisori terzi

Lo strumento proposto per la valutazione è un adattamento della checklist prodotta da INAHTA, realizzata in italiano da GIMBE.

Item	Sì	Parziale	No
Informazioni preliminari			
1. Dati di contatto per ulteriori informazioni			
2. Identificazione degli autori			
3. Disclosure sul conflitto di interessi			
4. Revisione esterna			
5. Breve sommario in linguaggio non tecnico			
Perchè			
6. Motivazioni politiche, sociali ed economiche			
7. Riferimento al/i quesito/i di ricerca valtuato/i			
8. Definizione dell'ambito di valutazione della tecnologia sanitaria			
9. Descrizione della tecnologia sanitaria			
Come			
10. Dettagli sulle fonti di informazione utilizzate*			
- Strategia di ricerca		n.a.	
- Database utilizzati		n.a.	
- Range temporale		n.a.	
- Restrizioni linguistiche		n.a.	
- Utilizzo di dati primari		n.a.	
- Altre fonti di informazione		n.a.	
- Criteri di inclusione degli studi		n.a.	
- Criteri di esclusione degli studi		n.a.	
- Elenco completo degli studi inclusi		n.a.	
- Elenco completo degli studi esclusi		n.a.	
11. Metodi di valutazione, interpretazione e selezione di dati e informazioni*			
- Metodi per valutare la qualità delle evidenze		n.a.	
- Metodi di estrazione dei dati		n.a.	
- Metodi di sintesi dei dati		n.a.	
- Presentazione chiara dei risultati		n.a.	
Contesto (non applicabile a tutti gli HTA report)			
- Considerazione delle implicazioni medico-legali		n.a.	
- Descrizione dell'analisi economica		n.a.	
- Considerazione delle implicazioni etiche		n.a.	
- Considerazione delle implicazioni sociali		n.a.	
- Considerazione del punto di vista degli *stakeholder*		n.a.	
E allora?			
12. Discussione dei risultati			
13. Chiara presentazione delle conclusioni			
14. Suggerimenti per azioni future			

*L'item è da ritenersi soddisfatto in maniera totale o parziale, o non soddisfatto, in relazione alla presenza/assenza dei dettagli sotto elencati

n.a. = non applicabile

Bibliografia

1. INAHTA, "A checklist for health technology assessment reports", INAHTA Secretariat 2007, Version 3.2 August 2007;
2. INAHTA. "Valutare qualità e affidabilità degli Health Technology Assessment report: la checklist INAHTA". Evidence. 2014; 6(8).

PROGRAMMA REGIONALE DI VALUTAZIONE DELLE TECNOLOGIE SANITARIE (HTA)

Alert HTA per tecnologie di potenziale interesse per il SSN, indipendente da produttori ed erogatori

5. *Checklist* per valutare la qualità delle revisioni narrative

Da utilizzare durante la stesura del testo dello Alert HTA
e durante la revisione dell'alert da parte di revisori terzi

Lo strumento è un adattamento della checklist proposta da Byrne per la valutazione di Revisioni Narrative.

Domande	Sì	Parziale	No
1. La revisione narrativa nell'Alert HTA era necessaria o importante?			
Qualora fossero presenti in letteratura altre revisioni narrative o sistematiche sullo stesso o su un simile tema gli autori dovrebbero spiegare in che senso la loro si differenzia.			
2. Le modalità di conduzione della ricerca di letteratura sono state ben definite?			
È opportuno che sia documentata la conduzione di una ricerca di letteratura completa, preferibilmente secondo criteri di eligibilità predefiniti.			
3. Le citazioni di letteratura sono appropriate e ben bilanciate?			
È stato citato un ampio spettro di elementi di letteratura, oppure le citazioni sono sbilanciate verso gli articoli che tendono a supportare la tesi degli autori?			
4. I riferimenti agli articoli originali sono stati ben riportati?			
Talvolta gli autori di revisioni citano gli studi originali in modo scorretto.			
5. L'informazione è stata riassunta correttamente?			
L'accuratezza delle citazioni nelle revisioni narrative è oggetto di studio e molti errori possono essere rilevati, a prescindere dall'impact factor della rivista di pubblicazione. Inoltre la dimensione e la complessità degli rapporti di studi primari rendono l'estrazione e la sintesi delle informazioni piuttosto complessa. Benchè sia molto difficile che ogni revisione abbia dettagliata conoscenza di ogni argomento, sarebbe opportuno verificare le affermazioni su un campione di citazioni.			
6. Gli studi sono stati valutati criticamente?			
Una revisione narrativa dovrebbe includere una valutazione critica dei dati e una sintesi dei dati, in accordo con scopo e metodologia della revisione stessa.			
7. Sono presenti tabelle/figure/diagrammi adeguati?			
Alcune informazioni di dettaglio possono essere meglio presentate attraverso tabelle, figure o diagrammi, con una breve sintesi nel testo.			
8. La revisione potrà aiutare i lettori a entrare nell'argomento?			
Le revisioni narrative non sono sempre lette da esperti di settore; è opportuno tenere presente questo dato in modo da rendere accessibile la revisione ad un pubblico più ampio. Ad esempio si potrebbe curare che la nomenclatura utilizzata sia facilmente accessibile.			
9. La revisione espande effettivamente il corpo della conoscenza sull'argomento?			
Scopo ultimo di una revisione narrativa dovrebbe essere l'espansione dell'insieme delle conoscenze su un dato argomento. Si potrà quindi valutare se gli autori abbiano derivato e presentato nuove idee o nuove direzioni per colmare lacune.			

Bibliografia

Byrne JA. "Improving the peer review of narrative literature reviews". Research Integrity and Peer Review. 2016;1:12.

"MODALITÀ DI SEGNALAZIONE E NOTIFICA DELLE MALATTIE INFETTIVE E ACCERTAMENTI CON FINALITÀ EPIDEMIOLOGICA" – AGGIORNAMENTO DGR n. X/3190/2015

Premessa

In premessa si ricorda ai medici che pongono il sospetto diagnostico di una malattia infettiva per cui vige l'obbligo di segnalazione di cui alla DGR n. VII/18853/2004, di procedere in tal senso prioritariamente attraverso l'applicativo S-Mainf.

Al fine di garantire il trattamento dei dati sensibili nel rispetto delle norme sulla privacy, si riportano di seguito indicazioni di carattere generale relative allo scambio di comunicazioni tra Enti coinvolti nel Sistema di Sorveglianza e Controllo delle Malattie infettive in Regione Lombardia:

- per i casi di malattie infettive che prevedono comunicazione a Regione, Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità (ISS), allegare le schede Mainf solo ove esplicitamente previsto. Invece è sempre necessario riportare nel corpo del testo:
  - il numero della pratica MAINF;
  - le iniziali del nome e del cognome, l'anno di nascita e il comune di residenza/domicilio;
  - una sintesi delle principali informazioni utili anche a definire la gravità del quadro clinico, in relazione alle possibili complicanze;
  - una breve descrizione degli interventi di Sanità Pubblica messi in atto e delle eventuali comunità coinvolte;
  - dove necessario, comunicazione della trasmissione, avvenuta o programmata, dei campioni al Laboratorio di Riferimento;
- in relazione ai casi di malattie infettive per i quali non è prevista comunicazione a Regione, ma che si ritiene possano avere un impatto mediatico e/o allarme sociale rilevante (es: meningiti, tubercolosi nelle scuole, decessi, ecc.), si richiede di avvisare tempestivamente Regione Lombardia scrivendo a maria_gramegna@regione.lombardia.it e mainf@regione.lombardia.it, fornendo le principali informazioni sempre secondo la traccia indicata al punto precedente, ferma restando la necessità di garantire l'anonimato dei soggetti coinvolti;
- i Laboratori di Riferimento Regionale coinvolti nella sorveglianza delle malattie infettive sono tenuti a trasmettere gli esiti degli esami contestualmente alla struttura sanitaria richiedente e alla ATS di competenza in cui ricade la struttura sanitaria richiedente;
- qualora si rendessero necessari accertamenti sui contatti di caso identificati a seguito di inchiesta epidemiologica, si procede con l'invio da parte di ATS al laboratorio individuato, senza oneri per l'utente, con modulistica definita con specifici accordi. In caso il laboratorio individuato sia di ASST o IRRCS pubblico, tali accertamenti vanno rendicontati in Circ. 28/SAN con codice Q (*prestazioni in ambito di interventi di profilassi sui contatti, effettuate in convenzione con ATS*).

MALATTIA INFETTIVA	SEGNALAZIONE/NOTIFICA/SISTEMA INFORMATIVO	ACCERTAMENTI CON FINALITÀ PREVENTIVE E DI LABORATORIO
AIDS	La notifica viene effettuata dal medico che fa diagnosi su modello ministeriale con invio diretto al Centro operativo AIDS (COA). Le schede numerate vengono fornite da Regione alle ATS (per richiederle scrivere a: marco_mentasti@regione.lombardia.it); le ATS provvedono poi a distribuirle alle strutture di ricovero e cura. I dati di ciascuna notifica vanno inseriti in MAINF (cartella specifica), assolvendo in tal modo al debito informativo (NESSUNA SCHEDA CARTACEA DEVE ESSERE INVIATA IN REGIONE).	
INFEZIONE DA HIV	Ogni nuova diagnosi di infezione da HIV prevede la segnalazione all'ATS da parte del medico che effettua il counselling, utilizzando l'apposita scheda. I dati di ciascuna scheda vanno inseriti in MAINF (cartella specifica). Regione invia i dati annualmente all'ISS.	
AMEBIASI	Le segnalazioni vanno inserite in MAINF. Vanno obbligatoriamente compilate tutte le schede. Regione provvede ad assolvere al debito informativo con il Ministero.	
ANTRACE	Le segnalazioni vanno inserite in MAINF. Una descrizione sintetica del caso, secondo la traccia indicata in premessa, va trasmessa a Regione (mainf@regione.lombardia.it). Vanno obbligatoriamente compilate tutte le schede. Regione provvede ad assolvere al debito informativo con il Ministero.	Le ricerche su materiali sospetti sono effettuate dal Centro di Referenza Nazionale per l'Antrace Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Puglia e della Basilicata (http://www.izsfg.it) in coerenza con quanto previsto dal DDG 10872 del 20 novembre 2014. Le ricerche su materiali biologici vengono effettuate presso: U.O.C Microbiologia Clinica, Virologia e diagnostica delle Bioemergenze. ASST FBF-Sacco Via G.B. Grassi, 74 - 20157 Milano laboratorio.microbiologia@asst-fbf-sacco.it Tel. 02.39042240 Fax: 02.39042313 Referente: Prof.ssa Maria Rita Gismondo
BLENORRAGIA (GONORREA)	Le segnalazioni vanno inserite in MAINF. Regione provvede ad assolvere al debito informativo con il Ministero. Le segnalazioni, e conseguentemente le notifiche, non possono essere anonime.	
BOTULISMO	Le segnalazioni vanno inserite in MAINF.	Le ricerche su campioni sia biologici sia alimentari sono effettuate presso:

	Vanno obbligatoriamente compilate tutte le schede. La scheda specifica per il botulismo va trasmessa a: - Ministero della Salute - Ufficio 5 - Prevenzione delle malattie trasmissibili e profilassi internazionale: Fax: 06.59943096; mail: malinf@sanita.it; - Ministero della Salute – Dip- SPVSA – DG per l'igiene e la sicurezza degli alimenti e la nutrizione Fax: 06.59943598; mail: dav.allerta@sanita.it; - ISS - Dipartimento Malattie Infettive: Fax: 06.44232444; mail: outbreak@iss.it; sorveglianza.epidemiologica@pec.iss.it - ISS - Centro Nazionale di Riferimento per il Botulismo: fax 06.4990 2045; mail cnr.botulismo@iss.it - Regione: mainf@regione.lombardia.it	- Istituto Zooprofilattico Sperimentale Della Lombardia e dell'Emilia Romagna -sede di Brescia (che si rapporterà con il Centro Nazionale di Riferimento per il Botulismo): Referente: Dr.ssa Nadia Losio marinanadia.losio@izsler.it Tel 030.2290544 fax 030.2425251 In alternativa, ricerche su campioni sia biologici sia alimentari sono effettuate anche presso: - Centro Nazionale di Riferimento per il Botulismo: Tel. 06.4990.2254/2241; Fax 06.49902045; cnr.botulismo@iss.it Dr. Fabrizio Anniballi fabrizio.anniballi@iss.it
BRUCELLOSI	Le segnalazioni vanno inserite in MAINF. Vanno obbligatoriamente compilate tutte le schede. Regione provvede ad assolvere al debito informativo con il Ministero.	
CLAMIDIA	Le segnalazioni vanno inserite in MAINF. Vanno obbligatoriamente compilate tutte le schede.	
COLERA	Le segnalazioni vanno inserite in MAINF. Vanno obbligatoriamente compilate tutte le schede. Una descrizione sintetica del caso, secondo la traccia indicata in premessa, va trasmessa a: - Ministero (malinf@sanita.it), - ISS (sorveglianza.epidemiologica@pec.iss.it; outbreak@iss.it), - Regione (mainf@regione.lombardia.it)	I campioni vanno inviati, previ accordi telefonici, e dandone comunicazione alla ATS di competenza, dalla struttura di diagnosi al Laboratorio di Riferimento Nazionale dell'ISS: Dott.ssa Alessandra Carattoli ISS - Dipartimento di Malattie Infettive Viale Regina Elena, 299 -00161 Roma Tel 06.49903128 alessandra.carattoli@iss.it
CONDILOMATOSI ANO-GENITALE	Le segnalazioni vanno inserite in MAINF. Vanno obbligatoriamente compilate tutte le schede. Le segnalazioni, e conseguentemente le notifiche, non possono essere anonime.	
DENGUE	Le segnalazioni vanno inserite in MAINF (compilare la scheda dati aggiuntivi). a. <u>Periodo di attività del vettore (1 giugno-31 ottobre)</u>: la scheda va stampata e inviata per tutti i casi probabili e/o confermati, a: - Ministero (malinf@sanita.it), - ISS (sorveglianza.epidemiologica@pec.iss.it; outbreak@iss.it),	I campioni per la conferma vanno inviati ai laboratori di riferimento per le arbovirosi, previa compilazione da parte della struttura richiedente dell'apposita *Scheda di Notifica e Sorveglianza Arbovirosi*, allegata alla specifica circolare ministeriale, che va trasmessa contestualmente anche alla ATS di competenza insieme alla segnalazione.

	- Regione (mainf@regione.lombardia.it). b. <u>Periodo di ridotta attività del vettore (1 novembre - 30 maggio)</u>: il flusso sopraindicato riguarda solo i casi confermati. Per i dettagli sui flussi si rimanda a specifica circolare ministeriale aggiornata annualmente	I laboratori di riferimento provvedono poi a trasmettere gli esiti alla struttura di diagnosi e alla ATS di competenza della struttura di diagnosi. I laboratori di riferimento sono: - S.S. Virologia Molecolare, S.C. Microbiologia e Virologia Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo Via Taramelli, 5 - 27100 Pavia Tel. 0382.502.633 - 635 Fax 0382.502599 Referente: Prof. Fausto Baldanti f.baldanti@smatteo.pv.it f.rovida@smatteo.pv.it Orari consegna campioni: dal lunedì al venerdì, dalle ore 8:00 alle ore 20:00; il sabato dalle ore 8:00 alle ore 16:00 - U.O.C Microbiologia Clinica, Virologia e diagnostica delle Bioemergenze. ASST FBF-Sacco Via G.B. Grassi, 74 - 20157 Milano laboratorio.microbiologia@asst-fbf-sacco.it Tel. 02.39042240 Fax: 02.39042313 Referente: Prof.ssa Maria Rita Gismondo
DERMATOFITOSI	Le segnalazioni, sia di casi singoli sia di focolai, vanno inserite in MAINF. Regione provvede ad assolvere al debito informativo con il Ministero.	
DIARREA INFETTIVA	Le segnalazioni, sia di casi singoli sia di focolai, vanno inserite in MAINF. Vanno obbligatoriamente compilate tutte le schede. Regione provvede ad assolvere al debito informativo con il Ministero.	Per le SEU il Laboratorio di riferimento è: Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano Laboratorio Microbiologia Tel. 02.5503.3145 /3147/2756 Referente: dott.ssa Milena Arghittu milena.arghittu@policlinico.mi.it Eventuali coprocolture su conviventi/contatti vanno eseguite, su richiesta di ATS, presso laboratori identificati dalla ATS di competenza.
DIFTERITE	Le segnalazioni vanno inserite in MAINF; una descrizione sintetica del caso, secondo la traccia indicata in premessa, va trasmessa a: - Ministero (malinf@sanita.it),	Il ceppo e/o il campione, il siero del paziente e la scheda vanno inviati, previ accordi telefonici, e dandone comunicazione alla ATS di competenza, dalla struttura di diagnosi al Laboratorio di Riferimento Nazionale dell'ISS:

	- ISS (sorveglianza.epidemiologica@pec.iss.it, outbreak@iss.it), - Regione (mainf@regione.lombardia.it)	Dott.ssa Monica Monaco ISS - Dipartimento di Malattie Infettive Viale Regina Elena, 299 -00161 Roma Tel. 06.49902331-06.49902852 Fax 06.49902886 monica.monaco@iss.it. Gli esiti degli esami devono essere trasmessi dalla struttura richiedente alla ATS di competenza.
ENCEFALITE DA ZECCHE	Le segnalazioni, sia di casi singoli sia di focolai, vanno inserite in MAINF. Vanno obbligatoriamente compilate tutte le schede. Regione provvede ad assolvere al debito informativo con il Ministero.	
ENCEFALOPATIA di Creutzfeld Jacob	Le segnalazioni vanno inserite in MAINF; va poi compilata, da parte del clinico che sospetta la diagnosi, la scheda di sorveglianza nazionale (scaricabile al seguente link http://www.iss.it/binary/rncj/cont/fax.1113395643.pdf) da inviare a: - Ministero della Salute - Dipartimento della prevenzione Ufficio III via Sierra Nevada n. 60 - 00144 Roma fax 06/5994-4242-4320, dpv.oemi@sanita.it; - ISS – Dipartimento di Neuroscienze - Registro Nazionale della Malattia di Creutzfeldt-Jakob, viale Regina Elena n. 299 - 00161 Roma, Telefono 06.4990.3312-3632-3292-3617, fax 06/49903012, rest.segr@iss.it; - ATS in cui è stato avanzato il sospetto diagnostico. L'invio della scheda comporta il diretto intervento dell'ISS per lo svolgimento dell'indagine epidemiologica e l'acquisizione di ulteriori dati. Si ribadisce l'importanza della segnalazione da parte di ATS ai centri trasfusionali ove il paziente sia un donatore di sangue.	Riscontro diagnostico Ospedale Luigi Sacco – ASST FBF-Sacco, Milano - a fronte di ogni caso sospetto/segnalato (gli oneri per riscontro diagnostico e trasporto in caso di pazienti ricoverati in strutture accreditate sono a carico di queste ultime; per i pazienti deceduti a domicilio o in strutture residenziali non ospedaliere gli oneri sono a carico della ATS di residenza ai sensi del d.P.R. 285/90 art. 37 comma 1).
EPATITE A, B, C, D, E	Le segnalazioni vanno inserite in MAINF. Vanno obbligatoriamente compilate tutte le schede. Regione provvede ad assolvere al debito informativo con il Ministero. La segnalazione va accolta e registrata solo in caso di forme acute. Presso l'ISS è attivo il sistema di sorveglianza sulle epatiti virali acute SEIEVA : www.iss.it/seieva, a cui aderisce la maggior parte delle ATS lombarde.	Accertamenti in casi particolari (definiti da ATS di diagnosi), quali: - sorveglianza virologica molecolare di focolai epidemici di epatite A; - sorveglianza epidemiologica molecolare di epatite E autoctona (probabile origine zoonotica o da alimenti contaminati) e da importazione; - caratterizzazione molecolare e filogenesi di virus dell'epatite B e C,

		causa di focolai epidemici di origine nosocomiale; Possono essere richiesti a Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute, Università di Milano via C. Pascal, 36 - 20133 Milano Tel. 02.5031.5133/34; fax: 02.50315120 Referente: prof.ssa Luisa Romanò luisa.romano@unimi.it
EPATITE NON A, NON B	Sono registrate come epatiti virali non A, non B le forme clinicamente manifeste, le cui indagini hanno rilevato un agente infettivo diverso dai virus epatitici A, B, C, D, E (che sarà indicato nella scheda diagnosi). Le segnalazioni vanno inserite in MAINF. Vanno obbligatoriamente compilate tutte le schede. Regione provvede ad assolvere al debito informativo con il Ministero.	
EPATITE NON SPECIFICATA	Sono registrate come epatiti virali non specificate le forme clinicamente manifeste, senza effettuazione su indagini sierologiche. Le segnalazioni vanno inserite in MAINF. Vanno obbligatoriamente compilate tutte le schede. Regione provvede ad assolvere al debito informativo con il Ministero.	
FEBBRE EMORRAGICA	Le segnalazioni vanno inserite in MAINF. Vanno obbligatoriamente compilate tutte le schede. Una descrizione sintetica del caso, secondo la traccia indicata in premessa, va trasmessa a: - Ministero (malinf@sanita.it), - ISS (sorveglianza.epidemiologica@pec.iss.it ; outbreak@iss.it), - Regione (mainf@regione.lombardia.it) Direttive sulla gestione dei casi sospetti e trasporto dei campioni su: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_548_allegato.pdf	I campioni devono essere inviati a - S.S. Virologia Molecolare, S.C. Microbiologia e Virologia Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo Via Taramelli, 5 - 27100 Pavia Tel. 0382.502.633 - 635 Fax 0382.502599 Referente: Prof. Fausto Baldanti f.baldanti@smatteo.pv.it f.rovida@smatteo.pv.it Orari consegna campioni: dal lunedì al venerdì, dalle ore 8:00 alle ore 20:00; il sabato dalle ore 8:00 alle ore 16:00 - U.O.C Microbiologia Clinica, Virologia e diagnostica delle Bioemergenze, ASST FBF-Sacco Via G.B. Grassi, 74 - 20157 Milano laboratorio.microbiologia@asst-fbf-sacco.it Tel. 02.39042240 Fax: 02.39042313 Referente: Prof.ssa Maria Rita Gismondo

		- ISS - Dipartimento Malattie Infettive Viale Regina Elena, 299 – 00161 Roma; Dr.ssa Giulietta Venturi Tel 06.49902663 Fax: 06.49902813 mail: arbo.mipi@iss.it
FEBBRE GIALLA	Le segnalazioni vanno inserite in MAINF. Vanno obbligatoriamente compilate tutte le schede. Una descrizione sintetica del caso, secondo la traccia indicata in premessa, va trasmessa a: - Ministero (malinf@sanita.it), - ISS (sorveglianza.epidemiologica@pec.iss.it ; outbreak@iss.it), - Regione (mainf@regione.lombardia.it) Direttive sulla gestione dei casi sospetti e trasporto dei campioni su: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_548_allegato.pdf	Seguire le indicazioni riportate nella sezione febbre emorragica
FEBBRE RICORRENTE EPIDEMICA	Le segnalazioni vanno inserite in MAINF. Vanno obbligatoriamente compilate tutte le schede. Una descrizione sintetica del caso, secondo la traccia indicata in premessa, va trasmessa a: - Ministero (malinf@sanita.it), - ISS (sorveglianza.epidemiologica@pec.iss.it ; outbreak@iss.it), - Regione (mainf@regione.lombardia.it)	
FEBBRE TIFOIDE	Le segnalazioni vanno inserite in MAINF. Vanno obbligatoriamente compilate tutte le schede. Regione provvede ad assolvere al debito informativo con il Ministero.	Eventuali coprocolture su conviventi/contatti vanno eseguiti, su richiesta di ATS, presso laboratori identificati dalla ATS di competenza.
FILARIOSI	Le segnalazioni vanno inserite in MAINF. Vanno obbligatoriamente compilate tutte le schede. Regione provvede ad assolvere al debito informativo con il Ministero.	
GIARDIASI	Le segnalazioni vanno inserite in MAINF. Vanno obbligatoriamente compilate tutte le schede. Regione provvede ad assolvere al debito informativo con il Ministero.	Eventuali indagini su conviventi/contatti vanno eseguiti, su richiesta di ATS, presso laboratori identificati dalla ATS di competenza.
INFLUENZA	La sorveglianza dell'influenza stagionale e nella seconda fase della pandemia si fonda sul sistema sentinella INFLUNET: le ATS debbono annualmente individuare MMG e PDF che aderiscano alla sorveglianza epidemiologica e/o virologica e comunicarlo alla Regione (mainf@regione.lombardia.it).	I Laboratori di riferimento per la sorveglianza virologica sono: - Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute, Università di Milano (per la sorveglianza virologica influenza stagionale e per conferma casi gravi)

	Non è prevista la segnalazione in MAINF, eccetto che per i casi confermati gravi e complicati per i quali è previsto anche l'inoltro della comunicazione a Regione (mainf@regione.lombardia.it). Per la definizione di tali forme si rimanda a specifica Circolare Ministeriale. In caso di pandemia verranno trasmesse dalla Regione indicazioni ad hoc.	via C. Pascal, 36 - 20133 Milano tel 02.50315132 fax 02.50315120 Referente: prof.ssa Elena Pariani elena.pariani@unimi.it Orari consegna campioni: da lunedì a venerdì dalle ore 09:00 alle ore 17:00 - S.S. Virologia Molecolare, S.C. Microbiologia e Virologia Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo (per conferma casi gravi) Via Taramelli, 5 - 27100 Pavia Tel. 0382.502.633 - 635 Fax 0382.502599 Referente: Prof. Fausto Baldanti f.baldanti@smatteo.pv.it f.rovida@smatteo.pv.it Orari consegna campioni: dal lunedì al venerdì, dalle ore 8:00 alle ore 20:00; il sabato dalle ore 8:00 alle ore 16:00
INFEZIONI, TOSSINFEZIONI, INTOSSICAZIONI ALIMENTARI	Le segnalazioni, di casi singoli o focolai, vanno inserite in MAINF, ove non sia stato individuato agente eziologico già ricompreso in altre patologie (es: salmonellosi, shigellosi, ecc.), compilando obbligatoriamente la scheda contagio. Regione provvede ad assolvere al debito informativo con il Ministero. L'inserimento in MAINF sostituisce tutte le rilevazioni inerenti focolai/episodi/casi di malattie a trasmissione alimentare –MTA – quindi ogni debito informativo è così assolto dalla ATS. Sono inserite anche le intossicazioni alimentari da agenti non infettivi (funghi, da istamina, pesticidi, metalli pesanti, ecc.) in specifica scheda.	<u>Campioni umani</u>: in caso di focolai che coinvolgano più di due persone è necessaria, sulla base della sintomatologia, l'effettuazione di analisi per l'individuazione dell'agente patogeno presso, qualora possibile, i Laboratori della Struttura di diagnosi, o presso Laboratori individuati dall'ATS. Su richiesta di ATS, in relazione a quanto emerso dall'inchiesta epidemiologica, presso questi ultimi potranno essere effettuati anche esami sui contatti. Gli esiti degli esami di laboratorio devono essere trasmessi anche alla ATS di competenza. <u>Campioni alimentari.</u> - <u>Campioni alimenti origine vegetale e compositi (es: piatti pronti)</u>: vanno inviati ai Laboratori di Prevenzione ATS. - <u>Campioni alimenti origine animale</u>: vanno inviati a Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Lombardia e dell'Emilia Romagna - sede di Brescia: Referente: Dr.ssa Nadia Losio marinanadia.losio@izsler.it Tel 030.2290544 fax 030.2425251

		Gli esiti degli esami di laboratorio devono essere trasmessi alla ATS di competenza.
LEBBRA	Le segnalazioni vanno inserite in MAINF. Vanno obbligatoriamente compilate tutte le schede. Regione provvede ad assolvere al debito informativo con il Ministero. Al Centro di riferimento nazionale per il Morbo di Hansen di Genova va inviato il paziente previa compilazione della specifica scheda. L'indagine epidemiologica, la sorveglianza e il controllo dei contatti nonché le informazioni sui benefici economici sono in capo alla ATS di residenza.	I casi sospetti vanno inviati per la diagnosi e la cura a: Centro di riferimento nazionale per il Morbo di Hansen di Genova - Laboratorio Sovraregionale per il Morbo di Hansen Sezione di Dermatologia UOS Dermatologia Sociale Azienda Ospedaliera Ospedale San Martino, Largo Rosanna Benzi, 10 - 16132 Genova Tel. 010.555.2579 – 2211 - 3764 Fax 010.5556641 Referente: dr Gianfranco Barabino gianfranco.barabino@hsanmartino.it
LEGIONELLOSI	Le segnalazioni vanno inserite in MAINF. Vanno obbligatoriamente compilate tutte le schede, compresa la scheda dati aggiuntivi. Regione provvede ad assolvere al debito informativo con il Ministero, ivi compreso l'invio dei dati di notifica e di tipizzazione al Registro nazionale per la legionellosi (ISS, Laboratorio Nazionale di Riferimento per le Legionelle – Dipartimento malattie infettive, Roma; marialuisa.ricci@iss.it, tel. 06 4990 2856; mariacristina.rota@iss.it, tel. 06 49904269	In caso di cluster, o nei casi in cui si sospetti l'esposizione in contesti assistenziali e di natura ricettiva, è necessaria l'identificazione del sierotipo del caso da effettuare presso: Laboratorio di Microbiologia e Virologia - ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda Cà Granda Piazza Ospedale Maggiore 3 - 20162 Milano tel 02 6444.5816 - 5857 microbiologia@ospedaleniguarda.it I Laboratori di riferimento per le indagini ambientali sono: - Laboratorio di Prevenzione di ATS Milano Via Juvara, 22 - 20129 Milano Referente Dott.ssa M. Foti Tel 02 8578.9305 - 9286 -- mfoti@ats-milano.it svitaliti@ats-milano.it laboratorioprevenzione@ats-milano.it - Laboratorio di Prevenzione di ATS Brescia Via Cantore, 20 - 25124 Brescia Referente dott.ssa Daria Barberis Tel 030.3838687 doria.barberis@ats-brescia.it
LEISHMANIOSI CUTANEA E VISCERALE	Le segnalazioni vanno inserite in MAINF. Vanno obbligatoriamente compilate tutte le schede. Regione provvede ad assolvere al debito informativo con il Ministero.	
LEPTOSPIROSI	Le segnalazioni vanno inserite in MAINF.	

	Vanno obbligatoriamente compilate tutte le schede. Regione provvede ad assolvere al debito informativo con il Ministero.	
LISTERIOSI	Le segnalazioni vanno inserite in MAINF (comprese le forme di meningite da listeria che non devono essere registrate come meningiti batteriche). Vanno obbligatoriamente compilate tutte le schede. Regione provvede ad assolvere al debito informativo con il Ministero.	Campioni umani: invio dei ceppi per tutti i casi (sia correlati che non correlati con la gravidanza) e accertamenti ulteriori in casi particolari (definiti da ATS di diagnosi) presso: Laboratorio Enterobatteri Patogeni U.O.C. Microbiologia ASST Santi Paolo e Carlo Borromeo (Ospedale San Carlo), via Pio II, 3 - 20153 Milano che collabora con il Laboratorio Episomi dell'Università degli Studi di Milano Referenti: dr Giuseppe Ortisi Tel. 02.40222456; giuseppe.ortisi@asst-santipaolocarlo.it Prof.ssa Elisabetta Tanzi 02.50315139 elisabetta.tanzi@unimi.it Gli esiti degli esami di laboratorio devono essere trasmessi anche alla ATS di competenza. Campioni alimenti origine vegetale e compositi (es: piatti pronti): vanno inviati ai Laboratori di Prevenzione ATS - Campioni alimenti origine animale: vanno inviati a Istituto Zooprofilattico Sperimentale Della Lombardia e dell'Emilia Romagna - sede di Brescia: Referente: Dr.ssa Nadia Losio marinanadia.losio@izsler.it Tel 030.2290544 fax 030.2425251 Gli esiti degli esami di laboratorio devono essere trasmessi alla ATS di competenza.
MALARIA	Le segnalazioni vanno inserite dalle ATS in MAINF. Vanno obbligatoriamente compilate tutte le schede. Si sottolinea che i casi di recidive e recrudescenze devono essere segnalati dai presidi di diagnosi al pari delle	La struttura di diagnosi è tenuta a inviare il vetrino, unitamente al Modello 15 (Circolare Ministero Salute n° 36391 del 27/12/2016 reperibile sul sito www.salute.gov.it), all'Istituto Superiore di Sanità: Dott.ssa Daniela Boccolini ISS - Dipartimento Malattie Infettive

	infezioni primarie, con le tempistiche previste per i casi importati.	Viale Regina Elena, 299 – 00161 Roma; Tel. 06.59943108; Fax 06.59943096. sorveglianza.malaria@iss.it; Il Modello 15 deve essere trasmesso contestualmente anche a: - Ministero della Salute (malinf@sanita.it), - Regione (mainf@regione.lombardia.it) - ATS di competenza
MALATTIA DI LYME	Le segnalazioni vanno inserite in MAINF. Vanno obbligatoriamente compilate tutte le schede. Regione provvede ad assolvere al debito informativo con il Ministero.	
MALATTIA INVASIVA PNEUMOCOCCICA MALATTIA INVASIVA MENINGOCOCCICA MALATTIA INVASIVA DA EMOFILO	Le segnalazioni vanno inserite in MAINF. Una descrizione sintetica del caso, secondo la traccia indicata in premessa, va trasmessa a Regione (mainf@regione.lombardia.it) Inoltre, stante il grosso impatto mediatico delle MIB da Meningococco, per questi casi si richiede alle ATS di avvisare tempestivamente Regione scrivendo anche a maria_gramegna@regione.lombardia.it, fornendo le informazioni principali secondo la traccia indicata in premessa, avendo cura di garantire l'anonimato dei soggetti coinvolti. Vanno obbligatoriamente compilate tutte le schede e va inserito il sierogruppo/sierotipo, comunicato dal Laboratorio di riferimento regionale, nel campo Mainf "specie agente eziologico". Gli eventuali esiti della fenotipizzazione delle MIB da meningococco da parte dell'ISS vanno inseriti nel campo Mainf "sierotipo/fenotipo". In attesa dell'aggiornamento del sistema Mainf, essendo a oggi possibile selezionare esclusivamente la diagnosi MIB da Hib, in caso di tipizzazione di Haemophilus non di tipo B, si continua a classificare la MIB come da Hib ma nella scheda "diagnosi", nel campo "famiglia agente eziologico" selezionare "Haemophilus"; nel campo "specie agente eziologico" selezionare "Haemophilus altri sierotipi"; nel campo	Per consentire tempestivi e appropriati interventi di profilassi, si raccomanda fortemente alle strutture di diagnosi di eseguire test molecolari (PCR) contestualmente all'esame colturale e agli altri esami diagnostici. In caso di impossibilità a eseguire la PCR presso i propri laboratori, il campione deve essere inviato in tempi estremamente rapidi al Laboratorio di Riferimento Regionale che provvederà a effettuare il test. Per la tipizzazione è in ogni caso necessario procedere con l'invio tempestivo del ceppo al Laboratorio Regionale di Riferimento o del liquor/sangue in caso di negatività dell'esame colturale: Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano Laboratorio Microbiologia Tel. 02.5503.3145 /3147/2756 Referente: dott.ssa Milena Arghittu milena.arghittu@policlinico.mi.it Il laboratorio di riferimento regionale invia al laboratorio nazionale dell'ISS il ceppo o il liquor per maggiori caratterizzazioni e indagini genomiche: ISS - Dipartimento Malattie Infettive Viale Regina Elena 299, Roma 00161, Roma. Referenti laboratorio nazionale: - Per Neisseria meningitidis:

	"sierotipo/fenotipo" riportare l'esito della tipizzazione (es: F, NC, ecc). Regione provvede ad assolvere il debito informativo con il Ministero e a inviare i dati all'ISS per il sistema di sorveglianza speciale. Si precisa che le segnalazioni di "polmoniti da pneumococco" con positività del solo antigene urinario (dunque non notificabili) non vanno inserite in MAINF.	Paola Stefanelli, paola.stefanelli@iss.it, tel.06.49902126; Cecilia Fazio Email cecilia.fazio@iss.it tel. 06.49902126. - Per Streptococcus pneumoniae: Annalisa Pantosti email annalisa.pantosti@iss.it tel. 06.49902852; Romina Camilli email romina.camilli@iss.it tel. 06.49902331. - Per Haemophilus influenzae: Marina Cerquetti email marina.cerquetti@iss.it tel. 064990.3505/2343; Maria Giufrè Email maria.giufrè@iss.it tel. 06.4990.3505/2343 Fax 06.49387112 Qualora il laboratorio regionale di riferimento comunichi alla ATS l'identificazione di un caso correlato allo stesso clone responsabile dei casi di Meningococco C in Toscana (fine typing C:P1.5-1,10-8:F3-6:ST11), è richiesta alla ATS la compilazione di **una scheda di indagine integrativa** come previsto dalla nota ministeriale 0005783-01/03/2016-DGPRE-COD_UO-P inviata dal Ministero con nota del 02 marzo 2016 n. 7806 avente ad oggetto: "Malattia invasiva da Meningococco C in Toscana – Potenziamento della segnalazione di casi e indicazioni per chi si reca in Toscana".
MALATTIA CHIKUNGUNYA	Le segnalazioni vanno inserite in MAINF. a. <u>Periodo di attività del vettore (1 giugno-31 ottobre)</u>: la scheda va stampata e inviata per tutti i casi probabili o confermati, a: - Ministero (malinf@sanita.it), - ISS (outbreak@iss.it e sorveglianza.epidemiologica@pec.iss.it) - Regione (mainf@regione.lombardia.it) b. <u>Periodo di ridotta attività del vettore (1 novembre - 30 maggio)</u>: il flusso sopraindicato riguarda solo i casi confermati.	I campioni per la conferma vanno inviati ai laboratori di riferimento per le arbovirosi, previa compilazione da parte della struttura richiedente dell'apposita SCHEDA DI NOTIFICA E SORVEGLIANZA ARBOVIROSI, allegata alla specifica circolare ministeriale, che va trasmessa contestualmente anche alla ATS di competenza insieme alla segnalazione. I laboratori di riferimento provvedono poi a trasmettere gli esiti alla struttura di diagnosi e alla ATS di competenza della struttura diagnosi. I laboratori di riferimento sono: - S.S. Virologia Molecolare,

	Per i dettagli sui flussi si rimanda a specifica circolare ministeriale aggiornata annualmente.	S.C. Microbiologia e Virologia Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo Via Taramelli, 5 - 27100 Pavia Tel. 0382.502.633 - 635 Fax 0382.502599 Referente: Prof. Fausto Baldanti f.baldanti@smatteo.pv.it f.rovida@smatteo.pv.it Orari consegna campioni: dal lunedì al venerdì, dalle ore 8:00 alle ore 20:00; il sabato dalle ore 8:00 alle ore 16:00 - U.O.C Microbiologia Clinica, Virologia e diagnostica delle Bioemergenze. ASST FBF-Sacco Via G.B. Grassi, 74 - 20157 Milano laboratorio.microbiologia@asst-fbf-sacco.it Tel. 02.39042240 Fax: 02.39042313 Referente: Prof.ssa Maria Rita Gismondo - ISS - Dipartimento Malattie Infettive Viale Regina Elena, 299 – 00161 Roma; Dr.ssa Giulietta Venturi Tel 06.49902663 Fax: 06.49902813 mail: arbo.mipi@iss.it
MENINGITI BATTERICHE	In Mainf va selezionata questa voce per le forme di MIB per le quali non sia stato individuato quale agente eziologico: streptococcus pneumoniae; neisseria meningitidis; haemophilus influenzae; mycobatterium t.; leptospire; lysteria m. o per le quali sussista quadro clinico di meningite batterica senza isolamento. Le segnalazioni vanno inserite in MAINF. Vanno obbligatoriamente compilate tutte le schede. Regione provvede ad assolvere al debito informativo con il Ministero e ad inviare i dati all'ISS per il sistema di sorveglianza speciale.	
MENINGO ENCEFALITI VIRALI – WEST NILE DISEASE - USUTU	Va posta particolare attenzione nel periodo vettoriale. Vanno tempestivamente segnalati alla ATS di competenza, anche al solo sospetto, tutti i casi di malattia da WNV, compresi i riscontri di positività in donatori.	Oltre che per finalità diagnostiche è importante che siano effettuate indagini per definire l'eziologia (herpes virus, enterovirus). In caso di sospetta malattia neuro-invasiva da West Nile/Usutu, i campioni biologici per la conferma diagnostica devono essere inviati da

	Vanno obbligatoriamente compilate tutte le schede. Regione provvede ad assolvere al debito informativo con il Ministero. Vanno inserite in MAINF le segnalazioni di forme sia neuro-invasive sia non neuro-invasive da WNV (es: febbri e/o positività in donatori). È stata inserita nuova scheda specifica, con scheda dati aggiuntivi, che riprende quanto previsto dalla scheda ministeriale. Nel periodo vettoriale, in tutti i casi di riscontro di positività per WNV, trasmettere la comunicazione a Regione (mainf@regione.lombardia.it), indicando il numero di pratica e una breve descrizione del caso, con particolare riferimento alla ricostruzione degli spostamenti/viaggi e di eventuali trasfusioni/trapianti nelle tre settimane precedenti l'esordio dei sintomi. Regione provvede all'inserimento sul sito web del'ISS. Informare del caso anche il servizio di Igiene e Sanità pubblica e il Dipartimento Veterinario ATS; in caso di possibile esposizione in altro territorio, informare l'ATS/ASL competente. Per ogni caso probabile delle sole forme neuro-invasive andranno predisposti gli accertamenti diagnostici di laboratorio per la conferma del caso presso i laboratori di Riferimento Regionale aggiornando Regione Lombardia attraverso le modalità di trasmissione descritte al punto precedente. Per maggiori dettagli sui flussi si rimanda a specifica circolare ministeriale aggiornata annualmente	chi ha posto il sospetto diagnostico a uno dei due laboratori di riferimento regionale, previa compilazione da parte della struttura richiedente dell'apposita SCHEDA DI NOTIFICA E SORVEGLIANZA ARBOVIROSI, allegata alla specifica circolare ministeriale, che va trasmessa contestualmente anche alla ATS di competenza insieme alla segnalazione. I laboratori di riferimento provvedono poi a trasmettere gli esiti alla struttura di diagnosi richiedente e alla ATS di competenza della struttura diagnosi. - S.S. Virologia Molecolare, S.C. Microbiologia e Virologia Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo Via Taramelli, 5 - 27100 Pavia Tel. 0382.502.633 - 635 Fax 0382.502599 Referente: Prof. Fausto Baldanti f.baldanti@smatteo.pv.it f.rovida@smatteo.pv.it Orari consegna campioni: dal lunedì al venerdì, dalle ore 8:00 alle ore 20:00; il sabato dalle ore 8:00 alle ore 16:00 - U.O.C Microbiologia Clinica, Virologia e diagnostica delle Bioemergenze. ASST FBF-Sacco Via G.B. Grassi, 74 - 20157 Milano laboratorio.microbiologia@asst-fbf-sacco.it Tel. 02.39042240 Fax: 02.39042313 Referente: Prof.ssa Maria Rita Gismondo Il Laboratorio di riferimento regionale invia i risultati degli esami effettuati (incluse le sequenze) e/o i campioni biologici per la conferma, al laboratorio di Riferimento nazionale per gli Arbovirus che esegue i saggi di conferma: - ISS - Dipartimento Malattie Infettive Viale Regina Elena, 299 – 00161 Roma; Dr.ssa Giulietta Venturi

		Tel 06.49902663 Fax: 06.49902813 mail: arbo.mipi@iss.it
MICOBATTERIOSI NON TUBERCOLARE	Le segnalazioni vanno inserite in MAINF. Vanno obbligatoriamente compilate tutte le schede. Regione provvede ad assolvere al debito informativo con il Ministero.	
MONONUCLEOSI	Le segnalazioni vanno inserite in MAINF. Regione provvede ad assolvere al debito informativo con il Ministero.	
MORBILLO	Le segnalazioni vanno inserite in MAINF. Vanno obbligatoriamente compilate tutte le schede. Regione, per il tramite di ATS, provvede ad assolvere al debito informativo con il Ministero inviando i dati di ciascuna notifica all'ISS per il sistema di sorveglianza integrato morbillo-rosolia. Stante quanto sopra, la comunicazione relativa alla notifica di morbillo va trasmessa esclusivamente a Regione (mainf@regione.lombardia.it) e non più a Ministero e ISS. Nel corpo del testo della mail, così come descritto in premessa, vanno riportate le principali informazioni, avendo cura di rispettare l'anonimato del caso.	Indipendentemente dalla esecuzione di test validati per la ricerca di IgM/IgG virus specifiche, è necessario raccogliere e inviare a uno dei due laboratori di riferimento regionale i campioni biologici di tutti i casi sospetti di morbillo per l'attività di conferma sierologica, per la ricerca virale diretta e la genotipizzazione. Premesso che le seguenti indicazioni sono indicative e non mandatorie, la scelta del laboratorio può seguire i gli azzonamenti sotto riportati: - per medici e strutture del territorio di ATS MILANO: Laboratorio "Epidemiologia e Sorveglianza Molecolare delle Infezioni" (EpiSoMI), Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute Università degli Studi di Milano via Carlo Pascal, 36 -20133 Milano. tel. 02.503.25072 – 15122 - 15140 fax 0250315120; Referente: Prof.ssa Antonella Amendola antonella.amendola@unimi.it Orari consegna campioni: da lunedì a venerdì dalle ore 09:00 alle ore 17:00 - per medici e strutture dei territori di ATS BERGAMO, ATS BRESCIA, ATS BRIANZA, ATS INSUBRIA, ATS MONTAGNA, ATS PAVIA, ATS VALPADANA: S.S. Virologia Molecolare, S.C. Microbiologia e Virologia Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo Via Taramelli, 5 - 27100 Pavia Tel. 0382.502.633 - 635 Fax 0382.502599 Referente: Prof. Fausto Baldanti f.baldanti@smatteo.pv.it f.rovida@smatteo.pv.it

		Orari consegna campioni: dal lunedì al venerdì, dalle ore 8:00 alle ore 20:00; il sabato dalle ore 8:00 alle ore 16:00
PARASSITOSI	Le segnalazioni vanno inserite in MAINF. Vanno obbligatoriamente compilate tutte le schede. In Mainf, indicare "parassitosi" per le forme nelle quali non sia stato individuato parassita cui corrisponda una malattia definita in elenco (es.: malaria, giardiasi, ...) Regione provvede ad assolvere al debito informativo con il Ministero.	
PAROTITE EPIDEMICA	Le segnalazioni vanno inserite in MAINF. Regione provvede ad assolvere al debito informativo con il Ministero.	
PEDICULOSI	Poiché la normativa nazionale prevede la notifica per i soli focolai e le direttive UE non ne prevedono la rilevazione, saranno inseriti i soli focolai, con i nominativi dei primi 10 casi, nei quali sia stata accertata la presenza del parassita (non solo lendini). Regione provvede ad assolvere al debito informativo con il Ministero.	
PERTOSSE	Le segnalazioni vanno inserite in MAINF. Vanno obbligatoriamente compilate tutte le schede. Regione provvede ad assolvere al debito informativo con il Ministero.	
PESTE	Le segnalazioni vanno inserite in MAINF. Vanno obbligatoriamente compilate tutte le schede. Una descrizione sintetica del caso, secondo la traccia indicata in premessa, va trasmessa a: - Ministero (malinf@sanita.it), -ISS (sorveglianza.epidemiologica@pec.iss.it, outbreak@iss.it), - Regione (mainf@regione.lombardia.it)	
POLIOMIELITE	Le segnalazioni vanno inserite in MAINF. Vanno obbligatoriamente compilate tutte le schede. Una descrizione sintetica del caso, secondo la traccia indicata in premessa, va trasmessa a: - Ministero (malinf@sanita.it), - ISS (sorveglianza.epidemiologica@pec.iss.it, outbreak@iss.it), - Regione (mainf@regione.lombardia.it)	Segnalazione ed effettuazione di indagini come previste dal protocollo sulle Paralisi Flaccide Acute (PFA) (www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_74_allegato.pdf) presso centro regionale di riferimento: Laboratorio di Virologia Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute Università degli Studi di Milano

		Via C. Pascal, 36 - 20133 Milano tel. 02.503.15125 – 15123 – 15128 - 25071 fax 02.50315120 Referente: prof. Sandro Binda sandro.binda@unimi.it; laura.pellegrinelli@unimi.it; virolab@unimi.it Le strutture sanitarie con reparti ove possano essere ricoverati pazienti di età inferiore a 15 anni con PFA debbono aderire alla rete di sorveglianza, dando comunicazione del/i referente/i a Direzione Generale Welfare (welfare@pec.regione.lombardia.it), e inviando le segnalazioni al centro regionale di riferimento.
RABBIA	Le segnalazioni vanno inserite in MAINF. Vanno obbligatoriamente compilate tutte le schede. Una descrizione sintetica del caso, secondo la traccia indicata in premessa, va trasmessa a: - Ministero (malinf@sanita.it), - ISS (sorveglianza.epidemiologica@pec.iss.it, outbreak@iss.it), - Regione (mainf@regione.lombardia.it)	
RICKETTSIOSI	Le segnalazioni vanno inserite in MAINF. Vanno obbligatoriamente compilate tutte le schede. Regione provvede ad assolvere al debito informativo con il Ministero	
ROSOLIA	Le segnalazioni vanno inserite in MAINF. In caso di: - *rosolia congenita*, viene scelta come patologia *"rosolia"*, compilando anche la scheda dati aggiuntivi; - *rosolia in donna gravida,* va scelta la patologia "rosolia in gravidanza" compilando anche la scheda dati aggiuntivi. La Regione provvede ad assolvere al debito informativo con il Ministero e ad inviare i dati di ciascuna notifica all'ISS per il sistema di sorveglianza integrato morbillo-rosolia. Stante quanto sopra, e in linea con le indicazioni fornite con nota Protocollo G1.2017.0031908 del 26/10/2017, la comunicazione relativa alla notifica di rosolia va trasmessa esclusivamente a	Indipendentemente dalla esecuzione di test validati per la ricerca di IgM/IgG virus specifiche, è necessario raccogliere e inviare a uno dei due laboratori di riferimento regionale i campioni biologici di tutti i casi sospetti di morbillo per l'attività di conferma sierologica, per la ricerca virale diretta e la genotipizzazione. Premesso che le seguenti indicazioni sono indicative e non mandatorie, la scelta del laboratorio può seguire i gli azzonamenti sotto riportati: - per medici e strutture del territorio di ATS MILANO: Laboratorio "Epidemiologia e Sorveglianza Molecolare delle Infezioni" (EpiSoMI), Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute Università degli Studi di Milano

	Regione (mainf@regione.lombardia.it) e non più a Ministero e ISS. Nel corpo del testo della mail, così come descritto in premessa, vanno riportate le principali informazioni, avendo cura di rispettare l'anonimato del caso.	via Carlo Pascal, 36 -20133 Milano. tel. 02.503.25072 – 15122 - 15140 fax 0250315120; Referente: Prof.ssa Antonella Amendola antonella.amendola@unimi.it Orari consegna campioni: da lunedì a venerdì dalle ore 09:00 alle ore 17:00 - per medici e strutture dei territori di ATS BERGAMO, ATS BRESCIA, ATS BRIANZA, ATS INSUBRIA, ATS MONTAGNA, ATS PAVIA, ATS VALPADANA: S.S. Virologia Molecolare, S.C. Microbiologia e Virologia Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo Via Taramelli, 5 - 27100 Pavia Tel. 0382.502.633 - 635 Fax 0382.502599 Referente: Prof. Fausto Baldanti f.baldanti@smatteo.pv.it f.rovida@smatteo.pv.it Orari consegna campioni: dal lunedì al venerdì, dalle ore 8:00 alle ore 20:00; il sabato dalle ore 8:00 alle ore 16:00
SALMONELLOSI NON TIFOIDEE	Le segnalazioni vanno inserite in MAINF. Vanno obbligatoriamente compilate tutte le schede. Regione provvede ad assolvere al debito informativo con il Ministero.	<u>Campioni umani:</u> per sierotipizzazione di casi singoli o focolai e accertamenti ulteriori in casi particolari (definiti da ATS di diagnosi) presso Laboratori individuati da ATS Per indagini molecolari e di caratterizzazione genetica in casi particolari (es: cluster): Laboratorio Enterobatteri Patogeni U.O.C. Microbiologia ASST Santi Paolo e Carlo Borromeo (Ospedale San Carlo), via Pio II, 3 - 20153 Milano che collabora con il Laboratorio "Epidemiologia e Sorveglianza Molecolare delle Infezioni" (EpiSoMI), Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute, Università degli Studi di Milano. Riferimenti: dr Giuseppe Ortisi Tel. 02.40222456; giuseppe.ortisi@asst-santipaolocarlo.it Prof.ssa Elisabetta Tanzi

		Tel. 02.50315139; elisabetta.tanzi@unimi.it Gli esiti degli esami di laboratorio devono essere trasmessi anche alla ATS di competenza. Su richiesta di ATS, in relazione a quanto emerso dall'inchiesta epidemiologica, potranno essere effettuati anche esami sui contatti presso i Laboratori della Struttura di diagnosi o presso Laboratori individuati dall'ATS. <u>Campioni alimentari.</u> - <u>Campioni alimenti origine vegetale e compositi (es: piatti pronti)</u>: vanno inviati ai Laboratori di Prevenzione ATS - <u>Campioni alimenti origine animale</u>: vanno inviati a Istituto Zooprofilattico Sperimentale Della Lombardia e dell'Emilia Romagna - sede di Brescia: Referente: Dr.ssa Nadia Losio marinanadia.losio@izsler.it Tel 030.2290544 fax 030.2425251 Gli esiti degli esami di laboratorio devono essere trasmessi alla ATS di competenza. Presso l'ISS è attivo ENTERNET - Rete Internazionale di Sorveglianza per le infezioni Enteriche da Salmonella e da VTEC 0157 (www.simi.iss.it/Enternet/index.asp), cui i Laboratori sono invitati ad aderire. Referente per la nostra Regione: Laboratorio "Epidemiologia e Sorveglianza Molecolare delle Infezioni" (EpiSoMI), Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute, Università degli Studi di Milano. Prof.ssa Elisabetta Tanzi Tel. 02.50315139; elisabetta.tanzi@unimi.it
SCABBIA	Le segnalazioni, di casi singoli o focolai, vanno inserite in MAINF. Va obbligatoriamente compilata la scheda contagio. Regione provvede ad assolvere al debito informativo con il Ministero.	

SCARLATTINA	Le segnalazioni vanno inserite in MAINF. Regione provvede ad assolvere al debito informativo con il Ministero	
SHIGELLOSI	Le segnalazioni vanno inserite in MAINF. Vanno obbligatoriamente compilate tutte le schede. Regione provvede ad assolvere al debito informativo con il Ministero.	
SIFILIDE	Le segnalazioni vanno inserite in MAINF. Regione provvede ad assolvere al debito informativo con il Ministero. Le segnalazioni e conseguentemente le notifiche non possono essere anonime.	
TETANO	Le segnalazioni vanno inserite in MAINF. Vanno obbligatoriamente compilate tutte le schede. Una descrizione sintetica del caso, secondo la traccia indicata in premessa, va trasmessa a: - Ministero (malinf@sanita.it), - ISS (sorveglianza.epidemiologica@pec.iss.it, outbreak@iss.it), - Regione (mainf@regione.lombardia.it)	
TOXOPLASMOSI	Le segnalazioni vanno inserite in MAINF. Regione provvede ad assolvere al debito informativo con il Ministero.	
TIFO ESANTEMATICO	Le segnalazioni vanno inserite in MAINF. Vanno obbligatoriamente compilate tutte le schede. Una descrizione sintetica del caso, secondo la traccia indicata in premessa, va trasmessa a: - Ministero (malinf@sanita.it), - ISS (sorveglianza.epidemiologica@pec.iss.it, outbreak@iss.it), - Regione (mainf@regione.lombardia.it)	
TRICHINOSI	Le segnalazioni vanno inserite in MAINF. Vanno obbligatoriamente compilate tutte le schede. Una descrizione sintetica del caso, secondo la traccia indicata in premessa, va trasmessa a: - Ministero (malinf@sanita.it), - ISS (sorveglianza.epidemiologica@pec.iss.it, outbreak@iss.it), - Regione (mainf@regione.lombardia.it)	
TUBERCOLOSI	Le segnalazioni vanno inserite in MAINF.	Tutti i ceppi isolati debbono essere inviati alla ceppoteca regionale –

	Vanno obbligatoriamente compilate tutte le schede. Regione prevede ad assolvere al debito informativo con il Ministero	Laboratorio di Microbiologia e Virologia - ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda Cà Granda Piazza Ospedale Maggiore 3 - 20162 Milano tel 02 6444.5816 - 5857 microbiologia@ospedaleniguarda.it I ceppi MDR sono inviati all'ISS, a cura del Laboratorio di Riferimento Regionale.
TULAREMIA	Le segnalazioni vanno inserite in MAINF. Vanno obbligatoriamente compilate tutte le schede. Regione provvede ad assolvere al debito informativo con il Ministero	
VARICELLA	Le segnalazioni vanno inserite in MAINF. Regione provvede ad assolvere al debito informativo con il Ministero	
ZIKA	Le segnalazioni vanno inserite in MAINF (è stata inserita nuova scheda specifica, con scheda dati aggiuntivi, che riprende quanto previsto dalla scheda ministeriale). a. <u>Periodo di attività del vettore (1 giugno-31 ottobre)</u>: la scheda va stampata e inviata per tutti i casi probabili e/o confermati, a: - Ministero (malinf@sanita.it); - ISS sorveglianza.epidemiologica@pec.iss.it, outbreak@iss.it), - Regione (mainf@regione.lombardia.it). b. <u>Periodo di ridotta attività del vettore (1 novembre - 30 maggio)</u>: il flusso sopraindicato riguarda solo i casi confermati. Per i dettagli sui flussi si rimanda a specifica circolare ministeriale aggiornata annualmente	I campioni per la conferma vanno inviati ai laboratori di riferimento per le arbovirosi, previa compilazione da parte della struttura richiedente dell'apposita SCHEDA DI NOTIFICA E SORVEGLIANZA ARBOVIROSI, allegata alla specifica circolare ministeriale, che va trasmessa contestualmente anche alla ATS di competenza insieme alla segnalazione. I laboratori di riferimento provvedono poi a trasmettere gli esiti alla struttura di diagnosi e alla ATS di competenza della struttura diagnosi. I laboratori di riferimento sono: - S.S. Virologia Molecolare, S.C. Microbiologia e Virologia Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo Via Taramelli, 5 - 27100 Pavia Tel. 0382.502.633 - 635 Fax 0382.502599 Referente: Prof. Fausto Baldanti f.baldanti@smatteo.pv.it f.rovida@smatteo.pv.it Orari consegna campioni: dal lunedì al venerdì, dalle ore 8:00 alle ore 20:00; il sabato dalle ore 8:00 alle ore 16:00 - U.O.C Microbiologia Clinica, Virologia e diagnostica delle Bioemergenze. ASST FBF-Sacco Via G.B. Grassi, 74 - 20157 Milano laboratorio.microbiologia@asst-fbf-sacco.it Tel. 02.39042240

		Fax: 02.39042313 Referente: Prof.ssa Maria Rita Gismondo
HERPES GENITALE URETRITI (SOLO PER CENTRI IST)	Le segnalazioni vanno inserite in MAINF. Vanno obbligatoriamente compilate tutte le schede. Le segnalazioni, e conseguentemente le notifiche, non possono essere anonime.	
URETRITI/CERVICO-VAGINITI-NG-NC, INCLUSA L'INFEZIONA DA TRICHOMONAS (SOLO PER CENTRI IST)	Le segnalazioni vanno inserite in MAINF. Vanno obbligatoriamente compilate tutte le schede. Le segnalazioni, e conseguentemente le notifiche, non possono essere anonime.	