



Regione Lombardia

LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° XI / 6387

Seduta del 16/05/2022

Presidente

ATTILIO FONTANA

Assessori regionali

LETIZIA MORATTI *Vice Presidente*

STEFANO BOLOGNINI

DAVIDE CARLO CAPARINI

RAFFAELE CATTANEO

RICCARDO DE CORATO

MELANIA DE NICHILLO RIZZOLI

PIETRO FORONI

STEFANO BRUNO GALLI

GUIDO GUIDESI

ALESSANDRA LOCATELLI

LARA MAGONI

ALESSANDRO MATTINZOLI

FABIO ROLFI

FABRIZIO SALA

MASSIMO SERTORI

CLAUDIA MARIA TERZI

Con l'assistenza del Segretario Enrico Gasparini

Su proposta dell'Assessore Letizia Moratti di concerto con gli Assessori Davide Carlo Caparini e Alessandra Locatelli

Oggetto

DETERMINAZIONI IN ORDINE AGLI INDIRIZZI DI PROGRAMMAZIONE PER L'ANNO 2022 – (DI CONCERTO CON GLI ASSESSORI CAPARINI E LOCATELLI)

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

I Direttori Generali/Centrali Giovanni Pavesi

Claudia Moneta

Manuela Giaretta

I Dirigenti Marco Cozzoli, Ida Fortino, Giovanni Delgrossi, Roberta Pavesi, Matteo Corradin, Rosetta Galiardo, Francesco Bortolan, Danilo Cereda, Marco Farioli, Sandro Piadena, Paola Palmieri, Marta Capatti

L'atto si compone di 289 pagine

di cui 273 pagine di allegati

parte integrante



Regione Lombardia

LA GIUNTA

VISTA la seguente normativa nazionale:

- il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 *“Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421”*;
- il D.P.R. 14 gennaio 1997 *“Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private”*;
- il decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 *“Codice in materia di protezione dei dati personali, recante disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento nazionale al regolamento (UE) n. 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE.”*, come modificato dal D.Lgs. 10/08/2018, n. 101 e dal decreto legge 8 ottobre 2021, n. 139 convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, L. 3 dicembre 2021, n. 205;
- il decreto legislativo 7 marzo 2005 n. 82 *“Codice dell'Amministrazione Digitale”* così come integrato e corretto dal decreto legislativo 13 dicembre 2017, n. 217;
- il decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81 *“Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro”*;
- il decreto legislativo 19 novembre 2008, n. 194 *“Disciplina delle modalità di rifinanziamento dei controlli sanitari ufficiali in attuazione del regolamento (CE) n. 882/2004”*;
- il decreto legislativo 27 ottobre 2009 n. 150 *“Attuazione della legge 4 marzo 2009 n. 15 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni”*;
- il decreto legge 13 maggio 2011, n. 70 convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, L. 12 luglio 2011, n. 106 *“Semestre Europeo – Prime disposizioni urgenti per l'economia”*;
- il decreto legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito in legge dall'art. 1, comma 1, legge 30 luglio 2010 n. 122 *“Misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica”*;
- il decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 *“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*



Regione Lombardia

LA GIUNTA

- finanziaria"* convertito in legge dall'art. 1, comma 1, legge 15 luglio 2011, n. 111;
- il decreto legge 6 luglio 2012 n. 95 *"Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini"*, convertito in legge n. 135/2012;
 - il decreto legge 18 ottobre 2012 n. 179, *"Ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese"*, convertito in legge 221/2012;
 - la legge 6 novembre 2012, n. 190 *"Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione."*;
 - il decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 *"Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni."* così come modificato dal decreto legislativo 25/05/2016, n. 97";
 - il decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39 *"Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190."*;
 - il decreto legge 21 giugno 2013, n. 69 *"Disposizioni urgenti per il rilancio dell'economia"*, convertito in legge n. 98/2013;
 - il decreto ministeriale 2 aprile 2015, n. 70 *"Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera"*;
 - il decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50 *"Attuazione delle direttive 2014/23/UE, 2014/24/UE e 2014/25/UE sull'aggiudicazione dei contratti di concessione, sugli appalti pubblici e sulle procedure d'appalto degli enti erogatori nei settori dell'acqua, dell'energia, dei trasporti e dei servizi postali, nonché per il riordino della disciplina vigente in materia di contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture"* come integrato dal decreto legislativo 19 aprile 2017, n. 56";
 - il Piano Nazionale della Cronicità di cui all'Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016;
 - il DPCM 12 gennaio 2017 *"Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502"*;
 - il decreto legge 14 dicembre 2018 n. 135 *"Disposizioni urgenti in materia di sostegno e semplificazione per le imprese e per la pubblica amministrazione"*;
 - il Decreto del Ministero della Salute del 12 marzo 2019 *"Nuovo sistema di*



Regione Lombardia

LA GIUNTA

garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria.";

- *il decreto legge 30 aprile 2019, n. 35 "Misure emergenziali per il servizio sanitario della Regione Calabria e altre misure urgenti in materia sanitaria" convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, L. 25 giugno 2019, n. 60;*
- *il Decreto del Ministero della Salute 24 maggio 2019 "Adozione dei nuovi modelli di rilevazione economica Conto Economico (CE), Stato Patrimoniale (SP), dei costi di Livelli essenziali di Assistenza, (LA) e Conto del Presidio (CP), degli enti del Servizio sanitario nazionale.";*
- *il Decreto del Ministero della Salute del 20 giugno 2019 istitutivo dell'Osservatorio Nazionale sulle Liste di Attesa;*
- *il decreto legge 26 ottobre 2019, n. 124 "Disposizioni urgenti in materia fiscale e per esigenze indifferibili" convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, L. 19 dicembre 2019, n. 157;*
- *il decreto legge 16 luglio 2020, n. 76 "Misure urgenti per la semplificazione e l'innovazione digitale" convertito, con modificazioni, dalla L. 11 settembre 2020 n. 120;*
- *il decreto legge 14 agosto 2020 n. 104 "Misure urgenti per il sostegno e il rilancio dell'economia, convertito con modificazioni dall'art. 1, comma 1, della legge 13 ottobre 2020, n. 126;*
- *il decreto legge 28 ottobre 2020, n. 137, convertito, con modificazioni, dalla legge 18 dicembre 2020, n. 176, recante "Ulteriori misure urgenti in materia di tutela della salute, sostegno ai lavoratori e alle imprese, giustizia e sicurezza, connesse all'emergenza epidemiologica da Covid-19";*
- *il decreto legge 22 marzo 2021, n. 41 "Misure urgenti in materia di sostegno alle imprese e agli operatori economici, di lavoro, salute e servizi territoriali, connesse all'emergenza da COVID-19" convertito, con modificazioni, in Legge 21.05.2021, n. 69;*
- *il decreto legge 25 maggio 2021, n. 73 "Misure urgenti connesse all'emergenza da COVID-19, per le imprese, il lavoro, i giovani, la salute e i servizi territoriali", convertito con modificazioni dalla L. 23 luglio 2021, n. 106;*
- *il decreto legge 31 maggio 2021, n. 77, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 luglio 2021, n. 108, recante "Governance del Piano nazionale di ripresa e resilienza e prime misure di rafforzamento delle strutture amministrative e di accelerazione e snellimento delle procedure";*
- *il decreto legge 6 novembre 2021, n. 152 "Disposizioni urgenti per l'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per la prevenzione delle infiltrazioni mafiose" convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, L. 29 dicembre 2021, n. 233.";*



Regione Lombardia

LA GIUNTA

- il decreto legge 30 dicembre 2021, n. 228 *“Disposizioni urgenti in materia di termini legislativi.”* convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, L. 25 febbraio 2022, n. 15;
- il decreto legge 9 giugno 2021, n. 80 *“Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia.”*;
- il decreto legge 30 dicembre 2021, n. 228 *“Disposizioni urgenti in materia di termini legislativi”*;
- il decreto legge 30 aprile 2022, n. 36 *“Ulteriori misure urgenti per l'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR).”*;

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

VISTE altresì:

- la legge 30 dicembre 2018, n. 145 *“Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021”*;
- la legge 27 dicembre 2019, n. 160 *“Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2020 e bilancio pluriennale per il triennio 2020-2022”*;
- la legge 30 dicembre 2020, n. 178 *“Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2021 e bilancio pluriennale per il triennio 2021-2023”*;
- la legge 30 dicembre 2021, n. 234 *“Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024”*;

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

VISTE altresì:

- la legge regionale 31 marzo 1978 n. 34 *“Norme sulle procedure della programmazione, sul bilancio e sulla contabilità della Regione”*;
- la legge regionale 30 agosto 2008 n. 1 *“Legge Regionale statutaria”*;
- la legge regionale n. 25 del 28 dicembre 2020 *“Disposizioni per l'attuazione della programmazione economico-finanziaria regionale, ai sensi dell'articolo*



Regione Lombardia

LA GIUNTA

9 ter della l.r. 31 marzo 1978, n. 34 (Norme sulle procedure della programmazione, sul bilancio e sulla contabilità della Regione) - Collegato 2021”;

- la legge regionale 30 dicembre 2019, n. 4 "Legge di stabilità 2020 – 2022”;
- la legge regionale 30 dicembre 2019, n. 26 "Bilancio di previsione 2020 - 2022”;
- la legge regionale 7 agosto 2020, n. 18 "Assestamento al bilancio 2020 – 2022 con modifiche di leggi regionali”;
- la legge regionale 28 dicembre 2020, n. 26 "Legge di stabilità 2021-2023”;
- la legge regionale 29 dicembre 2020, n. 27 "Bilancio di previsione 2021 – 2023”;
- la legge regionale del 6 agosto 2021 n. 15 "Assestamento al bilancio 2021-2023 con modifiche di leggi regionali”;
- la legge regionale 27 dicembre 2021, n. 25 "Legge di stabilità 2022-2024”;

RICHIAMATI i seguenti documenti di programmazione regionale:

- il "Programma Regionale di Sviluppo della XI Legislatura" presentato dalla Giunta con D.G.R. n. XI/154 del 29 maggio 2018 e approvato dal Consiglio regionale con D.C.R. n. XI/64 del 10 luglio 2018;
- la D.G.R. XI/3316 del 30 giugno 2020 "Documento di economia e finanza regionale 2020 - da inviare al Consiglio regionale”;
- la D.G.R. XI/3747 del 30 ottobre 2020 "Approvazione della proposta di progetto di legge "Bilancio di previsione 2021-2023" e del relativo documento tecnico di accompagnamento”;
- la D.G.R. XI/3748 del 30 ottobre 2020 "Nota di aggiornamento al Documento di Economia e Finanza regionale”;
- la D.G.R. n. XI/4934 del 29 giugno 2021 "Proposta di Documento di Economia e Finanza regionale 2021 - da inviare al Consiglio regionale”;
- la D.G.R. XI/5439 del 29 ottobre 2021 "Nota di aggiornamento al Documento di Economia e Finanza regionale NADEFR 2021”;
- la D.G.R. XI/5486 del 8 novembre 2021 "Integrazione alla nota di aggiornamento al Documento di Economia e Finanza regionale – NADEFR 2021”;

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

- la D.G.R. n. XI/4232 del 29 gennaio 2021 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sanitario e sociosanitario per l'esercizio 2021 – quadro economico programmatico”;
- la D.G.R. XI/5339 del 4 ottobre 2021 "Determinazioni in ordine alla



Regione Lombardia

LA GIUNTA

-
- gestione del servizio sanitario e sociosanitario per l'esercizio 2021 – quadro economico programmatico - secondo provvedimento”;
- la DGR n. XI/4508 del 1 aprile 2021 ad oggetto “Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l'anno 2021”;

RICHIAMATE inoltre:

- la DGR n. XI/3264 del 16 giugno 2020 “Piano di riordino della rete ospedaliera: attuazione dell'art. 2 del D.L. 34/2020”;
- la DGR n. XI/3987 del 14 dicembre 2020 “Recepimento del Piano nazionale della prevenzione 2020 – 2025, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della L. 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, dell'Intesa Stato-Regioni del 6 agosto 2020, ed impegno ad assumere nel Piano regionale della prevenzione 2020-2025, la visione, i principi, le priorità e la struttura dello stesso”;
- la DGR n. XI/4385 del 3 marzo 2021 “Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per gli investimenti in Sanità per il periodo 2021-2028” e successivi provvedimenti: D.G.R. n. XI/4928 del 21/06/21; D.G.R. n. XI/5066 del 19/07/2021; D.G.R. n. XI/5160 e 5161 del 02/08/2021; D.G.R. n. XI/5281 del 27/09/2021 e D.G.R. n. XI/5551 del 23/11/2021;
- la D.G.R. n. XI/5389 del 18 ottobre 2021 “Approvazione della proposta di Piano regionale di Prevenzione 2021-2025, ai sensi delle Intese Stato-Regioni del 6 agosto 2020 e del 5 maggio 2021 (proposta di delibera consiliare)”;
- la D.G.R. n. XI/5827 del 29 dicembre 2021 “Ulteriori determinazioni in ordine alle spese connesse all'emergenza epidemiologica da covid-19 sostenute da Aria spa”;
- la D.G.R. n. XI/5832 del 29 dicembre 2021 “Determinazioni in ordine agli obiettivi delle Agenzie di Tutela della Salute (A.T.S.), delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (A.S.S.T.) e dell'Azienda Regionale Emergenza Urgenza (A.R.E.U.) – anno 2022”;
- la D.G.R. n. XI/5835 del 29 dicembre 2021 “Programma investimenti art. 20 legge 67/88 – nuovo atto integrativo dell'Accordo di Programma Quadro per il settore degli investimenti sanitari. Approvazione documento programmatico, schede tecniche e relazioni descrittive degli interventi - (atto da trasmettere al consiglio regionale)”;
- la D.G.R. n. XI/5850 del 17 gennaio 2022 “Piano di riordino della rete ospedaliera: attuazione dell'art. 2 del D.L. 34/2020. DGR n. XI/3264/2020. DGR n. XI/4468/2021. secondo riallineamento del piano”;
- la D.G.R. n. XI/5883 del 24 gennaio 2022 “Misure per la riduzione dei tempi d'attesa – approvazione del nuovo modello di remunerazione delle



Regione Lombardia

LA GIUNTA

prestazioni”;

- la D.G.R. n. XI/5943 del 7 febbraio 2022 *“Determinazioni inerenti la rete regionale di prenotazione”;*
- la D.G.R. n. XI/6002 del 21 febbraio 2022 *“Determinazioni in merito al Piano per le liste di attesa 2022”;*
- la D.G.R. n. XI/5970 del 14 febbraio 2022 *“Determinazioni in ordine al programma di investimento per l’esercizio finanziario 2022”;*
- la D.G.R. n. XI/6005 del 25 febbraio 2022 *“Approvazione della proposta di “Piano strategico operativo regionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PANFLU 2021 – 2023) Regione Lombardia, in attuazione dell’Accordo Stato-Regioni, ai sensi dell’articolo 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento «Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PANFLU 2021-2023)» - (proposta di delibera consiliare);*
- la D.G.R. n. XI/6027 del 1 marzo 2022 *“Programma regionale straordinario investimenti in Sanità – Ulteriori determinazioni conseguenti alle deliberazioni di Giunta regionale n. XI/5161/2021 e XI/5941/2022 – Investimenti in strutture territoriali”;*
- la D.G.R. n. XI/6278 del 11 aprile 2022 *“Linee guida regionali per l’adozione dei piani di organizzazione aziendale strategici (POAS) delle Agenzie di Tutela della Salute (ATS), delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST), delle Fondazioni Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) di diritto pubblico della Regione Lombardia e dell’Agenzia Regionale Emergenza e Urgenza (AREU)” - (a seguito di parere della Commissione Consiliare);*
- la D.G.R. n. XI/6282 del 13 aprile 2022 *“Ulteriori determinazioni in merito all’attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza - missione 6c1: reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale – stanziamento delle risorse destinate agli interventi finalizzati alla realizzazione di case di comunità (1.1), ospedali di comunità (1.3.) e centrali operative territoriali (1.2.2 cot) ex DGR n. 6080/2022”;*
- la D.G.R. n. XI/6277 del 11 aprile 2022 *“Determinazioni in materia di personale - anno 2022”;*
- la D.G.R. n. XI/6255 del 11 aprile 2022 *“Misure per la riduzione dei tempi d’attesa – estensione delle aree di intervento previste dalla DGR XI/5883 del 24.1.2022”;*
- la D.G.R. n. XI/6254 del 11 aprile 2022 *“Programma degli investimenti in Sanità – rimodulazione e proroghe scadenze di alcuni interventi in corso di attuazione ricompresi nei programmi di investimento in materia di edilizia sanitaria. 1° provvedimento 2022”;*



Regione Lombardia

LA GIUNTA

-
- la D.G.R. n. XI/6297 del 26 aprile 2022 “DD.G.R. nn. XI/3471 del 5/8/20, XI/4200 del 18/01/21 e 5156 del 2/8/21 - Ulteriori determinazioni in ordine all'attuazione della l.r. 33/2009 art. 21 concernente l'utilizzo esclusivo del sistema di prenotazione regionale da parte delle strutture sanitarie pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie per conto del SSN. Regole di esposizione, monitoraggio e remunerazione delle prestazioni oggetto di prenotazione obbligatoria sulla rete regionale di prenotazione”;

RICHIAMATA in particolare la D.G.R. n. XI/5941 del 07/02/2022 “Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sanitario e sociosanitario per l'esercizio 2022 – quadro economico programmatico” che ha definito, al fine di dare continuità all'assistenza sanitaria e sociosanitaria nel rispetto dell'equilibrio delle risorse rese disponibili dal bilancio per l'anno 2022, la previsione per macroaree dell'impiego delle risorse per il funzionamento del sistema socio-sanitario regionale;

RITENUTO necessario definire gli indirizzi di programmazione del Servizio Sanitario Regionale per l'esercizio 2022 di cui ai seguenti allegati, parti integranti e sostanziali del presente provvedimento:

- All. 1 - Indirizzi di Programmazione;
- All. 2 - Indirizzi sul proseguimento della campagna vaccinale anticovid – 19;
- All. 3 - Presa in carico del paziente cronico;
- All. 4 - Osservatorio Epidemiologico Regionale;
- All. 5 - Polo Ospedaliero;
- All. 6 - Negoziazione Area Sanitaria;
 - All. 6 Sub a - Schema di contratto per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra ATS e soggetto erogatore di prestazioni di ricovero e assistenza;
 - All. 6 Sub b - Scheda di Budget;
- All. 7 - Polo Territoriale;
 - All. 7 Sub a - Schema di contratto per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra ATS e soggetto gestore di unità d'offerta sociosanitarie accreditate;
 - All. 7 Sub b - Scheda di Budget;
 - All. 7 Sub c Contratto Per La Definizione Dei Rapporti Giuridici Ed Economici Per La Realizzazione Della Sperimentazione “CASE Management” Di Cui Alla D.G.R. 392/2013 E S.M.I.;
 - All. 7 Sub d Contratto per la definizione dei rapporti giuridici ed



Regione Lombardia

LA GIUNTA

economici per la realizzazione della sperimentazione afferente all'area della riabilitazione ambulatoriale e diurna territoriale extra ospedaliera per minori disabili di cui alla Dgr 3239/2012 E S.m.i.;

- o All. 7 Sub e Protocollo di gestione post emergenza Covid 19 Rete Territoriale;

- All. 8 – Personale;
- All. 9 - La Funzione di Internal Auditing;
- All. 10 – Farmaceutica;
- All. 11 – Prevenzione;
- All. 12 – Veterinaria;
- All. 13 - Ruolo delle ATS nell'applicazione della programmazione regionale nei territori;
- All. 14 Controllo di Gestione e HTA;
- All. 15 Sistemi Informativi;
- All. 16 Acquisti;

DATO ATTO che l'attuazione degli obiettivi del sistema sarà successivamente dettagliata in specifici provvedimenti che contribuiranno, insieme al quadro economico di finanziamento approvato con la sopracitata DGR n. XI/5941/22, al raggiungimento degli obiettivi delineati negli allegati al presente provvedimento;

VALUTATO di integrare la D.G.R. n. XI/5941/2022 – allegato n. 1 *“Inquadramento economico: il quadro del sistema per l'anno 2022”* e allegato n. 2 – *“Indicazioni specifiche per gli enti sanitari del sistema socio-sanitario regionale”* come di seguito specificato:

- Allegato 1 *“Inquadramento economico: quadro del sistema per l'anno 2022”*: considerata la stima di ripresa della produzione di prestazioni di ricovero e ambulatoriali anche per mobilità attiva extraregione, le risorse per il finanziamento del sistema socio-sanitario regionale 2022 sono integrate di Euro 110.000.000,00 resi disponibili a valere dell'apposito accantonamento effettuato nella GSA nell'esercizio 2020 e registrato nella contabilità regionale al capitolo 12090 – imp. 2020/19775;
- Allegato n. 2 – *“Indicazioni specifiche per gli enti sanitari del sistema socio-sanitario regionale”*:



Regione Lombardia

LA GIUNTA

Monitoraggio delle giacenze di cassa degli enti del sistema sanitario regionale

Considerato che il monitoraggio delle giacenze di cassa da parte dell'amministrazione regionale è strumento fondamentale per il governo delle risorse del sistema, gli enti sanitari di cui alla L.R. n. 30/2006, per il tramite dei propri istituti tesorieri, rendono disponibili agli uffici della Giunta regionale competenti in materia di bilancio e finanza (*Direzione Centrale Bilancio e finanza, U.O. Risorse economico-finanziarie del sistema socio sanitario*) senza alcun onere a carico dell'Amministrazione, i saldi della giacenza di cassa al termine di ciascuna settimana. Con nota della DC Bilancio e Finanza verranno fornite le indicazioni operative. Al fine di semplificare e informatizzare la procedura di trasmissione del saldo della giacenza di cassa, nel corso del 2022 si procederà a informatizzare il flusso dei dati dagli istituti tesorieri a Regione Lombardia e il processo interno di elaborazione dei dati per azienda. A tal fine sarà condotta una sperimentazione su un campione di istituti, funzionale a verificare i requisiti e a testare le modalità implementative, cui seguirà la messa a regime del processo.

DPC farmaci e dispositivi – acquisti centralizzati ATS Bergamo

In ordine alla gestione finanziaria delle diverse tipologie di DPC governate centralmente dall'ATS di Bergamo (*A-PHT, Dispositivi per il diabete e Vaccini Influenzali*), si raccomanda alle restanti ATS la massima collaborazione nel garantire il pagamento delle note di debito emesse dall'ATS capofila entro 30 giorni dal ricevimento, precisando che il rispetto delle scadenze in argomento costituirà obiettivo per i Direttori Generali, in aggiunta agli obiettivi definiti con DGR n. XI/5832 del 29.12.2021, prevedendo una decurtazione di 5 punti;

CONSIDERATO che, in conseguenza del perdurare della situazione di crisi a tutto il 2021, come confermata con D.L. 22 luglio 2021 di proroga dello stato di emergenza al 31 dicembre 2021, ARIA S.p.A. ha proseguito le attività di approvvigionamento dei dispositivi di protezione individuale e di altri beni sanitari, al fine di dotare le strutture e gli operatori sanitari di quanto necessario in carenza delle forniture di competenza del Commissario Straordinario e, con DGR XI/5827 del 29.12.2021, è stata disposta la copertura finanziaria degli ulteriori costi derivanti dai suddetti acquisti di competenza 2021, fino a un massimo di Euro 7.000.000,00,



Regione Lombardia

LA GIUNTA

assicurata a valere del capitolo 14287, previa variazione di bilancio disposta con DGR n. XI/5654 del 30.11.2021;

DATO ATTO che da successive rivalutazioni effettuate in ordine agli incarichi ordinari affidati nel 2021 ad Aria dalla DG Welfare, in attuazione dell'art. 4 comma 5 della Convenzione Quadro ex DGR n. XI/2690 del 23/12/2019 e imputati al capitolo 8380, è emersa una minore spesa complessiva di circa 8 ml/Euro;

STABILITO pertanto, con riguardo alle spese connesse all'emergenza epidemiologica da covid-19 sostenute da ARIA spa per l'anno 2021:

- di ricondurre gli ulteriori costi previsti dalla DGR 5827/2021 per DPI e altri beni sanitari per COVID nei limiti delle spese già autorizzate ad ARIA per gli incarichi ordinari 2021 imputati al capitolo 8380, ridestinando quota parte delle minori spese ordinarie 2021 alla copertura dei predetti costi, tenendo conto altresì che, nel frattempo, la Società informava (nota ARIA prot.G1.2022.0013528) che i costi definitivi a carico di Regione Lombardia ammontano a Euro 4.609.321;
- che con successivi provvedimenti si procederà alla rimodulazione degli incarichi ordinari interessati dalla riduzione, alla ridefinizione della copertura contabile dei costi ex DGR n. 5827/2021 come sopra specificato e a ricondurre la somma di Euro 7.000.000 alla GSA, previo annullamento dell'impegno 2021/3638 registrato al capitolo 14287;

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

VISTA in particolare la legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 "*Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità*" e successive modifiche e integrazioni, come da ultimo modificata con legge regionale n. 22 del 14 dicembre 2021 "*Modifiche al Titolo I e al Titolo VII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)*";

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

VAGLIATE ed ASSUNTE come proprie le predette determinazioni;

A voti unanimi espressi nelle forme di legge;



Regione Lombardia

LA GIUNTA

DELIBERA

1. di definire gli indirizzi di programmazione del Servizio Sanitario Regionale per l'esercizio 2022 di cui ai seguenti allegati, parti integranti e sostanziali del presente provvedimento:
 - All. 1 - Indirizzi di Programmazione;
 - All. 2 - Indirizzi sul proseguimento della campagna vaccinale anticovid – 19;
 - All. 3 - Presa in carico del paziente cronico;
 - All. 4 - Osservatorio Epidemiologico Regionale;
 - All. 5 - Polo Ospedaliero;
 - All. 6 - Negoziazione Area Sanitaria;
 - All. 6 Sub a - Schema di contratto per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra ATS e soggetto erogatore di prestazioni di ricovero e assistenza;
 - All. 6 Sub b - Scheda di Budget;
 - All. 7 - Polo Territoriale;
 - All. 7 Sub a - Schema di contratto per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra ATS e soggetto gestore di unità d'offerta sociosanitarie accreditate;
 - All. 7 Sub b - Scheda di Budget;
 - All. 7 Sub c Contratto Per La Definizione Dei Rapporti Giuridici Ed Economici Per La Realizzazione Della Sperimentazione "CASE Management" Di Cui Alla D.G.R. 392/2013 E S.M.I.;
 - All. 7 Sub d Contratto per la definizione dei rapporti giuridici ed economici per la realizzazione della sperimentazione afferente all'area della riabilitazione ambulatoriale e diurna territoriale extra ospedaliera per minori disabili di cui alla Dgr 3239/2012 e S.m.i.;
 - All. 7 Sub e Protocollo di gestione post emergenza Covid 19 Rete Territoriale;
 - All. 8 – Personale;
 - All. 9 - La Funzione di Internal Auditing;
 - All. 10 – Farmaceutica;
 - All. 11 – Prevenzione;
 - All. 12 – Veterinaria;



Regione Lombardia

LA GIUNTA

- All. 13 - Ruolo delle ATS nell'applicazione della programmazione regionale nei territori;
 - All. 14 Controllo di Gestione e HTA;
 - All. 15 Sistemi Informativi;
 - All. 16 Acquisti.
2. di dare atto che l'attuazione degli obiettivi del sistema sarà successivamente dettagliata in specifici provvedimenti che contribuiranno, insieme al quadro economico di finanziamento approvato con la sopracitata DGR n. XI/5941/22, al raggiungimento degli obiettivi delineati negli allegati al presente provvedimento;
3. di integrare la D.G.R. n. XI/5941/2022 – allegato n. 1 “Inquadramento economico: il quadro del sistema per l'anno 2022” e allegato n. 2 – “Indicazioni specifiche per gli enti sanitari del sistema socio-sanitario regionale” come di seguito specificato:
- Allegato 1 “Inquadramento economico: quadro del sistema per l'anno 2022”: considerata la stima di ripresa della produzione di prestazioni di ricovero e ambulatoriali anche per mobilità attiva extraregione, le risorse per il finanziamento del sistema socio-sanitario regionale 2022 sono integrate di Euro 110.000.000,00 resi disponibili a valere dell'apposito accantonamento effettuato nella GSA nell'esercizio 2020 e registrato nella contabilità regionale al capitolo 12090 – imp. 2020/19775;
 - Allegato n. 2 – “Indicazioni specifiche per gli enti sanitari del sistema socio-sanitario regionale”:

Monitoraggio delle giacenze di cassa degli enti del sistema sanitario regionale

Considerato che il monitoraggio delle giacenze di cassa da parte dell'amministrazione regionale è strumento fondamentale per il governo delle risorse del sistema, gli enti sanitari di cui alla L.R. n. 30/2006, per il tramite dei propri istituti tesoriери, rendono disponibili agli uffici della Giunta regionale competenti in materia di bilancio e finanza (*Direzione Centrale Bilancio e finanza, U.O. Risorse economico-finanziarie del sistema socio sanitario*) senza alcun onere a carico dell'Amministrazione, i saldi della giacenza di cassa al termine di ciascuna settimana. Con nota della DC Bilancio e Finanza verranno



Regione Lombardia

LA GIUNTA

fornite le indicazioni operative.

Al fine di semplificare e informatizzare la procedura di trasmissione del saldo della giacenza di cassa, nel corso del 2022 si procederà a informatizzare il flusso dei dati dagli istituti tesorieri a Regione Lombardia e il processo interno di elaborazione dei dati per azienda. A tal fine sarà condotta una sperimentazione su un campione di istituti, funzionale a verificare i requisiti e a testare le modalità implementative, cui seguirà la messa a regime del processo.

DPC farmaci e dispositivi – acquisti centralizzati ATS Bergamo

In ordine alla gestione finanziaria delle diverse tipologie di DPC governate centralmente dall'ATS di Bergamo (*A-PHT, Dispositivi per il diabete e Vaccini Influenzali*), si raccomanda alle restanti ATS la massima collaborazione nel garantire il pagamento delle note di debito emesse dall'ATS capofila entro 30 giorni dal ricevimento, precisando che il rispetto delle scadenze in argomento costituirà obiettivo per i Direttori Generali, in aggiunta agli obiettivi definiti con DGR n. XI/5832 del 29.12.2021, prevedendo una decurtazione di 5 punti;

4. di dare atto che, in conseguenza del perdurare della situazione di crisi a tutto il 2021, come confermata con D.L. 22 luglio 2021 di proroga dello stato di emergenza al 31 dicembre 2021, ARIA S.p.A. ha proseguito le attività di approvvigionamento dei dispositivi di protezione individuale e di altri beni sanitari, al fine di dotare le strutture e gli operatori sanitari di quanto necessario in carenza delle forniture di competenza del Commissario Straordinario e, con DGR XI/5827 del 29.12.2021, è stata disposta la copertura finanziaria degli ulteriori costi derivanti dai suddetti acquisti di competenza 2021, fino a un massimo di Euro 7.000.000,00, assicurata a valere del capitolo 14287, previa variazione di bilancio disposta con DGR n. XI/5654 del 30.11.2021;
5. di dare atto altresì che da successive rivalutazioni effettuate in ordine agli incarichi ordinari affidati nel 2021 ad Aria dalla DG Welfare, in attuazione dell'art. 4 comma 5 della Convenzione Quadro ex DGR n. XI/2690 del 23/12/2019 e imputati al capitolo 8380, è emersa una minore spesa complessiva di circa 8 ml/Euro;
6. di stabilire pertanto, con riguardo alle spese connesse all'emergenza



Regione Lombardia

LA GIUNTA

epidemiologica da covid-19 sostenute da ARIA spa per l'anno 2021:

- di ricondurre gli ulteriori costi previsti dalla DGR 5827/2021 per DPI e altri beni sanitari per COVID nei limiti delle spese già autorizzate ad ARIA per gli incarichi ordinari 2021 imputati al capitolo 8380, ridestinando quota parte delle minori spese ordinarie 2021 alla copertura dei predetti costi, tenendo conto altresì che, nel frattempo, la Società informava (nota ARIA prot.G1.2022.0013528) che i costi definitivi a carico di Regione Lombardia ammontano a Euro 4.609.321;
- che con successivi provvedimenti si procederà alla rimodulazione degli incarichi ordinari interessati dalla riduzione, alla ridefinizione della copertura contabile dei costi ex DGR n. 5827/2021 come sopra specificato e a ricondurre la somma di Euro 7.000.000 alla GSA, previo annullamento dell'impegno 2021/3638 registrato al capitolo 14287;

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

IL SEGRETARIO

ENRICO GASPARINI

Atto firmato digitalmente ai sensi delle vigenti disposizioni di legge

Indirizzi di Programmazione 2022

Sommario

IL CONTESTO DI RIFERIMENTO	1
GLI OBIETTIVI PER IL 2022.....	2
Attuazione della Legge regionale n. 22/2021	2
Attuazione del PNRR	4
Recupero delle prestazioni e contenimento delle liste di attesa	5
Digitalizzazione del sistema sanitario: nuovo Sistema Informativo Socio Sanitario e telemedicina	7
Potenziamento della medicina territoriale e ruolo degli MMG nella presa in carico.....	8
Potenziamento dei servizi territoriali	9
Maggior governo del privato	9
Modernizzazione degli ospedali con investimenti in sanità	10
Agenzia per la Prevenzione delle malattie infettive	11
Nuovo IRCCS San Gerardo di Monza.....	12
Programma di recupero dell'efficienza energetica per la sostenibilità ambientale ed economica	12

IL CONTESTO DI RIFERIMENTO

L'anno 2021 si è caratterizzato per molteplici novità nell'ambito del sistema paese: il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza ha avviato un profondo rinnovamento di tutte le linee di attività in conseguenza della pandemia da Covid-19.

In particolare il Governo, attraverso la missione 6 del Piano, ha inteso finanziare due direttrici sulla salute: da un lato le reti di prossimità attraverso la realizzazione di strutture e presidi territoriali (Case di Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali), dall'altro l'innovazione la ricerca e la digitalizzazione del sistema sanitario nazionale.

Col Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza è stato, inoltre, introdotto il concetto di casa come primo luogo di cura della persona: in tale contesto a partire dal 2022 e per i prossimi anni un'attenzione sempre crescente sarà riservata ai servizi di Assistenza Domiciliare che dovrà garantire l'obiettivo, entro il 2026, di prendere in carico almeno il 10% delle persone presso il domicilio. Per tale attività a livello nazionale sono stati stanziati 2,72 miliardi di euro per i prossimi 5 anni a partire dall'esercizio 2022: Regione Lombardia avvierà a tal proposito una profonda riorganizzazione dell'Assistenza Domiciliare orientata a potenziare l'offerta degli erogatori pubblici.

Il 2021 è stato anche l'anno in cui Regione Lombardia ha nuovamente ripreso il ruolo di leadership a livello nazionale in materia sanitaria grazie ad alcuni importanti interventi e risultati:

- la campagna vaccinale contro il Covid-19 che ha portato la Lombardia ad essere la prima regione per somministrazioni;
- Il nuovo ruolo assunto nell'ambito della Commissione Salute a livello nazionale;
- Il ruolo di regione di riferimento nazionale in materia di telemedicina su cui il PNRR ha appostato 1 miliardo di euro;
- La prima regione ad adottare una normativa che fa propri i principi del PNRR.

Tutte queste azioni sono state messe in campo garantendo, anche per il 2021, l'equilibrio di bilancio, unica regione in Italia: nonostante tutti costi sostenuti per fronte alla pandemia attraverso il potenziamento dei servizi di diagnosi, la realizzazione e la gestione di un importante numero di centri vaccinali che ha consentito la vaccinazione di oltre il 90% della popolazione vaccinabile contro il Covid, l'importante investimento sul personale in tutte le aree erogative e di assistenza, gli incrementi tariffari della legge regionale n. 24/2020 per sostenere il sistema sociosanitario, Regione Lombardia ha consolidato il pareggio di bilancio.

In questo contesto è stata approvata dal Consiglio Regionale la legge regionale n. 22/2021 che ha profondamente innovato il sistema sanitario, in particolare nella sua componente di assistenza territoriale e di prossimità per avvicinare la sanità ai cittadini al fine di rispondere alla necessità evidenziata dalla pandemia di potenziare le strutture di prossimità aumentando nella capillarità.

GLI OBIETTIVI PER IL 2022

Attuazione della Legge regionale n. 22/2021

L'approvazione della legge regionale n. 22/2021 di potenziamento del sistema sociosanitario lombardo, ha previsto una serie di adempimenti legislativi al fine di dare seguito concretamente alla sua attuazione.

In particolare:

Il potenziamento della rete territoriale deve essere realizzato e portato a compimento entro tre anni dal 30 Dicembre 2021, data di entrata in vigore della citata legge regionale 22.

Uno dei primi importanti passi dettati dal legislatore per attuare la legge è l'istituzione dei distretti in capo alle ASST da parte delle stesse, con contestuale attribuzione di responsabilità al direttore sociosanitario nelle more dell'attribuzione dell'incarico di direttore di distretto da parte del direttore generale secondo quanto previsto dal comma 7 bis dell'articolo 7 bis della legge 33/2009 come modificata dalla 22/2021.

Con deliberazione della giunta regionale n. 6026 del 1/03/2022 sono state adottate le linee guida per la realizzazione dei POAS delle ATS, ASST, Fondazioni IRCSS e Areu. Particolare attenzione dovrà essere posta all'istituzione dei dipartimenti di cure primarie e dei dipartimenti funzionali

di prevenzione nelle ASST che devono essere progressivamente portati a regime entro i successivi nove mesi dall'approvazione della legge regionale 22/2021.

La riformulazione dell'art. 2 della l.r. 33/2009 sulla conferenza dei sindaci, comporta l'adozione da parte della Giunta regionale di un nuovo regolamento che disciplini il funzionamento della stessa e degli ulteriori organismi previsti sempre dalla citata disposizione rappresentativi delle autonomie locali.

Nell'ambito della Direzione Generale Welfare è stato costituito il comitato di coordinamento composto dal Direttore Generale Welfare e dai Direttori Generali delle ATS e da dieci Direttori Generali delle ASST che ha il compito di elaborare linee di indirizzo per l'attuazione della programmazione regionale sanitaria e sociosanitaria.

La legge 22 è stata approvata a seguito di numerose interlocuzioni, audizioni e confronti sulle idee che hanno portato ad accogliere tante proposte provenienti da vari attori del sistema socio sanitario. In tale ottica il legislatore ha previsto l'istituzione di vari organismi al fine di garantire la massima partecipazione di tali soggetti nell'attuazione della riforma sanitaria.

Si evidenzia, in particolare, l'istituzione:

- del comitato di rappresentanza delle professioni sanitarie del quale fanno parte rappresentanti della Regione, degli ordini e collegi delle professioni sanitarie quale organismo di consultazione e supporto agli atti di programmazione regionale. Tale Comitato rende parere obbligatorio in merito alla proposta di piano sociosanitario regionale di cui all'art. 4 della legge regionale 22/2021 e ai conseguenti indirizzi programmatici regionali di interesse del comitato stesso;
- del comitato di indirizzo cure primarie, composto da dirigenti della direzione generale Welfare, con funzioni di coordinamento, e da rappresentanti della medicina territoriale e degli infermieri di famiglia e comunità, con il compito di predisporre annualmente linee guida per la presa in carico dei pazienti affetti da malattie croniche, nonché per la programmazione della formazione dei MMG e degli infermieri di famiglia e comunità.
- di un forum di confronto permanente con le associazioni di pazienti, le associazioni ospedaliere adeguatamente formate e le società scientifiche di settore che ha per obiettivi principali il confronto sugli standard qualitativi dei dispositivi e dei presidi medici, l'apporto alla ricerca clinica e, in relazione alle competenze sviluppate e presenti all'interno delle associazioni, la collaborazione alla predisposizione e all'aggiornamento dei piani diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA).
- del tavolo regionale di confronto permanente con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello regionale e il forum del terzo settore per l'espressione di pareri sul PSSL, sugli indirizzi annuali di programmazione regionale e sui piani pluriennali.
- dell'osservatorio regionale con la partecipazione delle associazioni di rappresentanza dei comuni, degli enti gestori e delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative

da istituire con decreto della direzione generale competente in materia sanitaria e sociosanitaria.

Obiettivo per il 2022 sarà l'adozione, da parte della giunta regionale, di tutti i provvedimenti previsti per dare attuazione a tali disposizioni. Nel corso del 2022 sarà inoltre resa effettivamente operativa la nuova rete dei distretti secondo le previsioni della legge regionale n. 22/2021.

In considerazione della sempre crescente età della popolazione e della necessità di prevedere strutture dedicate alla cura delle patologie in età geriatrica con particolare riferimento alle persone affette da patologie croniche che vivono in aree metropolitane, nel 2022 sarà costituito un tavolo tecnico di lavoro per valutare, ai sensi di quanto previsto dall'articolo 7, comma 19 della legge regionale n. 33/2009, un polo geriatrico-riabilitativo quale struttura di riferimento per l'intera area metropolitana di Milano.

Attuazione del PNRR

Il decreto di riparto, attuativo del Piano nazionale di ripresa e resilienza, ha determinato che in Lombardia vi siano 187 case di comunità, 64 Ospedali di comunità e 101 Centrali Operative territoriali da realizzarsi entro il 2026. La legge regionale n. 22/2021 ha dato tempi ancor più stringenti per la realizzazione del potenziamento della rete territoriale: entro il 2022 dovranno essere realizzate il 40% delle strutture territoriali previste dal PNRR.

Ciò significa che già nel corso del 2022 dovranno essere realizzate almeno 75 case di comunità, 26 ospedali di comunità e 40 centrali operative territoriali.

Nel mese di settembre con deliberazione n. 5195 del 6 Settembre 2021 si è dato avvio alla prima individuazione per la realizzazione delle nuove strutture territoriali nella Città di Milano.

Nel mese di dicembre 2021 con deliberazione n. 5723 del 15/12/2021 sono stati individuati i terreni e gli immobili destinati alla realizzazione di case di comunità e, successivamente, con DGR n. 6080 del 7 marzo 2022 è stata definitivamente individuata la rete delle nuove strutture territoriali della Lombardia nel numero di 216 Case di Comunità, 71 ospedali di comunità e 104 centrali operative territoriali.

Nel corso dei primi mesi sono state già attivate circa 20 case di comunità e un numero circoscritto di ospedali di comunità che stanno già svolgendo le attività sul territorio

E' stata data una prima attuazione anche alla previsione introdotta dal legislatore regionale di un ulteriore rafforzamento dell'offerta sanitaria territoriale anche tramite la costituzione di Ambulatori sociosanitari territoriali ossia ambulatori distribuiti in modo più capillare sul territorio grazie anche alla presenza di medici di medicina generale in associazione. La Giunta regionale ha infatti riconosciuto il modello di offerta integrata di servizi sociosanitari, citati nell'ambito dei progetti C.A.S.A., come ambulatori sociosanitario territoriale di cui all'art. 10, comma 11 quater della l.r. 33/2009 come modificata dalla l.r. n. 22/2021, e che tali modelli costituiscono una

struttura spoke della Casa di Comunità, la quale rappresenta il punto di riferimento principale per la popolazione. Tali ambulatori dovranno pertanto essere collegati dal punto di vista organizzativo e informatico alla Casa di Comunità di riferimento.

Oltre ai servizi già offerti in questi ambulatori (Progetto vaccinazioni, Attivazione infermiere di comunità, Servizi di telemonitoraggio e telemedicina, Riabilitazione territoriale e Teleriabilitazione, Coping with Coronavirus Infectious disease — COPID (supporto psicologico), Studio delle dinamiche dell'epidemia da Sars-Cov-2, Progetto Patient Monitoring), potranno essere successivamente attivati ulteriori servizi in relazione alla disponibilità di nuovi spazi e alle specifiche necessità dei territori di riferimento, espresse dalle ASST, quali ad esempio la previsione del Medico di Medicina Generale e il centro prelievi.

Obiettivo prioritario per il 2022 sarà quello di attivare i servizi nell'ambito delle nuove strutture territoriali implementandone progressivamente la completa messa a regime e potenziando gli ambulatori sociosanitari territoriali a partire dalla Città di Milano

Recupero delle prestazioni e contenimento delle liste di attesa

La pandemia da Covid 19 ha completamente stravolto le priorità assistenziali delineate negli scorsi anni, da un lato impegnando il sistema sanitario e sociosanitario nell'attività di contrasto all'epidemia e di continuo monitoraggio dell'andamento epidemiologico, dall'altro rendendo più difficoltoso per i cittadini l'accesso alle attività di prevenzione, cura e riabilitazione. In tale contesto la Giunta regionale ha adottato vari provvedimenti finalizzati a mettere in campo tutte le azioni per garantire l'erogazione tempestiva dei livelli essenziali di assistenza.

Il legislatore regionale con la citata l.r. 22 ha in più punti focalizzato l'attenzione su tale problematica prevedendo espressamente meccanismi premianti e penalizzanti sulla valorizzazione delle tariffe, finalizzati al perseguimento della qualità, dell'appropriatezza e al governo dei tempi d'attesa.

A tal fine con DGR n. 5883 del 24/1/2022 recante *“Misure per la riduzione dei tempi d'attesa – Approvazione del nuovo modello di remunerazione delle prestazioni”* la Giunta regionale ha adottato misure finalizzate alla riduzione dei tempi d'attesa, individuando quale prima area di intervento l'area dei ricoveri chirurgici oncologici (in considerazione dell'impatto che gli stessi comportano sulla cura dei pazienti) e ha previsto, per le prestazioni relative ai ricoveri chirurgici oncologici erogate dal 1 Aprile 2022, un meccanismo di valorizzazione delle stesse finalizzato a garantire il rispetto dei tempi d'attesa con l'applicazione di progressive decurtazioni in relazione allo scostamento tra il tempo atteso e il tempo effettivo di erogazione della presentazione.

Tale previsione è stata successivamente ampliata dalla Giunta regionale con deliberazione n. XI/6255 dell'11/4/2022 che ha esteso il meccanismo di valorizzazione e decurtazione sopra citato

anche alle:

- prestazioni di ricovero chirurgico programmato NON oncologico (secondo la classificazione adottata da DG Welfare), con data di prenotazione del ricovero dal 1 luglio 2022 e data di erogazione dell'intervento principale dal 1 settembre 2022 (fonte: flusso sdo);
- prestazioni di specialistica ambulatoriale, area diagnostica per immagini (branche/discipline: radiologia, neuroradiologia e medicina nucleare), con data di contatto dal 1 maggio 2022 e data di erogazione della prestazione dal 1 luglio 2022 (fonte: flusso specialistica ambulatoriale);
- prestazioni di specialistica ambulatoriale, area prime visite (tutte le branche/discipline), con data di contatto dal 1 luglio 2022 e data di erogazione della prestazione dal 1 settembre 2022 (fonte: flusso specialistica ambulatoriale);

La Giunta regionale ha previsto uno specifico obiettivo per i direttori generali delle strutture sanitarie pubbliche mirato al contenimento delle liste d'attesa prima con la DGR n. 5157 del 2/8/2021 e successivamente declinato con DGR n. 6002 del 21/2/2022 recante *“Determinazioni in merito al piano per le liste di attesa”* prevedendo dei target per il raggiungimento dell'obiettivo.

Ulteriore misura rientrante nel novero delle iniziative finalizzate all'abbattimento delle liste di attesa è stata l'introduzione da parte della Giunta regionale, con deliberazione n. XI/6279 dell'11.04.2022, dell'avvio di una sperimentazione di n. 12 mesi che garantisce l'ampliamento dell'offerta di prestazioni sanitarie ambulatoriali per i cittadini/assistiti, residenti e domiciliati in Regione Lombardia attraverso l'ampliamento dell'orario di attività dei servizi ambulatoriali nei giorni festivi (cd. prestazioni “festive”), nella fascia oraria pomeridiana dei giorni prefestivi (indicativamente nelle giornate del sabato dalle 14, cd. prestazioni “prefestive”) e nella fascia oraria serale dei giorni feriali (indicativamente dalle 20 alle 24, cd. prestazioni “serali”).

Le prestazioni oggetti del citato provvedimento sono in particolare tac, mammografie e risonanze magnetiche – ma la DG Welfare con un successivo provvedimento provvederà ad individuare ulteriori tipologie di prestazioni ambulatoriali fermo restando che la Giunta regionale ha precisato che è nella facoltà delle singole Strutture sanitarie, estendere in autonomia questa tipologia di erogazione ad altre prestazioni di specialistica ambulatoriale ricomprese nel piano di cui alla DGR n. XI/6002 del 21/02/2022 *“Determinazione in merito al piano per le liste di attesa 2022”*.

L'obiettivo per il 2022 è quello di riportare il livello erogativo delle prestazioni ad un numero superiore a quanto osservato nell'anno 2019 anche al fine di un più rapido recupero delle prestazioni non erogate nel corso dell'anno 2020 a causa della riduzione di offerta dovuta alla pandemia da Covid-19. A tale obiettivo concorreranno oltre ai provvedimenti sopra citati anche le innovazioni alla negoziazione introdotte a seguito dell'approvazione della legge regionale n. 22/2021.

Digitalizzazione del sistema sanitario: nuovo Sistema Informativo Socio Sanitario e telemedicina

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) alla Missione 6 Salute promuove importanti interventi organizzativi e tecnologici finalizzati allo sviluppo di un nuovo modello di gestione dei servizi sociosanitari che rafforzi le prestazioni erogate sul territorio, l'integrazione dei percorsi socioassistenziali, potenziamento dell'assistenza sanitaria territoriale e l'innovazione e la digitalizzazione del Sistema Sanitario Nazionale, anche attraverso l'applicazione della Telemedicina e l'utilizzo di tecnologie digitali innovative.

L'analisi svolta dalla D.G. Welfare ha messo in evidenza la necessità di progettare e realizzare un nuovo ecosistema digitale regionale che supporti l'erogazione dei servizi sociosanitari sul territorio, renda disponibili strumenti informatici e tecnologie digitali per la gestione delle Case della Comunità e delle Centrali Operative Territoriali, coinvolga i nuovi attori del processo assistenziale, integri i servizi sanitari e sociosanitari, valorizzi tutte le risorse a disposizione del sistema sanitario e sia supportato da un nuovo modello informativo basato sulla disponibilità di dati in tempo reale.

In tale contesto, nel corso dell'anno 2022, si dà avvio alla progettazione e implementazione del nuovo ecosistema digitale regionale composto dai seguenti componenti principali:

- Sistema per la Gestione Digitale del Territorio: applicativo regionale per la gestione informatizzata dei processi sociosanitari del territorio e per la digitalizzazione di dati e documenti.
- Piattaforma Regionale di Telemedicina: architettura informatica per supportare e sostenere in modo strutturato e organizzato l'attuazione delle diverse tipologie di processi e servizi di Telemedicina.
- Architettura per la raccolta e valorizzazione dei dati distribuiti: modello architetturale basato su standard semantici per la raccolta, condivisione e utilizzo in tempo reale dei dati prodotti presso i diversi servizi sociosanitari di ambito ospedaliero e territoriale.

La Piattaforma Regionale di Telemedicina dovrà essere utilizzabile in maniera completamente integrata dai diversi contesti applicativi del sistema per la Gestione Digitale del Territorio, consentendo agli operatori di avvalersi delle diverse tipologie di processi e servizi di Telemedicina (es. televisite, telemonitoraggio, ecc.) per supportare e sostenere in modo strutturato e organizzato l'attuazione di interventi remoti di assistenza e cura verso i pazienti.

Di fondamentale importanza per lo sviluppo del nuovo ecosistema digitale del sistema sociosanitario sarà la sicurezza dei sistemi informativi centrali e dei singoli enti. A tal fine, nel corso del 2022, saranno messe in campo nuove azioni per rendere sempre più sicuri i sistemi informativi da possibili accessi esterni che mirino a destabilizzare l'operatività.

Infine, il nuovo sistema di connettività - che già è in corso di implementazione a favore dei medici di medicina generale - potrà consentire una miglior organizzazione del lavoro permettendo ai medici di concentrarsi maggiormente sul loro ruolo di professionisti sanitari potendoli sgravare da funzionamenti non efficienti che rappresentano oggi un limite da superare.

L'obiettivo per il 2022 è quello di fornire una nuova connettività a tutti i medici di medicina generale che consenta loro di poter lavorare con qualsiasi dispositivo e da qualsiasi punto della rete di offerta rendendo così possibile l'integrazione della medicina territoriale nelle Case di Comunità.

Potenziamento della medicina territoriale e ruolo degli MMG nella presa in carico

La legge regionale n. 22/2021 ha dato nuova centralità e impulso alla presa in carico del paziente cronico: come osservato anche da Agenas nell'analisi sulla sperimentazione della legge regionale n. 23/2015 il modello di presa in carico del paziente cronico ha dato risultati assai positivi e incoraggianti riducendo il ricorso alle ospedalizzazioni (sia in pronto soccorso che in reparti di degenza ordinari) e migliorando lo stato di salute dei cittadini che hanno aderito al modello.

E' necessario, tuttavia, proseguire nel percorso per arrivare ad un sempre maggior numero di pazienti presi in carico.

A tal fine nel 2022 si procederà:

- all'analisi delle ulteriori potenzialità che possono essere sviluppate sinergicamente tra le cooperative dei medici di medicina generale anche con il diretto coinvolgimento nelle case di comunità;
- a possibili nuovi sviluppi per l'adesione dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta che non aderiscono alle cooperative;
- a individuare gli strumenti per rendere effettiva la disponibilità di slot di agende dedicate in misura idonea a rispondere alle necessità delle persone affette da cronicità.

E' evidente che il percorso di presa in carico non può prescindere da una nuova centralità della medicina territoriale e delle strutture territoriali previste dalla legge regionale n. 22/2021 e dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. A tal si dovranno coniugare le azioni a livello regionale con le innovazioni introdotte a livello statale sul ruolo dei medici di medicina generale.

E' altresì palese che l'integrazione tra la medicina del territorio e gli specialisti ambulatoriali potrà essere effettiva solo attraverso la piena attuazione di tale modalità di lavoro nell'ambito delle nuove Case di Comunità, rispetto alle quali le ASST sono chiamate a svolgere un ruolo fondamentale sia nella fase realizzativa che nella fase di attuazione e messa a disposizione degli slot di agende. Peraltro, la costituzione dei nuovi distretti molto più numerosi e, quindi, più vicini

ai cittadini acquisirà un'importanza fondamentale nella creazione di una rete territoriale maggiormente orientata alla prossimità.

Potenziamento dei servizi territoriali

Particolare attenzione sarà rivolta, nel corso dell'anno 2022, al potenziamento dei servizi territoriali aggiornando il dato programmatico e adeguandolo alla situazione fattuale dei servizi per la disabilità, degli Hospice, dei servizi semiresidenziali per gli anziani ed estendendola alle RSA potenziando la dotazione di posti a contratto di RSA nelle aree carenti, ossia gli ambiti con una dotazione di posti a contratto inferiore alla media regionale (493,2 posti ogni 10.000 anziani over 75).

Sarà, inoltre, avviata una profonda attività di valutazione dell'offerta residenziale nell'ambito delle degenze post acute e di cure intermedie al fine di avviare percorsi di potenziamento delle degenze di comunità.

Sempre nell'ambito dei servizi territoriali la rilevazione dei bisogni di salute emergenti, anche dovuti al particolare contesto storico, impone una forte azione di potenziamento dei servizi delle UONPIA fondati su 4 pilastri:

- Rafforzamento dei Territori
 - Stabilizzazione e assunzione personale nelle UONPIA
 - Implementazione di un Centro Semiresidenziale Terapeutico per ogni UONPIA
- Incremento delle degenze (Reparto NPIA)
 - Attivazione posti letto potenziando i reparti con posti letto attualmente non contrattati e valutando apertura di nuovi reparti
- Potenziamento delle Strutture terapeutiche (residenziali, semires)
 - Valutazione incremento tariffa die/ per strutture residenziali
 - Valutazione implementazione posti a contratto
- Sviluppo dei Centri di Prevenzione del Disagio
 - Nuove realtà diurne per accoglienza e supporto educativo con parziale competenza terapeutica dedicate a preadolescenti e adolescenti in condizione di potenziale rischio di manifestazione di disagio e sostegno ai familiari

Maggior governo del privato

La legge regionale n. 22 del 2021 ha rafforzato il governo regionale anche nei confronti dei privati contrattualizzati in considerazione dell'affermata equivalenza di diritti e doveri e integrazione all'interno del SSL dell'offerta sanitaria e sociosanitaria tra strutture pubbliche e strutture private accreditate. Anche gli erogatori privati possono concorrere all'istituzione degli ospedali di

comunità e delle case di comunità fermo restando l'analisi della domanda di salute di competenza delle ATS.

Anche a tal fine è stato dato mandato alle ATS di definire i case mix e la conseguente allocazione di budget a specifici e prioritari obiettivi di salute, in coerenza con gli indirizzi di programmazione definiti dalla Regione e nel rispetto della struttura d'offerta di ciascun erogatore e degli investimenti effettuati.

In particolare, per la prima volta in Lombardia, saranno le ATS – in coerenza con le indicazioni regionali – ad individuare le aree in cui vi è maggior bisogno erogativo fino alla concorrenza del 10% della specialistica ambulatoriale e al 5% dei ricoveri. Nell'ambito della quota percentuale relativa alla specialistica ambulatoriale almeno il 3% dovrà essere riservato a prestazioni da erogare in attuazione del modello di presa in carico del paziente cronico.

E' prevista, inoltre, l'istituzione di un tavolo permanente con le rappresentanze dei soggetti gestori pubblici e privati dei servizi sanitari e sociosanitari con il compito di contribuire alla corretta attuazione della programmazione regionale.

E' stata prevista dal legislatore la possibilità che gli enti unici di più strutture presenti anche su territori di ATS differenti e in raccordo con queste ultime, sottoscrivano, previa autorizzazione della direzione generale Welfare e in attuazione degli indirizzi annuali di programmazione, un contratto unico regionale con l'ATS dove insiste la sede legale dell'ente unico

Obiettivo prioritario per il 2022 sarà la corretta risposta di prestazioni in relazione con la valutazione del bisogno territoriale effettuato dalle ATS.

Modernizzazione degli ospedali con investimenti in sanità

Il 2021, nonostante la pandemia abbia continuato ad impegnare costantemente il sistema, Regione Lombardia ha messo in campo un'imponente attività connessa con la realizzazione di importanti investimenti in ambito sanitario programmando circa 4 miliardi di euro per il periodo 2021-2028 e approvando 2 importantissimi piani pluriennali:

- L'ottavo accordo di programma per gli investimenti in edilizia sanitaria e tecnologica ex art. 20 della legge n. 67/1988 per un totale di oltre 1,4 miliardi di euro;
- Il potenziamento delle strutture territoriali in attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza per circa 700 milioni di euro.

A questi fondamentali programmi si affiancano una serie di interventi che rendono la Regione Lombardia leader a livello nazionale in tema di investimenti in sanità:

- La realizzazione del nuovo Policlinico di Milano il cui cantiere ha ripreso piena operatività e si conta di pervenire nel 2022 alla costruzione della struttura fuori terra fino al tetto;
- Città della Salute: è ormai alle fasi conclusive la progettazione definitiva propedeutica all'avvio dei lavori. Sono, inoltre, in fase avanzata i contenuti dell'accordo di programma

che consentirà l'infrastrutturazione dell'area per permettere il potenziamento dell'accessibilità;

- Policlinico San Matteo di Pavia: è stato sottoscritto con il Governo un nuovo investimento di oltre 96 milioni di euro che si aggiungono agli oltre 30 milioni derivanti dal sesto accordo di programma;
- Nuovo Buzzi: dopo anni sono stati avviati i lavori di scavo per consentire la realizzazione del nuovo fabbricato da 40 milioni di euro;
- Riqualficazione del Presidio Macchi di Varese: anche per il Presidio Macchi sono previsti interventi per circa 33 milioni di euro. I la ristrutturazione del padiglione centrale (del valore di 16,5 milioni) sono stati avviati i lavori dopo alcuni anni e per la realizzazione del Day Center 2, dopo la contrattualizzazione, si prevede l'avvio nei prossimi mesi;

Nel corso del 2021 e dei primissimi mesi del 2022 sono state, altresì, approvate le risorse economiche per la realizzazione di 4 nuovi ospedali:

- Il nuovo Ospedale unico di Busto e Gallarate con un investimento di 350 milioni di euro;
- Il nuovo Ospedale di Cremona con la previsione di investimento pari a 330 milioni di euro;
- Il nuovo Ospedale di Desenzano del Garda per un investimento di 130 milioni di euro;
- Riqualficazione del Presidio Ospedaliero di Brescia per un importo complessivo di circa 500 milioni di euro.

Agenzia per la Prevenzione delle malattie infettive

La legge 22 ha previsto l'istituzione dell'Agenzia per la prevenzione e il controllo delle malattie infettive quale ente di supporto tecnico e scientifico del sistema sanitario, con l'obiettivo di creare sinergie con il mondo universitario, scientifico e produttivo nell'ottica di preparazione del sistema sanitario ad affrontare potenziali future pandemie. L'Agenzia indirizzerà scelte e programmi per la promozione della salute, rendendo strutturato e stabile il confronto multi-istituzionale e multidisciplinare finalizzato alla tutela sostenibile e resiliente delle risorse del pianeta. L'Agenzia nasce per coordinare le azioni in un'ottica One Health, per analizzare i problemi, per definire le strategie, per migliorare l'organizzazione e la cultura della lotta contro le malattie infettive.

L'Agenzia lavorerà in cooperazione con tutti i centri nazionali e internazionali e la Commissione europea e ha l'obiettivo di rappresentare un modello per tutto il paese.

La costituzione di tale ente avverrà mediante deliberazione della Giunta regionale che approverà lo statuto con il quale saranno delineate le regole relative alla sua amministrazione interna i fini e i mezzi per conseguirli e sarà individuata l'organizzazione dell'Agenzia.

Nuovo IRCCS San Gerardo di Monza

La Giunta regionale con deliberazione n. XI/2619 del 9.12.2019 ha dato mandato alla DG Welfare, congiuntamente con l'ATS Brianza territorialmente competente e l'ASST di Monza, di effettuare gli approfondimenti propedeutici all'avvio dell'iter di riconoscimento del carattere scientifico dell'ASST di Monza, ai sensi dell'art. 13, comma 3 del d.lgs. 288/2003.

La Direzione Generale Welfare ha quindi intrapreso, congiuntamente con tutti gli attori interessati, un lungo percorso di interlocuzioni e approfondimenti anche di carattere giuridico al fine di presentare al Ministero della Salute l'istanza di riconoscimento quale Istituto di ricovero e cura e carattere scientifico e la contestuale trasformazione in Fondazione con l'apporto della Fondazione Matilde Tettamanti e Menotti De Marchi Onlus e la Fondazione Monza e Brianza per il bambino e la sua Mamma Onlus.

Con deliberazione n. XI/5725 del 15/12/2021 la Giunta regionale, a compimento del citato percorso, ha assunto le determinazioni necessarie ai fini della costituzione della Fondazione IRCCS.

Al momento l'Amministrazione regionale è in attesa del pronunciamento ministeriale a seguito della site visit effettuata dalla Commissione deputata alla verifica dei requisiti necessari per il riconoscimento scientifico della costituenda Fondazione IRCCS pubblica.

Anche tale iniziativa rientra nell'alveo della legge 22 che ha ulteriormente valorizzato la ricerca nel sistema sanitario lombardo. Nel contesto attuale una riforma sanitarie non può prescindere dal sostenere la creazione di una rete regionale della ricerca, della ricerca biomedica e dell'innovazione nelle scienze della vita. Tale rete per il legislatore regionale dovrà essere coordinata dagli IRCCS di diritto pubblico coinvolgendo gli IRCCS di diritto privato, gli enti di ricerca e le università, nonché le organizzazioni dei pazienti.

Programma di recupero dell'efficienza energetica per la sostenibilità ambientale ed economica

Il mutato contesto nazionale e internazionale impone una sempre crescente attenzione all'utilizzo efficiente e sostenibile delle risorse, in particolare quelle connesse con gli impianti che assorbono energia.

Al tal fine regione Lombardia con una visione lungimirante ha già previsto fra i principi della recente legge regionale l'obiettivo di perseguire risultati di efficientamento energetico e di sostenibilità ambientale ed economica.

La DG Welfare in collaborazione con ARIA SPA ha effettuato la rilevazione dello stato dell'arte su consumi (sia dal punto di vista economico che da quello dei volumi), sui contratti e

sull'organizzazione dei singoli enti in ordine alle risorse utilizzate (energia, acqua, ecc) e alla produzione di rifiuti speciali e non.

L'obiettivo non è solo quello di ridurre le emissioni e contenere i costi ma anche quello di contribuire fattivamente ad una visione che a tendere dovrà aumentare anche le capacità interne di produzione dell'energia.

Nel 2022 gli obiettivi del sistema saranno:

- omogeneizzazione delle organizzazioni aziendali con l'ottica di procedere al monitoraggio costante dei consumi per migliorare le performances;
- programmi regionali di investimento finalizzati sia a sostenere un percorso di recupero di efficienza sia a incrementare la produzione autonoma privilegiando le fonti rinnovabili;
- programmi aziendali che, avuto riguardo ai contratti in essere, mirino nel breve e medio periodo a razionalizzare profondamente l'uso delle risorse.

Indicazioni sul proseguimento della campagna vaccinale anticovid-19

Sommario

SUPPORTO COOPERATIVE MMG/PLS ALLA CAMPAGNA VACCINALE ANTICOID19-PROROGA DISPOSIZIONI ADDENDUM CONTRATTO 2021 EX DGR. N. XI/4434/2021	1
ULTERIORI PRECISAZIONI SULL'ATTIVITÀ VACCINALE ESEGUITA DA ENTI EROGATORI PRIVATI/ADI/CURE PALLIATIVE DOMICILIARI E FARMACIE	2

SUPPORTO COOPERATIVE MMG/PLS ALLA CAMPAGNA VACCINALE ANTICOID19-PROROGA DISPOSIZIONI ADDENDUM CONTRATTO 2021 EX DGR. N. XI/4434/2021

La campagna vaccinale ha rappresentato un obiettivo prioritario per affrontare la pandemia da Covid-19 e ha richiesto la definizione delle strategie più idonee per la sua realizzazione.

Nel programma di vaccinazione anti covid-19 i Medici di Medicina Generale (MMG) e i Pediatri di libera scelta (PLS) attraverso le loro forme aggregative più rappresentative ovvero le cooperative hanno contribuito a garantire il necessario supporto organizzativo nei centri vaccinali.

Con la DGR n. XI/4434 del 17/03/2021 è stato approvato l'addendum al contratto anno 2021 per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra le ATS e i soggetti gestori MMG/PLS in forma aggregata per la presa in carico, che disciplina l'attività di supporto delle cooperative alla partecipazione dei Medici di Medicina Generale e Pediatri di libera scelta alla campagna per la somministrazione del vaccino anti-sars-cov-2/covid-19.

Il perdurare dello stato di emergenza tuttavia richiede la prosecuzione anche per l'anno 2022 del supporto delle Cooperative di MMG/PLS all'attività vaccinale ANTISARS- COV-2/COVID-19, prioritariamente nei confronti dei soggetti anziani e fragili e, -vista la necessità di intraprendere ogni iniziativa utile a supportare ed incrementare l'attività vaccinale in corso, estendendolo anche per la somministrazione del vaccino nei confronti di target non ricompresi nella casistica delineata dalla DGR. n. XI/4434/2021.

Poiché l'addendum di cui alla DGR n. XI/4434/2021 ha avuto validità fino al 31/12/2021, si ritiene quindi indispensabile prorogare anche per l'anno 2022 l'efficacia delle disposizioni contenute nell'addendum citato ed estenderne l'applicazione a tutti i richiedenti la vaccinazione anti covid-19 oltre al target inizialmente previsto. In coerenza con le indicazioni nazionali.

Si precisa che i costi conseguenti alla proroga dell'applicazione dell'Addendum di cui sopra sono stimati presuntivamente, per l'anno 2022, in euro 12.000.000 (IVA inclusa) e troveranno copertura nell'ambito della Macroarea della presa in carico;

Si demandano, pertanto alle ATS gli adempimenti relativi alla sottoscrizione dell'addendum anno 2022 al contratto con le cooperative di MMG/PLS.

ULTERIORI PRECISAZIONI SULL'ATTIVITÀ VACCINALE ESEGUITA DA ENTI EROGATORI PRIVATI/ADI/CURE PALLIATIVE DOMICILIARI E FARMACIE

Si richiamano le seguenti DDGR:

- DGR n. XI/4353 del 24/02/2021, ad oggetto: "Approvazione del Piano Regionale Vaccini per la prevenzione delle infezioni da SARS –COV 2";
- DGR n. XI/4433 del 17/03/2021, ad oggetto: "Approvazione del protocollo d'intesa tra Regione Lombardia e le Associazioni degli erogatori privati per l'attuazione del piano vaccinale per la prevenzione delle infezioni da SARS-COV 2";
- DGR n. XI/4225 del 25/01/2021, ad oggetto: "Approvazione della preintesa sull'Accordo integrativo regionale medicina generale per la partecipazione alla campagna per la somministrazione del vaccino anti SARSCOV-2/COVID-19";
- DGR n. XI/4434 del 17/03/2021, ad oggetto: "Determinazioni in ordine all'approvazione dell'addendum al contratto anno 2021 per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra le Agenzie di Tutela Salute e i soggetti gestori MMG/PLS in forma aggregata per la presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili avente ad oggetto il supporto alla partecipazione dei medici di medicina generale e pediatri libera scelta alla campagna per la somministrazione del vaccino ANTI-SARS COV-2/COVID-19";
- DGR n. XI/4506 del 30/03/2021, ad oggetto: "Attuazione del piano vaccinale per la prevenzione delle infezioni da SARS-COV- 2 mediante erogatori ADI e di Cure palliative domiciliari";
- DGR n. XI/5017 del 12/07/2021, ad oggetto: "Accordo regionale per la somministrazione del vaccino anti SARS COV2 nelle farmacie convenzionate – ulteriori disposizioni" ad integrazione della DGR n. XI/4223 del 25/01/2021 "Accordo regionale con le farmacie per la somministrazione di vaccini in farmacia";
- DGR n. XI/5677 del 15/12/2021, ad oggetto: "Determinazioni in merito al protocollo d'intesa tra Regione Lombardia e le Associazioni degli erogatori privati per l'attuazione del piano vaccinale per la prevenzione delle infezioni da SARS-COV 2 di cui alla DGR N. XI/4433 del 17/03/2021";

Si confermano anche per l'anno 2022 gli accordi contrattuali e i protocolli d'intesa di cui alle Deliberazioni sopra citate, con i soggetti coinvolti nel Piano Regionale Vaccini;

Si ritiene di confermare in particolare quanto previsto dalla DGR n. XI/4433 del 17/03/2021, ovvero che sono escluse dal riconoscimento le somministrazioni effettuate nella "fase 1" identificata nel Piano nazionale (operatori sanitari e sociosanitari, personale delle strutture ed ospiti dei presidi residenziali);

Si prende atto che a tutt'oggi, a livello nazionale, non è stata ancora definita una specifica tariffa nazionale di riferimento per la remunerazione della prestazione vaccinale anti Covid-19;

Si ritiene di confermare anche per l'anno 2022 le quote economiche omnicomprensive per la remunerazione della prestazione vaccinale anti Covid-19 effettivamente somministrata e correttamente rendicontata, come segue:

- ASST: Euro 6 per la prestazione vaccinale anti Covid-19;
- Enti erogatori privati: Euro 6 per la prestazione vaccinale anti Covid-19, Euro 4,5 per i costi operativi, comprensivi delle spese sostenute per l'attività di allestimento e di supporto organizzativo, logistico e di accoglienza per la gestione dei centri vaccinali, compresa l'attività di HUB, inclusi l'eventuale conservazione delle dosi, lo smaltimento dei rifiuti, ecc.;
- Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta: Euro 6,16 per la prestazione sanitaria connessa alla somministrazione; Euro 4,5 per i costi operativi sostenuti dalla Cooperativa, comprensivi delle spese sostenute per l'attività di allestimento e di supporto organizzativo, logistico e di accoglienza per la gestione dei centri vaccinali, inclusi l'eventuale conservazione delle dosi, lo smaltimento dei rifiuti, ecc.;
- Erogatori ADI e di Cure palliative domiciliari: Euro 25 per la somministrazione di un solo utente; Euro 20 per la vaccinazione di ulteriori utenti (dalla seconda prestazione e per ogni successiva);
- Farmacie: Euro 6,00 per ogni dose somministrata, Euro 6,00 a titolo di rimborso per gli oneri ulteriori relativi a: approvvigionamento dei DPI, materiali di consumo, attività di smaltimento rifiuti ed ogni altra spesa comunque connessa all'esecuzione dei vaccini anti Sars-Cov-2 anche in relazione agli aspetti amministrativi;

Si precisa inoltre che tali valori potranno essere modificati con successivo provvedimento, in base all'andamento dei costi, alle modalità organizzative adottate, nonché dei volumi di prestazioni erogate sul territorio regionale ovvero per eventuali nuove determinazioni a livello nazionale;

Si evidenzia che le risorse destinate al Piano vaccinale regionale per l'anno 2022, identificate nelle seguenti macroaree di cui alla DGR N. XI/5941 del 07/02/2022, ovvero: Macroarea n. 3 delle prestazioni di Medicina di Base, Psichiatria e Neuropsichiatria infantile, Macroarea n. 5 delle attività della presa in carico, Macroarea n. 8 delle attività istituzionali delle ATS e ASST, sono già ricomprese nel finanziamento di parte corrente del FSR per l'esercizio 2022 assegnato agli Enti del SSR con Decreto n. 1492 dell'11.2.2022;

Presa in carico del paziente cronico-Arruolamento proattivo

Considerato che l'emergenza pandemica ha fortemente condizionato l'attività di presa in carico del paziente cronico limitando l'offerta delle prestazioni previste nei PAI, al fine di garantire il corretto supporto ai cittadini cronici e fragili nonché l'aderenza terapeutica, si evidenzia l'importanza dell'arruolamento proattivo, sia da parte degli MMG/PLS per i loro assistiti, sia da parte dei centri specialistici ospedalieri per i pazienti mono/polipatologici complessi, già introdotto nelle DD.G.R. n. XI/1046 del 17 dicembre 2018 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2019" (Regole 2019), n. XI/1591 del 7 maggio 2019 "Approvazione della Preintesa sull'Accordo Integrativo Regionale MMG anno 2019" e n. XI/1906 del 15 luglio 2019 "Approvazione della Preintesa sull'Accordo Integrativo Regionale per la Pediatria di famiglia valido per l'anno 2019" e nella D.G.R. n. XI/1863 del 9 luglio 2019 "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/6551/17, X/7038/17, X/7655/17, XI/412/18, XI/754/18".

A tal fine si richiamano le indicazioni della DGR n. XI/4129 del 21 dicembre 2020 volte a favorire il modello di arruolamento proattivo per garantire le opportune cure anche a cittadini che non risultavano inseriti nella stratificazione (a titolo esemplificativo: cronicità insorta nell'ultimo anno) e che richiedevano di aderire al modello della presa in carico, confermando il modello di arruolamento basato sulla proattività e valutazione clinica sia da parte dei MMG/PLS per i loro assistiti, sia da parte dei centri specialistici ospedalieri, superando in questo modo il concetto di stratificazione della popolazione come presupposto per l'avvio della presa in carico come da 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".

Il processo di presa in carico si baserà pertanto sulla valutazione di bisogno individuata da parte del MMG/PLS o del clinical manager, attraverso il rapporto di fiducia che gli stessi hanno con i propri pazienti, in modo da offrire all'individuo e al sistema una gestione efficace delle malattie croniche che richiedono continuità nell'azione di prevenzione e cura.

La struttura sanitaria/sociosanitaria o la cooperativa di MMG-PLS, o il MMG/PLS che agisce come Medico In Forma Singola verificherà il bisogno e potrà procedere con l'arruolamento del paziente, indicando patologia e livello per la presa in carico.

La patologia e il livello indicati nel PAI dal Clinical Manager saranno quelli di riferimento per la remunerazione, come sempre valido nel modello generale di Presa In Carico.

Allo scopo di agevolare la presa in carico dei cittadini e in considerazione dell'evoluzione tecnologica in corso per l'eliminazione della PdL SISS, sarà rimossa l'esigenza di presentare da parte del cittadino la propria CNS per avviare il processo di arruolamento, come descritto con DGR n°X/7655 del 28/12/2017, fermo restando che alla base dell'intero processo ci deve essere la volontarietà della scelta da parte del cittadino.

All'atto del primo accesso, la verifica di stratificazione potrà essere eseguita senza la CNS del cittadino: il cittadino risulterà non classificato, sulla base di quanto sopra indicato, e il gestore procederà con un arruolamento di cittadino non classificato, sempre senza la necessità della CNS dell'interessato, dichiarando la patologia ed il livello secondo valutazione.

L'arruolamento continuerà a richiedere la firma congiunta del Patto di Cura da parte del gestore e del cittadino, documento in cui viene manifestato lo scambio formale di volontà tra il gestore ed il paziente; quest'ultimo potrà inoltre verificare il PAI e la sua presa in carico sul suo Fascicolo Sanitario Elettronico. Permangono inoltre i controlli effettuati dalle ATS sull'attuazione dei percorsi di presa in carico da parte di gestori e medici.

OSSERVATORIO EPIDEMIOLOGICO REGIONALE (OER)

Sommario

EPIDEMIOLOGIA	1
Sviluppo di azioni collaborative con il Gruppo di Lavoro “Rete Osservatori Epidemiologici delle ATS lombarde”	3
Attivazione del progetto operativo per lo sviluppo del Registro tumori regionale, ai sensi del DM 12 agosto 2021	3
Valutazione epidemiologica dell’impatto della pandemia Covid-19 sullo stato di salute attuale e futuro della popolazione e attivazione del programma di monitoraggio ex dall’Art. 27 del DL 73 del 25 maggio 2021	4
Collaborazione all’implementazione di nuovi sistemi di monitoraggio degli eventi avversi per l’identificazione precoce di segnali di allarme	5
Revisione del Portale dell’Osservatorio Epidemiologico Regionale	5
Revisione del sistema di accesso ai dati sanitari regionali (DWH)	5
FLUSSI INFORMATIVI	6
Evoluzione del debito informativo delle strutture sociosanitarie accreditate di regione lombardia	7
Mensilizzazione flusso consultori	8
Nuova modalità di invio del flusso economico fe.....	9
Flusso scheda di dimissione ospedaliera: sperimentazione sdo-riabilitativa.....	10
MOBILITA’ SANITARIA	10
GOVERNO DEI LEA	11
MONITORAGGIO DEI TEMPI/LISTE DI ATTESA.....	11

EPIDEMIOLOGIA

Richiamando le funzioni della U.O. Osservatorio Epidemiologico Regionale (OER) in materia di promozione dell’istituzione, ai vari livelli del servizio sanitario, di strumenti di osservazione epidemiologica secondo una metodologia di rilevazione programmata al fine di produrre statistiche sanitarie omogenee, e di garanzia di metodi di analisi e valutazione scientificamente validati ed omogeneamente applicati, nel 2022 verranno ulteriormente implementate specifiche attività di analisi e valutazione epidemiologica in collaborazione con diversi attori di sistema (tra cui strutture sanitarie del SSR, Università, Enti di ricerca, Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari, Istituto

Superiore di Sanità, Agenzia Italiana del Farmaco) anche per la realizzazione delle seguenti finalità emerse nel corso dell'ultimo biennio:

- valutare l'impatto della pandemia Covid-19 sullo stato di salute attuale e futuro della popolazione, anche in correlazione alla riduzione dei volumi e all'allungamento dei tempi di erogazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie
- partecipare allo sviluppo di azioni previste nel Piano Pandemico regionale 2021-2023, tra cui quelle per l'identificazione precoce di segnali di allarme;
- collaborare alla realizzazione di azioni inserite nel Piano regionale Prevenzione 2021-2025, articolato nei programmi predefiniti e programmi liberi, per il raggiungimento dei 6 Macro Obiettivi previsti (1. Malattie croniche non trasmissibili; 2. Dipendenze da sostanze e comportamenti; 3. Incidenti stradali e domestici; 4. Infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali; 5. Ambiente, clima e salute; 6. Malattie infettive prioritarie);
- attivare il progetto operativo, ai sensi del DM 12 agosto 2021, per l'implementazione del registro tumori regionale, che dovrà alimentare il registro tumori nazionale.

I principali obiettivi di area epidemiologica, coordinati dalla UO OER, da perseguire nel 2022 riguardano:

- sviluppo di azioni collaborative con il Gruppo di Lavoro "Rete Osservatori Epidemiologici delle ATS lombarde;
- attivazione del progetto operativo per lo sviluppo del Registro tumori regionale, ai sensi del DM 12 agosto 2021;
- valutazione epidemiologica dell'impatto della pandemia Covid-19 sullo stato di salute attuale e futuro della popolazione e attivazione del programma di monitoraggio ex dall'Art. 27 del DL 73 del 25 maggio 2021;
- collaborazione allo sviluppo di nuovi sistemi di monitoraggio epidemiologico degli eventi avversi per l'identificazione precoce di segnali di allarme;
- revisione del Portale dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale;
- revisione del sistema di accesso ai dati sanitari regionali (DWH).

Sviluppo di azioni collaborative con il Gruppo di Lavoro “Rete Osservatori Epidemiologici delle ATS lombarde”

Nel 2022 verranno ulteriormente implementate le attività collaborative nel Gruppo di Lavoro “Rete Osservatori Epidemiologici delle ATS lombarde”, già istituito con Decreto DG Welfare n. 2993 del 06/03/2020, che verrà rinnovato ed integrato sotto il coordinamento della U.O. OER.

Le azioni saranno finalizzate ai seguenti macro-obiettivi:

- analisi dell’impatto della pandemia Covid-19 sullo stato di salute attuale e futuro della popolazione, anche in correlazione alla riduzione dei volumi e all’allungamento dei tempi di erogazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie;
- analisi dei percorsi di presa in carico e valutazione degli outcome;
- analisi dei dati sullo stato di salute e sulla diffusione di malattie nella popolazione e identificazione di predittori di sviluppo delle malattie;
- analisi delle cronicità;
- analisi valutative degli outcome per gli screening oncologici;
- analisi delle fragilità mediante metodiche che integrano flussi sanitari con quelli sociosanitari e sociali;
- attivazione del progetto operativo per l’implementazione del registro tumori con modello federativo regionale;
- partecipazione alla ricognizione, revisione e aggiornamento (completezza e tempestività) dei flussi sanitari a maggiore impatto per la realizzazione di analisi di outcome (es. mortalità);
- collaborazione nel sistema di sorveglianza epidemiologica;
- elaborazione condivisa dei dati epidemiologici regionali per implementare e valorizzare, anche mediante pubblicazione, le valutazioni epidemiologiche regionali esistenti e per omogeneizzare le modalità di rilevazione.

Attivazione del progetto operativo per lo sviluppo del Registro tumori regionale, ai sensi del DM 12 agosto 2021

Il progetto operativo per l’implementazione del registro tumori, che dovrà alimentare il registro tumori nazionale, è stato presentato a dicembre 2021 dalla DG Welfare al Ministero della Salute ai sensi del DM 12 agosto 2021 (*“Riparto delle risorse di cui all’articolo 1, comma 463, della legge 27 dicembre 2019, n. 160, per il perseguimento delle finalità di cui alla legge 22 marzo 2019, n. 29,*

recante “Istituzione e disciplina della rete nazionale dei registri dei tumori e dei sistemi di sorveglianza e del referto epidemiologico per il controllo sanitario della popolazione”).

Il progetto prevede anche il miglioramento delle infrastrutture tecnologiche ed informatiche regionali necessarie al pieno funzionamento del registro tumori. La realizzazione del progetto è in stretta collaborazione con gli Osservatori Epidemiologici Regionali delle ATS, coinvolti come Unità operative nelle aree territoriali di competenza, secondo un modello di tipo federativo.

[Valutazione epidemiologica dell’impatto della pandemia Covid-19 sullo stato di salute attuale e futuro della popolazione e attivazione del programma di monitoraggio ex dall’Art. 27 del DL 73 del 25 maggio 2021](#)

Nel 2022 verranno ulteriormente promossi studi ed analisi epidemiologiche Covid-correlati, anche con la partecipazione diretta dell’OER in collaborazione con altre UU.OO. della DG Welfare, strutture sanitarie del SSR, Università, Enti nazionali (es. AGE.NA.S., ISS, Istituto Sant’Anna di Pisa, AIFA) relativi all’impatto della pandemia Covid-19 sullo stato di salute attuale e futuro della popolazione, in particolare su specifici sottogruppi (es. per patologia, condizioni di fragilità-cronicità) e sugli effetti a lungo termine del Sars-CoV-2.

Nelle more di ulteriori indicazioni nazionali, nel 2022 si preveder l’attivazione a livello regionale del programma di monitoraggio previsto dall’Art. 27 del DL 73 del 25 maggio 2021 “Esenzione prestazioni di monitoraggio per pazienti ex COVID”, dedicato agli assistiti dimessi a seguito di ricovero ospedaliero, guariti dal COVID-19, a cui il SSN garantisce prestazioni di specialistica ambulatoriale, senza compartecipazione alla spesa, per un periodo di due anni a decorrere dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del decreto. Il DL prevede che tali prestazioni siano rese nell'ambito dei programmi di monitoraggio attivati dalle singole Regioni e Province Autonome in modo da assicurare un’attività clinico-diagnostica assistenziale modulata in base alla severità della sintomatologia presentata, anche mediante la diagnosi precoce delle possibili sequele della malattia. Il fine è quello di garantire una presa in carico omogenea su tutto il territorio nazionale, mediante un programma di follow up dedicato, delle persone che hanno avuto un quadro clinico severo Covid 19-correlato e che potrebbero nel tempo mostrare effetti cronici della malattia. Nella prima fase sperimentale, è previsto l'arruolamento dei pazienti che hanno avuto la necessità di un ricovero ospedaliero per un quadro severo di Covid 19 (polmonite interstiziale da SARS-CoV-2, con relativa insufficienza cardio-respiratoria con o senza necessità di terapia intensiva/subintensiva, insufficienza renale acuta etc.). Questi soggetti, spesso anziani e

polipatologici, presentano un maggior rischio di eventuali sequele e complicanze legate alla pregressa malattia da Covid 19.

[Collaborazione all'implementazione di nuovi sistemi di monitoraggio degli eventi avversi per l'identificazione precoce di segnali di allarme](#)

L'esperienza della pandemia ha portato Regione Lombardia a considerare strategico il controllo prodromico di “eventi avversi sanitari” al fine di porre il proprio sistema sociosanitario nelle condizioni migliori per affrontare fenomeni epidemiologici imprevedibili.

L'impegno della DG Welfare – UO OER, in collaborazione con altre UU.OO., è quello di mettere a punto sistemi di rilevamento per l'identificazione precoce di segnali di allarme, sulla base dei flussi informativi che registrano domanda di particolari prestazioni sanitarie o di prescrizioni farmaceutiche, fino a decessi. Tali azioni sono in parte previste anche nel Piano Pandemico regionale 2021-2023, in collaborazione con la UO Prevenzione.

È necessario avviare contestualmente un processo di adeguamento dei flussi informativi sanitari e sociosanitari alle nuove esigenze di sorveglianza epidemiologica, che porti a interconnettere gli archivi, nel rispetto della normativa in materia di privacy, rivisitando anche i contenuti informativi da rendere disponibili a livello regionale.

[Revisione del Portale dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale](#)

Nel 2022 è prevista la revisione del Portale della UO OER, già avviata nel 2021, con aggiornamento dei dati ed integrazione con sezioni specifiche in funzione delle attività prioritarie svolte dall'OER anche in collaborazione con gli Enti del SSR, in particolare nell'ambito dell'analisi del profilo di salute della popolazione lombarda.

[Revisione del sistema di accesso ai dati sanitari regionali \(DWH\)](#)

Regione Lombardia è fortemente motivata a collaborare con enti sanitari o di ricerca rendendo loro disponibili i dati per analisi statistico-epidemiologiche finalizzate a obiettivi di miglioramento della qualità dei servizi sanitari. Al fine di garantire il rigoroso rispetto della normativa sulla privacy, ha creato e ormai consolidato il sistema di accesso ai dati del datawarehouse regionale e successivamente al data-base DB-Covid-19, attraverso l'ambiente “Data-as-a-Service” – DaaS che consente l'analisi dei dati in ambiente protetto e senza la necessità di esportazione di dati individuali.

L'accessibilità ai dati regionali rimane subordinata alle condizioni contenute nelle DGR X/4893 del 2016, XI/491 del 2018 e XI/3019 del 2020 con le opportune integrazioni e precisazioni di seguito riportate.

- La richiesta formale di accreditamento ai fini dell'accesso al patrimonio informativo regionale da parte degli Enti individuati da ultimo con le DGR XI/491 e XI/3019 (in conformità al modello Allegato A) alla DGR X/4893) per il successivo inserimento in apposito Albo Regionale, può essere presentata anche da strutture sanitarie pubbliche del SSR;
- La richiesta di accreditamento può essere presentata alla DG Welfare dal 01/01 al 31/12 di ogni anno, superando pertanto il limite temporale dal 01/01 al 28/02 di ogni anno previsto nella DGR X/4893; si chiarisce altresì quanto indicato nella DGR XI/3019, precisando che detta domanda di accreditamento non è prevista per le Società Medico-Scientifiche e gli Enti di ricerca universitari ai soli fini dell'accesso al DB-Covid-19, né per gli Enti già accreditati ai sensi delle DGR X/4893 del 2016 e XI/491 del 2018.
- Si prevede un meccanismo di rotazione degli Enti all'accesso al patrimonio informativo regionale; nel caso in cui lo stesso gruppo di ricerca proponente presenti un numero superiore a due progetti/anno, la richiesta deve preferibilmente essere contestuale e deve indicare un ordine di priorità nell'esecuzione degli stessi.
- Nel 2022 si provvederà alla riorganizzazione della Commissione per l'istruttoria delle richieste di collaborazione con Regione Lombardia da parte di Enti esterni pervenute ai sensi della DGR XI/491. La Commissione sarà istituita con Decreto del Direttore Generale e composta da due Dirigenti, un Funzionario della DG Welfare oltre che da due collaboratori della stessa DG con funzioni segretariali.
- Si provvederà altresì alla riorganizzazione della Commissione Tecnico Scientifica di valutazione della coerenza e sostenibilità delle domande pervenute ai sensi della DGR XI/3019 (accesso al DB-Covid-19) istituita con Decreto del Direttore Generale n. 4564 del 15/04/2020, per la quale si prevedono finalità prevalentemente di monitoraggio e valutazione dell'impatto sul SSR dei progetti di ricerca, rimandando la funzione di valutazione delle domande di accreditamento unicamente alla Commissione di cui al punto precedente.

FLUSSI INFORMATIVI

Evoluzione del debito informativo delle strutture sociosanitarie accreditate di regione lombardia

I flussi informativi rappresentano lo strumento di raccolta delle informazioni relative all'assistenza erogata nelle strutture pubbliche e private presenti nel territorio regionale. Grazie alla ricchezza di informazioni contenute, non solo di carattere amministrativo, ma anche epidemiologico, i flussi informativi sono divenuti un irrinunciabile strumento per un'ampia gamma di analisi ed elaborazioni, che spaziano dagli ambiti a supporto dell'attività di programmazione sanitaria e sociosanitaria al monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza, nonché per analisi di carattere più propriamente epidemiologico. La definizione delle regole di governo dei flussi informativi sanitari e sociosanitari garantisce l'alimentazione e l'aggiornamento del patrimonio informativo regionale in ambito socio-sanitario, grazie alla cui ricchezza Regione Lombardia, nell'ambito delle proprie funzioni istituzionali di tutela della salute dei cittadini, svolge le attività di valutazione e monitoraggio dell'efficacia dei trattamenti sanitari e sociosanitari erogati, dell'appropriatezza e della qualità dell'assistenza, della soddisfazione dell'utente, dei fattori di rischio per la salute.

Data la rilevanza, la Direzione Generale Welfare negli ultimi anni ha ravvisato la necessità di disporre di dati più tempestivi, più completi e di migliore qualità commissionando allo scopo uno studio che ha esitato nella definizione di una proposta finalizzata all'evoluzione del sistema informativo regionale. Lo studio ha inoltre identificato delle azioni necessarie per ridurre i tempi con i quali i dati vengono resi fruibili, per razionalizzare il numero di adempimenti in capo agli Erogatori, per standardizzare, migliorare e centralizzare i controlli automatici sui tracciati oggi implementati nelle piattaforme informatiche territoriali nonché per semplificare la gestione degli esiti delle elaborazioni.

L'emergenza pandemica da SARS-COV2 ha messo ancor più in evidenza alcune criticità già note relativamente alla disponibilità di dati e alla uniforme applicazione sul territorio regionale delle disposizioni riferite ai disciplinari tecnici regionali ragion per cui, anche facendo seguito agli indirizzi della cabina di regia NSIS del Ministero della Salute, si ritiene necessario dare avvio ad un percorso di evoluzione del sistema informativo socio-sanitario verso gli obiettivi prefissati, realizzando, semplificazione, economie ed efficientamento dell'intero sistema regionale.

In considerazione dell'evento pandemico ancora in corso, degli obiettivi di PNRR e delle linee di sviluppo dell'assetto del Sistema Socio Sanitario Lombardo, nonché delle possibilità offerte dalle tecnologie esistenti, si pone in prospettiva quale obiettivo strategico quello di superare progressivamente l'attuale logica del conferimento periodico dei dati attraverso i flussi informativi di rendicontazione ex post con un nuovo sistema di conferimento dei dati *real time* per consentire un reale monitoraggio del bisogno utile per la governance del SSR e anche per la gestione di casi di emergenza.

Nel corso del 2022 prenderanno avvio le attività finalizzate all'implementazione del modello di conferimento dei dati *real time*, iniziando dai livelli di erogazione previsti per la residenzialità e la semiresidenzialità dell'area anziani e disabili.

Con particolare riferimento all'area della disabilità, e più precisamente con riguardo alle unità d'offerta RSD, CSS, CDD, valutata la solidità dei dati acquisiti nel corso degli anni con l'applicativo SIDI web, applicativo già in utilizzo a tutte le Udo della rete d'offerta per la valutazione e la classificazione degli ospiti, saranno gradualmente apportate le modifiche applicative finalizzate all'implementazione del nuovo modello di rendicontazione, al completamento delle dimensioni informative necessarie alle funzioni di governo e al consolidamento dati periodico negli archivi

regionali. Indipendentemente dalla disponibilità di tali modifiche, a decorrere dal 1° trimestre 2022 il flusso informativo SIDI è superato e sostituito dal conferimento real time dei dati anagrafici, anamnestici, clinico-sanitari, delle abilità dell'ospite ed amministrativi, includendo anche l'utenza in solvenza. Tale conferimento avviene col puntuale e completo inserimento dei dati nello strumento SIDI web, secondo le tempistiche già in essere, al verificarsi degli eventi di ammissione dell'ospite in struttura, diagnosi clinica, valutazione del bisogno, sospensione del trattamento e dimissione. L'inserimento dei dati di natura epidemiologica ed amministrativa nello strumento SIDI web da parte degli Erogatori accreditati costituisce quindi l'adempimento degli obblighi informativi richiamati nei provvedimenti regionali che disciplinano i requisiti per l'esercizio. I dati imputati nel sistema SIDI web entrano a far parte del patrimonio informativo regionale in tempo reale e saranno quindi fruibili dalle ATS per i controlli di vigilanza e da Regione Lombardia per le finalità di governo del sistema. L'applicativo SIDI web continuerà a permettere agli Erogatori e alle ATS l'estrazione dati del flusso SIDI per la loro importazione nei gestionali o le altre finalità di elaborazione oggi consentite dai flussi del debito informativo. Gli erogatori sono tenuti a garantire il puntuale e completo inserimento dei dati nell'applicativo Sidi web, anche in funzione dei nuovi controlli incrociati di coerenza che verranno introdotti nel flusso informativo FE. Con la chiusura annuale di bilancio, i dati di SIDI web non potranno più essere modificati da parte degli Erogatori: i dati che saranno mantenuti online saranno quelli relativi ai trattamenti attivi, indipendentemente dalla data di apertura o di quelli chiusi che hanno effetti nell'annualità. I dati consolidati saranno conservati negli archivi di ARIA S.p.a. nel rispetto all'attuale normativa. Il conferimento dei dati real time si intende anche per gli assistiti in solvenza per l'occupazione dei soli posti letto accreditati. L'evoluzione del debito informativo SIDI nell'ottica del conferimento real time rientra nel percorso di semplificazione già avviato nel corso del 2021.

Resta confermato il debito informativo attraverso il flusso FE per i dati economici e finanziari di sintesi del periodo di rendicontazione relativamente ai trattamenti. Saranno ritenute riconoscibili ai fini della valorizzazione della produzione le giornate di assistenza riferite ad assistiti presenti in FE che trovano riscontro nei dati conferiti con la modalità real time.

Per i livelli di erogazione previsti per la residenzialità e la semiresidenzialità in area anziani, nel corso del 2022 saranno avviati i percorsi indirizzati all'evoluzione del debito informativo SOSIA e CDI in un'ottica real time.

Mensilizzazione flusso consultori

Nell'ambito del più ampio progetto di evoluzione dei flussi del Debito Informativo, per il flusso CONS la Direzione Generale Welfare ravvisa la necessità di disporre di dati completi e di qualità più tempestivi. Per raggiungere l'obiettivo risulta necessario modificare l'attuale processo di acquisizione dei pacchetti dati introducendo la cadenza mensile e semplificando la modalità di gestione degli esiti delle elaborazioni.

I Consultori, sia pubblici che privati accreditati, dovranno inviare mensilmente e direttamente alla Direzione Generale Welfare il flusso CONS attraverso l'utilizzo della piattaforma regionale SMAF (Sistema Modulare di Acquisizione Flussi), superando la logica di invio provvisorio e invio definitivo (unico invio mensile).

Ad ogni scadenza mensile, i Consultori dovranno quindi sempre includere tutte le prestazioni a partire dal 1° gennaio dell'anno contabile di riferimento ed ogni flusso inviato si intenderà sostitutivo di quanto già inviato in precedenza e verrà nuovamente valorizzato dalla procedura centrale dello SMAF.

In questo modo viene anche razionalizzato il processo di correzione degli errori, introducendo maggiore flessibilità attraverso la possibilità di correggere e integrare i dati nel corso degli invii mensili ordinari, superando l'attuale fase di riacquisizione attualmente prevista in funzione del consolidamento dei dati ai fini delle operazioni di chiusura del bilancio d'esercizio. L'ultimo invio mensile dell'esercizio contabile andrà quindi a consolidare tutti i dati dell'annualità di riferimento. In considerazione dell'importante cambiamento di modello d'invio e degli impatti che tale cambiamento potrebbe generare nell'organizzazione, è stato valutato opportuno non procedere alla modifica dei tracciati attualmente vigenti.

Gli operatori dei Consultori potranno accedere alla piattaforma, previa profilazione, con modalità di autenticazione "forte" (SPID, CNS, Carta Operatore SISS). Le attività di profilazione delle strutture e di censimento degli operatori che dovranno essere abilitati alla piattaforma SMAF saranno a carico del Servizio di Assistenza di ARIA S.p.a. secondo le modalità operative previste e comunicate dagli uffici regionali competenti.

Al fine di dare il tempo necessario agli Erogatori di completare il processo di profilazione alla piattaforma SMAF, di effettuare gli adeguamenti necessari al cambio della modalità di estrazione dati nonché di adeguare l'organizzazione al nuovo modello di invio, si sospende il debito informativo "CONS" del primo e del secondo trimestre, in previsione dell'attivazione della nuova modalità attesa a partire da luglio 2022.

Nel nuovo modello, le ATS rimangono referenti territoriali per tutti gli aspetti organizzativi del debito informativo, di monitoraggio e coordinamento nonché interfaccia degli Enti Gestori per gli aspetti normativo – funzionali del flusso.

Le profilazioni SMAF degli attuali referenti di ATS verranno modificate da ARIA s.p.a. al fine di permettere la consultazione dei dati e degli esiti di elaborazione dei Consultori afferenti al proprio territorio.

Le ATS, quindi, avranno il compito di far rispettare le scadenze previste dai calendari di acquisizione, richiedere l'integrazione/rettifica delle rendicontazioni e trasmettere sul proprio territorio le indicazioni regionali rispetto agli aspetti normativi-funzionali del flusso.

Nell'ottica di miglioramento della qualità del dato, nel corso del 2022 verranno inoltre individuate delle modalità tecniche da implementarsi nel flusso informativo finalizzate al monitoraggio delle certificazioni rilasciate dai consultori ai fini delle interruzioni volontarie di gravidanza, in ottica di adempimento del debito informativo verso il Ministero della Salute.

Gli uffici regionali competenti provvederanno a fornire le indicazioni operative necessarie.

Nuova modalità di invio del flusso economico fe

Nell'ottica del percorso di semplificazione già avviato, dal 2022 viene introdotta una nuova modalità di rendicontazione per il Flusso Economico FE.

La nuova modalità prevede come indirizzo generale il superamento del concetto di rendicontazione delle giornate di assistenza o dei trattamenti erogati in un determinato "Periodo di Riferimento" quale dato applicativo oggetto dei controlli automatici attraverso l'introduzione del concetto di annualità e di una data univoca di chiusura annuale (chiusura dell'esercizio contabile).

Con la nuova modalità di rendicontazione, in ogni pacchetto dati inviato dovranno **sempre** essere presenti sia record riferiti ad eventi avvenuti nel periodo di rendicontazione sia record riferiti ad eventi avvenuti nei periodi di rendicontazione precedenti, purché riferiti allo stesso esercizio contabile, avendo così la possibilità in una qualsiasi finestra di invio riferita all'anno di rendicontazione di inviare tutta la produzione avvenuta dall'inizio dell'anno fino a quel momento,

sostituendola a quanto precedentemente già trasmesso, e così garantendo la più ampia flessibilità nella gestione di eventuali integrazioni o variazioni a quanto precedentemente già inviato.

Si produce così, nel corso dell'esercizio, un continuo allineamento di dati tra Ente Erogatore inviante, ATS e Regione Lombardia fino al completamento dell'acquisizione del flusso informativo finalizzato alle operazioni di chiusura dei bilanci d'esercizio.

Nell'operatività, in relazione ad ogni annualità, tutti i record vengono sempre sostituiti ad ogni periodo di rendicontazione ordinaria, fino all'ultimo periodo d'invio.

La nuova modalità di invio permette di superare anche il concetto di riacquisizione straordinaria dei dati sia ai fini delle operazioni di chiusura dei bilanci sia per il necessario allineamento ad atti normativi che intervengono in corso d'anno.

Si conferma la cadenza trimestrale del flusso informativo e le finestre di invio secondo le indicazioni della Circolare 4/2016.

Flusso scheda di dimissione ospedaliera: sperimentazione sdo-riabilitativa

Il Decreto 5 agosto 2021 "Criteri di appropriatezza dell'accesso ai ricoveri di riabilitazione ospedaliera", adottato in ottemperanza al decreto-legge 19 giugno 2015 n. 78, convertito con modificazioni nella legge 6 agosto 2015, n. 125 ed ai sensi dell'Intesa Stato Regioni del 10 luglio 2014 concernente il Patto per la salute per gli anni 2014-2016, articolo 3, comma 3, ha definito i criteri per l'accesso appropriato ai ricoveri ospedalieri di riabilitazione.

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

Scopo della sperimentazione è la valutazione della corretta applicazione dei criteri individuati nel decreto - quale risultanza delle combinazioni dei codici di diagnosi e procedura presenti nelle Schede di Dimissione Ospedaliera e dei valori attribuiti alle scale di funzionalità - ai fini della verifica dell'appropriatezza del ricovero di riabilitazione.

Il Flusso informativo di riferimento sul quale verrà effettuata la sperimentazione sarà il flusso SDO, per il quale è prevedibile una ricaduta sulle codifiche SDO e l'adeguamento dei tracciati SDO (SDO-R) in conseguenza dell'emanazione del Decreto Ministeriale attuativo dell'accordo sui "Criteri di appropriatezza dell'accesso ai ricoveri di riabilitazione ospedaliera".

MOBILITA' SANITARIA

Per una migliore allocazione delle risorse, con le Regioni di confine si è stabilito per il 2022 uno scambio dati con frequenza trimestrale. Lo stato di emergenza per la pandemia da Sars-CoV-2 ha di fatto impedito per gli anni 2020-2021 l'accesso alle strutture lombarde da parte degli utenti di altre regioni producendo un saldo positivo notevolmente inferiore a quello del 2019. Uno scambio dati trimestrale invece che annuale come ora porterebbe ad una più efficiente valutazione degli impatti finanziari di mobilità passiva.

Una gestione trimestrale comporta una modifica delle procedure attualmente presenti in SMAF. Per i flussi dei ricoveri, delle prestazioni ambulatoriali e dei farmaci a somministrazione diretta, che sono le attività con maggiore impatto economico, dovranno essere aggiornate le elaborazioni di estrazione dai database presenti, che dovranno rendere disponibili i file trimestralmente. Per i flussi della medicina di base, delle terme, della farmaceutica e dei trasporti di emergenza-urgenza al momento non si ritiene necessario intervenire visto il basso impatto finanziario rispetto ai tre flussi principali.

Lo scambio dati trimestrale con le Regioni di confine comporterà una nuova reportistica ed un nuovo sistema di condivisione del dato con le strutture territoriali.

GOVERNO DEI LEA

Nel 2022 verrà effettuato un monitoraggio costante degli indicatori del NSG, introdotto con decreto del Ministero della Salute del 12 marzo 2019 per la valutazione delle Regioni rispetto all'erogazione dei LEA in condizioni di appropriatezza e di efficienza nell'utilizzo delle risorse.

Tema prioritario, sempre in riferimento agli adempimenti LEA, sarà il recupero degli impegni riferiti al 2019, e il costante e sistematico lavoro di miglioramento di tutti gli indicatori sia del NSG che del questionario LEA 2021.

MONITORAGGIO DEI TEMPI/LISTE DI ATTESA

Nel 2022 la DG Welfare – U.O. OER proseguirà l'attività di monitoraggio mensile della performance sul rispetto dei tempi di attesa per classe di priorità delle prestazioni sanitarie (ricoveri chirurgici programmati oncologici e non oncologici, prestazioni di specialistica ambulatoriale) erogate dagli Enti SSR pubblici e privati accreditati a contratto, attraverso la produzione di report specifici per struttura, accorpati per ATS territoriale di riferimento, e pubblicati sul Portale di Governo regionale (<https://logindwh.servizirl.it>). In un'ottica di benchmarking intra-regionale di valutazione della performance, la visibilità di tutti i report è consentita a tutte le strutture, limitatamente ai componenti delle Direzioni Generali degli Istituti pubblici e dei Legali Rappresentati degli Istituti Privati Accreditati.

Proseguirà inoltre l'organizzazione di momenti istituzionali di confronto con gli Enti per la condivisione delle criticità emerse dall'elaborazione e l'individuazione di azioni di miglioramento.

Il monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche ambulatoriali avverrà anche attraverso l'applicazione di strumenti definiti in specifici provvedimenti regionali (presa in carico amministrativa).

Polo Ospedaliero

Sommario

PIANO PER LE LISTE DI ATTESA 2022	2
RETI CLINICO-ASSISTENZIALI ED ORGANIZZATIVE	3
FORMAT REGIONALE PER I PDTA	4
RETI TEMPO-DIPENDENTI	4
Integrazione tra sistema dell'emergenza urgenza territoriale, ospedali, territorio.....	6
ATTIVITÀ DI EMERGENZA URGENZA OSPEDALIERA	6
RETE PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA (PMA)	6
ACCREDITAMENTO	7
Revisione del sistema di accreditamento, mediante l'aggiornamento e/o l'inserimento di nuovi requisiti per le aree meritevoli di aggiornamento.....	7
Attività ambulatoriali.....	7
Attività di degenza.....	7
Servizi Trasfusionali e Unità di Raccolta Sangue	8
Requisiti delle terapie intensive e semi intensive	8
Proroga termini riclassificazione terapia intensiva neonatale	9
Attività ambulatoriale in ambito riabilitativo	9
ACCREDITAMENTO SOCIO SANITARIO	9
Messa a regime del sistema di Assistenza Domiciliare Integrata.....	9
Cure Intermedie.....	9
Attività ambulatoriale in area generale e geriatria rivolta all'età evolutiva.....	9
Procedimenti di voltura dell'accREDITamento e di riconoscimento di Enti Unici.	10
Decadenza dell'accREDITamento	10
Attività di vigilanza e controllo di appropriatezza	10
ATTIVITÀ DI CONTROLLO	10
SERVIZI DI MEDICINA DI LABORATORIO	12
Aggiornamento dei requisiti autorizzativi e di accREDITamento dei Servizi di Medicina di Laboratorio	13
Riordino della Rete dei Laboratori Pubblici e Privati accREDITati a contratto.....	13
Pianificazione consolidamento attività analitica con tecnologia di sequenziamento di nuova generazione (Next Generation Sequencing "NGS")	14
Attività analitiche	14
Armonizzazione del referto di Laboratorio	14
Nomenclatore prestazioni di Medicina di Laboratorio	15
Appropriatezza Diagnostica.....	15

Progetti di sviluppo interistituzionale	15
Sistema trasfusionale regionale	15
SISTEMA REGIONALE TRAPIANTI	16
RETE MATERNO-NEONATALE E PEDIATRICO-ADOLESCENZIALE	17
RICERCA, INNOVAZIONE E SAPERE SCIENTIFICO	18
Ricerca	18
Fibrosi cistica	18
Sistema Bibliotecario Biomedico Lombardo (SBBL)	19
Progetti di cooperazione internazionale ed interventi sanitari umanitari	19
Progetti Europei.....	19
Sperimentazioni area malattie neuro-degenerative	20
ESENZIONI.....	20
Esenzioni regionali.....	20
Codici di esenzione: E01, E03, E04, E05, E14.....	21
Codici di esenzione: E02, E12, E13	22
Codici di esenzione: E30 e E40	22
Autocertificazione del diritto all'esenzione.....	23
RISK MANAGEMENT	24
Indicazioni per la Gestione dell'emergenza SARS COV- 2 (COVID-19) e relativa rendicontazione	24
Attività ordinarie di Risk Management.....	25
Gestione del contenzioso/copertura assicurativa RCT/RCO	26
Flussi, segnalazioni e monitoraggio degli eventi	27
SPERIMENTAZIONE DELLA DIGITALIZZAZIONE DEGLI ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO NELL'AMBITO DEL PROCESSO DI REVISIONE DEI PERCORSI DI ACCOGLIENZA.....	27

PIANO PER LE LISTE DI ATTESA 2022

Da marzo 2020 per far fronte alla richiesta crescente di assistenza dei pazienti Covid, gli Ospedali hanno reagito trasformando struttura e attività; nei mesi successivi, nelle fasi di recrudescenza, hanno prontamente replicato e migliorato il modello sviluppato.

Sul fronte dell'attività "ordinaria", che era stata sospesa o ridotta durante i picchi epidemici, l'elevato sforzo organizzativo messo in atto ha consentito di riprendere gradualmente l'attività.

Il governo ha riconfermato anche per il 2022 gli strumenti e le relative risorse supplementari che aveva stanziato con il Decreto Legge n. 104 del 2020 e Decreto Legge n. 73 del 25 maggio 2021, da utilizzare in deroga all'articolo 15 del Decreto Legge n.95 del 2012.

Con DGR XI/6002 del 21.2.2022 è stato stabilito il piano per le liste di attesa 2022 con priorità per le macroaree:

- chirurgia programmata, con particolare riferimento all'area oncologica;
- diagnostica strumentale;
- screening.

È stato inoltre declinato l'obiettivo "*Piano di ripresa 2022*" contenuto nella DGR n. XI/5832 del 29 dicembre 2021, ora ridenominato "*Piano per le liste di attesa 2022*", per le Strutture pubbliche così come segue:

- trimestre 2022 → almeno il 110% della produzione del medesimo trimestre 2019 dell'area dei ricoveri chirurgici programmati;
- trimestre 2022 → almeno il 110% della produzione del medesimo trimestre 2019 dell'area specialistica ambulatoriale;
- la modifica della modalità di valutazione dello stesso obiettivo da monitoraggio quadrimestrale a monitoraggio trimestrale;
- la decorrenza dell'obiettivo dal 1° aprile 2022, con valutazioni trimestrali al 30 giugno 2022, 30 settembre 2022 e 31 dicembre 2022.

Per le strutture sanitarie private accreditate all'interno delle macroaree prioritarie, di cui sopra, le prestazioni ambulatoriali e i ricoveri a maggior criticità in termini di richiesta e tempi di attesa saranno identificate dalle ATS territorialmente competenti definendo un target complessivo minimo di erogazione.

Infine, in tema di liste di attesa sono stati approvati ulteriori tre provvedimenti:

- la DGR n. XI/5883 del 24.1.2022 con la quale è stato approvato il nuovo modello di remunerazione delle prestazioni di ricovero chirurgici per pazienti oncologici che prevede specifici abbattimenti per le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate in caso di erogazione dei tempi di attesa oltre le soglie stabilite;
- la DGR n. XI/6255 dell'11.04.2022 con la quale è stato esteso il modello di cui al punto precedente anche ai ricoveri chirurgici programmati NON ONCOLOGICI e alla specialistica ambulatoriale;
- la DGR n. XI/ 6279 dell'11.04.2022 con la quale è stata avviata, per le strutture pubbliche, una sperimentazione di un ampliamento dell'offerta di prestazioni sanitarie ambulatoriali nei giorni festivi, nella fascia oraria pomeridiana dei giorni prefestivi e nella fascia oraria serale dei giorni feriali.

RETI CLINICO-ASSISTENZIALI ED ORGANIZZATIVE

La DGR n. XI/1694 del 03/06/2019 ha ridefinito la governance delle reti clinico assistenziali ed organizzative regionali attraverso la costituzione degli Organismi di Coordinamento per ogni singola rete e la definizione dei Piani di Rete contenenti gli obiettivi fondamentali per la costituzione/evoluzione delle reti stesse.

In attuazione della citata deliberazione e compatibilmente con i tempi e le priorità dettate dall'emergenza sanitaria dovuta all'epidemia da Sars-Cov-2, sono stati ricostituiti o attivati ex novo, una serie di tavoli tematici di professionisti e di attori del Sistema Sociosanitario regionale che a vario titolo intervengono nel percorso di diagnosi e cura di diverse patologie.

Ognuna delle reti attivate, ha fissato un programma di lavoro articolato su un arco temporale di tre anni, pertanto nel corso del 2022, proseguiranno i lavori dei Tavoli tecnici e delle Commissioni tematiche all'interno di ogni rete. Via via che saranno licenziati dai professionisti i vari documenti tecnici, la DG Welfare una volta validati nelle ricadute organizzative ed economiche, li approverà con proprio provvedimento.

Questi documenti costituiscono il patrimonio di conoscenze e saperi condivisi dalla comunità degli attori sociosanitari e la piattaforma su cui implementare il consolidamento e lo sviluppo delle reti regionali di patologia.

Nel corso del 2022 saranno attivate altre reti a completamento della complessità degli ambiti clinico-assistenziali ed organizzativi.

In continuità con quanto stabilito dalla DGR n. XI/1046 del 17/12/2018, nel 2022 saranno aggiornate, inoltre, le reti delle alte specialità relative a: neurochirurgia, chirurgia toracica, chirurgia vascolare e cardiocirurgia.

FORMAT REGIONALE PER I PDTA

Le Strutture di ricovero e cura pubbliche e private accreditate ed a contratto con il Sistema Sanitario Regionale, ai sensi della Legge regionale n. 33/2009 e s.m.i., devono promuovere attività seguendo Linee Guida Nazionali/Internazionali, normative ed HTA, nella definizione dei PDTA (Percorsi diagnostici-terapeutici-assistenziali).

Le organizzazioni sanitarie sono, pertanto, tenute ad adottare procedure che definiscano la compilazione, l'implementazione, il monitoraggio e la revisione dei percorsi di cura.

Non risultando, al momento, disponibile un format dedicato, la DG Welfare sta provvedendo all'elaborazione di una Checklist per supportare l'operatore nella produzione e revisione standardizzata di un PDTA "person-centred" e "valued-based" da implementare sia a livello ospedaliero, che territoriale.

Si tratta di uno strumento costituito da 7 domini (Screening, Progettazione, Sviluppo, Responsabilità, Implementazione, Valutazione e Follow-Up), ripartiti in ulteriori 24 sottodomini per un numero complessivo pari a 100 item, per la cui compilazione è stata utilizzata la più consistente letteratura "person-centred" e "value-based healthcare" e le più recenti disposizioni regionali e nazionali in merito (Legge Regionale 33/2009, Decreto Ministeriale 70/2015, Norma ISO 9001:2015, etc.).

La diffusione di questo nuovo strumento per la gestione del rischio clinico prevede il coinvolgimento di Risk Manager, Referenti Qualità, Direttori di Struttura e Dipartimento delle Strutture di ricovero e cura pubbliche e private accreditate ed a contratto, attraverso un programma di formazione e stretto monitoraggio dei risultati relativamente alla produzione, implementazione, monitoraggio e revisione dei PDTA prodotti con questa Checklist.

RETI TEMPO-DIPENDENTI

L'individuazione degli ospedali *hub* sui quali concentrare l'attività di erogazione delle prestazioni relative alle patologie tempo-dipendenti, regolata nella fase più acuta della prima fase epidemica COVID-19 dalla DGR n. XI/2906 dell' 8/3/2020 e proseguita con i provvedimenti di rimodulazione in base all'andamento della pandemia, ha ribadito l'importanza del modello *hub&spoke* e della definizione di un bacino di ospedali che funzionalmente e geograficamente, afferiscono ai centri di riferimento. E' emerso inoltre il ruolo del sistema di emergenza-urgenza territoriale 118 che, anche

in situazioni emergenziali, è stato in grado di garantire l'accesso ospedaliero dei pazienti affetti da patologie tempo-dipendenti nei tempi previsti dai LEA.

Il pesante impatto umano e organizzativo delle ondate pandemiche che si sono succedute, ha reso complesso il pieno recupero delle funzionalità degli ospedali afferenti alle reti tempo-dipendenti, come evidenziato dalla ricognizione svolta nei mesi scorsi su mandato della DG Welfare. Al fine di favorire tale recupero e l'evoluzione delle reti stesse, si affida all'AREU la funzione di supporto organizzativo e tecnico-scientifico alla struttura di governo regionale preposta al coordinamento dei tavoli tecnici delle reti.

Tale funzione si articola secondo le seguenti modalità:

- CReTAc (Coordinamento Regionale per i Trasferimenti secondari Acuti tempo-dipendenti) assume progressivamente compiti di coordinamento operativo dei trasferimenti secondari per i pazienti con patologie tempo-dipendenti, in collaborazione con le Sale Operative Regionali dell'Emergenza-Urgenza per i trasferimenti verso i centri hub. CReTAc in una prima fase, gestirà semplicemente le disponibilità e le richieste di posti letto, successivamente, in linea con quanto previsto dall'art. 16 della L.R. 30/12/2009, n. 33 e per mezzo del NEA 116117, grazie all'acquisizione di una propria flotta di mezzi di base, si occuperà anche dei trasferimenti non urgenti dei pazienti afferenti alle diverse Reti. Essa inoltre fornirà il supporto alla rete dei bed-manager ospedalieri nella gestione dei pazienti per il back-transport dopo la fase del trattamento in acuto, favorendo così il mantenimento della capacità operativa degli ospedali hub delle reti;
- definizione, sulla base di criteri clinici e territoriali rete-specifici, delle afferenze tra ospedali hub e spoke sia nella fase di trasferimento verso una struttura di livello superiore, sia nel back-transport. A tal fine Areu si farà promotrice, supportando organizzativamente i rispettivi tavoli tecnici, dell'aggiornamento costante dei PDTA regionali per le patologie tempo-dipendenti (stroke, STEMI, trauma, sepsi, insufficienza respiratoria, urgenze in ambito di CCH e chirurgia vascolare, ECMO per supporto cardiaco e respiratorio, trauma complesso della mano e dell'arto superiore...);
- coinvolgimento del Tavolo regionale di coordinamento dei Pronto Soccorso per la stesura di PDTA condivisi con gli specialisti, le indicazioni al trattamento e il monitoraggio dei tempi di trasferimento intra-ospedaliero per i pazienti affetti da patologie tempo-dipendenti che accedono con le ambulanze del 118 o in autopresentazione ai Pronto Soccorso;
- progressiva estensione dell'integrazione, già realizzata come progetto pilota presso due ASST, per rilevare automaticamente e in tempo reale, mediante interconnessione tra gli applicativi aziendali e la piattaforma regionale EUOL, della disponibilità delle risorse ospedaliere: letti di area critica, letti sub-intensivi e di degenza ordinaria, diagnostiche interventistiche, sale operatorie per l'urgenza, funzionali al governo delle reti tempo-dipendenti e dei trasferimenti secondari.
- monitoraggio delle attività inerenti le reti di patologia tempo-dipendente secondo indicatori condivisi nell'ambito dei singoli tavoli tecnici, come già avviato per il Registro traumi. A tale scopo verrà istituito in AREU un osservatorio che restituisca a DG Welfare e ai tavoli tecnici dati e informazioni necessarie per promuovere un costante miglioramento di qualità;
- progettazione di una completa integrazione tra il sistema informativo dell'emergenza urgenza territoriale e i sistemi informativi ospedalieri, per raccogliere e elaborare dati inerenti l'*outcome* del processo di cura.

Integrazione tra sistema dell'emergenza urgenza territoriale, ospedali, territorio.

A fronte del sovraffollamento dei Pronto Soccorso e dell'incremento di invio di ambulanze per pari a circa il 3% annuo, è stato attivato presso l'AREU un progetto sperimentale per orientare il bisogno di cura non emergente-urgente sui servizi della rete territoriale. Il progetto si articola in due fasi distinte.

- Fase 1: riduzione del numero di ambulanze inviate in Pronto Soccorso, attraverso l'istituzione di una centrale di approfondimento clinico (SOPAPP) che rivaluta le chiamate pervenute alle SOREU e indirizza i pazienti non emergenti-urgenti ai servizi territoriali;
- Fase 2: promuovere la riduzione degli accessi spontanei in Pronto soccorso implementando le attività e le funzioni dell'116117 (NEA) e la risposta del territorio.

ATTIVITÀ DI EMERGENZA URGENZA OSPEDALIERA

Tra gli obiettivi della rete dei PS, l'azione prioritaria del 2022 sarà l'attuazione ed implementazione di quanto definito nell'Accordo Stato-Regioni n. 143/2019 in tema di formazione per il personale che svolge attività di Triage intraospedaliero, OBI e sovraffollamento dei Pronti Soccorsi, aggiornando le linee guida regionali alla luce delle caratteristiche organizzative del Sistema sociosanitario lombardo. Il programma di formazione verrà gestito da AREU. Per il programma di formazione rivolto ai formatori regionali sono destinate fino ad un massimo di 50.000,00 euro per l'esercizio 2022.

RETE PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA (PMA)

La DGR n. XI/1593 del 07/05/2019 ha approvato il progetto per l'avvio e la sperimentazione della Banca regionale di crioconservazione dei gameti presso la ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda per consentire sul territorio regionale le procedure di PMA di tipo eterologo, stanziando le relative risorse per l'avvio e il primo anno di attività.

A causa dell'intervenuta emergenza sanitaria per l'epidemia da Sars-Cov-2, l'attività di sperimentazione della Banca regionale dei gameti ha subito un necessario rallentamento con la conseguenza di impedire lo svolgimento delle attività in coerenza con quanto programmato.

A fronte di tale oggettiva evidenza, la durata della sperimentazione è stata prorogata, concludendosi nel corso del 2021.

In considerazione della valutazione positiva degli esiti della sperimentazione dell'attività della Banca, in attuazione della DGR n. XI/1593/2019, si procederà alla messa a regime dell'attività di bancaggio dei gameti maschili e femminili, individuando la ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda di Milano sede della Banca regionale di crioconservazione dei gameti, definendo i compiti della Banca, la sua organizzazione e le modalità di finanziamento.

Per la messa a sistema della Banca dei gameti sono messe a disposizione per il 2022 fino ad un massimo 2 ml/Euro.

La messa a sistema della banca regionale dei gameti sarà anche un'occasione per adottare un provvedimento quadro di riorganizzazione di molti aspetti che riguardano la PMA sul territorio regionale, come la sistemazione e revisione delle tariffe relative all'esecuzione delle varie procedure e i requisiti di accreditamento delle Strutture che svolgono attività di PMA eterologa e omologa.

ACCREDITAMENTO

Il SSL conferma, tra le proprie specificità, la prerogativa di spostare il vero momento programmatico dall'accREDITamento alla contrattualizzazione.

La concessione dell'accREDITamento non conferisce di per sé il diritto alla messa a contratto, ma è uno strumento per elevare il livello qualitativo dell'offerta, oltre a rimanere, comunque, condizione per l'eventuale accesso alla contrattualizzazione, secondo le indicazioni regionali attuative delle politiche in materia.

I principali indirizzi di programmazione regionale in materia di accREDITamento sono definiti attraverso i seguenti obiettivi strategici per il 2022:

Revisione del sistema di accREDITamento, mediante l'aggiornamento e/o l'inserimento di nuovi requisiti per le aree meritevoli di aggiornamento

Nelle more della revisione in argomento, al fine di favorire l'innalzamento del livello qualitativo degli erogatori presenti sul territorio, anche per il 2022, è possibile presentare alle ATS territorialmente competenti, istanze di nuovi accREDITamenti, ampliamenti e trasformazioni, secondo le vigenti procedure regionali, nel rispetto delle indicazioni specifiche previste dal presente provvedimento e dal DM n. 70/2015. Si precisa che per le attività di ricovero per acuti, di degenza di riabilitazione, sono possibili solo trasformazioni e riconversioni il cui governo è in carico alla DG Welfare, al fine di garantire l'uniformità delle attività di cui sopra, previa valutazione epidemiologica positiva delle ATS.

Si precisa che l'accREDITamento di strutture psichiatriche e neuropsichiatriche e le relative verifiche (istanze, vigilanza, ecc..) segue il percorso previsto per le strutture sanitarie.

Attività ambulatoriali

Sulla base della valutazione epidemiologica da parte di ATS che evidenzia il bisogno di specifiche prestazioni da parte del territorio di riferimento, è consentito l'ampliamento di branche specialistiche ambulatoriali accREDITate e a contratto; tale variazione è da considerarsi a budget immutato. Rimane in vigore quanto previsto per la Macroattività chirurgica a bassa complessità operativa ed assistenziale (BIC) nella DGR XI/1046/2019 relativamente alla presenza della UO di riferimento all'interno dell'assetto accREDITato.

In sede di prima applicazione della legge regionale n. 22/2021 e della definizione di specifici requisiti di accREDITamento gli ambulatori sociosanitari territoriali, ivi incluse le strutture di cui alla DGR n. 6296/2022, sono da considerarsi in deroga con riferimento ai requisiti strutturali ed in particolare al requisito dell'adeguamento antisismico.

Attività di degenza

È consentito esclusivamente l'ampliamento di posti letto a contratto solo in trasformazione di posti letto attivi, secondo le seguenti modalità e fermo restando il rispetto dei requisiti organizzativi.

Posti letto di degenza ordinaria per acuti: rapporto di trasformazione 1:1 da posti letto di degenza ordinaria.

Posti letto di day hospital/day surgery:

- rapporto di trasformazione 1:1 da posti letto di degenza ordinaria
- rapporto di trasformazione 1:1 da posti letto di day hospital/day surgery

Posti Tecnici (MAC, BIC, dialisi/CAL, Sub-acute): rapporto di trasformazione 1:1 da posti letto di degenza ordinaria o posti tecnici.

In relazione alle degenze di riabilitazione ospedaliera, le ATS, tenuto conto dell'indice massimo di 0,7 posti letto per 1000 abitanti previsto su scala regionale dal DM 70/2015, possono valutare una diversa distribuzione, nell'ambito dei complessivi posti letto, rimanendo fermo il vincolo che i posti letto di riabilitazione di mantenimento e generale geriatrica, non possono essere trasformati in posti letto di riabilitazione specialistica. Tale trasformazione può avvenire utilizzando l'indice di 1:1.

È possibile aprire letti tecnici di MAC di riabilitazione in trasformazione di posti letto di riabilitazione di degenza ordinaria e di DH.

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). Si ribadisce che nell'applicativo ASAN dovranno essere presenti tutte le strutture sanitarie, anche quelle solo autorizzate sul territorio lombardo.

I soggetti gestori di più strutture sanitarie accreditate, anche di diversa tipologia, possono chiedere il riconoscimento di ente unico gestore, attraverso la presentazione alla DG Welfare di un'istanza tramite l'applicativo ASAN.

Le strutture sanitarie hanno 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.

La sospensione di attività accreditate e a contratto da parte degli erogatori deve essere adeguatamente motivata ed approvata dalla ATS.

Servizi Trasfusionali e Unità di Raccolta Sangue

In applicazione della specifica normativa vigente in materia trasfusionale devono essere organizzate ed effettuate le verifiche presso i Servizi Trasfusionali e le Unità di Raccolta gestite dalle Associazioni e Federazioni dei donatori di Sangue (UdR), secondo la periodicità definita dalla normativa stessa.

Il team di verifica deve garantire la presenza di almeno un valutatore inserito nell'elenco dei Valutatori del Sistema Trasfusionale (VSTI). Si ricorda che tutti i VSTI che operano in Lombardia possono partecipare alle verifiche indipendentemente dal ruolo ricoperto all'interno delle ATS/ASST. A partire dal 2022, le ATS sono invitate a fornire puntualmente, nel corso dell'anno il programma dei sopralluoghi presso le Strutture Trasfusionali con la composizione dei team di verifica, al fine di consentire ai competenti Uffici Regionali, una adeguata distribuzione dei VSTI nei team di verifica.

Requisiti delle terapie intensive e semi intensive

Con riferimento alla DGR n. XI/3264 del 16/06/2020 *"Piano di riordino della rete ospedaliera: attuazione dell'art. 2 del D.L. 34/2020"* in relazione alla modalità di assolvimento del requisito *"Esiste un sistema di condizionamento ambientale che assicuri possibilità di intervento sui gradienti di pressione per creare pressione positiva o negativa nell'area di degenza?"*

previsto per le seguenti macroattività: attività di rianimazione e terapia intensiva, degenza semintensiva A e degenza semintensiva B si precisa quanto segue. Nel caso in cui i posti letto dell'area di degenza siano collocati in box è sufficiente che tale requisito sia assolto in almeno il 50% dei posti letto di terapia intensiva e semintensiva adulta e pediatrica. Si precisa che, come confermato dalla nota prot.n. G1.2020.0027538 del 27/07/2020, l'area neonatologica è esclusa in questa fase di riordino delle terapie intensive e semintensive.

Proroga termini riclassificazione terapia intensiva neonatale

Richiamate le note della DG Welfare prot. n. G1.2020.0036544 del 28/10/2020 e G1.2020.0047782 del 17/12/2020 – relative alle indicazioni operative in applicazione alla DGR n. XI/7267 del 28/06/2018 e DGR n. XI/2395 dell'11/11/2018, considerato l'evolversi dell'attuale situazione correlata all'emergenza epidemiologica da Covid- 19, si ritiene di prorogare al 31/12/2022 il termine massimo per la conclusione del processo di riclassificazione.

Attività ambulatoriale in ambito riabilitativo

Al fine del soddisfacimento del requisito: *“Durante l'attività di ciascun ambulatorio, è presente almeno un medico, in possesso della specializzazione nella disciplina di branca/che a cui offeriscono le prestazioni ambulatoriali erogate?”* nell'ambito della Medicina Fisica e Riabilitazione, così come a suo tempo precisato, è possibile la non perfetta corrispondenza oraria tra le attività del medico fisiatra e quelle del fisioterapista, ciò non può equivalere all'accreditamento di strutture gestite da soli fisioterapisti. Si precisa che l'attività svolta dal tecnico in assenza di personale medico dovrà essere rigorosamente riconducibile alle competenze di tale figura e condotta secondo protocolli clinici organizzativi validati dal medico responsabile delle attività medico svolte.

ACCREDITAMENTO SOCIOSANITARIO

Messa a regime del sistema di Assistenza Domiciliare Integrata

Riguardo alla necessità della messa a sistema di quanto previsto in materia di ADI dalla normativa nazionale e regionale, sia relativamente alla definizione dei percorsi assistenziali domiciliari all'interno dei nuovi profili assistenziali in funzione dell'attuazione degli artt. 21 e 22 del DPCM 12 gennaio 2017 (LEA), che relativamente al recepimento Dell'Accordo Stato/Regioni del 4/8/2021, recante *“Proposta di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio e requisiti ulteriori per l'accreditamento delle cure domiciliari, in attuazione dell'art. 1, comma 406, della Legge 3/12/2020 n. 178”*, si dispone la sospensione dei nuovi accreditamenti ADI fino alla data del 1/09/2022 (e comunque fino a diversa data prevista da successivo provvedimento specifico in tema di accreditamento ADI). Da questa data in poi potranno essere presentate sia le nuove istanze di accreditamento, sia quelle di riclassificazione, sulla base del possesso dei nuovi requisiti previsti dallo specifico provvedimento regionale in corso di approvazione. Per le unità d'offerta già accreditate alla data di approvazione del presente provvedimento, rimangono possibili le volture di accreditamento e le modifiche dovute a variazioni strutturali e/o della sede.

Cure Intermedie

Con riferimento a quanto previsto in tema di riordino e sviluppo delle degenze territoriali, riguardo all'accreditamento delle unità d'offerta Cure Intermedie, per il 2022 sono possibili solo modifiche dovute a variazioni strutturali e/o della sede, escluse trasformazioni, ampliamenti e nuova offerta. Rimangono possibili le volture di accreditamento.

Attività ambulatoriale in area generale e geriatrica rivolta all'età evolutiva

Per le prestazioni riabilitative ambulatoriali rivolte all'età evolutiva a favore di casi definiti nel progetto riabilitativo individuale come “non complessi” ed erogabili da un'unica tipologia di professionista della riabilitazione (ad esempio logopedista), il requisito *“Durante l'attività di ciascun ambulatorio, è presente almeno un medico, in possesso della specializzazione nella disciplina di branca/che a cui offeriscono le prestazioni ambulatoriali erogate”* si può ritenere assolto anche senza la contemporanea presenza del medico presso la Struttura, purché l'attività sia svolta in

coerenza con il piano riabilitativo e nel rispetto di specifici protocolli clinico organizzativi che devono essere presenti presso la struttura e validati dal medico responsabile delle attività svolte.

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

Per le istanze di voltura dell'accreditamento e di riconoscimento/modifica di Enti Unici, ai sensi delle DDGR n. X/2569/2014 e n. XI/5181/2021, si precisa che, in ipotesi di UdO non funzionante, non è ammessa la voltura della gestione, né è ammesso ricomprendere la UdO inattiva all'interno di un Ente Unico.

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

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

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

Decadenza dell'accreditamento

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

Si dispone che le ATS, con decorrenza 1/1/2022, sulla base della verifica della condizione di mancata presa in carico di utenti per un periodo di novanta giorni, avviino il procedimento previsto dalla citata DGR per la dichiarazione di decadenza dell'accreditamento, con riferimento anche a unità d'offerta già accreditate, oltre che con riferimento alle verifiche post accreditamento.

Attività di vigilanza e controllo di appropriatezza

Sino alla conclusione del periodo di emergenza, si confermano le indicazioni da ultimo contenute nella nota D.G. Welfare G1.2021.0057477 del 29/09/2021, in attuazione di quanto disposto con DDGR n. XI/3913/2020 e n. XI/5181/2021.

Alla scadenza del periodo emergenziale, si dispone la ripresa delle ordinarie attività di vigilanza e controllo, con le modalità disposte dalla DGR n. 1046/2018 All. *“Regole di gestione del servizio sociosanitario 2019”*, §6.13, con l'eccezione delle percentuali per le verifiche annuali del mantenimento dei requisiti di esercizio e di accreditamento e di controllo d'appropriatezza, che sono ridefinite come segue:

- mantenimento dei requisiti di esercizio e di accreditamento per almeno il 25% delle unità d'offerta sociosanitarie
- controllo dell'appropriatezza su almeno il 25% delle unità d'offerta sociosanitarie, su campioni di FASAS di almeno il 13% nelle udo residenziali e semiresidenziali e del 3,5% per quelle ambulatoriali e domiciliari.

ATTIVITÀ DI CONTROLLO

Per il 2022, nel confermare quanto contenuto nel DM del 10/12/2009 *“Controlli sulle cartelle cliniche”* e le quote minime di attività in esso individuate, si dispone quanto segue:

- l'esercizio di controllo ad opera dei NOC delle ATS deve essere riprogrammato e si svolgerà dal 1° gennaio 2022 fino al 31 dicembre 2022, ricomprendendo tutta la produzione disponibile;

- la chiusura del debito informativo su piattaforma SMAF per le suddette attività di controllo (prevista per l'esercizio 2022 entro il 10/01/2023) potrà usufruire di un ulteriore mese per eventuali correzioni di errori, e dovrà pertanto concludersi entro e non oltre il 10/02/2023;
- Il volume dei controlli sulle prestazioni di ricovero è determinato in almeno il 12,5% così suddiviso:
 - fino al 6,5% (di cui 3% di qualità documentale e 3,5% di congruenza ed appropriatezza generica, potrà essere riferita ad attività di autocontrollo da effettuare a cura dei soggetti erogatori secondo le modalità di selezione del campione e di successiva verifica dell'autocontrollo da parte delle ATS, stabilite dalla DGR n. X/1185/2013;
 - per il restante 6% si conferma la selezione di tipo mirato della casistica per le conseguenti verifiche di congruenza. Si conferma che la tipologia di controllo "endoprotesi" (DGR n. 1046/2018), riferita esclusivamente alla quota del mirato (6%).
- riguardo alle prestazioni di specialistica ambulatoriale, si conferma la percentuale di controllo pari ad almeno il 3,5% delle pratiche, da effettuarsi, con le modalità previste dalle "Regole di sistema". Si ritiene di non intraprendere l'attività di autocontrollo sulle prestazioni ambulatoriali prevista della DGR n. XI/2672/2019.

Si raccomanda di prevedere per tutto il 2022 un'adeguata flessibilità di programmazione dei controlli in funzione dell'evolversi della situazione emergenziale, che potrà modificare le modalità di verifica. Si sottolinea, inoltre, laddove possibile, di favorire i controlli su documentazione in formato digitale, al fine dell'effettuazione presso le ATS senza recarsi nelle strutture.

A fronte dell'impatto dell'emergenza covid sull'ambito organizzativo e al fine di consentire l'attività di controllo, sarà possibile, in seguito a segnalazione presso la DGW, coinvolgere gli operatori di altre NOC in ATS vicini, previa verifica della disponibilità delle stesse.

Nel merito delle modalità di effettuazione e di trasmissione dei controlli sulle prestazioni sanitarie di ricovero e di specialistica ambulatoriale e delle relative tempistiche, sono definite, per l'esercizio 2022, le disposizioni per le attività di autocontrollo da parte degli Erogatori, come da sintesi riportata di seguito.

Autocontrollo qualità documentale Ricoveri (3%)

dimessi dal 1° gennaio 2022

ATS:

- campionamento casuale (numerosità = 3% produzione 2021) su gennaio-marzo 2022;
- invio ad Erogatori elenchi cartelle cliniche campionate.

Erogatore:

- invio esiti autocontrollo solo in ATS (no correzioni in Regione su campione) entro il 30 giugno 2022.

ATS:

- campionamento quota parte del 3% iniziale, per verifica di concordanza;
- in concordanza, no sanzionamento per errore;
- in discordanza, estensione a intero campione autocontrollo e sanzionamento per errore (se decurtazione economica $\geq 5\%$);
- invio esiti quota parte controllo ATS ed autocontrollo Erogatore in Regione entro il 10.01.23 (con possibilità di correggere errori fino al 10.02.23).

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

dimessi dal 1° gennaio 2022

Erogatore:

- Piano di Controllo aziendale (invio in ATS entro 15 febbraio 2022);
- campionamento mirato o casuale o misto (numerosità = 3,5% produzione 2021) su gennaio-aprile 2022;
- invio mensile in ATS elenchi cartelle cliniche campionate;
- invio esiti autocontrollo solo in ATS (NO correzioni in Regione su campione) entro il 30 giugno 2022.

ATS:

- segnalazione criticità Piano di Controllo aziendale;
- campionamento quota parte del 3,5% iniziale, per verifica di concordanza;
- in concordanza, no sanzionamento per errore;
- in discordanza, estensione a intera produzione disponibile e sanzionamento per errore (se decurtazione economica $\geq 5\%$);
- invio esiti quota parte controllo ATS ed autocontrollo Erogatore in Regione entro il 10/01/23 (con possibilità di correggere errori fino al 10/02/23).

Fatto salvo eventuali ulteriori determinazioni regionali dovute a modifiche significative dell'epidemia in atto, le Strutture sanitarie di ricovero e cura dovranno provvedere, entro il 15 marzo p.v., e ad inviare alla ATS di riferimento, un Piano di Controllo aziendale in cui siano esplicitati i criteri di campionamento e le modalità organizzative utilizzate per quanto riguarda l'autocontrollo di congruenza delle prestazioni di ricovero.

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

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

SERVIZI DI MEDICINA DI LABORATORIO

Il percorso di riorganizzazione complessiva dei Servizi di Medicina di Laboratorio riguarderà interventi di efficientamento quali-quantitativo nelle seguenti macro-aree:

- 1) requisiti autorizzativi e di accreditamento dei Servizi di Medicina di Laboratorio
- 2) rete dei Laboratori pubblici e privati accreditati
- 3) pianificazione consolidamento attività analitica con tecnologia di sequenziamento di nuova generazione (Next Generation Sequencing "NGS")

Gli interventi di revisione/riordino di tali ambiti, si realizzeranno in base a un cronoprogramma di azioni trasmesso al Ministero della Salute in accordo all'Intesa, ai sensi dell'articolo 29, comma 2, del decreto-legge 25 maggio 2021, n. 73, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 luglio 2021, n. 106, sullo schema di decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze concernente "Ripartizione del contributo per il processo di riorganizzazione della rete dei laboratori del Servizio sanitario

nazionale". (Repertorio atti n. 258/CSR del 16 dicembre 2021) Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

Gli interventi pianificati nel cronoprogramma si svolgeranno entro il 31 dicembre 2022 e saranno in parte sostenuti da risorse nazionali ai sensi dell'art. 29 del decreto -Legge 25/05/2021, n. 73 convertito con modificazioni dalla Legge 23/07/2021, n. 106.

A partire dalla seconda metà del 2021, sono riprese le attività del Comitato Regionale dei Servizi di Medicina di Laboratorio (CReSMeL) a supporto del complesso processo di riorganizzazione in argomento, le quali erano state sospese nel 2020 e nel primo semestre del 2021 a causa della pandemia COVID-19. Di seguito sono descritte le macro-attività previste nel cronoprogramma

Aggiornamento dei requisiti autorizzativi e di accreditamento dei Servizi di Medicina di Laboratorio

In linea con l'Accordo Stato/Regioni del 20 dicembre 2012 recante *"Disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento"*, (Rep. Atti n. 259/CSR) e ai contenuti del documento AGENAS del giugno 2015 *"Proposta di modello per l'accreditamento istituzionale delle strutture di medicina di laboratorio"*, l'aggiornamento ha l'obiettivo di adeguare al contesto attuale, i requisiti autorizzativi e di accreditamento dei Servizi di Medicina di Laboratorio attraverso il superamento e l'armonizzazione di quanto previsto dai seguenti atti:

- DGR n. VII/3313 del 02/02/2001 *"Approvazione delle direttive in ordine all'attuazione delle disposizioni di cui alla l.r. 15/1999 art. 4, comma 4, relative ai Servizi di Medicina di Laboratorio e all'attività di prelievo"*;
- DGR n. XI/772 del 12/11/2018 *"Definizione dei requisiti minimi autorizzativi per l'attività di Anatomia Patologica e raccomandazioni per lo sviluppo della metodologia della tracciabilità"*;
- DGR n. X/7466 del 4/12/2017 *"Requisiti minimi autorizzativi delle attività di laboratorio di genetica medica"*.

Si precisa che, in attesa del provvedimento di Giunta che aggiorna i requisiti autorizzativi e di accreditamento dei Servizi di Medicina di laboratorio, coerentemente con quanto dichiarato dalle note della DG Welfare n. G1.2021.0032446 del 11/05/2021 e n. G1.2021.0023795 del 12/04/2021, esclusivamente per i laboratori già autorizzati/accreditati, permane la proroga dei termini previsti per la verifica dei requisiti:

- minimi autorizzativi rispetto a volumi minimi di produzione/attività, personale e tempi di refertazione dei laboratori di Anatomia Patologica e Genetica Medica indicati rispettivamente nelle DGR n. XI/772/2018 e DGR n. X/7466/2017;
- volumi minimi di attività per le prestazioni eseguite in sede dai laboratori previsti dalla DGR n. X/5954/2016.

Riordino della Rete dei Laboratori Pubblici e Privati accreditati a contratto

Si procederà con il programma di riordino della rete regionale dei laboratori delle strutture pubbliche e private accreditate a contratto in seguito all'aggiornamento dei requisiti autorizzativi e di accreditamento in coerenza con l'Accordo Stato/Regioni del 23 marzo 2011 (Rep. Atti n. 61/CSR) relativamente ai laboratori di base, ai laboratori di base con sezioni specializzate e ai laboratori specializzati in: Biochimica Clinica e Tossicologia; Microbiologia e Virologia; Ematologia ed Emocoagulazione; Anatomia Patologica; Genetica Molecolare e Citogenetica.

Pianificazione consolidamento attività analitica con tecnologia di sequenziamento di nuova generazione (Next Generation Sequencing “NGS”)

Nell’ambito dell’efficientamento della produzione per le analisi eseguite con metodo NGS ci si pone l’obiettivo di consolidare per quanto possibile le prestazioni in Laboratori riferimento per la diagnostica molecolare. Tali laboratori dovranno soddisfare il requisito posto sul volume di attività di 5000 campioni analizzati l’anno ai sensi dell’art. 29 del decreto -Legge 25/05/2021, n. 73 convertito con modificazioni dalla Legge 23/07/2021, n. 106.

Considerati i diversi potenziali ambiti di applicazione attuali e futuri della tecnologia NGS, ad esempio nella diagnostica microbiologica e virologica e della diagnostica genetica somatica e germinale, i percorsi di consolidamento ed efficientamento saranno distinti in funzione del contesto applicativo della area diagnostica. Inoltre, sarà tenuto conto anche dei diversi livelli di complessità di applicazione del metodo NGS e della rapida evoluzione tecnologia di questo metodo di analisi.

Le necessarie istruttorie tecniche che daranno luogo ai provvedimenti della Giunta Regionale saranno predisposte a cura CReSMEL.

Al complessivo processo di riorganizzazione ed efficientamento della rete regionale dei laboratori al fine di mantenere e implementare i livelli di qualità, sicurezza e appropriatezza regionali, saranno destinate risorse fino ad un massimo di 20 milioni di euro per supportare innanzitutto il potenziamento dell’infrastruttura informatica, logistica e lo sviluppo della rete di telepatologia e teleconsultazione (es. digital pathology, automated image-processing systems ecc.).

Saranno inoltre implementate le seguenti attività correlate.

Attività analitiche

La DGR n. XI/2672 del 16/12/2019 prevedeva la dismissione da parte delle ATS delle attività analitiche di ricerca su matrici umane di sostanze illecite (droghe ed etanolo) con il trasferimento delle stesse alle ASST.

Nel 2022 sarà ripreso il percorso di trasferimento delle attività analitiche dalle ATS alle ASST con l’istituzione di un Gruppo Tecnico multidisciplinare che avrà l’obiettivo di predisporre le necessarie istruttorie tecniche che daranno luogo a provvedimenti della Giunta Regionale specifici per ciascuno dei seguenti ambiti:

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

Il gruppo di lavoro in argomento, avrà il compito di definire i tempi, le modalità di attuazione delle attività di riordino e di coordinarne l’implementazione.

Armonizzazione del referto di Laboratorio

Nel corso del 2021, dopo l’avvio nel 2019 del progetto “referto strutturato”, è stato implementato il completamento dell’identificazione del codice LOINC per gli esiti delle prestazioni di laboratorio e, pertanto, nel 2022 ad integrazione del percorso, sarà predisposto ed adottato un documento ad indirizzo regionale sui contenuti del referto.

Si procederà con l’armonizzazione del referto delle sotto-branchie di: Biochimica Clinica e Tossicologia; Microbiologia e Virologia; Ematologia ed Emocoagulazione.

Nomenclatore prestazioni di Medicina di Laboratorio

Con l'obiettivo di adeguare il nomenclatore tariffario regionale per la branca della Medicina di Laboratorio alle indicazioni nazionali (DPCM 12 gennaio 2017), e alle indicazioni contenute nella Circolare n.11 del 09/10/2020 con oggetto *"Criteri di applicazione del sistema di Classificazione FA-RE al Sistema Lombardo della Specialistica Ambulatoriale"*, si procederà all'aggiornamento della DGR n. VII/5640 del 20/07/2001 *"Integrazione alla DGR 3313/2001 "Approvazione delle direttive in ordine all'attuazione delle disposizioni di cui alla l.r. 15/1999 art. 4, comma 4, relative ai Servizi di Medicina di Laboratorio e all'attività di prelievo"*.

Appropriatezza Diagnostica

Nell'ambito delle iniziative promosse al fine di migliorare l'appropriatezza diagnostica della medicina di laboratorio sono riprese le attività affrontando gli esami finalizzati alla diagnostica delle patologie autoimmuni. Sarà predisposto ed adottato un documento ad indirizzo regionale con l'obiettivo di razionalizzare e migliorare la qualità del percorso del paziente (una sola visita e un solo accesso al laboratorio) così da ridurre i tempi necessari per l'inquadramento clinico-diagnostico, attraverso definizione di un algoritmo diagnostico (reflex test) verificate le condizioni di erogabilità.

Progetti di sviluppo interistituzionale

Nell'ambito della promozione e sostegno della ricerca sanitaria di interesse regionale svolta dal laboratorio COVID dei Vigili del Fuoco di Milano, nel limite massimo dell'importo di € 80.000,00 previsto dalla Legge Regionale di Bilancio per l'anno 2022, possono essere erogate borse di studio specifiche previo:

- avvio e completamento del percorso autorizzativo e di accreditamento del laboratorio in accordo alla normativa vigente;
- presentazione di un progetto nel quale deve essere definito il contesto di sviluppo, l'obiettivo e i tempi di realizzazione e le potenziali ricadute positive sul sistema sanitario regionale.

Sistema trasfusionale regionale

Le attività trasfusionali sono state oggetto, negli ultimi anni, di un'ampia attività di programmazione che ha affidato alla Struttura Regionale di Coordinamento in tema di Attività Trasfusionali di AREU (SRC/AREU l'avvio e lo sviluppo della riorganizzazione e riqualificazione delle attività, in sinergia con tutti gli attori coinvolti nel processo trasfusionale, ovvero le Istituzioni, le Strutture sanitarie, gli Operatori sanitari e le Associazioni di Volontariato.

Al fine di garantire e mantenere elevati standard di qualità e sicurezza, le attività prioritarie per l'anno 2022, coordinate dalla SRC/AREU saranno le seguenti:

- consolidamento della riorganizzazione/centralizzazione avviato con la DGR n. X/1632 del 4/04/2014 e del rafforzamento dell'organizzazione in rete unica delle Strutture Trasfusionali (SIMT, SIMT-CLV, Unità di Raccolta Associative) nell'ottica della standardizzazione e dell'armonizzazione dei Sistemi qualità e della gestione del trattamento dei dati personali, volti alla conformità con la vigente normativa di matrice europea, sia in ambito trasfusionale, sia in materia di privacy;
- progressiva realizzazione di una rete informatica unica, con unico software gestionale, unica base dati, unica titolarità per il trattamento dei dati di interesse della medicina trasfusionale (Rete trasfusionale regionale informatica unica - RTR-I);

- osservanza degli impegni di raccolta e del piano di produzione degli emocomponenti e medicinali plasma derivati da conto lavorazione, con particolare riguardo agli adeguamenti almeno mensili dei programmi quali-quantitativi di raccolta in relazione ai fabbisogni trasfusionali, in tutti i periodi dell'anno; quanto sopra anche in considerazione delle necessità di sistema correlate alla pandemia COVID per quanto riguarda sia la produzione di unità di globuli rossi, sia la produzione di unità di plasma da aferesi finalizzate all'uso clinico ovvero alla produzione di medicinali plasmaderivati;
- attivazione e coordinamento di un progetto regionale destinato a tutta la filiera di raccolta e produzione, orientato in particolar modo alla produzione aggiuntiva del plasma da aferesi monocomponente da inviare alla produzione di medicinali plasmaderivati;
- sicurezza trasfusionale in fase clinico-assistenziale, quale anello indispensabile della catena di misure che danno garanzia di qualità e sicurezza degli emocomponenti e delle prestazioni per la loro erogazione, al fine di evitare eventi/incidenti gravi riconducibili ad un errore di trasfusione ABO per erronea identificazione del paziente e/o gestione delle unità consegnate al di fuori del Servizio Trasfusionale. Particolare orientamento dovrà essere dedicato all'utilizzo delle frigoemoteche "intelligenti" in assenza di operatori sanitari del Servizio Trasfusionale per l'assegnazione e consegna e della richiesta trasfusionale informatica a partenza dal reparto richiedente e delle barriere informatiche all'errore di identificazione al letto del paziente;
- progressiva attivazione omogenea dei programmi di Patient Blood Management (PBM) nel territorio regionale, finalizzata a ridurre il rischio trasfusionale tramite una gestione ottimale della risorsa sangue del paziente, con una maggiore appropriatezza trasfusionale e minore esposizione al rischio trasfusionale e inoltre con un miglioramento degli esiti clinico-terapeutici ("outcome" del paziente) e con un contributo all'autosufficienza degli emocomponenti e alla sostenibilità anche economica del sistema sanitario. Occorre pertanto riprendere e proseguire con l'attivazione sistematica dei programmi di Patient Blood Management;
- mantenimento delle altre attività clinico diagnostiche nei Servizi Trasfusionali quale contributo al recupero delle attività sanitarie post-pandemia.

SISTEMA REGIONALE TRAPIANTI

La DGR n. XI/6329 del 2.5.2022 "Sistema Regionale Trapianti: programma regionale per lo sviluppo della donazione di organi e tessuti a scopo di trapianto – 2022-2023", congiuntamente alla DGR n. XI/6150 del 21.3.2022 "Determinazioni in merito alla revisione e aggiornamento del modello organizzativo del sistema regionale trapianti" stabilisce gli strumenti per implementare il programma regionale di donazione attraverso le seguenti attività.

- Definizione degli assetti dei coordinamenti ospedalieri di procurement.
- Coinvolgimento nel percorso di donazione delle strutture sanitarie private
- accreditate.
- Attivazione di Collegi Medici di accertamento di morte encefalica di riferimento
- per il territorio di ciascuna ATS.
- Nuovi strumenti di monitoraggio del paziente neuroleso.
- Sviluppo dei percorsi di donazione a cuore fermo controllato e non controllato.
- Definizione dei target dell'obiettivo "Attività di donazione di organi e tessuti"
- previsto dalla DGR n. XI/5832 del 29.12.2021 per le Direzioni Generali di
- ASST/IRCCS/ATS;

- Programma di formazione del personale sanitario.

In merito al programma Regionale Trapianto di organi, tessuti e Cellule Staminali Emopoietiche (CSE) è previsto quanto segue.

- Trapianto di organi solidi: integrazione dei singoli programmi aziendali in linee regionali organo specifiche, nell'ambito di un piano di rete per la presa in carico delle insufficienze d'organo
- Trapianto di Cellule Staminali Emopoietiche (CSE): definizione di un piano di rete ematologica, in applicazione della normativa vigente (requisiti ministeriali del maggio 2021), con inserimento delle strutture di trapianto per livelli integrati di complessità (trapianto autologo, allogenico, CAR-T).
- Revisione e aggiornamento dei criteri quali-quantitativi e del percorso procedurale ai fini dell'autorizzazione allo svolgimento delle attività di trapianto di organi, tessuti e CSE, ivi compresa l'integrazione sinergica tra le banche dei tessuti.

RETE MATERNO-NEONATALE E PEDIATRICO-ADOLESCENZIALE

Nel 2022 l'implementazione della rete materno infantile nella parte ospedaliera sarà orientata a rendere operativi gli indirizzi di sviluppo stabiliti dalle seguenti delibere:

- DGR n. XI/5249 del 20/09/2021 *“Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l'anno 2021 in merito alla Rete regionale per l'assistenza materno-neonatale e pediatrica-adolescenziale”*
- DGR n. XI/5389 del 18/10/2021 *“Approvazione della proposta di Piano Regionale di Prevenzione 2021-2025, ai sensi delle intese Stato-Regioni del 6 agosto 2020 e del 5 maggio 2021”* per la parte di competenza;
- DGR n. XI/5503 del 16/11/2021 *“Rete regionale per l'assistenza materno-neonatale e pediatrica adolescenziale: determinazioni in ordine agli screening prenatali”*.

In particolare, relativamente alla DGR n. XI/2396 dell'11/11/2019 relativamente al Trasporto Assistito Materno (STAM) sarà messa allo studio una forma di sostegno economico destinato ai Centri Spoke che garantiscono l'equipe sanitaria di accompagnamento sul mezzo di trasporto messo a disposizione da AREU.

In tema di Trasporto d'Emergenza Neonatale (STEN), altrettanto, sarà messa allo studio la ponderazione del finanziamento ai Centri di Terapia Intensiva Neonatale (TIN) in rapporto alla specificità dei servizi erogati, alla complessità assistenziale e ai volumi di attività.

Le due forme di finanziamento, con la definizione delle risorse complessive da destinare per ciascuna linea di intervento, saranno oggetto di un apposito provvedimento di Giunta da adottare entro il primo semestre del 2022.

Si procederà, ai sensi della DGR n. XI/2396 dell'11/11/2019, all'individuazione dei requisiti di accreditamento delle Medicine Materno Fetal e alla valutazione di una forma di valorizzazione economica delle medesime che sarà adottata con un apposito successivo provvedimento di Giunta. Lo sviluppo della rete materno infantile nella parte territoriale vedrà il potenziamento e riordino delle attività del Consultorio Familiare (CF), con un approccio *One Health*, una visione intersettoriale (sanitario, sociale, educativo) e con una spiccata attività di integrazione tra i professionisti dei servizi ospedalieri-territoriali e delle cure primarie, il MMG, PLS, neonatologo/pediatra, ginecologo, ostetrica di famiglia e di comunità, psicologo, assistente sociale e altre professionalità ove necessario. Le prestazioni offerte alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie e gli ambiti di attività sono quelle previste dai LEA; in particolare, riguardano la salute riproduttiva e

preconcezionale della donna/coppia, promozione della salute-prevenzione- assistenza e cura nei primi 1000 giorni, supporto alla genitorialità e supporto alle donne/famiglie in situazioni di vulnerabilità/disagio.

Al fine di favorire il livello qualitativo degli erogatori presenti sul territorio, si procederà con l'aggiornamento dei requisiti di accreditamento dei Consultori Familiari, l'aggiornamento verbale di vigilanza e checklist di appropriatezza.

Ai fini dell'attuazione del DM Salute del 31 agosto 2021 relativamente al contributo per l'acquisto di sostituti del latte materno (formule per lattanti) a favore delle donne affette da condizioni patologiche che impediscono la pratica naturale dell'allattamento, si procederà con successivo atto della DG Welfare a definire il riparto del Fondo vincolato e le relative modalità e termini di accesso alla misura. Il riparto delle risorse è definito in proporzione al numero dei nuovi nati vivi nel 2021.

RICERCA, INNOVAZIONE E SAPERE SCIENTIFICO

La ricerca e l'innovazione costituiscono leve strategiche per mantenere ed accrescere la qualità del Sistema Sociosanitario lombardo. La policy di Regione Lombardia è orientata a favorire sinergie e connessioni tra ricerca scientifica e innovazione tecnologica, valorizzando le potenzialità, le competenze e i saperi di eccellenza che insistono in tutto il territorio, al fine di consolidare e accrescere il livello raggiunto dal nostro sistema sanitario.

Le attività prioritarie per il 2022 nelle specifiche aree, saranno le seguenti:

Ricerca

- Sono destinati fino a 4.000.000 di euro per bandi direttamente gestiti dalla DG Welfare e rivolti ad Enti del SSR.
- Sono destinati fino ad un massimo di 27.700.000 di euro al finanziamento delle attività di ricerca previste nei Piani d'Azione 2022-2023 della Fondazione Regionale per la Ricerca Biomedica (FRRB), in coerenza con la programmazione triennale dell'attività di ricerca di Regione Lombardia prevista nella L.R. 23 novembre 2016, n. 29 *"Lombardia è ricerca e innovazione"*, in attuazione del quale è stato approvato con DCR n. XI/2047 del 19/10/2021 il *"Programma strategico triennale per la ricerca, l'innovazione e il trasferimento tecnologico 202-2023"*, il quale contiene anche le iniziative di ricerca attuate mediante la Fondazione stessa.
- Le predette risorse sono comprensive dei costi di funzionamento e dei costi connessi all'indizione dei bandi e agli ulteriori ambiti di collaborazione richiesti dalla DG Welfare su temi importanti per la valorizzazione della ricerca biomedica, come ad esempio le biobanche e il trasferimento tecnologico.
- La quota destinata ai costi di funzionamento è riconosciuta fino ad un massimo di 1.700.000 euro/anno per il 2022 e per il 2023, ma sarà esattamente quantificata con la delibera di approvazione dei rispettivi Piani di Attività.

Fibrosi cistica

Stanziamiento di 240.000 euro, 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. L'assegnazione delle quote sarà effettuata in relazione alle progettualità elaborate dal Centro di Riferimento Regionale (IRCCS Ospedale Policlinico di Milano) e dal Centro di supporto (ASST Spedali Civili di Brescia) che a tal fine si coordineranno.

Sistema Bibliotecario Biomedico Lombardo (SBBL)

- Destinazione a SBBL della quota di finanziamento pubblico, costituita da una quota di finanziamento regionale pari a 1.700.000 euro e da una quota a carico di ATS, ASST e IRCCS pubblici, variabile in relazione all'incremento fisiologico dei prezzi da parte degli editori che si attesta intorno al 5% annuo. Detta quota per il 2022 è complessivamente non superiore a 1.890.000 euro e negli anni successivi potrà essere incrementata nella misura massima del 5%.
- revisione delle regole di organizzazione e funzionamento di SBBL. La convenzione con il Centro di Riferimento Regionale (CRR), di cui alla DGR n. X/7820/2018 in scadenza il 31/12/2021, è ulteriormente prorogata fino al 31/12/2022.

Progetti di cooperazione internazionale ed interventi sanitari umanitari

- Prosecuzione, con una dotazione finanziaria pari a 1 milione di euro, dell'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 extracomunitari che non possono ricevere nei Paesi di provenienza cure adeguate, secondo le indicazioni della DGR n. X/898/2013 e d.d.g.s. n. 8749/2014. Potranno essere accolte indicativamente 8 istanze per singolo Ente richiedente, incrementabili durante l'anno in relazione all'andamento della spesa.
- E' garantita una dotazione finanziaria pari a 400 mila euro per il sostegno di ulteriori iniziative individuate dalla DG Welfare, tra le quali rientrano interventi umanitari conseguenti ad emergenze sanitarie o ad accordi, protocolli, intese con altri Paesi o Regioni.

Progetti Europei

Prosecuzione della gestione dei progetti europei in corso e del coordinamento di nuove iniziative inerenti alla partecipazione diretta della DG Welfare, con il supporto di ARIA e degli Enti territoriali del SIREG e IRCCS, alle progettualità europee e alle reti europee.

La partecipazione ai progetti europei avverrà possibilmente in maniera coordinata con le altre DG regionali quali: la DG Ambiente, DG Protezione Civile, DG Ricerca ed Innovazione e DG Montagna, allo scopo di cooperare e creare sinergie in linea con le direttive europee per il raggiungimento dell'obiettivo comunitario ONE HEALTH.

La progettualità si baserà anche della collaborazione di entità esterne all'istituzioni RL come Cluster TAV, Cluster life science, Cluster Smart cities.

La progettualità dei servizi innovativi verrà realizzata con strumenti e metodologie flessibili e dinamiche quali Open Innovation, realizzando il coinvolgimento della 4 Elica ed applicando tecniche di Co-creazione e Co-design che permettono il coinvolgimento di tutti gli attori della filiera (PA, aziende, enti di ricerca e cittadini).

Tematiche di interesse saranno:

- l'interoperabilità dei servizi di e-health, anche in applicazione della Direttiva 2011/24/UE (assistenza sanitaria transfrontaliera), incluso l'accesso dei cittadini ai propri dati clinici,
- i servizi di telemedicina, telemonitoraggio, teleassistenza teleconsulto, sfruttando sinergie tra iniziative in essere e nuovi progetti, avvalendosi di processi di co-creazione tra attori istituzionali, enti ed aziende private attive su temi e soluzioni innovative,
- 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.

Sperimentazioni area malattie neuro-degenerative

Nel corso dell'anno 2022 verrà avviato il confronto con le Associazioni operanti nell'ambito delle malattie neuro-degenerative per l'approfondimento di sperimentazioni da attivare sul territorio, valorizzando prioritariamente eventuali esperienze già in essere.

ESENZIONI

Esenzioni regionali

Si conferma per l'anno 2022 l'esenzione dalla compartecipazione alla spesa farmaceutica e per le prestazioni di specialistica ambulatoriale per i seguenti soggetti iscritti al SSR:

- minori di 14 anni, indipendentemente dal reddito (codice di esenzione: E11);
- disoccupati che hanno reso la Dichiarazione di Immediata Disponibilità (DID) esclusivamente se il relativo reddito familiare risulti pari o inferiore a 27.000 Euro/anno, ed i familiari a loro carico, per il periodo di durata di tale condizione (codice di esenzione: E12). Al riguardo si precisa che la Dichiarazione di Immediata Disponibilità (DID) è l'attuale modalità prevista dalla legge per acquisire lo status di disoccupato. La domanda di NASpI o di DIS-COLL equivale alla DID;
- cittadini in cassa integrazione guadagni straordinaria, in deroga o in mobilità che percepiscano una retribuzione, comprensiva dell'integrazione salariale o indennità, non superiore ai massimali mensili previsti dalla Circolare n. 5 dell'INPS del 25.1.2019 e suoi eventuali successivi aggiornamenti, ed i familiari a carico, per il periodo di durata di tale condizione (codice di esenzione: E13).

Si confermano inoltre per l'anno 2022, per i soggetti iscritti al SSR:

- limitatamente alla specialistica ambulatoriale, l'esenzione regionale dalla compartecipazione alla spesa sanitaria per i soggetti con età superiore ai 65 anni e reddito familiare fiscale inferiore o uguale a 38.500 euro (codice di esenzione: E05);
- limitatamente all'assistenza farmaceutica, l'esenzione dalla compartecipazione alla spesa sanitaria (fermo restando il pagamento della differenza di prezzo nel caso in cui la scelta prescrittiva si indirizzi sul farmaco di marca al posto dell'equivalente "generico" o su un "generico" con prezzo differente da quello di riferimento, ai sensi di quanto disposto dall'articolo 7 della Legge n. 405/2001) per i soggetti con età uguale o superiore a 66 anni fino ad un reddito familiare fiscale annuale pari a Euro 18.000 (codice di esenzione: E14);
- limitatamente all'assistenza farmaceutica, esenzione dalla compartecipazione alla spesa sanitaria per i soggetti affetti da patologie croniche (codice di esenzione: E30) o rare (codice di esenzione: E40) appartenenti ad un nucleo familiare con reddito complessivo non superiore a 46.600 euro, incrementato in funzione della composizione del nucleo familiare secondo i parametri desunti dalla scala di equivalenza della tabella 2 al D. Lgs. n.109/1998 e successive modifiche, per i farmaci correlati alla patologia;

- l'esenzione per le prestazioni di neuropsichiatria infantile, erogate dalle UONPIA o dalle strutture private accreditate, per i minori iscritti al SSR di età compresa tra i 14 e i 18 anni, con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo (codice esenzione: NPI), ai sensi dell'art. 25 del D.P.C.M. del 12/01/2017.

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

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

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

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

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

Si evidenzia che i dati trasmessi dal MEF sono relativi solo a soggetti che effettuano dichiarazioni dei redditi che permettono di ricostruire il nucleo familiare fiscale; ne deriva che il MEF non invia i dati di contribuenti che utilizzano modelli di dichiarazione dei redditi (modello 770 ad es.) effettuati da sostituti di imposta quale l'INPS che non permettono al MEF di ricostruire il reddito familiare fiscale. Qualora il cittadino ritenga di aver diritto ad un'esenzione per reddito E01, E03, E04, E05, E14 che non gli è stata certificata automaticamente dal MEF, potrà presentare un'autocertificazione della propria condizione in ASST. Tale esenzione sarà registrata in anagrafe regionale con scadenza in data 31 marzo di ogni anno. Laddove l'esenzione autocertificata dal cittadino non sia riscontrata nel successivo flusso di esenzioni certificate dal MEF, essa sarà chiusa alla scadenza e non rinnovata.

Nel caso in cui un cittadino chieda la revoca all'ASST di competenza o tramite il sito FSE di una delle esenzioni assegnate automaticamente dal MEF (E01, E03, E04, E05, E14) in quanto ritenga di non possedere i requisiti necessari per godere del relativo diritto, la revoca avrà validità solo per l'anno in corso. È quindi possibile che nell'anno successivo, a partire dal 1 aprile, l'esenzione venga nuovamente assegnata automaticamente dal MEF, se dai dati reddituali rilevati risulta ancora permanere il requisito di diritto (solitamente per un'anomalia riconducibile ad errori nella dichiarazione dei redditi presentata).

In tal caso è necessario che il cittadino:

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

Codici di esenzione: E02, E12, E13

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

A partire dal 01.07.2022 le esenzioni regionali E12 e E13, avranno una durata massima annuale (come già previsto per l'esenzione nazionale E02), non automaticamente rinnovabile, con scadenza al 31 marzo di ogni anno, salva precedente variazione dello stato di diritto (come, ad esempio, la perdita dello status di disoccupato).

Le esenzioni E12 ed E13 registrate entro il 30.06.2022 mantengono la durata biennale, come da previgente disciplina; quelle registrate dal 01.07.2022 avranno durata annuale, con scadenza al 31 marzo di ogni anno.

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

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

Codici di esenzione: E30 e E40

Con decorrenza dal 1.4.2020, le esenzioni relative all'assistenza farmaceutica E30 ed E40 sono attribuite e rinnovate automaticamente esclusivamente ai soggetti affetti da patologie croniche (E30) o rare (E40) appartenenti ad un nucleo familiare con reddito complessivo non superiore a 46.600 euro, incrementato in funzione della composizione del nucleo familiare, come da tabella sottostante, per i farmaci correlati alla patologia.

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

Le esenzioni E30 ed E40 sono assegnate automaticamente agli aventi diritto e registrate in anagrafe regionale, sulla base dei dati comunicati dal Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF). Tali

esenzioni sono certificate dal Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF) che ogni anno, nel mese di marzo, predispone l'elenco dei soggetti aventi diritto, come previsto dal D.M. dell'11/12/2009. Dette esenzioni hanno validità di un anno, calcolato dal 1° aprile al 31 marzo successivo. Tali esenzioni vengono assegnate automaticamente dal MEF ogni anno se permangano le condizioni di diritto; ove non sussistano più le condizioni di diritto verrà posta automaticamente data di scadenza al 31 marzo di ogni anno. Resta valida la possibilità per i cittadini, a cui non è assegnata l'esenzione dal MEF ma che riscontrino le condizioni di avente diritto, di poter autocertificare l'esenzione.

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

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

Si ricorda che, ai sensi della DGR 4467 del 29.3.2021, a partire dall'esercizio 2022, il termine annuale di scadenza delle autocertificazioni per le esenzioni E30 ed E40 che non rientrano nei rinnovi automatici effettuati dal MEF è di regola fissato al 30 giugno, fatte salve evoluzioni normative e/o provvedimenti che modifichino la materia in questione.

Autocertificazione del diritto all'esenzione

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

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

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

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

RISK MANAGEMENT

Le attività di risk management dovranno seguire le indicazioni fornite dalle Linee Operative di Risk Management in Sanità – Anno 2022 che verranno inviate successivamente da DG Welfare. In sintesi i punti salienti sono di seguito indicati.

Indicazioni per la Gestione dell'emergenza SARS COV- 2 (COVID-19) e relativa rendicontazione

Si invitano le Direzioni Strategiche, come già indicato nelle precedenti linee operative di risk management per l'anno 2021 (nota DG Welfare prot. G1.2021.0002680 del 19.02.2021), a coinvolgere attivamente i Risk Manager nella gestione della pandemia COVID-19 affinché la funzione di Risk Management, all'interno delle unità di crisi locali e/o nell'ambito delle Direzioni Strategiche, possa accompagnare le iniziative di volta in volta adottate con una logica di "full risk based thinking", anche attraverso il coinvolgimento delle figure individuate dalle Direzioni Strategiche a supporto dei processi decisionali, e che tenga conto di:

- Analisi dei problemi
- Capacità di selezionare le decisioni da assumere
- Definizione delle priorità
- Definizione dei tempi
- Sviluppo di una informazione diffusa
- Elaborazione di un piano di azione coerente in un'ottica di "Disaster management"
- Tracciabilità delle azioni messe in atto

La necessità di passare ad un nuovo paradigma nell'ambito del monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario e dello sviluppo di strategie di sicurezza delle cure deve tenere conto di logiche di evoluzione del modello di risk management verso un modello di Enterprise Risk Management (ERM). Le funzioni di risk management dovranno considerare l'attuale prosecuzione dello stato di emergenza pandemica tenendo conto dell'equilibrio con le attività ordinarie.

Nel corso dell'anno 2022 ai Risk Manager saranno fornite indicazioni per la gestione delle crisi e per la visione integrata della resilienza organizzativa in sanità anche attraverso incontri di condivisione/formazione e adozione di idonei strumenti di "business continuity" e "crisis management". Si rende pertanto necessario, che le ASST, a seguito di questo percorso, adeguino con logica sistemica e di collegamento i piani di emergenza pandemica con gli altri piani di emergenza previsti dalla normativa (PEI, PEMAFA, ecc...) specificando in questo nuovo contesto il ruolo del risk manager e di tutti gli attori necessari nell'ambito della unità di crisi.

L'attività di rendicontazione dovrà tenere conto anche di quanto indicato nella Delibera del 7 ottobre 2020 della Corte dei Conti *“Linee di indirizzo per i controlli interni durante l'emergenza da COVID-19”* (Delibera n. 18/SEZAUT/2020/INPR) pubblicata in GU n.280 del 10-11-2020, con particolare riferimento al capitolo 2.5.3 del documento medesimo.

Si chiede, anche per il 2022, al Risk Manager aziendale, quale coordinatore del Gruppo per la Gestione del Rischio, di supportare tutte le figure interessate per i relativi aspetti di responsabilità, affinché si possano sviluppare interventi integrati e metodologicamente strutturati di gestione del rischio con tutte le figure preposte con una logica di facilitazione attraverso l'analisi di quanto messo in campo nel 2021, degli esiti delle azioni intraprese o in fase di sviluppo per tutto il 2022 (sino al termine dell'emergenza pandemica), allo scopo di predisporre un'analisi dei rischi specifici derivanti dall'evento pandemico, adeguando i propri modelli di monitoraggio al mutato quadro di riferimento, sia per quanto riguarda l'individuazione delle aree critiche che possono generare conseguenze agli utenti, sia per i possibili esiti legali di tali situazioni. Si chiede pertanto di aggiornare la rendicontazione per l'anno 2022 ed i campi già previsti dalla relazione precedente.

Per la rendicontazione (da parte di ASST/IRCCS pubblici) si conferma l'utilizzo della *“Guida per il riscontro delle Indicazioni per la gestione della emergenza COVID-19”* (check list) accompagnata da un Rapporto finale che includa gli items oggetto di monitoraggio sopra descritti e gli eventuali progetti correlati.

Per le ATS le scadenze saranno le medesime con riferimento alla Griglia da compilare predisposta dal GDL Risk Manager ATS ed in corso di aggiornamento.

A seguito delle iniziative intraprese nel 2021, su richiesta dal Centro Regionale per la gestione del rischio sanitario e sicurezza del paziente, si rende necessario:

- mettere in atto le azioni correttive che sono emerse a seguito della applicazione della FMECA relativa al processo dei tamponi per la ricerca del SARS COV-2 (come da indicazione di DG Welfare trasmessa con nota G1.2021.0042703 del 22.06.2021). Nell'anno 2022 si chiede di riapplicare lo strumento FMECA al fine di rivalutare l'indice di priorità del rischio a fronte delle azioni implementate. L'analisi proattiva dei rischi aggiornata, con relativo action plan, va allegata alla rendicontazione finale per l'anno 2022.
- proseguire l'attività di audit attraverso l'utilizzo della check list per la verifica della sicurezza dell'utente riguardante i centri vaccinali massivi e per i centri vaccinali esclusivamente dedicati al COVID-19 mantenendo le modalità descritte nella nota prot. G1.2021 0036684 del 26.05.2021
- proseguire lo svolgimento di audit interni di verifica dei percorsi COVID-19 rivolti alle UU.OO. COVID -19 per il mantenimento delle indicazioni di sicurezza e prosecuzione delle indicazioni per la gestione dei cluster (come da indicazioni trasmesse con nota prot. G1.2021.0042690 del 26.06.2021)

Attività ordinarie di Risk Management

Per l'anno 2022 tutti gli erogatori, compatibilmente con le misure da mettere in atto per la gestione dell'emergenza COVID-19, in base alle priorità che di volta in volta ogni organizzazione dovrà

attribuirsi, hanno la possibilità di sviluppare, o proseguire, i progetti operativi per promuovere l'implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali.

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

Si riportano le linee di intervento già avviate in questi anni dal Centro Regionale per le quali si chiede di porre particolare attenzione, eventualmente anche progettuale, compatibilmente con le priorità definite dalla epidemia pandemica da COVID – 19:

- gestione del rischio clinico in sala operatoria (“Check List Chirurgia Sicura 2.0”);
- gestione del rischio nell'utilizzo dei Farmaci e sull'antibiotico resistenza (raccomandazioni ministeriali 17 e 19, collegamento con farmacovigilanza);
- rischio da errori Trasfusionali (analisi congiunta delle criticità da reazione trasfusionali reazioni ABO e collegamento con i referenti della sicurezza trasfusionale);
- rischio clinico in Pronto Soccorso;
- rischio clinico negli Istituti Penitenziari;
- rischio caduta paziente in ospedale;
- rischio in telemedicina;
- rischio smarrimento campioni istologici/pezzi anatomici;
- rischio suicidario sistemi di incident reporting;
- sistemi per la corretta identificazione del paziente;
- documentazione sanitaria;
- sistema di trasporto intra-extra ospedaliero.

Il Centro Regionale fornirà durante l'anno 2022, in base all'evolversi della situazione generale della pandemia COVID-19, ulteriori indicazioni per lo sviluppo da parte degli erogatori di tematiche rilevanti anche attraverso momenti di confronto in particolare su questi temi:

- atti di violenza verso gli operatori;
- rischio clinico in travaglio/parto;
- gestione del rischio nelle attività territoriali;
- gestione del rischio in ambito dell'impiego delle radiazioni ionizzanti;
- prevenzione infezioni- sepsi.

Nel corso dell'anno 2022 verrà ulteriormente implementato il sistema di “peer review” con visite “on site” avviato durante l'anno 2021, con il coinvolgimento volontario e a campione delle ASST allo scopo di avviare un confronto tra pari sulle buone pratiche in tema di sicurezza delle cure. Il nuovo gruppo regionale per l'implementazione delle buone pratiche per la sicurezza dei pazienti in area ostetrica, recentemente costituito, si focalizzerà sulla sicurezza in area ostetrica e materno infantile ed in particolare su percorsi quali:

- gestione emergenza ostetrica/triage ostetrico
- protocolli durante la gestione del parto a partire dal consultorio
- gestione travaglio
- percorso del bambino e sua gestione (STEN-STAM)

Gestione del contenzioso/copertura assicurativa RCT/RCO

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

- le procedure pubbliche riguardanti la copertura assicurativa RCT/RCO verranno effettuate attraverso la Centrale d'Acquisto Regionale presso ARIA;
- i Comitati Valutazione Sinistri devono essere adeguatamente strutturati ed organizzati per la valutazione e gestione dei sinistri. A tal fine diventa essenziale un'organizzazione che permetta un coordinamento funzionale fra il Risk Manager, 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;
- promozione a livello aziendale di specifiche attività per migliorare i processi di ascolto/mediazione, possibilmente sfruttando la rete regionale di mediatori, attivando scambi di mediatori nel caso di necessità di comporre équipe di ascolto e mediazione dei conflitti.

Si intende promuovere il confronto e la discussione di casi particolarmente critici per complessità clinica o procedurale. Nel 2022 verranno date indicazioni operative aggiornate sul ruolo dei CVS e sulla gestione dei sinistri da parte del gruppo ristretto regionale dei Legali e Medici legali.

Flussi, segnalazioni e monitoraggio degli eventi

Si rammenta l'obbligo di sviluppare le seguenti segnalazioni come da indicazioni contenute nelle linee operative di risk management per l'anno 2022:

- a. Eventi Sentinella (SIMES)
- b. Trigger Materni e Fetali (Flusso CedaP)
- c. Buone Pratiche (sito Agenas)
- d. Monitoraggio delle Raccomandazioni Ministeriali (sito Agenas)
- e. Richieste di Risarcimento e Polizze (GEDISS) – Cadute e Infortuni (DB AON)
- f. Trasparenza nei confronti del cittadino con pubblicazione della relazione annuale secondo la Legge 24/2017.

SPERIMENTAZIONE DELLA DIGITALIZZAZIONE DEGLI ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO NELL'AMBITO DEL PROCESSO DI REVISIONE DEI PERCORSI DI ACCOGLIENZA

Nell'ambito del processo di revisione dei percorsi di accoglienza, avviati con i finanziamenti finalizzati all'innovazione tecnologica per implementare i sistemi di pagamento Pago-PA, di cui alle DGR 4386/2021 e DGR 4928/2021, prende avvio nel corso del 2022 la sperimentazione del progetto MyTravelCare che consente la digitalizzazione degli accessi al Pronto Soccorso attraverso l'utilizzo di un applicativo progettato e sviluppato dalla Fondazione Europea di Ricerca Biomedica (FERB) con il supporto dell'Università degli Studi di Bergamo (Centro ITSM) e della ASST di Bergamo Est. L'applicativo ha l'obiettivo di facilitare l'interazione dei pazienti (stranieri e non solo) con il personale sanitario rendendo disponibile una traduzione simultanea in 8 lingue di tutte le informazioni di triage fornite e contestualmente riducendo i tempi della presa in carico del paziente in Pronto Soccorso. La sperimentazione, della durata di 6 mesi, prevede l'individuazione da parte di ogni ATS di un Pronto Soccorso nel proprio ambito territoriale, in raccordo con le ASST. Gli uffici regionali competenti provvederanno a fornire le linee operative necessarie all'avvio sperimentazione, anche con il supporto di AriaSpa. Al termine della sperimentazione verranno analizzati i risultati ottenuti e il grado di soddisfazione dei pazienti e degli operatori sanitari al fine di valutare la possibile messa a regime del sistema a livello regionale.

Negoziazione Area Sanitaria

Sommario

INTRODUZIONE	1
ATTIVITÀ DI RICOVERO E CURA	3
Bassa complessità.....	4
Alta complessità e attività IRCCS	4
Sintesi della negoziazione.....	4
PRESTAZIONI AMBULATORIALI	5
Attività diagnostica per Covid-19.....	8
Attività vaccinale anti-Covid19	8
PRESTAZIONI DI CURE SUB-ACUTE	8
NUOVE RETI SANITARIE	9
MODALITA' DI DEFINIZIONE DEGLI ACCONTI	9
INDICAZIONI IN MERITO AL CONTRATTO UNICO REGIONALE	9

INTRODUZIONE

Nell'ambito del percorso di negoziazione delle attività sanitarie, si conferma quanto già indicato dalla DGR n. XI/4773/2021 prevedendo che le regole di negoziazione per l'anno 2022 non storicizzeranno eventuali variazioni di volume della produzione o anomale variazioni di *case mix*, con la finalità di garantire la tenuta del sistema sanitario regionale, in coerenza con le risorse disponibili e con gli eventuali impatti dell'evolversi della situazione epidemiologica.

Per tale motivo, quale eccezione rispetto a quanto di norma è stato fatto negli esercizi precedenti al 2021, la definizione dei budget di struttura verrà fatta basandosi sui valori di riferimento del finanziato dell'anno 2019 e senza considerare le eventuali rimodulazioni, non storicizzabili disposte nel corso del 2021, tenuto necessariamente conto dei vincoli discendenti dalla normativa nazionale in tema di monitoraggio della spesa e di quelli di acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza sanitaria ospedaliera e ambulatoriale, così come previsto all'art. 15 del DL 6 luglio 2012, n. 95 *"Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini (nonché misure di rafforzamento patrimoniale delle imprese del settore bancario)"* convertito con modificazioni dalla Legge 7 agosto 2012, n. 135 e s.m.i.

Si conferma inoltre il quadro normativo nazionale legato alla pandemia da Covid-19 fino alla fine dello stato di emergenza, dichiarato cessato al 31.3.2022 con il DL 24 marzo 2022, n. 24.

La procedura per la negoziazione e la sottoscrizione dei contratti con tutti gli Erogatori di prestazioni sanitarie, per il 2022, prevede la sottoscrizione del contratto definitivo entro il 30.06.2022, non essendo prevista la sottoscrizione di un contratto provvisorio.

Per la sottoscrizione del contratto definitivo, l'ATS deve utilizzare lo Schema di contratto

(Suballegato 2A alla Dgr n. XI/2672/2019 *“Schema di contratto per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra ATS e soggetto erogatore di prestazioni di ricovero e assistenza”*), allegato al presente atto (Sub-Allegato A) con l'integrazione di quanto previsto dalla DGR n. XI/5883/2022 e dalla DGR n. XI/6255/2022 in tema di misure per la riduzione dei tempi di attesa; viene previsto un aggiornamento del format della *“scheda di budget”* rispetto a quanto definito nell'Allegato 3 della deliberazione n. XI/4049/2020 (sostituito dal Sub- Allegato B al presente atto) che prevede alcuni aggiornamenti rispetto a quello utilizzato per la contrattazione 2021.

I posti letto necessari per onorare gli impegni contrattuali annualmente negoziati dagli erogatori con le ATS sono i posti letto accreditati e a contratto, così come declinato nella DGR n. XI/1046/2018 e s.m.i., fatte salve le rimodulazioni che siano necessarie nel periodo emergenziale. Limitatamente all'anno 2022, a parziale deroga di quanto previsto all'ultimo punto della premessa del contratto tipo, di cui al Sub-Allegato A, il numero dei pazienti ricoverati in regime di ricovero ordinario non può superare il numero totale dei posti letto a contratto considerando la media quadrimestrale. I ricoveri dovuti a situazioni di emergenza/urgenza, adeguatamente documentati, potranno determinare una presenza di pazienti superiore al numero totale dei posti letto autorizzati. Con riferimento ai ricoveri in regime di day hospital-day surgery, il numero dei pazienti ricoverati non può superare, il doppio del numero complessivo dei posti letto autorizzati per ricoveri a ciclo diurno.

In sede di calcolo del finanziato 2022, a consuntivo, e come già previsto per l'anno 2021, la Direzione Generale Welfare, in collaborazione con le ATS territorialmente competenti, potrà valutare particolari eventuali casistiche di significativo squilibrio tra produzione erogata ed abbattimenti legati all'applicazione di budget e di tetti di sistema, riconducibili alla riorganizzazione dell'attività a seguito della pandemia, in ogni caso fino al termine dell'emergenza epidemiologica da Covid-19 al 31.3.2022 ed entro il limite delle risorse di FSR disponibili.

Anche per l'anno 2022 rimangono possibili le rimodulazioni di budget già previste negli esercizi precedenti per le risorse contrattualizzate con la medesima struttura e per gli enti unici, finanziando eventuale attività di ricovero (relative ad altre strutture appartenenti al medesimo ente unico), cure sub-acute ed ambulatoriali in iperproduzione con lo spostamento di risorse da ricovero e cura. Tali operazioni sono da considerarsi non storicizzabili.

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

Pertanto, si conferma che, in caso di non completo utilizzo delle risorse negoziate, le ATS, nel rispetto dei tetti contrattuali, potranno, con riferimento all'ultimo trimestre, preve verifiche sulla completezza dei flussi informativi, in accordo con l'erogatore e previa autorizzazione della Direzione Generale Welfare, riorientare le risorse presso altri Erogatori dello stesso comparto (pubblico su pubblico o privato su privato), ridefinendo fino ad un valore pari al 10% del budget del singolo erogatore coinvolto.

Le rimodulazioni potranno essere chieste dagli erogatori alle ATS, oppure proposte da ATS agli erogatori, e concordate con gli stessi, entro e non oltre il 30.11.2022. A tale riguardo il soggetto

erogatore può inviare, entro e non oltre il 31 ottobre dell'anno in corso, l'eventuale segnalazione dell'esigenza di modificare il budget alla ATS di riferimento. Le istanze pervenute dovranno essere trasmesse dalle ATS, unitamente ad una propria valutazione, entro e non oltre il 30.11.2022, per la successiva approvazione della Direzione Generale Welfare, entro il 15.12.2022. Per le istanze che riguardano diversi ambiti territoriali, la valutazione deve essere svolta e condivisa da tutte le ATS coinvolte.

Le date di chiusura per l'invio dei flussi informativi dell'anno 2022 saranno confermate con successiva nota, ribadendo che eventuali invii tardivi non saranno considerati, né per la definizione del finanziato per l'anno 2022, né per le elaborazioni successive.

Infine, si sottolinea che nell'ambito del Sistema regionale trapianti di cui alla DGR n. XI/6329 del 02/05/2022 si ritiene necessario che le Strutture sanitarie private accreditate e a contratto, sede di DEA di I e II livello, identifichino un Responsabile Medico ed un Referente Infermieristico del Programma aziendale di donazione.

Le stesse strutture sono inoltre tenute ad identificare tutti i casi di soggetti con la cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo da sottoporre ad accertamento di morte con criteri neurologici e di conseguenza contattare tempestivamente il COP di II livello territorialmente competente per l'esecuzione dell'accertamento. In tale fattispecie, l'accertamento di decesso con criteri neurologici della struttura sanitaria privata accreditata verrà eseguito tramite il Collegio di Accertamento Morte fornito dalla Struttura sanitaria sede del COP di II livello competente per ATS. In subordine, l'accertamento del decesso con criteri neurologici verrà eseguito con trasferimento del paziente presso la struttura sede del COP di II livello, previa verifica della diagnosi clinica.

ATTIVITÀ DI RICOVERO E CURA

Per l'anno 2022 si prevede la determinazione del budget unico di struttura a partire dal valore finanziato per i ricoveri dell'anno 2019, pari al 100% del valore del finanziato 2019, incrementato in applicazione a quanto previsto dalle deliberazioni n. XI/3915 e n. XI/4049, senza considerare le eventuali rimodulazioni, non storicizzabili, disposte nel corso del 2021; tale budget pertanto è riferito a tutta la produzione, a prescindere dalla residenza degli assistiti trattati, fatta eccezione per i cittadini stranieri (individuati con l'onere degenza "7" e l'onere degenza "9" erogato a favore di STP) per i quali le prestazioni erogate restano disciplinate da normativa specifica.

Al fine di garantire l'equilibrio economico del Servizio sanitario regionale unitamente al rispetto dei vincoli del DL 95/2012, per gli erogatori privati accreditati e a contratto vengono individuati all'interno del budget unico due tetti per singolo erogatore:

- parte del budget di struttura per lombardi, definito per il 2022 pari al 100% del valore del finanziato 2019, incrementato in applicazione a quanto previsto dalle deliberazioni n. XI/3915 e n. XI/4049; fino al concorrere di tale valore, viene garantito il finanziamento delle prestazioni per lombardi;
- parte del budget di struttura per fuori regione, definito per il 2022 pari al 100% del valore del finanziato 2019, incrementato in applicazione a quanto previsto dalle deliberazioni n. XI/3915 e n. XI/4049 per cittadini fuori regione; fino al concorrere di tale valore, viene garantito il finanziamento delle prestazioni.

Gli eventuali risparmi rispetto al limite complessivo di sistema, per l'anno 2022, potranno essere oggetto di redistribuzione a copertura parziale dell'iperproduzione, in proporzione all'iperproduzione stessa. Tali operazioni non sono storicizzabili.

Bassa complessità

Nelle more della definizione degli accordi bilaterali tra Regioni in tema di governo della mobilità sanitaria interregionale, si conferma la definizione di un tetto di sistema per le prestazioni di bassa complessità erogate a favore di pazienti residenti in altre regioni italiane.

Per le prestazioni di bassa complessità (ossia tutta la produzione che non rientri nella definizione di Alta Complessità e non siano ricoveri erogati da IRCCS), si ritengono confermate le indicazioni previste nelle regole di sistema per l'anno 2020 e 2021 (tetto di sistema sulla bassa complessità per fuori regione) al fine di garantire il rispetto di quanto previsto nella Legge n. 208/2015, comma 574, in tema di adozione di misure volte a ridurre le prestazioni inappropriate di bassa complessità erogate da strutture private.

Il tetto di sistema per le strutture private accreditate è individuato nel 100% del valore finanziato per l'anno 2019 per le attività di bassa complessità erogate da strutture private (esclusi IRCCS) a favore di residenti fuori regione. Anche per le strutture private accreditate che hanno perso la classificazione di IRCCS nel corso del 2021, il riferimento sarà la produzione di bassa complessità finanziato per l'anno 2019.

Al fine di garantire l'equilibrio economico del Servizio sanitario regionale in contemporanea alla garanzia del rispetto dei vincoli del DL 95/2012, come modificato dall'art. 45, comma 1 ter del D.L. 124/2019 convertito con modificazioni dalla L. 19 dicembre n. 157, per gli erogatori privati viene individuato un tetto per singolo erogatore, parte del budget di struttura, definito per il 2022 pari al 100% valore del finanziato 2019 per bassa complessità fuori regione. Fino al concorrere di tale valore, viene garantito il finanziamento delle prestazioni di bassa complessità.

Alta complessità e attività IRCCS

Richiamato il principio sancito nella legge 208/2015 comma 574, di valorizzazione del ruolo dell'alta specialità all'interno del territorio nazionale, prevedendo la possibilità di programmare l'acquisto delle prestazioni di alta specialità e di quelle erogate dagli IRCCS, tenuto conto dell'anomalo andamento rilevato nel corso della pandemia, si ritiene di non applicare, all'anno 2022, quanto introdotto con DGR XI/2013/2019 in termini di tetto per alta complessità e attività IRCCS.

Sintesi della negoziazione

- Il sistema di negoziazione con gli erogatori di diritto privato prevede per tutti i ricoveri:
 - un budget complessivo di struttura a prescindere dalla residenza dei cittadini;
 - un tetto di struttura per le attività erogate a favore di residenti lombardi, con riconoscimento garantito al singolo erogatore fino al 100% del proprio livello di produzione finanziata 2019, per pazienti lombardi;
 - un tetto di struttura per le attività erogate a favore di residenti fuori regione, con riconoscimento garantito al singolo erogatore fino al 100% del proprio livello di produzione finanziata 2019, per pazienti fuori regione;
 - un tetto di struttura per le attività di bassa complessità (esclusa produzione IRCCS) erogata a favore di residenti fuori regione, con riconoscimento garantito al singolo erogatore fino al 100% del proprio livello di produzione finanziata 2019 per bassa complessità per pazienti fuori regione; le strutture private accreditate e a contratto possono compensare l'eventuale ipoprodotto di prestazioni a bassa complessità con prestazioni ad alta complessità, fermo restando il tetto complessivo per i fuori regione; tali operazioni non sono storicizzabili;
- il sistema di negoziazione con gli erogatori di diritto pubblico prevede per tutti i ricoveri, a

prescindere dalla residenza dei cittadini, un budget complessivo di struttura;

Si conferma per gli erogatori pubblici, la possibilità, considerati il DM 21/06/2016 e il DL 95/2012, di riconoscere, con valutazione positiva della Direzione Generale Welfare e con effetto neutro sull'equilibrio economico finanziario del sistema, ricavi derivanti da produzione superiore rispetto a quella contrattualizzata con le ATS.

Per quanto riguarda la negoziazione delle ATS con gli erogatori di diritto privato, si stabilisce che le stesse potranno proporre, eventualmente anche sulla base di indicazioni definite della Direzione Generale Welfare, fino ad un massimo del 5% del finanziato 2019, di reindirizzare il mix di erogazione delle strutture sulla base di specifiche valutazioni in merito alla accessibilità ai servizi ed alla appropriatezza degli stessi e/o, ad invarianza di mix, di prevedere di vincolare la remunerazione delle attività al rispetto di criteri di appropriatezza e di qualità delle prestazioni erogate. Dato l'impatto sulla capacità erogativa e sulla programmazione ed accesso alle prestazioni, tale percentuale sarà parametrata al numero di mesi di attività successivi alla fine dell'emergenza; la restante parte è da ritenersi già riassorbita dal budget di struttura.

In sede di consuntivo 2022, in continuità con gli anni precedenti, si procederà ad un abbattimento del 3,5% applicato alla produzione di ricoveri per fuori regione, definito al fine di garantire l'invarianza economica tra tariffario regionale (incrementato in applicazione a quanto previsto dalle deliberazioni n. XI/3915 e n. XI/4049) e quello stabilito per la mobilità (tariffario DM 18/10/2012). Tale necessità è motivata dal fatto che deve essere garantita la corrispondenza tra il valore economico addebitato in compensazione interregionale e il valore economico riconosciuto alle strutture regionali erogatrici della prestazione.

In tema di valorizzazione delle prestazioni di ricovero e cura, richiamando gli specifici indicatori della griglia LEA, al fine di incentivare le necessarie valutazioni organizzative volte al mantenimento/miglioramento della *performance*, si confermano anche per il 2022 le rimodulazioni tariffarie, previste dall'allegato 1, della DGR n. XI/4773 del 26/05/2021, ad oggetto: *"Determinazioni in ordine alla negoziazione 2021 e ulteriori determinazioni in ambito sanitario e sociosanitario"*.

PRESTAZIONI AMBULATORIALI

Il budget unico di struttura per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, compresa l'attività di pronto soccorso non seguita da ricovero, ha come base di riferimento il 100% valore della produzione finanziata 2019 (senza considerare le eventuali rimodulazioni, non storicizzabili, disposte nel corso del 2021), per i cittadini lombardi, e il 100% del valore finanziato per l'anno 2019, per i cittadini fuori regione, incrementato della riduzione del cosiddetto "superticket" per le prestazioni di specialistica ambulatoriale a favore di tutti i cittadini ex L. n. 160 del 27.11.2019, fermo restando il conseguimento dell'equilibrio di bilancio regionale e quindi entro il tetto di spesa massimo previsto dal DL 95/2012.

Il 100% valore finanziato 2019 per le attività ambulatoriali, è la base su cui viene calcolato il cosiddetto "97%", valore del budget di struttura per l'anno 2022. Le strutture si impegnano ad erogare fino ad un valore pari al 106% e tra il 97% ed il 103% sarà applicata una regressione tariffaria massima del 30% (60% per la branca di laboratorio analisi) e tra il 103% ed il 106% una regressione tariffaria massima del 60%. Oltre il 106% non viene garantita la remunerazione delle prestazioni.

Al fine di garantire l'equilibrio economico del Servizio sanitario regionale in contemporanea alla garanzia del rispetto dei vincoli del DL 95/2012, per gli erogatori privati vengono individuati all'interno del budget unico due tetti per singolo erogatore:

- parte del budget di struttura, definito per il 2022 pari al 97% valore finanziato per l'anno 2019, per lombardi incrementato della riduzione del cosiddetto "superticket" per le prestazioni di specialistica ambulatoriale a favore di tutti i cittadini ex L. n. 160 del 27.11.2019; fino al concorrere di tale valore, viene garantito il finanziamento delle prestazioni per lombardi, oltre tale valore si applica la regressione tariffaria;
- parte del budget di struttura, definito per il 2022 pari al 97% valore del finanziato 2019 per fuori regione incrementato della riduzione del cosiddetto "superticket" per le prestazioni di specialistica ambulatoriale a favore di tutti i cittadini ex L. n. 160 del 27.11.2019; fino al concorrere di tale valore, viene garantito il finanziamento delle prestazioni per fuori regione, oltre tale valore si applica la regressione tariffaria;

Gli eventuali risparmi sul limite di sistema per l'anno 2022 per gli erogatori privati, al netto di quanto necessario per adempiere a quanto previsto dalla già citata Legge 30 dicembre 2020, n. 178, potranno essere oggetto di redistribuzione a copertura parziale dell'iperproduzione, in proporzione all'iperproduzione stessa, con priorità alle attività connesse alla diagnostica COVID limitatamente al periodo emergenziale correlato alla pandemia da Covid-19.

Con decorrenza dall'esercizio 2022, la produzione ambulatoriale verrà remunerata senza applicazione degli sconti di cui alla lett. o), comma 796, art. 1), Legge n. 296/2006 (legge Finanziaria per il 2007).

In sede di consuntivo 2022, in continuità con gli anni precedenti, si procederà ad un abbattimento del 4% applicato alla produzione di specialistica ambulatoriale per fuori regione, definito al fine di garantire l'invarianza economica tra tariffario regionale (in corso di validità) e quello stabilito per la mobilità (tariffario DM 18/10/2012). Tale necessità è motivata dal fatto che deve essere garantita la corrispondenza tra il valore economico addebitato in compensazione interregionale e il valore economico riconosciuto alle strutture regionali erogatrici della prestazione.

Si conferma per il 2022 la quota di risorse di specialistica ambulatoriale da riservare per garantire l'erogazione delle prestazioni previste nei PAI di pazienti presi in carico (ad esclusione delle prestazioni afferenti alla branca di laboratorio analisi) sia pari ad un massimo del 3% di quanto finanziato nel 2019 per la specialistica ambulatoriale. Dato l'impatto sulla capacità erogativa e sulla programmazione ed accesso alle prestazioni ambulatoriali da parte dei pazienti cronici, tale percentuale sarà parametrata al numero di mesi di attività successivi alla fine dell'emergenza; la restante parte è da ritenersi già riassorbita dal budget di struttura.

Per il 2022 il budget per la presa in carico è pari al 3% delle risorse assegnate per la negoziazione delle attività di specialistica ambulatoriale, escludendo le prestazioni di screening e di medicina dello sport; tale quota è definita per singola ATS e non prevede ripartizioni a priori tra gli erogatori pubblici e privati accreditati. Pertanto, il valore finanziato 2019 di ciascun erogatore, incrementato della riduzione del cosiddetto "superticket" per le prestazioni di specialistica ambulatoriale a favore di tutti i cittadini ex L. n. 160 del 27.11.2019, al netto della quota di presa in carico come sopra definito, costituisce il 97%, nell'ambito del quale è definita la quota del 7% per specifici obiettivi che verrà assegnata da ATS come di seguito specificato.

All'interno delle risorse destinate a livello di sistema per le prestazioni ambulatoriali, si individua

anche la copertura delle attività erogate, in applicazione a specifici contratti di scopo autorizzati e sottoscritti nei precedenti esercizi, per favorire l'accesso alle prestazioni ambulatoriali particolarmente critiche e per la presa in carico.

Per l'esercizio 2022 si ritiene di applicare alle strutture private accreditate quanto previsto dalla DGR XI/2672/2019 relativamente alla definizione di obiettivi specifici per migliorare l'offerta erogativa specialistica tramite contrattazione del 7% del budget ambulatoriale finanziato nel 2019 da parte delle ATS, anche sulla base di specifiche indicazione della Direzione Generale Welfare. Tale percentuale sarà parametrata al numero di mesi di attività successivi alla fine dell'emergenza; la parte non utilizzata per la definizione di obiettivi, è da ritenersi già riassorbita dal budget di struttura, anche a favore dell'attività di screening, come successivamente precisato.

Relativamente alla definizione dei volumi di erogazione delle attività di screening di primo e secondo livello, al fine di dimensionare la capacità erogativa alla domanda e facilitare il recupero delle prestazioni non erogate nell'anno 2021, l'UO Prevenzione della Direzione Generale Welfare ha proceduto ad un confronto con le ATS definendo il volume di risorse per singola struttura, che diviene parte del contratto di specialistica ambulatoriale, da destinare prioritariamente alla copertura delle attività di screening. Si riporta di seguito il riepilogo per singola ATS.

	SCREENING MAMMO- GRAFICO primo livello	SCREENING MAMMO- GRAFICO secondo livello	SCREENING CERVICO- CARCINOMA primo livello	SCREENING CERVICO- CARCINOMA secondo livello	SCREENING COLON-RETTO primo livello	SCREENING COLON-RETTO secondo livello	Totale complessivo
ATS BERGAMO	3.769.125	381.532	234.855		373.842	371.050	5.130.404
Totale pubblico	2.224.296	243.707	199.739	-	373.842	155.381	3.196.964
Totale privato	1.544.829	137.825	35.116	-	-	215.669	1.933.440
ATS BRESCIA	4.968.904	883.657	1.054.990	173.058	420.000	1.046.513	8.547.122
Totale pubblico	3.320.380	584.357	1.054.990	145.334	420.000	694.594	6.219.654
Totale privato	1.648.524	299.300	-	27.724	-	351.919	2.327.467
ATS MONZA BRIANZA	3.145.925	412.436	215.170	157.536		494.784	4.425.850
Totale pubblico	2.180.682	349.311	215.170	157.536	-	385.313	3.288.012
Totale privato	965.243	63.125	-	-	-	109.471	1.137.839
ATS INSUBRIA	3.149.874	259.650	76.850	9.495	546.000	609.721	4.651.590
Totale pubblico	2.279.396	181.585	69.600	7.385	546.000	406.111	3.490.077
Totale privato	870.478	78.066	7.250	2.110	-	203.610	1.161.513
ATS MONTAGNA	964.705	183.099	87.116	20.246	89.880	316.733	1.661.779
Totale pubblico	901.887	175.277	87.116	20.246	89.880	302.409	1.576.814
Totale privato	62.818	7.822	-	-	-	14.324	84.965
ATS PAVIA	1.570.450	438.942	246.115	12.763	189.000	480.527	2.937.798
Totale pubblico	897.400	250.824	171.585	12.763	189.000	170.854	1.692.426
Totale privato	673.050	188.118	74.530	-	-	309.673	1.245.371
ATS VALPADANA	2.319.779	225.050	467.420	96.765	231.000	536.579	3.876.593
Totale pubblico	1.435.840	204.029	462.200	96.765	231.000	401.259	2.831.093
Totale privato	883.939	21.022	5.220	-	-	135.319	1.045.500
ATS MILANO	7.542.647	3.726.000	197.630	6.330	966.000	2.242.500	14.681.107
Totale pubblico	5.317.095	2.673.000	197.630	6.330	966.000	1.465.500	10.625.555
Totale privato	2.225.552	1.053.000	-	-	-	777.000	4.055.552
Totale complessivo	27.431.409	6.510.367	2.580.145	476.193	2.815.722	6.098.407	45.912.243
Totale pubblico	18.556.976	4.662.090	2.458.029	446.358	2.815.722	3.981.421	32.920.595
Totale privato	8.874.433	1.848.278	122.116	29.834	-	2.116.986	12.991.648

Eventuali modifiche che si renderanno necessarie in corso d'anno, sulla scorta del monitoraggio dell'attività e in base anche all'andamento pandemico, dovranno essere oggetto di eventuali successive integrazioni dei valori di budget, previo accordo tra ATS e Direzione Generale Welfare. Saranno inoltre previste le prestazioni relative al Programma di screening HCV, rivolte a cittadini

lombardi (e stranieri assimilati ai lombardi) in attuazione della DGR n. XI/5830 del 29/12/2021, in una specifica sezione dell'allegato al contratto. Tali prestazioni saranno riconosciute, alle strutture pubbliche e private aderenti, a consuntivo fino al raggiungimento del valore massimo riconoscibile a livello regionale di cui alla DGR n. XI/5830 del 29/12/2021, secondo le modalità di rendicontazione e verifica previste.

Attività diagnostica per Covid-19

In tema di erogazione di attività diagnostica per COVID19, oltre a rinviare a tutte le disposizioni regionali previste, si fa riferimento in particolare alle indicazioni di cui alla nota prot. n. G1.2021.0065064 del 22/11/2021, e successivi aggiornamenti di cui alle note prot. n. G1.2022.0007376 del 02/02/2022 e n. G1.2022.0009982 del 16/02/2022, in merito alle indicazioni operative per la rendicontazione e la valorizzazione delle prestazioni ambulatoriali collegate alla gestione dell'emergenza pandemica da SARS-COV2.

Per l'esercizio 2022 è previsto un tetto complessivo di sistema commisurato ai dati di produzione rilevati nel corso del 2021. Dal punto di vista contrattuale:

- tali prestazioni trovano copertura all'interno dei budget di struttura della specialistica ambulatoriale;
- in corso d'anno, ed in base al monitoraggio dei volumi erogati, potranno essere previste integrazioni di budget utili a garantire l'offerta necessaria alla gestione della pandemia.

In ogni caso l'attività diagnostica di laboratorio correlata a COVID19 rientra nel budget dell'attività specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale, nel limite massimo delle risorse del FSR disponibili ed entro il tetto di spesa massimo previsto dal DL 95/2012, ed in particolare:

- fino alla fine dello stato di emergenza, dichiarato cessato al 31.3.2022 con il DL 24 marzo 2022, n. 24, tali prestazioni non sono oggetto di regressione tariffaria considerando il budget annuale proporzionato al primo trimestre 2022;
- successivamente alla cessazione dello stato di emergenza, tali prestazioni sono riconosciute applicando le ordinarie regole di valorizzazione della specialistica ambulatoriale.

Attività vaccinale anti-Covid19

Per quanto concerne l'attività vaccinale si richiama quanto disposto da DGR XI/4353 del 24/02/2021, DGR XI/4433 del 17/03/2021 e DGR n. XI/5677 del 15.12.2021.

Per l'esercizio 2022 è previsto un tetto complessivo di sistema commisurato ai dati di somministrazione rilevati nel corso del 2021. Dal punto di vista contrattuale, per le strutture private accreditate, è prevista la sottoscrizione di un apposito contratto "di scopo" all'interno del quale trovano remunerazione le prestazioni erogate.

PRESTAZIONI DI CURE SUB-ACUTE

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

I posti tecnici necessari per onorare gli impegni contrattuali annualmente negoziati dagli erogatori con le ATS sono i posti accreditati e a contratto, fatte salve le rimodulazioni che siano necessarie nel periodo emergenziale.

Per le attività di cure sub-acute attivate temporaneamente per la gestione della pandemia, in base alla DGR XI/3681/2020, si dovrà dare evidenza nella scheda di budget degli importi contrattati in modo separato dalle risorse destinate all'attività tipica.

NUOVE RETI SANITARIE

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

MODALITA' DI DEFINIZIONE DEGLI ACCONTI

Considerato che lo stato di emergenza epidemiologica da Covid-19 si è concluso al 31.3.2022, tenuto conto dell'andamento effettivo della produzione erogata, è necessario definire una revisione degli acconti previsti dalla DGR XI/4232/2021 per gli erogatori privati accreditati, al fine di evitare la criticità di eccessive anticipazioni rispetto all'effettiva attività erogata, da recuperare a consuntivo.

Si procederà pertanto, in base al monitoraggio dell'attività erogata dell'ultimo mese disponibile al momento del pagamento dell'acconto (per singola linea produttiva):

- a) pagamento di un acconto mensile pari al 90% del budget rapportato a 12 mesi, per gli erogatori la cui produzione non supera il valore del 90% del budget rapportato a 12 mesi;
- b) pagamento di un acconto mensile fino ad un massimo del 95% del budget rapportato a 12 mesi, per gli erogatori la cui produzione supera il valore del 90% del budget rapportato a 12 mesi;
- c) per gli altri valori di produzione che non sono oggetto di specifico budget (es. File F, cure termali), visti gli andamenti anomali riscontrati nel 2021, si provvederà al pagamento di acconti mensili fino ad un massimo del 95% del fatturato mensile.

In situazioni di particolari livelli di riduzione dell'attività, le ATS possono concordare con singoli erogatori una riduzione della percentuale di acconto, ossia il pagamento degli acconti sulla scorta dell'effettivo fatturato mensile.

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

INDICAZIONI IN MERITO AL CONTRATTO UNICO REGIONALE

Com'è noto con L.R. n. 22/2021 nell'ambito dell'articolo 15 della L.R. 33/2009 è stato aggiunto il comma 12 bis, che recita: *"Gli enti unici di più strutture presenti anche su territori di ATS differenti e in raccordo con queste ultime, sottoscrivono, previa autorizzazione della direzione generale Welfare e in attuazione degli indirizzi annuali di programmazione, un contratto unico regionale con l'ATS dove insiste la sede legale dell'ente unico"*.

Al fine di valutare l'impatto organizzativo e predisporre linee di indirizzo, nei confronti delle ATS, per la corretta attuazione di quanto definito, si rinvia all'anno 2023 una prima applicazione del comma 12 bis, dell'art. 15, della L.R. 33/2009.

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

Tra

l'Agenzia di Tutela della Salute (.....) (di seguito ATS), con sede legale nel Comune di (.....) in (...), CF (.....) / P.IVA (.....), nella persona del Direttore Generale, o suo delegato, dott./dott.ssa (.....) nato/a a (.....) il (.....), domiciliato/a per la carica presso la sede della ATS

e

il soggetto erogatore (.....), con sede legale nel Comune di (.....) in (.....), CF (.....) / P.IVA (.....), nella persona di (.....), nato/a a (.....) il (.....) C.F. (.....), in qualità di legale rappresentante od altro soggetto munito di potere di rappresentanza legale.

Premesso che:

- l'art. 8-bis del d.lgs. 502/1992 dispone che le Regioni assicurano i livelli essenziali e uniformi di assistenza anche avvalendosi di soggetti accreditati ai sensi dell'articolo 8-quater, nel rispetto degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies;
- in particolare, ai sensi dell'art. 8-quinquies del medesimo decreto la stipula di contratti costituisce condizione per l'erogazione a carico del Servizio sanitario nazionale di servizi e prestazioni sanitarie da parte di strutture accreditate sia pubbliche che private;
- l'art. 8 della l.r. 33/2009 dispone che i soggetti erogatori privati sanitari e sociosanitari, in possesso dei requisiti previsti dalla normativa statale e regionale ed in coerenza con la programmazione territoriale del SSL, sottoscrivono con le ATS competenti per le prestazioni previste dalla programmazione regionale contratti analoghi a quelli previsti per le ASST;
- l'art. 15, comma 6 della l.r. 33/2009 prevede l'accreditamento quale condizione necessaria ma non sufficiente per l'assunzione a carico del fondo sanitario regionale degli oneri relativi alle prestazioni sanitarie e sociosanitarie erogate. L'assunzione degli oneri di cui al primo periodo è subordinata, sulla base del fabbisogno sanitario e sociosanitario del territorio stabilito dalla Regione, alla definizione degli accordi contrattuali con le ATS per la remunerazione delle prestazioni rese e alla valutazione delle performance. La conclusione degli accordi contrattuali, regolata dal sistema regionale di valutazione delle performances, è subordinata all'accettazione del sistema di finanziamento, dei controlli, delle sanzioni e all'osservanza dei tempi di erogazione delle prestazioni stabilite dalla Regione, sia per le strutture pubbliche sia per quelle private convenzionate;
- il soggetto erogatore ..., iscritto al registro delle strutture accreditate istituito, eroga le prestazioni secondo l'assetto organizzativo e funzionale a contratto presente nell'applicativo ASAN;
- la stipula del presente contratto da parte dei privati è subordinata all'acquisizione della documentazione antimafia, dalla quale deve risultare che

non sussistono le cause di decadenza, sospensione, divieto previste dalla normativa antimafia né tentativi di infiltrazione mafiosa tendenti a condizionare le scelte e gli indirizzi dell'ente. La documentazione antimafia deve riferirsi ai soggetti elencati all'art. 85, commi 2, 2-bis, 2-ter e 3 del d.lgs. 6 settembre 2001, n. 159;

- la stipula del contratto è altresì subordinata all'assenza in capo al soggetto erogatore di violazioni gravi, definitivamente accertate, rispetto agli obblighi relativi al pagamento dei contributi previdenziali, delle imposte e tasse. A tal fine, l'ATS acquisisce il documento unico di regolarità contributiva (DURC) relativo al soggetto gestore di Unità d'Offerta ovvero utilizza il DURC acquisito nel periodo di sua validità; il soggetto gestore deve trasmettere alla ATS l'attestazione del pagamento di imposte e tasse ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 80 del d.lgs. 50/2016;
- prima della stipula del contratto il soggetto erogatore deve trasmettere dichiarazione sostitutiva ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000 del legale rappresentante e, ove esistenti, dei componenti dell'organo di amministrazione, attestante l'insussistenza di sentenze penali di condanna, anche non definitive, per i reati indicati all'articolo 80 comma 1 del decreto legislativo n. 50/2016 e successive modifiche ed integrazioni, a carico degli stessi;
- il soggetto erogatore, prima della sottoscrizione del contratto, trasmette all'ATS la relazione sull'ultimo bilancio approvato e la relazione sull'ultimo bilancio consolidato approvato, redatte da soggetti tenuti alla revisione legale dei conti, ai sensi dell'art. 2409 bis C.C., che attesti in modo esplicito ed inequivocabile la regolarità della continuità gestionale e finanziaria a garanzia della solidità e dell'affidabilità della struttura e dell'eventuale gruppo, rilasciato nel rispetto dei limiti di quanto attestabile secondo il Principio di Revisione n. 570, par. 10 e deve riguardare tutte le attività sanitarie e sociosanitarie in capo alla proprietà;
- il soggetto erogatore con fatturato a carico del Fondo Sanitario Regionale lombardo pari o superiore a € 800.000 annui, adotta un codice etico comportamentale costituito dal codice etico e dal modello organizzativo di cui al d.lgs. 231/2001 in cui sono riportate le procedure da seguire affinché le attività si svolgano in conformità ai principi enunciati nel codice stesso.
- Un sintetico estratto della relazione annuale dell'organismo di vigilanza, previsto dal d.lgs. 231/2001, che attesti, in modo esplicito ed inequivocabile, l'efficace e corretta applicazione del modello organizzativo e l'assenza/evidenza di criticità deve essere inviato all'ATS entro la fine del mese di febbraio di ogni anno;
- fermo restando il rispetto dei requisiti inerenti la dotazione organica, il numero dei pazienti ricoverati in regime di ricovero ordinario non può superare, in ogni giornata, il numero totale dei posti letto autorizzati, accreditati e a contratto nel rispetto dell'assetto organizzativo e funzionale presente nell'applicativo regionale ASAN, fermo restando che per i ricoveri a carico del SSN possono essere utilizzati anche per i residenti fuori regione esclusivamente posti letto accreditati e a contratto. I ricoveri dovuti a situazioni di emergenza/urgenza, adeguatamente documentati, potranno determinare una presenza di pazienti superiore al numero totale dei posti letto autorizzati. Con riferimento ai ricoveri in regime di day hospital-day surgery, il numero dei pazienti ricoverati non può superare, il doppio del numero complessivo dei posti letto autorizzati per ricoveri

a ciclo diurno.

si conviene e si stipula quanto segue.

Articolo 1 Oggetto del contratto

1. Il soggetto erogatore si impegna a somministrare prestazioni sanitarie (da specificare), secondo l'assetto organizzativo e funzionale presente nell'applicativo regionale ASAN e per il quale il soggetto erogatore è iscritto nel registro delle strutture accreditate, per conto e con oneri a carico del SSR ai sensi della normativa vigente, conformi a tipologie e volumi di cui all'art. 4 così come specificati nell'allegato A al presente contratto.
2. Le prestazioni devono essere erogate in modo da garantire la continuità del servizio nel corso dell'intero anno, programmando l'attività e adeguando la capacità produttiva al budget assegnato.
3. Nulla spetterà al soggetto erogatore per le prestazioni eccedentarie il budget assegnato di cui all'allegato A così come per le prestazioni specialistiche eccedenti la quota di produzione remunerata a tariffa intera o decurtata per effetto delle regressioni vigenti. Parimenti nulla è dovuto al soggetto erogatore per le prestazioni che lo stesso abbia reso in carenza dei requisiti di accreditamento inottemperando alla diffida a rimuovere le relative irregolarità.
4. Qualora per fatti eccezionali, il soggetto erogatore non possa espletare temporaneamente le prestazioni oggetto del presente contratto deve darne tempestiva comunicazione all'ATS che è tenuta ad informare la competente Direzione regionale. In tali casi l'ATS assume le determinazioni più opportune per garantire la continuità assistenziale, compresa l'assegnazione temporanea dei posti letto accreditati e del relativo budget ad altro soggetto erogatore.

Articolo 2 Obblighi dell'erogatore

1. Il soggetto erogatore con la sottoscrizione del presente contratto si impegna:
 - a) ad accettare il sistema di remunerazione, i controlli, il regime sanzionatorio e l'osservanza dei tempi di erogazione delle prestazioni stabilite da Regione Lombardia;
 - b) a mantenere e adeguare i requisiti soggettivi, organizzativi, funzionali e strutturali definiti in sede di accreditamento e di contrattualizzazione;
 - c) ad erogare le prestazioni secondo protocolli e standard di accessibilità (per gli screening oncologici si richiama l'allegato "attività di screening oncologici"), appropriatezza clinica, tempi di attesa, continuità assistenziale, nonché attraverso personale che, in possesso dei titoli previsti dalla normativa vigente, non versi in situazioni di incompatibilità ex art. 4, comma 7 della l. 412/1991;
 - d) a condividere con l'ATS le proprie agende di prenotazione nei termini e con le modalità definite dalla Regione;

- e) a rispettare le indicazioni regionali circa le modalità di compilazione e tenuta della documentazione sanitaria. In particolare, la Struttura codifica, registra e comunica le prestazioni rese in totale adesione a quanto contenuto nella documentazione clinica e rispettando le indicazioni e le modalità di codifica e di comunicazione fornite dalla Direzione regionale competente in materia;
- f) ad erogare – nei limiti del budget assegnato – le tipologie e i volumi di prestazioni così come specificate dall'ATS nell'allegato A al presente contratto.
2. Gli obblighi connessi agli adempimenti amministrativi e al debito informativo previsti dalla regolamentazione vigente rappresentano elemento essenziale della prestazione. In particolare, se il soggetto erogatore soddisfa i requisiti di cui all'art. 2 bis, comma 3 del D.lgs. n. 33/2013 è tenuto agli obblighi di pubblicazione e di accesso civico generalizzato, limitatamente alle attività di pubblico interesse. Il soggetto erogatore è tenuto altresì agli obblighi di trasparenza nei limiti e alle condizioni previste dalla legge 124/2017 e s.m.i.
 3. Il soggetto erogatore, ai sensi dell'art. 1, comma 42 della L. 190/2012, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro di dipendenti di ATS, ASST o di Regione Lombardia che abbiano esercitato, negli ultimi tre anni di servizio, nei propri confronti poteri autoritativi o negoziali, non può concludere con gli stessi contratti di lavoro subordinato o autonomo o attribuire incarichi professionali a qualsivoglia titolo.
 4. La cessione del contratto a terzi, fatte salve le ipotesi di cessione di azienda o di cambiamento di ragione sociale, subordinatamente all'adozione degli atti di competenza regionale o dell'ATS, è vietata ed è causa di decadenza dal contratto. Eventuale cessione del credito deve essere espressamente accettata da parte dell'ATS.
 5. Il soggetto erogatore si impegna a trasmettere all'ATS, entro la fine del mese di febbraio di ogni anno e comunque prima della stipula del contratto, dichiarazione sostitutiva ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000 del legale rappresentante circa:
 - a) l'insussistenza o meno di provvedimenti giudiziari che applicano le sanzioni amministrative dipendenti da reato di cui al d.lgs. 8 giugno 2001, n. 231;
 - b) l'insussistenza o meno di provvedimento giudiziari che applicano le sanzioni previste dal d.lgs. 9 aprile 2008, n. 81;
 - c) l'assolvimento o meno degli obblighi previsti in materia di pagamento delle transazioni commerciali di cui al d.lgs. 9 ottobre 2002, n. 231.

Articolo 2 bis Obbligo dell'erogatore all'integrazione ai servizi della rete regionale di prenotazione

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

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

Articolo 3 Verifiche e controlli delle ATS

1. All'ATS compete la verifica del mantenimento da parte del soggetto erogatore dei requisiti autorizzativi e di accreditamento prescritti. A tal fine l'ATS può compiere, in ogni tempo e anche senza preventiva comunicazione tranne i casi in cui la stessa si rende necessaria per ottimizzare l'attività di controllo, ispezioni e controlli anche tramite l'accesso di propri funzionari presso la Struttura: al termine delle relative operazioni viene redatto verbale di controllo in contraddittorio con il legale rappresentante della Struttura stessa o di suo delegato.
2. In particolare, l'ATS deve accertare la corrispondenza dei documenti prodotti rispetto a quelli richiesti ed acquisire la certificazione antimafia anche nei confronti dei soggetti che hanno presentato la dichiarazione sostitutiva di atto notorio e, nel merito, verificare:
 - a) che dall'estratto sintetico della relazione annuale dell'organismo di vigilanza previsto dal D.Lgs n. 231/2001, risulti in modo esplicito ed inequivocabile, l'efficace e corretta applicazione del modello organizzativo e l'assenza/evidenza di criticità;
 - b) che dalla relazione sull'ultimo bilancio approvato (della singola struttura e/o consolidato) redatta da primaria società di revisione contabile

risultino, in modo esplicito ed inequivocabile, la regolarità della continuità gestionale e finanziaria a garanzia della solidità e dell'affidabilità della struttura e dell'eventuale gruppo e l'assenza /evidenza di criticità connesse alla gestione;

- c) l'ottemperanza della struttura agli obblighi relativi al pagamento delle imposte e tasse o dei contributi previdenziali ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 80 del d.lgs. 50/2016.
3. La mancata trasmissione da parte del soggetto erogatore della dichiarazione di cui all'art. 2, comma 5 nei termini assegnati comporta l'adozione, da parte dell'ATS, di un atto formale di diffida ad adempiere entro 15 giorni. L'ATS provvede alle verifiche della documentazione pervenuta entro 15 giorni dal ricevimento della stessa. valutando, ai fini della contrattualizzazione e del relativo mantenimento, la gravità dei fatti imputati, l'eventuale rimozione degli stessi e delle relative conseguenze, l'eventuale dissociazione dell'ente dalle condotte illecite.
4. La mancata trasmissione della documentazione di cui al comma 3 nei termini indicati nella diffida ad adempiere di cui allo stesso comma, così come l'invio di chiarimenti e precisazioni non esaustivi all'ATS nel rispetto dei termini fissati, comporta l'assegnazione al soggetto erogatore di un congruo termine per la regolarizzazione della propria posizione. La mancata ottemperanza a quanto richiesto determina la sospensione del contratto per una durata massima di sei mesi oltre i quali l'ATS procede, nel caso di persistente inadempimento, alla risoluzione del contratto stesso, ferma restando la necessità di garantire la continuità assistenziale da parte degli utenti. La sospensione per il periodo corrispondente esclude la remunerazione a carico del SSR.
5. L'ATS verifica periodicamente con il soggetto erogatore l'andamento della produzione e la sua coerenza con l'allegato A al presente contratto.
6. Il soggetto erogatore si impegna ad agevolare lo svolgimento delle attività di vigilanza e controllo da parte dell'ATS, anche mettendo a disposizione il materiale e la documentazione necessaria alle stesse.
7. Eventuali inadempienze al contratto sono contestate per iscritto dall'ATS al soggetto erogatore che, entro 15 giorni, può presentare osservazioni e chiarimenti.

Articolo 4 Limiti finanziari

1. In relazione alle risorse finanziarie programmate dal SSR per le prestazioni oggetto del presente contratto i valori di produzione annui massimi sono quelli assegnati nella scheda di budget di cui all'allegato A, parte integrante del presente contratto. Nei suddetti limiti sono da ricomprendersi le prestazioni riferite all'arco temporale dal 1° gennaio dell'anno in corso sino al momento della sottoscrizione del contratto.
2. L'eventuale modifica dell'importo indicato nella scheda budget può essere concordata tra ATS e soggetto erogatore non oltre il 30 novembre dell'anno in corso, compatibilmente con le risorse disponibili e sentita la Direzione Generale competente. A tale riguardo il soggetto erogatore può inviare,

entro e non oltre il 31 ottobre dell'anno in corso, l'eventuale segnalazione dell'esigenza di modificare il budget alla ATS. Al raggiungimento della soglia di budget indicata non sarà riconosciuta alcuna ulteriore remunerazione a carico del Fondo Sanitario Regionale.

Articolo 5 Sistema tariffario e pagamenti

1. L'ATS riconosce al soggetto erogatore, nel rispetto delle disposizioni regionali vigenti, le tariffe previste da Regione Lombardia o dai nomenclatori tariffari, secondo le modalità fissate nel presente contratto. Alle prestazioni di ricovero e specialistica ambulatoriale si applicano le decurtazioni previste dalla DGR n. XI/5883/2022 e dalla DGR n. XI/6255/2022 in tema di riduzione dei tempi di attesa.
2. L'ATS si impegna a saldare i corrispettivi delle prestazioni rese dal soggetto erogatore nei tempi previsti dai provvedimenti regionali, sulla base dei dati validati e comunicati dalla Direzione generale competente per materia con verifica da parte dell'ATS.
3. L'ATS eroga acconti mensili secondo le modalità definite annualmente dalla Giunta regionale come validati dalla competente Direzione regionale. Il soggetto erogatore si impegna ad emettere mensilmente le fatture degli acconti e ad emettere la fattura relativa al saldo, recante la dicitura "salvo conguagli". L'ATS procederà esclusivamente ai pagamenti per prestazioni correttamente rendicontate nei flussi regionale con le modalità e nei termini stabiliti da Regione Lombardia.
4. Il soggetto erogatore avrà diritto al riconoscimento della produzione annualmente erogata entro il limite massimo delle risorse allo stesso contrattualmente assegnate, le quali vengono determinate tenendo conto del limite massimo di spesa sostenibile con il fondo SSR in attuazione della programmazione regionale.
5. È fatta salva la facoltà dell'ATS di sospendere l'erogazione parziale o totale dei pagamenti effettuati a qualsiasi titolo, in tutti i casi in cui siano in corso controlli per l'accertamento di gravi violazioni della normativa vigente, dei requisiti per l'esercizio e per l'accreditamento, nonché delle clausole del presente contratto.
6. L'avvenuto saldo non pregiudica la ripetizione delle somme che, sulla base dei controlli sull'attività erogata nel periodo di competenza ai sensi dell'art. 3 del presente contratto, risultassero non dovute o dovute in parte. Gli importi relativi a prestazioni che a seguito di ulteriori controlli sugli esercizi precedenti risultassero non dovuti dall'ATS, se già versati, si compensano con quelli dell'esercizio in corso e sono detratti dagli acconti e/o dal saldo della produzione liquidabile.
7. Le tariffe corrisposte a carico del Fondo sanitario regionale sono comprensive di qualsiasi onere fiscale.

Articolo 6 Sicurezza dei lavoratori

1. Il soggetto erogatore è tenuto a porre in essere tutti gli accorgimenti necessari affinché siano scrupolosamente rispettate le disposizioni in tema di prevenzione antinfortunistica con particolare riferimento alle disposizioni di cui al d.lgs. 81/2008 e ss.mm. e ii. nonché le previsioni di cui al CCNL di riferimento.
2. Il soggetto erogatore dichiara di essere a conoscenza degli obblighi vigenti sulla prevenzione degli infortuni e sull'igiene del lavoro.
3. Il soggetto erogatore si impegna altresì ad adottare, nell'esecuzione del presente contratto, tutte le misure che secondo la particolarità del lavoro, l'esperienza e la tecnica, sono necessarie a tutelare l'integrità fisica e morale dei lavoratori utilizzati. Si impegna inoltre ad osservare tutte le norme vigenti di tutela dell'ambiente con particolare riferimento all'inquinamento delle acque e dell'aria ed allo smaltimento dei rifiuti urbani, speciali e tossici nocivi.

Articolo 7 Eventi modificativi, sospensione e risoluzione del contratto

1. Fatte salve le responsabilità di natura civile, penale e amministrativa, nonché le sanzioni previste dalle disposizioni nazionali e regionali vigenti, la revoca dell'autorizzazione all'esercizio o dell'accreditamento determina l'automatica e contestuale risoluzione del contratto, fermo restando la necessità di assicurare la continuità assistenziale degli utenti. Parimenti, la sospensione dell'autorizzazione all'esercizio o dell'accreditamento determina l'automatica e contestuale sospensione dell'efficacia del contratto.
2. In ipotesi di inadempimenti concernenti gli elementi essenziali del contratto, l'ATS contesta per iscritto l'inadempimento, assegnando al soggetto erogatore un termine di 10 giorni per fornire le proprie giustificazioni. Trascorso inutilmente tale termine o in caso di non accoglimento delle giustificazioni presentate nei termini, l'ATS può applicare per la prima violazione una penale dello 0,50 % del budget, ferme le ulteriori eventuali sanzioni e conseguenze previste dalla vigente normativa. In caso di reiterate violazioni potrà essere applicata una penale in misura sino al 2% del budget.
3. In caso di inadempimenti gravi e reiterati concernenti gli elementi essenziali del contratto, purché contestati per iscritto con le modalità di cui al comma 2, il contratto può essere sospeso dall'ATS da un minimo di tre ad un massimo di 12 mesi o direttamente risolto, ferma restando la necessità di assicurare agli utenti la continuità assistenziale.
4. In tutte le ipotesi di sospensione le prestazioni eventualmente rese non produrranno in ogni caso effetti obbligatori nei confronti di ATS.
5. Costituisce causa di risoluzione del contratto la condanna definitiva per uno dei reati di cui al Capo II, Titolo II del Codice penale a carico del legale rappresentante del soggetto erogatore, laddove il soggetto erogatore, a seguito della condanna, non provveda alla sollecita adozione di atti di completa e concreta dissociazione dalla condotta penalmente sanzionata.

6. Nel caso in cui sussistano o emergano successivamente alla sottoscrizione del contratto le cause di divieto, decadenza o sospensione previste dalla normativa antimafia, il contratto si intende automaticamente risolto.

Articolo 8 Clausola di manleva

1. Il soggetto erogatore assume ogni responsabilità per qualsiasi danno causato da propria omissione, negligenza o altra inadempienza nell'esecuzione delle prestazioni contratte e si obbliga ad esonerare il SSN da eventuali pretese risarcitorie di terzi nei confronti di questo avanzate a causa di fatti, omissioni o eventi derivanti dall'esecuzione del contratto, nel limite massimo di euro:
 - 1.000.000 per sinistro per soggetti erogatori ambulatoriali che non eseguono prestazioni erogabili solo in ambulatori protetti, ossia ambulatori situati nell'ambito di istituti di ricovero e cura ai sensi del Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, ivi compresi i laboratori di analisi;
 - 2.000.000 per sinistro per soggetti erogatori che non svolgono attività chirurgica, ortopedica, anestesilogica e parto, nonché per le strutture ambulatoriali che eseguono prestazioni erogabili solo in ambulatori protetti, ossia ambulatori situati nell'ambito di istituti di ricovero e cura ai sensi del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, o attività odontoiatrica;
 - 4.000.000 per sinistro per i soggetti erogatori che svolgono anche attività chirurgica, ortopedica, anestesilogica e parto.

Articolo 9 Clausola di salvaguardia

1. Con la sottoscrizione del contratto il soggetto erogatore accetta il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione del sistema di finanziamento, dei controlli e delle sanzioni.
2. Le parti sono consapevoli che il presente contratto non può essere oggetto di condizioni o di riserve relative al sistema di finanziamento, dei controlli e delle sanzioni.

Art. 10 Durata

1. Il presente contratto ha validità annuale coincidente con l'anno solare ed è prorogato sino alla stipula del nuovo contratto. I rapporti economici intercorrenti durante il periodo di proroga sono passibili di rettifica al momento della sottoscrizione del nuovo contratto secondo le regole sopravvenute, fermo restando che l'importo economico massimo delle prestazioni da erogare in tale periodo non può superare i 4/12 del budget dell'anno precedente.

Art. 11 Trattamento dei dati personali

1. Le parti si autorizzano reciprocamente al trattamento dei dati personali in relazione ad adempimenti connessi al rapporto contrattuale, nel rispetto dei principi generali di cui all' art. 5 del Reg. UE n. 679/2016 (Regolamento) applicabili al trattamento di dati personali, per ciascun trattamento di propria

competenza, e delle disposizioni di cui al D. Lgs. n.196/2003, così come modificato dal D. Lgs. n.101/2018.

2. L'ATS e il soggetto erogatore, per le finalità proprie del presente contratto, agiscono entrambi in qualità di titolari del trattamento.
3. Le parti si impegnano a trattare i dati personali nello svolgimento delle attività definite dal presente contratto osservando le seguenti disposizioni e istruzioni:
 - a) utilizzare, anche per conto del proprio personale dipendente, i dati personali degli assistiti necessari all'instaurazione dei flussi informativi tra il soggetto erogatore e l'Agenzia ovvero Regione Lombardia, per le sole finalità imposte dal presente contratto e dalla disciplina in materia;
 - b) assumere, in proprio e anche per il fatto dei propri dipendenti e collaboratori, ogni responsabilità al riguardo, affinché ogni dato personale, informazione o documento di cui dovesse venire a conoscenza o in possesso non vengano, comunque, in alcun modo e in qualsiasi forma, comunicati o divulgati a Terzi, né vengano utilizzati per fini diversi da quelli di stretta attinenza alle attività oggetto del presente contratto;
 - c) osservare rigorosamente la massima riservatezza in ordine all'attività svolta e ai risultati conseguiti nonché in merito a ogni dato personale o informazione di cui dovesse venire a conoscenza;
 - d) assicurarsi di essere dotata di modelli appropriati per l'identificazione e la revisione delle modalità di trattamento dei dati e per tempestivamente segnalare violazioni di dati personali ai sensi dell'art. 33 e 34 del Regolamento UE;
 - e) rispettare le prescrizioni di tipo tecnico ed organizzativo in merito alle misure di sicurezza previste nell'art. 32 del Regolamento UE;
 - f) verificare che le misure di sicurezza adottate possano essere ritenute idonee a prevenire i rischi di distruzione o perdita dei dati, anche accidentale, nonché di accesso non autorizzato o di trattamento non consentito o, comunque, non conforme alle finalità della raccolta.
4. Il soggetto erogatore inoltre:
 - a) raccoglie il consenso al trattamento dei dati, laddove previsto dalla vigente normativa e accerta che il consenso al trattamento dei dati sia espresso mediante un atto positivo inequivocabile con il quale l'interessato manifesta l'intenzione libera, specifica, informata e inequivocabile di accettare il trattamento dei dati personali che lo riguardano, assicurandosi che il consenso sia applicabile a tutte le attività di trattamento svolte per la stessa o le stesse finalità; il consenso da parte dell'interessato deve essere prestato per tutte le finalità oggetto del presente contratto, anche per conto di ATS ;
 - b) prima di effettuare la raccolta dei dati relativamente a tutte le finalità oggetto del presente contratto, anche per conto di ATS, fornisce l'informativa agli interessati, ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE;
 - c) si impegna ad ottemperare ai requisiti di cui al Regolamento UE, in particolare con riferimento alla nomina del Responsabile della Protezione dei Dati (DPO - art. 37), all'adozione del Registro delle attività di

trattamento (art. 30) e agli adempimenti in caso di notifica di violazioni dei dati personali all'Autorità di Controllo (art. 33).

Art. 12 Imposta di bollo

1. L'imposta di bollo, se dovuta, è a carico del soggetto erogatore.

Art. 13 Norma di rinvio e adeguamento

1. Per tutto quanto non previsto si fa rinvio alle disposizioni nazionali e regionali vigenti in materia.
2. In caso di sopravvenienza di disposizioni legislative o regolamentari regionali, nonché di adozione di provvedimenti amministrativi regionali incidenti sul contenuto del presente contratto, lo stesso deve intendersi automaticamente modificato ed integrato.
3. In tali casi il soggetto erogatore ha facoltà, di recedere dal contratto, a mezzo di formale comunicazione da notificare all'ATS e alla Direzione regionale competente per materia, con congruo preavviso al fine di assicurare la continuità assistenziale degli utenti.
4. Il contratto si adegua altresì alle sopravvenute disposizioni imperative di carattere nazionale senza che maggiori oneri derivino per l'ATS dalla necessità del soggetto erogatore di osservare norme e prescrizioni entrate in vigore successivamente alla stipula. Anche in tal caso il soggetto erogatore può recedere dal contratto nei termini di cui al comma 3.
5. Le parti danno atto che, al fine di rispondere alle esigenze dell'emergenza Covid 19, i servizi oggetto del presente contratto potranno essere assicurati attraverso forme alternative a quelle previste dalla specifica normativa di esercizio e accreditamento, sulla base delle apposite indicazioni nazionali e regionali emanate per rispondere alle eventuali sopravvenute esigenze dettate dall'evolversi del quadro epidemiologico

Art. 14 Foro competente

1. Per le sole controversie derivanti dall'interpretazione del presente contratto è competente il Foro corrispondente alla sede legale dell'ATS.

Letto, confermato e sottoscritto

Ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 1341, comma 2 c.c. si approvano espressamente le seguenti clausole:

art. 4, comma 2

art. 8 Clausola di manleva

art. 9 Clausola di salvaguardia

ALLEGATO ATTIVITA' DI SCREENING ONCOLOGICI

La legge regionale 23/2015 conferma il ruolo di governance, invito, sensibilizzazione del cittadino e controllo del percorso sino alla diagnosi, in capo alle ATS e di erogazione, accoglienza, realizzazione e rendicontazione delle prestazioni effettuate sino alla diagnosi, in capo agli Erogatori.

L'attività di prevenzione secondaria dei tumori della mammella, del colon retto e della cervice uterina rientra nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e la struttura erogatrice si impegna a garantire il percorso diagnostico di primo e secondo livello come da indicazioni fornite da ATS e di seguito riportate. L'Erogatore collabora con l'ATS ai programmi di screening concorrendo al raggiungimento degli obiettivi di interesse regionale, così come previsto dalle vigenti regole di sistema. L'erogatore è responsabile della garanzia di un numero di sedute di screening adeguato al raggiungimento degli obiettivi di copertura della popolazione secondo gli standard di adempimento del LEA.

Si recepisce quanto previsto dal Decreto N. 3711 del 03/04/2017 della Direzione Generale Welfare "Aggiornamento fasce età target dei programmi di screening oncologici per la prevenzione del tumore della mammella e del colon retto".

REQUISITI GENERALI PER GLI EROGATORI

Possono erogare attività per gli screening oncologici organizzati tutte le strutture pubbliche e private accreditate a contratto dell'area di ATS che garantiscano:

- a) volumi di attività non inferiori agli standard indicati dalle linee guida adattati al contesto della domanda e dell'offerta nell'area di ATS
- b) raggiungimento e mantenimento degli standard qualitativi in riferimento alle linee guida regionali, nazionali e internazionali in materia di screening oncologici.

Le prestazioni di I e II livello rientranti nei rispettivi percorsi di screening saranno erogate in regime istituzionale senza alcun onere per gli assistiti e senza prescrizione medica. Eventuali accordi con strutture terze per la effettuazione delle prestazioni utili a completare il percorso diagnostico di un paziente in screening sono a carico dell'ASST e concordate con l'ATS.

Sulla base delle valutazioni dell'ATS l'Erogatore è tenuto a produrre i volumi indicati nel contratto tramite i propri presidi nel rispetto dei requisiti previsti per ciascuna linea di screening.

Ogni attività di informazione, ricerca o sperimentazione che preveda il coinvolgimento della popolazione di screening o l'utilizzo dei dati risultanti dall'attività di screening necessita di autorizzazione preventiva da parte di ATS.

Per gli aspetti non inclusi nel presente contratto si fa riferimento al documento di governance screening di ATS, laddove disponibile. Per le specifiche non riportate nel documento di governance si deve fare riferimento alle linee di indirizzo regionali/nazionali e alle Linee Guida Europee per gli screening oncologici.

VALORIZZAZIONE

Le prestazioni di screening sono finanziate con quota parte del budget per le attività di specialistica ambulatoriale, siano esse di I o II livello e valorizzate secondo le tariffe previste dalla Circolare 28/San e sue successive integrazioni.

DEBITO INFORMATIVO

L'Erogatore si impegna a rendicontare gli esami di I e II livello, nel tracciato record della Circolare 28/SAN, con utilizzo del codice identificativo S nel campo "Tipo prestazione", posizione ticket 90, e comunque secondo le regole dettate dalla Direzione Generale Welfare. E' in capo all'Erogatore l'assolvimento del debito informativo nei confronti della ATS attraverso la restituzione e registrazione degli esiti delle prestazioni di screening e degli approfondimenti ad esso conseguenti nel software gestionale, trascrizione del quadro istologico e stadiazione

in caso di diagnosi di neoplasia.

TIPOLOGIA DI PRESTAZIONI

Rientrano tra le prestazioni di screening di I e II livello le seguenti prestazioni indicate in tabella riferite a ciascuna delle linee di screening attualmente in atto.

Prestazioni di I livello:

CODICE PRESTAZIONE	DESCRIZIONE	LINEA SCREENING
87.37.1	Mammografia bilaterale	mammografico
90214	Ricerca del sangue occulto fecale	Colon retto
91.48.4	Prelievo citologico	Cervice uterina
91.38.5	Es. citologico cervico vaginale [PAP test]	Cervice uterina

Prestazioni di II livello:

CODICE PRESTAZIONE	DESCRIZIONE	LINEA SCREENING
87.37.2	Mammografia monolaterale (approfondimento)	mammografico
87.73.1	Ecografia bilaterale della mammella	mammografico
87.73.2	Ecografia monolaterale	mammografico
85.11.1	Biopsia eco-guidata della mammella	mammografico
85.11.3	Biopsia mininvasiva vacuum assisted sotto guida stereotassica	mammografico
85.11.2	Biopsia mininvasiva vacuum assisted sotto guida ecografica	mammografico
91.39.1	Citologico ago aspirato sede unica	mammografico
91.39.6	Citologico ago aspirato sedi multiple	mammografico
91.39.7	Citologico ago aspirato ecoguidato sedi multiple	mammografico
91.46.5	Istocitopatologico mammella (biopsia stereotassica)	mammografico
88.92.9	Risonanza magnetica nucleare (RM) della mammella, senza e con contrasto; Bilaterale	mammografico
89.7	Prima visita	mammografico
45.23.1	Colonscopia – ileoscopia retrograda	Colon retto
45.25	Colonscopia con endoscopio flessibile	Colon retto
48.24	Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile	Colon retto
45.42	Polipectomia endoscopica dell'intestino crasso	Colon retto
45.43.2	Mucosectomia endoscopica del colon	Colon retto
91.41.3	Es. Istocitopatologico app. digerente: biopsia endoscopica –sede unica	Colon retto
91.41.4	Es. Istocitopatologico app. digerente: biopsia endoscopica-sedi multiple	Colon retto
91.42.1	Es. Istocitopatologico app. digerente: Polipectomia endoscopica – sedi multiple	Colon retto
91.42.2	Es. Istocitopatologico app. digerente: Polipectomia endoscopica – singola	Colon retto
88.01.3	TAC dell'addome inferiore	Colon retto
88.01.4	TAC dell'addome inferiore senza e con contrasto	Colon retto
70.21	Colposcopia	Cervice uterina
67.19.1	Biopsia mirata della portio a guida colposcopica	Cervice uterina
91.44.3	ES. Istocitopatologico app. urogenitale: Biopsia cervicale e endometriale	Cervice uterina
91.46.3	ES. Istocitopatologico app. urogenitale: Biopsie cervicali (Sedi multiple)	Cervice uterina
91.44.4	ES. Istocitopatologico app. urogenitale: Biopsia cervice uterina	Cervice uterina
91.46.4	ES. Istocitopatologico app. urogenitale: Polipectomia endocervicale	Cervice uterina
68.12.1	Isteroscopia (Escluso: Biopsia con dilatazione del canale cervicale)	Cervice uterina
67.12	Biopsia endocervicale [isteroscopia]	Cervice uterina

Eventuali altre prestazioni ritenute utili, ma non routinarie, tese a completare l'iter diagnostico, dovranno essere comunicate al centro Screening per la necessaria condivisione.

Qualora nel percorso di approfondimento diagnostico si rendesse necessario ricorrere alla "biopsia vacuum assisted con sistema di guida stereotassica" (codice 85.11.3) per lo screening mammografico oppure a specifiche prestazioni per lo screening del colonretto, si concorda che vengano effettuate e valorizzate le seguenti prestazioni:

CODICE PRESTAZIONE	DESCRIZIONE	LINEA SCREENING
89.07	consulto d'équipe	Mammella/colon

91.49.2	prelievo di sangue venoso	Mammella/colon
90.62.2	emocromo	Mammella/colon
90.16.3	creatinina	Mammella/colon
90.75.4	PT	Mammella/colon
90.75.5	TT	Mammella/colon
90.76.1	PTT	Mammella/colon

Per quanto attiene alle prestazioni di prevenzione effettuate al di fuori delle campagne attive a favore della popolazione target di ATS per ciascuna linea di screening e rendicontate nel campo "Tipo prestazione" con T = PREVENZIONE, l'Erogatore presenta alla ATS entro il 31.12.2022 un progetto per il contenimento delle mammografie eseguite in prevenzione a favore del programma di screening per la fascia 45-74 anni.

FORMAZIONE

Al fine di promuovere processi di formazione continua degli operatori di screening, l'Erogatore si impegna a favorire la massima partecipazione anche agli audit clinici in materia di screening oncologici organizzati da ATS. L'attività di formazione sarà individuata da ATS anche a seconda delle indicazioni regionali e rivolta a tutto il personale coinvolto nei percorsi di screening.

ULTERIORI SPECIFICHE:

Principi generali:

per ciascuna linea di screening l'Erogatore provvede formalmente entro 30 giorni dalla firma del contratto alla individuazione e comunicazione all'ATS di un referente del percorso diagnostico terapeutico per ciascun centro di approfondimento.

In caso di rifiuto da parte del paziente, con abbandono del percorso di approfondimento diagnostico, l'ente Erogatore acquisisce la sottoscrizione della rinuncia, con registrazione nel software di screening.

Screening carcinoma Mammella:

Il test di screening è la mammografia che deve essere eseguita con mammografo digitale diretto.

La consegna delle immagini è su richiesta della donna e non è soggetta a pagamento.

Per quanto attiene agli indicatori di qualità del servizio l'Erogatore si impegna a rispettarli così come da indicazione regionale o, se non previsti, a far riferimento a quanto segue:

- Tempo di refertazione (N° di giorni tra esecuzione della mammografia di screening ed inserimento dell'esito negativo nel software gestionale di screening): 90% dei casi entro 15 giorni di calendario.
- Tempo di attesa per approfondimento (numero di giorni tra la data di effettuazione del test di screening e la data di effettuazione dell'approfondimento): 90% dei casi entro 28 giorni di calendario.
- Partecipazione all'analisi dei canceri di intervallo relativi allo screening mammografico mettendo a disposizione le proprie professionalità (90% dei lettori) e la documentazione clinica ed iconografica.

Screening carcinoma Colon Retto:

Il Centro Screening di riferimento, contatta telefonicamente i soggetti che risultano positivi alla ricerca del sangue occulto fecale (SOF), proponendo un appuntamento presso la endoscopia digestiva di riferimento per l'avvio dell'approfondimento, fatti salvi diversi specifici accordi.

L'esame di approfondimento diagnostico è la colonscopia che deve essere eseguita con endoscopi ad alta definizione.

A ciascun soggetto viene fornita copia dell'esito degli accertamenti e l'organizzazione dell'iter diagnostico terapeutico successivo, qualora si rendesse necessario.

Sulla scorta di specifici accordi l'Erogatore provvede alla fornitura gratuita all'assistito del farmaco per la preparazione alla colonscopia.

Per quanto attiene agli indicatori di qualità del servizio, l'Erogatore si impegna a rispettarli così come da indicazione regionale o, se non previsti, a far riferimento a quanto segue:

- Tempo d'attesa per colonscopia (numero di giorni che intercorrono tra la data del referto del test di screening e la prima data resa disponibile per la colonscopia) ≤ 30 giorni di calendario in almeno il 90% dei casi. Vengono esclusi i cambi di appuntamento o i ritardi nell'individuazione della data da parte del paziente.
- Proporzione di colonscopie complete $> 85\%$ accettabile, 90% desiderabile.

Screening del carcinoma della cervice uterina

Per quanto attiene alle attività di prevenzione del carcinoma della cervice uterina, con particolare riferimento alla prestazione Pap-test (cod. 91385), l'Erogatore si impegna a garantire l'esecuzione del prelievo alla popolazione individuata ed invitata dall'ATS sulla scorta di specifiche agende condivise e di condividere con ATS il percorso per il conferimento del campione al laboratorio di riferimento della Rete Regionale.

Per quanto attiene agli indicatori di qualità del servizio l'Erogatore si impegna a garantire la colposcopia di approfondimento a pap-test qualora il centro disponga di appropriato setting per diagnosi di secondo livello, oppure a stipulare convenzione o accordo con centro di riferimento, in modo da garantire il rispetto delle seguenti tempistiche:

- entro 3 giorni lavorativi dalla richiesta del Centro Screening con referto positivo per tumore
- entro 5 giorni lavorativi dalla richiesta del Centro Screening per le diagnosi di
 - lesione intraepiteliale (SIL) di alto grado
 - Cellule squamose atipiche che non possono escludere lesione intraepiteliale di alto grado (ASC-H),
- entro 20 giorni lavorativi dalla richiesta del Centro Screening per le diagnosi di
 - SIL di basso grado
 - Cellule Ghiandolari Atipiche di Significato Indeterminato (AGUS)
 - Cellule ghiandolari atipiche (AGC),
 - lesioni citopatiche da HPV (Human Papilloma Virus)
 - referti con stesso quadro dopo ripetizione

Denominazione Struttura	
Codice Regionale	

Allegato 6
Sub B

Tipologia di Attività	Importo Budget 2022	Modalità di determinazione	Erogazione a favore di	Finanziamento	Ambito temporale prestazioni	Note
Ricovero e cura		Importo pari al 100% del finanziato 2019 per le attività di ricovero e cura, incrementato in applicazione a quanto previsto dalle DGR XI/3915/2020 e DGR XI/4049/2020.	Lombardi (compresi stranieri assimilati ai Lombardi) e Fuori Regione	Riconoscimento della produzione fino al raggiungimento del budget di struttura	Sono conteggiabili esclusivamente quelle con data di dimissione a decorrere dall'01.01.2022	
Sub acuti		Importo pari al 100% del finanziato 2019 per le attività sub acute esclusi i posti tecnici temporanei attivati in applicazione alla DGR XI/3681/2020.	Lombardi (compresi stranieri assimilati ai Lombardi) e Fuori Regione	Riconoscimento della produzione fino al raggiungimento del budget di struttura	Sono conteggiabili esclusivamente quelle con data di dimissione a decorrere dall'01.01.2022	
Attività di specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale, comprensive delle attività di Pronto Soccorso non seguite da ricovero (Quota 97%)		Importo pari al 97% delle prestazioni ambulatoriali finanziate nel 2019, incrementato dell'importo legato alla riduzione del cosiddetto "superticket" per le prestazioni di specialistica ambulatoriale a favore di tutti i cittadini ex L. n. 160 del 27.11.2019.	Lombardi (compresi stranieri assimilati ai Lombardi) e Fuori Regione	Riconoscimento pieno della produzione fino al raggiungimento del valore del 97%; tra il 97% e il 103% sarà applicato alle valorizzazioni prodotte un abbattimento fino al 30% (60% per la branca di laboratorio) e tra il 103% e il 106% fino al 60%. L'impegno a erogare prestazioni a carico del Servizio Sanitario vale fino a questa quota. Oltre la quota 106% non viene garantita la remunerazione delle prestazioni	Sono conteggiabili esclusivamente quelle erogate dalla data dell'01.01.2022 (valutando l'eventuale data di fine erogazione) Sono dettagliate di seguito le quote relative agli obiettivi specifici per migliorare l'offerta erogativa specialistica, alla presa in carico del paziente cronico ed allo screening	
Psichiatria (solo per ASST ed IRCCS pubblici)		Importo pari al contratto 2019.	Cittadini Lombardi	Riconoscimento della produzione fino al raggiungimento del tetto	Sono conteggiabili esclusivamente quelle con periodo di erogazione a decorrere dall'01.01.2022 Sono escluse le prestazioni relative ai progetti innovativi in Salute Mentale, oggetto di specifico contratto separato	
NPIA (solo per ASST ed IRCCS pubblici)		Importo pari al contratto 2019.	Cittadini Lombardi	Riconoscimento della produzione fino al raggiungimento del tetto	Sono conteggiabili esclusivamente quelle erogate dalla data dell'01.01.2022 (valutando l'eventuale data di fine erogazione) Sono escluse le prestazioni relative ai progetti innovativi in NPIA, oggetto di specifico contratto separato	
"NUOVE RETI"		Importo pari al contratto 2019.	Cittadini Lombardi, Stranieri, Fuori Regione	Riconoscimento della produzione fino al raggiungimento del tetto	Sono conteggiabili esclusivamente quelle erogate dalla data dell'01.01.2022	

Tipologia di Attività	Valore di riferimento 2019	Modalità di determinazione	Erogazione a favore di	Finanziamento	Ambito temporale prestazioni	Note
Ricovero - bassa complessità		L'importo è un di cui della voce "Ricovero", ed è pari al 100% del valore finanziato nel 2019 per le prestazioni bassa complessità	Fuori regione	Solo per gli erogatori privati - Nel caso di superamento del tetto di struttura è previsto un abbattimento dell'esubero di produzione rilevato per ciascuna Struttura rispetto alla produzione finanziata per la bassa complessità nel 2019. Gli eventuali risparmi rispetto al limite di sistema per l'anno 2022 per gli erogatori privati, potranno essere oggetto di redistribuzione a copertura parziale dell'iperproduzione, in proporzione all'iperproduzione stessa.	Sono conteggiabili esclusivamente quelle con data di dimissione a decorrere dall'01.01.2022; non si applica agli IRCCS (la cui produzione viene considerata parificata all'alta complessità)	L'importo è un di cui della voce "Ricovero e cura"
Ricovero - cittadini lombardi		L'importo è un di cui della voce "Ricovero", ed è pari al 100% del valore finanziato nel 2019 per le prestazioni erogate a favore dei pazienti lombardi, incrementato in applicazione a quanto previsto dalla DGR XI/3518/2020 e DGR XI/3915/2020	Cittadini Lombardi	Solo per erogatori privati - Nel caso di superamento del tetto è previsto un abbattimento dell'esubero di produzione rilevato per ciascuna Struttura rispetto alla produzione finanziata per Lombardi nel 2019. Gli eventuali risparmi rispetto al limite di sistema per l'anno 2022 per gli erogatori privati, potranno essere oggetto di redistribuzione a copertura parziale dell'iperproduzione, in proporzione all'iperproduzione stessa.	Sono conteggiabili esclusivamente quelle con data di dimissione a decorrere dall'01.01.2022; non si applica agli IRCCS (la cui produzione viene considerata parificata all'alta complessità)	L'importo è un di cui della voce "Ricovero e cura"
Ricovero - cittadini fuori regione		L'importo è un di cui della voce "Ricovero", ed è pari al 100% del valore finanziato nel 2019 per le prestazioni erogate a favore dei pazienti fuori regione, incrementato in applicazione a quanto previsto dalla DGR XI/3518/2020 e DGR XI/3915/2020.	Fuori regione	Solo per erogatori privati - Nel caso di superamento del tetto è previsto un abbattimento dell'esubero di produzione rilevato per ciascuna Struttura rispetto alla produzione finanziata per Lombardi nel 2019.	Sono conteggiabili esclusivamente quelle con data di dimissione a decorrere dall'01.01.2022; non si applica agli IRCCS (la cui produzione viene considerata parificata all'alta complessità)	L'importo è un di cui della voce "Ricovero e cura"
Ricovero e cura - quota destinata alla definizione di obiettivi specifici per migliorare l'offerta di ricovero e cura (5% del finanziato di ricovero 2019)			Lombardi (compresi stranieri assimilati ai Lombardi) e Fuori Regione	Solo per erogatori privati - Dato l'impatto sulla capacità erogativa e sulla programmazione ed accesso alle prestazioni ambulatoriali da parte dei pazienti cronici, il valore dovrà essere parametrato al numero di mesi di attività successivi alla fine dell'emergenza; la restante parte è da ritenersi già riassorbita dal budget di struttura.		L'importo è un di cui della voce "Ricovero e cura"
Attività di specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale comprensive delle attività di Pronto Soccorso non seguite da ricovero - cittadini lombardi		Importo pari al 97% delle prestazioni ambulatoriali finanziate nel 2019 per lombardi (escluse prestazioni erogate a favore dei pazienti cronici), definito sul finanziato 2019	Cittadini Lombardi	Solo per gli erogatori privati - Nel caso di superamento del tetto è previsto un abbattimento in proporzione all'esubero di produzione rilevato per ciascuna Struttura rispetto alla produzione finanziata per Lombardi nel 2019 Gli eventuali risparmi rispetto al limite di sistema per l'anno 2022 per gli erogatori privati, potranno essere oggetto di redistribuzione a copertura parziale dell'iperproduzione, in proporzione all'iperproduzione stessa.	Sono conteggiabili esclusivamente quelle erogate dalla data dell'01.01.2022 (valutando l'eventuale data di fine erogazione)	L'importo è un di cui della voce "Attività di specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale, comprensive delle attività di Pronto Soccorso non seguite da ricovero (Quota 97%)"
Attività di specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale comprensive delle attività di Pronto Soccorso non seguite da ricovero - cittadini fuori regione		Importo pari al 97% delle prestazioni ambulatoriali finanziate nel 2019 per lombardi (escluse prestazioni erogate a favore dei pazienti cronici), definito sul finanziato 2019	Cittadini Lombardi	Solo per gli erogatori privati - Nel caso di superamento del tetto è previsto un abbattimento in proporzione all'esubero di produzione rilevato per ciascuna Struttura rispetto alla produzione finanziata per Fuori regione nel 2019.	Sono conteggiabili esclusivamente quelle erogate dalla data dell'01.01.2022 (valutando l'eventuale data di fine erogazione)	L'importo è un di cui della voce "Attività di specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale, comprensive delle attività di Pronto Soccorso non seguite da ricovero (Quota 97%)"
Attività di specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale - quota destinata alla definizione di obiettivi specifici per migliorare l'offerta erogativa specialistica (7% del finanziato di specialistica ambulatoriale 2019)		Per le strutture private, importo pari al 7% delle prestazioni ambulatoriali finanziate nel 2019 (escluse prestazioni erogate a favore dei pazienti cronici), definito sul finanziato 2019.	Lombardi (compresi stranieri assimilati ai Lombardi) e Fuori Regione	Dato l'impatto sulla capacità erogativa e sulla programmazione ed accesso alle prestazioni ambulatoriali da parte dei pazienti cronici, il valore dovrà essere parametrato al numero di mesi di attività successivi alla fine dell'emergenza; la restante parte è da ritenersi già riassorbita dal budget di struttura, oppure in favore dell'attività di screening		L'importo è un di cui della voce "Attività di specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale, comprensive delle attività di Pronto Soccorso non seguite da ricovero (Quota 97%)"
Attività di specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale - quota destinata alla remunerazione alle attività connesse alla presa in carico del paziente cronico (3% del finanziato di specialistica ambulatoriale 2019)		Importo pari al 3% delle prestazioni ambulatoriali finanziate nel 2019.	Lombardi (compresi stranieri assimilati ai Lombardi) e Fuori Regione	Dato l'impatto sulla capacità erogativa e sulla programmazione ed accesso alle prestazioni ambulatoriali da parte dei pazienti cronici, il valore dovrà essere parametrato al numero di mesi di attività successivi alla fine dell'emergenza; la restante parte è da ritenersi già riassorbita dal budget di struttura		L'importo è un di cui della voce "Attività di specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale, comprensive delle attività di Pronto Soccorso non seguite da ricovero (Quota 97%)"
Attività di specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale - quota relativa alle attività di screening convenzionato con ATS		Definito in sede di programmazione territoriale	Lombardi (compresi stranieri assimilati ai Lombardi) e Fuori Regione			L'importo è un di cui della voce "Attività di specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale, comprensive delle attività di Pronto Soccorso non seguite da ricovero (Quota 97%)"
Programma di screening HCV in attuazione della DGR n. XI/5830 del 29/12/2021		Prestazioni definite a livello regionale ed erogate secondo le linee guida screening HCV per le strutture pubbliche e private aderenti	Lombardi (compresi stranieri assimilati ai Lombardi)	Riconoscimento della produzione secondo le regole di rendicontazione previste, fino al raggiungimento del valore massimo regionale riconoscibile di cui alla DGR n. XI/5830 del 29/12/2021	Sono conteggiabili esclusivamente quelle erogate fino alla data del 31.12.2022	L'importo è aggiuntivo "Attività di specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale, comprensive delle attività di Pronto Soccorso non seguite da ricovero (Quota 97%)"

Tipologia di Attività	Importo Budget 2022	Modalità di determinazione	Erogazione a favore di	Finanziamento	Ambito temporale prestazioni	Note
Attività COVID: Ricovero e Cura DL 34/2020		In riferimento all'applicazione del DL 34/2021 in termini di maggiorazioni tariffarie a seguito dell'applicazione del DM 12.08.2021.	Lombardi (compresi stranieri assimilati ai Lombardi) e Fuori Regione	Riconosciuto a consuntivo.	Sono conteggiabili esclusivamente quelle con data di dimissione a decorrere dall'01.01.2022 fino al 31.03.2022.	L'importo è integrativo a quanto previsto alla voce "Ricoveri"
Attività COVID: Sub acuti DGR XI/3681/2020		In riferimento all'applicazione della DGR XI/3681/2020 per i mesi di funzionamento durante l'esercizio 2022	Lombardi (compresi stranieri assimilati ai Lombardi) e Fuori Regione	Riconosciuto e contrattualizzato solamente a superamento del budget di cui alla voce "Sub Acuti"	Sono conteggiabili esclusivamente quelle con data di dimissione a decorrere dall'01.01.2022 fino al 31.03.2022.	L'importo è integrativo a quanto previsto alla voce "Sub Acuti" - non inserire ulteriori imposti nell'eventualità di posti tecnici già contrattualizzati e convertiti in posti tecnici COVID
Attività COVID: Degenze di Sorveglianza / Degenze di Comunità DGR XI/3681/2020		In riferimento all'applicazione della DGR XI/3681/2020 per i mesi di funzionamento durante l'esercizio 2022	Lombardi (compresi stranieri assimilati ai Lombardi) e Fuori Regione		Sono conteggiabili esclusivamente quelle con data di dimissione a decorrere dall'01.01.2022 fino al 31.03.2022.	
Attività COVID - evidenza attività COVID: ALTRE PRESTAZIONI (specificare)		Integrazioni di budget utili a garantire l'offerta di prestazioni connesse, anche indirettamente, alla pandemia da Covid-19, in corso d'anno ed in base al monitoraggio dei volumi erogati (SPECIFICARE IL CONTENUTO)	Lombardi (compresi stranieri assimilati ai Lombardi) e Fuori Regione	Riconosciuto e contrattualizzato solamente a superamento del budget di cui alla voce "Attività di specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale, comprensive delle attività di Pronto Soccorso non seguite da ricovero (Quota 97%)"	Sono conteggiabili esclusivamente quelle con data di erogazione a decorrere dall'01.01.2022	L'importo è aggiuntivo "Attività di specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale, comprensive delle attività di Pronto Soccorso non seguite da ricovero (Quota 97%)"

POLO TERRITORIALE

Sommario

CURE PRIMARIE	1
SALUTE MENTALE (PSICHIATRIA, NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA, PSICOLOGIA), DIPENDENZE, DISABILITÀ E SANITÀ PENITENZIARIA	4
CURE PALLIATIVE E TERAPIE DEL DOLORE.....	30
DISABILITÀ.....	32
AREA DELLE CURE DOMICILIARI.....	38
AREA ANZIANI	39
INTEGRAZIONE CON LE RETI DI OFFERTA SOCIALE DEL TERRITORIO	41
LA MEDICINA DI GENERE	56
CONTRATTI NELL'AREA SOCIO SANITARIA E DELLA SALUTE MENTALE NON INTERCOMPANY	57
ULTERIORI DETERMINAZIONI	81

CURE PRIMARIE

Le Cure primarie sono la porta di accesso, il primo contatto delle persone, della famiglia e della comunità con il Servizio Sanitario. Gli ambiti di attività delle cure primarie riguardano le cure domiciliari, l'assistenza di medicina generale, l'assistenza pediatrica e consultoriale, le prestazioni di specialistica ambulatoriale, i servizi rivolti agli anziani e ai disabili adulti. Un ruolo determinante nelle cure primarie viene svolto dai Medici di assistenza primaria, dai medici di continuità assistenziale, dai Pediatri e dal personale infermieristico dei servizi domiciliari, che operano in stretto contatto con professionisti di altri servizi per offrire la più completa assistenza sanitaria al cittadino, anche in integrazione con i servizi sociali.

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

Le Cure primarie sono attraversate da una fase di profonda trasformazione ed evoluzioni verso modelli di cura sempre più orientati alla prossimità della cura, al lavoro integrato con i colleghi e altri servizi in modo da assicurare una piena risposta ai bisogni degli assistiti, attraverso una reale "presa in carico" non limitata ai soli soggetti fragili o con cronicità.

In questo scenario, vengono individuati i seguenti obiettivi da perseguire nel corso del 2022.

a) Attuazione della l.r. 22 del 14/12/2021

Innanzitutto, si procederà alla istituzione dei Dipartimenti di cure primarie all'interno delle ASST, nei tempi previsti dalla normativa, supportando il percorso attraverso l'elaborazione di indicazioni, finalizzate a dare continuità all'erogazione dell'assistenza, con particolare riguardo a quella fornita dai medici di medicina generale e dai pediatri di libera scelta.

Verrà dato impulso alla istituzione dei servizi di infermiere di famiglia e di comunità, di ostetrica di famiglia e di comunità e delle professioni sanitarie, intesi come servizi singoli o associati a disposizione del cittadino, dei medici di assistenza primaria e delle autonomie locali.

In questo modo saranno poste le basi affinché il dipartimento delle cure primarie possa far evolvere le cure primarie verso un sistema integrato che consenta di superare frammentazioni e discontinuità, sviluppando un sempre maggiore ruolo organizzativo a partire dall'individuazione delle AFT della Medicina Generale e della Pediatria di Libera Scelta, ed eventualmente dalla revisione di quelle della specialistica territoriale.

b) Sviluppo delle Case di Comunità, Ospedali di Comunità, Centrale Operativa Territoriale, all'interno dei Distretti, da costituire tenendo conto dell'aggregazione di ambiti elementari e CRT /AFT della medicina generale e pediatria di libera scelta.

Attraverso uno specifico Tavolo di confronto a livello regionale, finalizzato a fornire indicazioni per una omogeneizzazione dei modelli operativi territoriali, considerando comunque eventuali specificità locali, nel rispetto e in applicazione di quanto previsto dalla Convenzione e dagli AIR, Un ruolo determinante nelle cure primarie viene svolto dai Medici di assistenza primaria, dai medici di continuità assistenziale (a breve in ruolo unico), dai Pediatri e dal personale infermieristico dei servizi domiciliari, nonché infermieri di famiglia, che operano in stretto contatto con professionisti di altri servizi per offrire la più completa assistenza sanitaria al cittadino, anche in integrazione con i servizi sociali.

c) Tavoli di lavoro

In attuazione a quanto previsto dall'Accordo integrativo regionale 2021, nel mese di dicembre 2021 sono stati attivati tavoli di confronto riguardo le seguenti tematiche:

1. Tavolo Continuità Assistenziale (ruolo del medico di CA all'interno delle attività di assistenza primaria);
2. Presa In Carico del paziente cronico (riadattare la progettualità, anche in riferimento alle future Case della Comunità);
3. Case di Comunità (Meccanismi di partecipazione dei MAP alle attività e all'organizzazione delle Case di Comunità e ruolo degli infermieri di famiglia) e assistenza domiciliare;
4. Semplificazione prescrittiva: definire modalità volte al superamento del sistema SAR (Sistemi di Accoglienza Regionali) per il passaggio al sistema SAC (Sistemi di Accoglienza Centrale), in funzione della garanzia di

omogeneità nell'ambito dell'assistenza farmaceutica.

L'attività di questi Tavoli si svilupperà per tutto il 2022 con l'obiettivo di avanzare proposte finalizzate al miglioramento dell'assistenza primaria erogata al cittadino.

d) Sviluppo di nuove professionalità: infermiere di famiglia e di comunità

Nel corso del 2021 le ASST hanno acquisito figure professionali infermieristiche (Infermiere di Famiglia e di Comunità). Si procederà ad una mappatura delle attività e dei modelli operativi attuati, raccogliendo le esperienze realizzate e con riferimento alle specifiche normative, si procederà alla definizione di un modello di intervento omogeneo, che preveda una integrazione con altri soggetti della rete dei servizi nella prospettiva di assicurare continuità dell'assistenza al cittadino ed evitare interruzioni o duplicazioni nella risposta al bisogno. L'IFeC rappresenta una risorsa innovativa nel panorama delle Cure Primarie e può contribuire in modo significativo allo sviluppo di percorsi di promozione della salute, di presa in carico proattiva delle persone con malattie croniche, di attivazione delle comunità e di rafforzamento di reti finalizzate a promuovere l'integrazione tra servizi e risorse del territorio, con il coinvolgimento attivo dei cittadini. Ciò a partire dalla definizione di profili di comunità per ciascuno dei territori di riferimento.

Per il 2022 è prevista la prosecuzione del corso di formazione regionale, la definizione di strumenti e di sistemi informatici integrati che consentano di condividere le informazioni con gli altri nodi della rete e di misurare, a livello regionale, specifici indicatori di struttura, processo ed esiti.

e) Minimizzazione dell'impatto della carenza di medici

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

Nel corso del 2022 la situazione, in raccordo con le ASST, sarà costantemente monitorata in modo da attuare, in anticipo e nel rispetto della convenzione e degli AIR, gli interventi necessari, anche individuando soluzioni innovative.

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

f) Implementazione dell'operatività dei CRT e delle forme associative

Sarà definito il passaggio dai CRT alle AFT, a partire da una revisione degli accordi sui fondi di qualificazione dell'offerta che privilegi la qualità delle attività delle diverse forme associative, con l'obiettivo di incentivare la presenza di personale di studio sia nei "gruppi" che nelle "reti". Nelle AFT dovranno essere integrate le attività degli ambulatori di CA, facendo tesoro dell'esperienza delle USCA, per le attività di CA diurna.

Le AFT dovranno altresì generare sistemi di relazione con gli altri livelli di cura che salvaguardino la specificità delle Cure primarie, ma garantiscano una proficua integrazione tra territorio e ospedale, nonché collaborazione con i Medici Specialisti operanti nelle diverse strutture del SSR, quali riferimenti di secondo livello.

g) Partecipazione MMG e PLS alla campagna vaccinale anti covid 19

Si proseguirà nel coinvolgimento delle cure primarie, anche attraverso le loro aggregazioni funzionali AFT/ CRT, nella campagna vaccinale anti covid, in particolare deve essere favorita, anche per l'anno 2022:

- la collaborazione del singolo MMG/PLS nei centri vaccinali delle ASST, garantendo comunque l'attività del proprio studio e la partecipazione al raggiungimento degli obiettivi del proprio CRT;
- l'effettuazione, da parte dei MMG/PLS, delle vaccinazioni domiciliari, in particolare a favore dei soggetti fragili e non deambulanti.
- l'organizzazione di centri vaccinali avvalendosi di società di servizio/forme complesse della medicina generale (cooperative);

h) Progetti di governo clinico

Nell'AIR 2022 si dovranno prevedere progettualità di governo clinico sulle seguenti tematiche:

1. Partecipazione attiva alla vaccinazione covid (in ambulatorio e al domicilio con la presa in carico di tutti i pazienti non deambulanti) per raggiungere gli obiettivi di copertura previsti per la popolazione destinataria della vaccinazione.
2. Partecipazione attiva ai programmi di screening per il colon retto e cervice uterina.
3. Appropriatezza prescrittiva (partecipazione agli audit di CRT/AFT)

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

i) Continuità assistenziale

Previo confronto con le rappresentanze dei medici andrà nel corso del 2022 definita una differente modalità di esercizio dell'attività da parte del medico di continuità che lo veda parte attiva all'interno della organizzazione territoriale così come delineata dalla legge di riordino e del recente ACN. saranno implementati sistemi informativi integrati al fine di migliorare il raccordo tra Medico di assistenza primaria e Medico di Continuità Assistenziale, anche in relazione alla presa in carico della cronicità e delle situazioni di fragilità.

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

PROGRAMMAZIONE

Regione Lombardia ritiene **l'integrazione e l'interconnessione** tra le diverse discipline presupposto fondamentale per:

- assicurare i trattamenti più appropriati, accessibili e fruibili ai pazienti e ai loro familiari
- garantire precocità nella diagnosi e tempestività negli interventi al fine di assicurare l'evoluzione più favorevole alle diverse situazioni, evitando la cronicizzazione e avendo quale obiettivo costante il recupero globale della persona.

Dal punto di vista organizzativo tale integrazione si declina attraverso la stretta collaborazione tra la Struttura Salute Mentale, Dipendenze, Disabilità e Sanità Penitenziaria della Direzione Generale Welfare e i **4 Coordinamenti** di area:

- **Coordinamento Direttori UOC Psichiatria - UOP**
- **Coordinamento Direttori UOC Dipendenze - SerD**
- **Coordinamento Direttori UOC/UOSD Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza - UONPIA**
- **Coordinamento Direttori UOC/UOSD Psicologia - UOPSI**

I Coordinamenti costituiscono un potente veicolo di informazioni in entrata/uscita tra Regione e le Aziende Territoriali e i Coordinatori di tali Tavoli sono in costante contatto con il livello regionale per ogni aggiornamento e segnalazione, in un'ottica di continuo confronto.

Tale organizzazione ha permesso una gestione ottimale durante il periodo pandemico, ma garantisce il raggiungimento dei migliori risultati anche sulle altre tematiche in quanto favorisce la multidisciplinarietà e la massima integrazione.

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

Regione con Decreto della Direzione Generale Welfare n. 8546 del 13/6/2019 ha inoltre istituito un **Comitato tecnico di Esperti della Salute Mentale e delle Dipendenze** composto da professionisti della Salute Mentale (Psichiatria, NPIA e Psicologia)/ Dipendenze/ Disabilità sia del settore pubblico che privato, rappresentanti delle varie categorie professionali coinvolte, Terzo Settore e Associazioni oltre ai Referenti dei 4 Coordinamenti di area sopracitati per compiti di supporto nella fase programmatica e di indirizzo .

1.INDICAZIONI E IMPEGNI TRASVERSALI

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

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

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

condizione ineluttabile.

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

L'area della neuropsichiatria/dipendenze e degli interventi sui giovani sarà pertanto oggetto di specifica attenzione e forte potenziamento nel 2022, anche in risposta alle numerose sollecitazioni che l'ambito giudiziario pone rispetto ai minori autori di reato, epifenomeno di una generalizzata emergenza educativa e valoriale e della larghissima diffusione e accessibilità di sostanze psicotrope sempre più pericolose.

I GIOVANI

La popolazione giovanile rappresenta il futuro della società civile e l'intervento tempestivo sui disagi dei ragazzi è cruciale nell'evoluzione della loro vita, nel benessere personale e familiare, nel garantire maggior sicurezza per tutti.

Al pari di quanto avviene per la salute fisica, nel caso di disturbi psichici devono essere messe in campo tutte le possibili risorse ed energie per garantire il recupero globale della persona e restituire al giovane la pienezza della sua esistenza.

Anche all'interno delle Case di Comunità ci saranno per questo azioni dedicate ai giovani e alle loro famiglie con possibilità di consulenze psicologiche, orientamento e interventi finalizzati all'intercettazione precoce di ogni situazione a rischio anche in coerenza con le iniziative di carattere sociale promosse dalla Direzione Generale Famiglia.

1.1. INTERVENTI FASCIA D'ETA' 14-25 ANNI

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

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

La recente L.R. n. 23/2020 "Nuovo sistema di intervento sulle dipendenze patologiche" sollecita la sperimentazione di iniziative relative alla fascia in oggetto, **fascia considerata critica ai fini di una diagnosi precoce e di interventi tempestivi** sia in relazione a problematiche di salute mentale che di dipendenze (vedi anche paragrafo 5.2 Interventi fascia d'età 14-25 anni).

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

1.2. PROGRAMMA CCM 2021: Effetti dell'emergenza pandemica Covid 19 sui minori di età: strategie di prevenzione e contrasto delle problematiche di salute mentale e delle dipendenze.

Partendo da una ricerca promossa dall' Istituto Superiore di Sanità per lo studio sulla **valutazione dell'impatto psicopatologico della Pandemia sui bambini, adolescenti e giovani sino ai 25 anni**, si è strutturato il progetto che persegue l'obiettivo di promuovere azioni sinergiche (Ministero della Salute - Ministero dell'Istruzione – AIFA – ISS - Regioni) finalizzate a descrivere tempestivamente l'andamento degli accessi ai servizi per disturbi neuropsichici e dipendenze nei minori di età, fornendo dati affidabili per la programmazione regionale e nazionale.

1.3. SALUTE MENTALE/DIPENDENZE E GIUSTIZIA MINORILE

La letteratura scientifica segnala come l'abbassamento dell'età di insorgenza di disturbi psichici e di inizio dell'uso di sostanze generi complessi problemi di intercettazione precoce, aggancio e presa in carico di una fascia d'utenza che fatica a rivolgersi spontaneamente ai servizi specialistici di cura.

Emerge altresì, in particolare dal circuito giudiziario, la necessità di prevedere, oltre ad interventi territoriali specificatamente orientati, **strutture residenziali e semiresidenziali a valenza terapeutica che accolgano anche minori**.

Per rispondere a questa situazione di emergenza proseguiranno nel 2022 le attività del **Tavolo di Lavoro Sanità e Giustizia Minorile** attivato dalla Direzione Generale Welfare, con Magistratura Minorile di Milano e Brescia, Centro Giustizia Minorile, Ufficio Servizi Sociali per Minorenni (USSM), Servizi delle ASST/Dipartimenti Salute Mentale e Dipendenze

Proseguirà inoltre l'impegno a livello nazionale che vede la partecipazione di Regione a un analogo tavolo congiunto tra Sanità e Giustizia (Sottogruppo Interistituzionale Giustizia Minorile-Sanità) con l'obiettivo di individuare unità d'offerta specifiche.

Si tratta di progettare una **residenzialità ad alta specializzazione** in cui, oltre a una forte componente educativa, sia possibile una lettura criminologica del reato commesso e del suo significato e un'azione di educazione alla legalità.

IL TERRITORIO E LA MARGINALITA'

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

1.4. STRUTTURE DI PROSSIMITA'

L'articolo 1, comma 4-bis della Legge 77/2020 prevede la sperimentazione di "strutture di prossimità per la promozione della salute e per la prevenzione, nonché per la presa in carico e la riabilitazione delle categorie di persone più fragili, ispirate al principio della piena integrazione socio-sanitaria, con il coinvolgimento delle istituzioni presenti nel territorio, del volontariato locale e degli enti del Terzo settore senza scopo di lucro".

In attuazione della sopra citata Legge, Regione Lombardia, ha elaborato e presentato al Ministero della Salute, con DGR n. XI/5447 del 3/11/2021, un **Progetto per la realizzazione di interventi e strutture di prossimità rivolte alle situazioni di gravi marginalità sociosanitarie**, che è stato approvato con nota Prot. 0001153-19/01/2022-DGPROGS-MDS-P

Il Progetto prevede in particolare:

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

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

Nel corso del 2022 la DG Welfare procederà per l'implementazione della progettualità attraverso l'assegnazione ad ATS Città Metropolitana di Milano delle risorse necessarie per la realizzazione del Progetto, che dovrà essere ultimato entro il 31 dicembre 2022, salvo eventuali proroghe dei termini, anche in relazione alla situazione pandemica da COVID 19.

Le risorse previste dalla DGR n. XI/5447 del 3/11/2021 per la seconda fase del progetto regionale in questione ammontano a € 2.336.269, di cui € 1.151.180 a carico del FSR indistinto finalizzato 2020, ex art.1 comma 4 bis DL 34/2020 accantonate nella GSA.

La rendicontazione da parte di ATS dei risultati raggiunti dalla sperimentazione delle strutture di prossimità avverrà attraverso l'utilizzo della apposita scheda di cui alla sopracitata Intesa del 4 agosto 2021 (Rep Atti n. 134/CSR).

1.5. PROGETTO CENTRO PERMANENZA RIMPATRIO (CPR) CORELLI

Il Centro di Permanenza per il Rimpatrio di Via Corelli di Milano presenta situazioni di criticità nell'area della diagnosi, trattamento e assistenza di soggetti particolarmente fragili con problematiche di dipendenza, sovente associate a importanti disturbi psichici e post traumatici da stress, in particolare per le persone che sono state vittime di tortura.

Tale realtà, rilevata dai Servizi per la Salute Mentale, è altresì segnalata dalla Prefettura di Milano e dagli stessi gestori del Centro alla ATS Città Metropolitana di Milano.

In considerazione di quanto sopra con nota della DG Welfare (Protocollo 0109127/21 del 15/07/2021) ad oggetto "CPR via Corelli" è stato disposto, con riferimento alle problematiche sanitarie emerse, il coinvolgimento della Fondazione ERIS Onlus.

Oltre a questo primo intervento, appare necessario considerare maggiormente anche gli aspetti psichiatrici connessi a tale condizione. A tal fine ATS Città Metropolitana di Milano prosegue l'attività di consultazione e coordinamento coinvolgendo, oltre agli attori già operanti, anche i Dipartimenti Salute Mentale e Dipendenze delle ASST competenti, prevedendo un impegno di spesa pari a euro **90.000**.

PATOLOGIE TRASVERSALI OGGETTO DI PARTICOLARE ATTENZIONE

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

e Iperattività (ADHD).

1.6. DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE

L'applicazione della Legge Regionale n. 2 del 23 febbraio 2021 – *“Disposizioni per la prevenzione e la cura dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione e il sostegno ai pazienti e alle loro famiglie”*, attraverso la Cabina di Regia (costituita con DGR n. XI/5722 del 15.12.2021), nel corso del 2022 definirà con specifici atti le linee di indirizzo nonché la destinazione dell'impegno economico ad essa collegato, anche avvalendosi del tavolo di lavoro con ulteriori esperti del territorio regionale. Sono previsti complessivamente **1.500.000 euro** nell'ambito del quadro economico approvato con DGR XI/5941 del 7/02/2022

1.7. DISTURBI DA DEFICIT DELL'ATTENZIONE E IPERATTIVITA' (ADHD)

A livello nazionale il tema della ADHD è oggetto di specifica attenzione anche in relazione alla possibilità di prescrizioni farmacologiche e alle autorizzazioni dei relativi Centri, in particolare per l'età adulta e al rilievo di patologie concomitanti, sia dal punto di vista psichico che per quanto riguarda le dipendenze.

I Servizi della Neuropsichiatria devono prevedere percorsi di accompagnamento degli utenti da essi valutati e trattati nella delicata fase di transizione, avendo cura di strutturare un sistema di trasferimento delle informazioni ai servizi dell'area adulti (UOP e SerD) che deve altresì attualizzare le competenze per intervenire nella gestione dei casi già diagnosticati e per la valutazione di nuove diagnosi intervenute in età adulta.

Condivise le principali progettualità trasversali in atto, si evidenziano di seguito le indicazioni per gli specifici ambiti, fermo restando l'integrazione e la multidisciplinarietà che deve sempre caratterizzare l'operare del Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze (DSMD) nell'interesse prioritario del paziente e dei suoi familiari.

2. PSICHIATRIA

Il periodo post pandemico impone una profonda attenzione all'ambito della salute mentale che vede da una parte aumentare le richieste d'aiuto da parte della popolazione e dall'altra ritenere urgente una nuova organizzazione dei Servizi su cui si stava già riflettendo precedentemente al 2020.

A fronte della rapida evoluzione dei fenomeni, delle carenze di organico (dettate dalla difficoltà a reperire specialisti in un momento di elevato numero di pensionamenti), della necessità di rivedere i criteri di accreditamento, i Servizi devono avviare una **riorganizzazione** per adeguare l'offerta ai bisogni emergenti, che coinvolga tutta l'équipe curante, valorizzando la funzione di ogni professionalità.

Le strutture della salute mentale devono mantenere uno stretto raccordo con l'area sociale del territorio, Comuni, Uffici di Piano, ecc. per favorire una presa in carico globale del paziente atta a rispondere a tutte le sue esigenze di vita in un'ottica evolutiva e di autonomia e sviluppare strumenti innovativi quali il budget di salute, i trattamenti intensivi territoriali, l'esperienza degli ESP e le nuove realtà territoriali quali le Case di Comunità.

Rilevando la necessità di rivolgere attenzione ad aree di particolare interesse, con la seduta del 28.04.2022 della Conferenza Stato Regioni, è stata approvata il documento **“Linee di indirizzo per la realizzazione dei progetti regionali volti al rafforzamento dei Dipartimenti di Salute Mentale regionali”** (già Intesa, ai sensi dell'allegato sub A, lettera o) dell'Intesa 4 agosto 2021 - Rep. Atti n. 153/CSR, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano) assegnando a Regione Lombardia la quota di **euro 11.351.383**.

2.1. ATTUALIZZAZIONE /POTENZIAMENTO DELL'OFFERTA TERRITORIALE E APPROPRIATEZZA DEI RICOVERI IN SPDC (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura) E IN RESIDENZIALITA'

I Servizi Territoriali (in particolare i CPS - Centri PsicoSociali) devono individuare **modalità di funzionamento** idonee a coniugare le essenziali esigenze di accessibilità, di specificità e di integrazione con le altre strutture che afferiscono al DSMD, attraverso la differenziazione dei percorsi clinici ed una evoluzione organizzativa per aree di intervento, valorizzando la figura del **case manager** e promuovendo tutti i provvedimenti organizzativi che possono portare a un'**ottimizzazione delle risorse esistenti**.

Il Coordinamento Direttori UOC Psichiatria, in collaborazione con la competente Struttura Regionale e la UO Risorse Umane di Regione, predisporrà proposte migliorative, tenendo presente le possibilità relative all'incremento di personale e alle eventuali possibili modifiche dei criteri di accreditamento come richiamato al paragrafo 10.

Il Coordinamento Direttori UOC Psichiatria, in collaborazione con la competente Struttura Regionale, predisporrà inoltre un documento per favorire una **maggiore appropriatezza clinica dei ricoveri in SPDC** e dei percorsi per il post-acuzie.

Obiettivo - condiviso fortemente anche con il livello nazionale - è una **maggior appropriatezza dell'utilizzo della residenzialità in un'ottica sempre più territoriale** che riporti il paziente a trattamenti intensivi che riducano/prevengano ogni forma di ricovero attraverso modalità innovative quali il **budget di salute**.

I temi relativi a caratteristiche, requisiti e profili di assistenza saranno oggetto delle attività previste da uno specifico **tavolo di lavoro per la definizione dei profili di complessità assistenziale, per ipotesi di revisione dei criteri di accreditamento e del sistema di remunerazione**.

2.2. SPERIMENTAZIONE DEL BUDGET DI SALUTE

Nel 2021 la competente Struttura della Direzione Generale Welfare ha provveduto a dar corso al provvedimento attuativo per l'avvio della sperimentazione di cui alla DGR XI/1046/2018 nelle due ASST interessate - ASST Santi Paolo e Carlo e ASST Franciacorta.

L'avvio di tale sperimentazione sul territorio regionale coincide con il focus posto a livello nazionale sul modello gestionale/organizzativo budget di salute, e nel corso del 2022, oltre a un costante monitoraggio della fase attuativa dei progetti avviati, si provvederà a una mappatura delle progettualità fondate su tale modello.

2.3. STRUTTURE RESIDENZIALI PSICHIATRICHE PER TRATTAMENTI SOCIORIBABILITATIVI (SRP3)

Con DGR 7600/2017 si indicava il definitivo superamento della residenzialità a bassa

protezione (ex CPB) a favore di altri percorsi, anche in ottemperanza a quanto previsto dai LEA in materia di residenzialità.

La situazione pandemica degli ultimi due anni ha impedito la piena ottemperanza che è stata nel frattempo confermata con la DGR n. XI/2816 del 19/02/2020 *"Definizione dei requisiti minimi organizzativi e delle tariffe delle strutture residenziali psichiatriche per trattamenti socioriabilitativi - SRP3"* e ribadita nella DGR n. XI/4773 del 26/05/2021.

Nel corso del 2022 le ATS procederanno al definitivo adeguamento delle strutture in raccordo con gli enti gestori.

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

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

Le organizzazioni sono pertanto invitate a perseguire tale obiettivo attraverso azioni di specifico interesse, ed in particolare - alla luce delle esperienze già intraprese in alcune realtà regionali - nell'ambito del processo di valutazione e revisione dei Programmi Innovativi, si raccomanda l'attualizzazione dei contenuti, avendo premura di valorizzare la figura degli ESP - anche nell'ambito delle Case di Comunità - allo scopo di promuovere sempre più la cultura dell'inclusione e dell'aiuto tra pari, alla luce della proficua esperienza del loro intervento in supporto a condizioni fragili nel corso della pandemia.

2.5. DEPRESSIONE PERINATALE - Progetto Pensare Positivo (OMS)

E' un progetto promosso dai Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze, in collaborazione con i Dipartimenti Materno Infantili, che mira ad implementare nei consultori familiari, da parte delle ostetriche, un'attività di home-visiting finalizzata al supporto psicosociale rivolto alle donne con depressione perinatale.

Tale Progetto ha permesso la formazione di circa 120 operatrici e ha mostrato la fattibilità di questo intervento e la soddisfazione delle donne nel riceverlo.

Nel 2022 sarà necessario estendere la formazione del personale, favorendo una maggiore implementazione del modello all'interno delle ASST lombarde

2.6. PERCORSI DEDICATI A PAZIENTI CON PATOLOGIA PSICHICA AUTORI DI REATO

A seguito del proficuo lavoro di collaborazione tra l'area sanitaria della Salute Mentale e la Magistratura sono stati approvati:

- con Decreto della Direzione Generale Welfare n. 9958 del 10/07/2018 il "Protocollo d'intesa per l'applicazione di un modello operativo di superamento degli OPG (L.81/2014) nel territorio del distretto di Corte d'Appello di Brescia";
- con Decreto della Direzione Generale Welfare n. 17847 del 06/12/2019 il "Protocollo operativo in tema di misure di sicurezza psichiatriche per il distretto di Milano".

Le ATS in collaborazione con le ASST, anche attraverso il ruolo delle equipe forensi

dei DSMD (DGR n. X/5340/2016), così come previsto dalle indicazioni per il loro funzionamento, vedono rinnovata l'indicazione a promuovere le azioni utili all'implementazione dei suddetti protocolli che è stata rallentata dalla condizione pandemica.

2.7. RESIDENZE PER L'ESECUZIONE DELLE MISURE DI SICUREZZA (REMS)

Nel 2021 è stato avviato un lavoro di **riorganizzazione dell'operatività** all'interno delle REMS finalizzato a una gestione più efficace e a garantire un miglior clima lavorativo, basato in primis sulla sicurezza degli operatori impegnati presso la Struttura.

A seguito della elevata attenzione posta da organismi nazionali (Corte Costituzionale, Ministero della Salute, AGENAS) sui percorsi all'interno dei quali si gestisce la presa in carico della persona autore di reato e affetta da disturbi psichici, oltre al lavoro di raccordo organizzativo stabile tra il sistema polimodulare REMS di Castiglione delle Stiviere e la Struttura regionale competente, è richiamato che **i DSMD intensifichino e perfezionino i rapporti di collaborazione con la suddetta struttura** nei termini già indicati dalle normative e indicazioni nazionali e regionali vigenti.

Il Sistema Polimodulare REMS di Castiglione delle Stiviere avvierà inoltre, in accordo con Regione Lombardia, **progetti di ricerca scientifica**, finalizzati all'approfondimento e alla definizione di modalità operative rispetto alle nuove patologie emergenti.

2.8. PROGETTI DI RICERCA INTERNAZIONALI

Regione Lombardia partecipa ai seguenti progetti europei nell'area della Salute Mentale:

- **HORIZON 2020 RESPOND:** è un progetto di ricerca sugli **effetti della pandemia sulla salute mentale della popolazione europea**.
- **JOINT ACTION ImpleMental:** è un progetto di ricerca in cui Regione Lombardia è stata individuata dal Ministero della Salute quale Autorità Competente per l'Italia. La Joint Action attiverà **buone pratiche nel campo della riforma del sistema di salute mentale** e nell'ambito della **prevenzione del suicidio**.

3. NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA

L'ambito della Neuropsichiatria è quello ritenuto cruciale per intervenire in modo precoce e tempestivo, evitando l'aggravamento e la cronicizzazione delle situazioni di disagio psichico ed è l'area della salute mentale per cui è previsto il maggior investimento, con un finanziamento aggiuntivo previsto pari a **25 milioni** di euro.

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

In analogia a quanto già rilevato per la salute mentale adulti - ma con caratteristiche di ancora maggior urgenza e criticità - anche l'ambito della Neuropsichiatria deve essere **rafforzato nella sua componente territoriale**, per ottenere maggior appropriatezza sia in relazione ai ricoveri ospedalieri che

all'utilizzo della residenzialità, riservando tali strumenti alle situazioni oggettivamente più gravi e non gestibili sul territorio.

Il modello di potenziamento e riorganizzazione proposto si basa su **4 pilastri** tra loro fortemente connessi:

Pilastro 1: Territorio

Il territorio costituisce il pilastro fondamentale e l'ambito privilegiato entro cui trattare i minori e deve essere massimamente rinforzato attraverso stabilizzazioni e assunzioni di personale, utilizzando tutti gli strumenti previsti anche dalle normative nazionali, così come già avviato in collaborazione con la UO Risorse Umane di Regione.

Le UONPIA devono individuare **modalità di funzionamento** idonee a coniugare le essenziali esigenze di accessibilità, di specificità e di integrazione con le altre strutture che afferiscono al DSMD, attraverso la differenziazione dei percorsi clinici ed una evoluzione organizzativa per aree di intervento, valorizzando la figura del **case manager** promuovendo tutti quei provvedimenti che possono portare a un'**ottimizzazione delle risorse esistenti, in un'ottica di massima valorizzazione di ogni figura professionale, avendo cura di introdurre i profili carenti.**

Ogni UONPIA dovrà avere la possibilità di gestire sul proprio territorio un **Centro Diurno**, per fornire trattamenti intensivi e continuati nel tempo, e di sostenere interventi di **home visiting**.

Il Coordinamento Direttori UONPIA, in collaborazione con la competente Struttura Regionale, predisporrà proposte migliorative, tenendo presente le possibilità relative all'incremento di personale e alle eventuali possibili modifiche dei criteri di accreditamento come richiamato al paragrafo 10.

Pilastro 2: Ricoveri Ospedalieri

Il ricovero ospedaliero deve costituire per il minore una situazione dedicata ai casi di maggior gravità e acuzie e non può sopperire altre carenze del sistema (ad es. mancato reperimento posto residenzialità, necessità di allontanamento minore dal nucleo familiare ecc.), andando verso un obiettivo di sempre maggior appropriatezza sia in relazione alla motivazione di base, sia in relazione alla situazione logistica in cui il ricovero viene attuato.

Appare pertanto indispensabile **implementare i posti letto di NPIA**, sia tramite il potenziamento di reparti esistenti sia tramite l'apertura di nuovi reparti, con priorità alle aree maggiormente carenti e nelle quali siano già attive esperienze e sperimentazioni. La degenza di NPIA deve essere considerata ad alta intensità assistenziale, e deve prevedere la presenza di personale psicologico ed educativo/riabilitativo oltre che medico ed infermieristico.

E' inoltre auspicabile che il ricovero del soggetto minore, sia esso in reparti di NPIA o altra realtà di degenza, sia inderogabilmente accompagnato da progetti di dimissione protetta, sia essa con rientro nella dimensione di appartenenza o verso una collocazione in struttura residenziale con disponibilità nel breve periodo, al fine di garantire continuità al percorso di cura avviato e nel contempo favorire l'efficiente utilizzo dei posti letto di degenza.

Pilastro 3: Strutture Residenziali/Semiresidenziali

Anche la scelta della residenzialità deve essere guidata da motivazioni di evidente

necessità e avere sempre come obiettivo il più veloce possibile rientro del minore sul territorio.

In tal senso è anche richiamata la necessità che i servizi invianti e gli enti che accolgono i minori, rivedano la formulazione dei percorsi di cura investendo in una maggiore appropriatezza basata sull'intensità e sulla tipologia degli interventi di carattere terapeutico e riabilitativo, riducendo il tempo di permanenza in tali circuiti anche allo scopo di non favorire dimensioni custodialistiche.

L'investimento sull'area della residenzialità/semiresidenzialità riguarderà principalmente:

- **Adeguamento tariffario per i posti di residenzialità già contrattualizzati prevedendo una tariffa base e una tariffa ad elevata complessità**
- **Contrattualizzazione nuovi posti residenziali ad elevata complessità (circa 25)**
- **Contrattualizzazione nuovi posti residenziali ordinari (circa 20)**
- **Attivazione posti residenziali per percorsi giustizia minorile (circa 30)**
- **Incremento posti semiresidenziali (circa 280)**

Pilastro 4: Centri di prevenzione del disagio (nuove unità d'offerta educative/sanitarie)

Si tratta di unità d'offerta attualmente non previste dal sistema di accreditamento, ma già sperimentate in alcune realtà che prevedono un potenziamento da un punto di vista sanitario delle prestazioni erogate a livello educativo.

Tale mix sembra rispondere con efficacia alla documentata necessità di intercettazione precoce e intervento tempestivo su ragazzi che manifestano segnali di disagio, ma che ancora non esitano in un quadro psicopatologico preciso.

L'intervento deve essere integrato da un adeguato supporto alla famiglia del minore.

I centri di prevenzione del disagio, con l'incremento dei posti semiresidenziali e l'impegno al potenziamento della domiciliarità concorrono alla realizzazione di **percorsi territoriali intensivi** con la finalità di mantenere il minore il più possibile nella dimensione sociale di vita e di appartenenza.

Servizi Territoriali, Centri Diurni, Residenzialità e Ricoveri Ospedalieri, Centri di Prevenzione del disagio costituiscono i pilastri su cui fondare l'intervento sul minore, in un circuito virtuoso che deve valorizzare massimamente l'intervento territoriale per diminuire e utilizzare nel modo più appropriato l'ospedale e la residenzialità (sia rispetto alla situazione clinica che alla tempistica e alla durata del ricovero/inserimento).

Verrà attivato, in collaborazione della Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale, disabilità e Pari Opportunità, uno **specifico Tavolo Tecnico** per la declinazione operativa di quanto sopra enunciato.

4. DISABILITA' PSICHICA

4.1. INTERVENTI RELATIVI AI DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO (ASD)

Nel corso del 2021 è stata svolta un'importante azione volta al potenziamento ed alla strutturazione dei percorsi in favore di persone con ASD in tutte le fasi della vita. Passaggio essenziale di tale azione è stata l'approvazione con DGR XI/5415 del

25/10/2021 del **primo Piano Operativo Regionale Autismo**, importante traguardo in quanto definisce un quadro programmatico, strutturato, unitario e complessivo in materia.

L'impostazione del Piano pone la persona al centro di ogni riflessione e decisione lungo l'intero arco della sua vita, secondo una prospettiva integrata bio-psico-sociale, assunta come paradigma di ogni futuro intervento e come chiave di lettura del Piano stesso.

Le progettualità avviate ed attuate nel corso del 2021 in materia di ASD, ricomprese nelle azioni declinate dal Piano, sono state numerose e proseguiranno nel 2022.

Si prevede in particolare:

Gestione della fase attuativa del Piano Operativo Regionale Autismo con attuazione delle oltre 40 azioni previste dal Piano per il 2022 nell'area epidemiologica, della diagnosi precoce e della presa in carico, dall'età evolutiva all'età adulta con monitoraggio da parte del Gruppo Tecnico di Approfondimento Autismo in ordine alla funzione che lo stesso Piano assegna e prosecuzione del lavoro con le ATS.

In linea di continuità con l'impostazione data dall'Istituto Superiore di Sanità nel 2021 per la **realizzazione dell'Anagrafica Nazionale Autismo**, la Struttura competente consolida il lavoro su questa tematica con i referenti individuati dalle ATS.

Monitoraggio delle progettualità in atto

Le progettualità specifiche attinenti all'ASD e inglobate nell'attuazione del Piano Operativo Regionale Autismo, rientreranno nell'attività di monitoraggio della fase attuativa dello stesso.

In particolare:

- Network Italiano per il riconoscimento precoce dei disturbi dello spettro autistico (NIDA) - DGR n. XI/4613 del 26/04/2021 - Progetto Istituto Superiore di Sanità – tot. euro 670.394 per 2021-2022
- Progetto sperimentale "Autismo: dall'analisi territoriale al progetto di Vita" – DGR n. XI/5213 del 13/09/2021 - tot. euro 300.000 per 2022- 2024
- Interventi relativi a ASD e disabilità complesse - DGR n. XI/1460/2019 – tot euro 875.000 per anno 2022

In tale prospettiva verranno impostate e realizzate tutte le progettualità proposte dall'ISS nell'ambito del Fondo Nazionale Autismo, progettualità che sottolineano l'importanza di non creare una cesura netta tra la minore e la maggior età, assicurando continuità e integrità massime. In particolare:

- **Progetto: "AUTER - Attivare Una risposta TERRitoriale per la formulazione del progetto di vita per le persone con disturbo dello spettro autistico basato sui costrutti di "Quality of Life", rivolto a persone con ASD dai 16 anni in su** – Progetto Istituto Superiore di Sanità - tot. euro 1.218.512 per anni 2021-2022;
- **Progetto "PERVINCA – PER una Visione INclusiva e Continuativa dell'Autismo"**, Progetto Istituto Superiore di Sanità - tot. euro 3.307.756 per anni 2022-2023 – gennaio 2024

Nella medesima prospettiva rientra anche il **Percorso di stabilizzazione dei voucher Misura B1** con particolare riferimento ai minori in condizione di disabilità di cui alla lettera g) del Decreto FNA 2016

Con DGR n. XI/6003 del 21 febbraio 2022, ad esito del lavoro congiunto svolto nel 2021 dalla Direzione Generale Welfare e dalla Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale, Disabilità e Pari Opportunità, è stata approvata l'istituzione del

Voucher Sociosanitario Autismo quale sistematizzazione degli interventi sostenuti dai voucher in favore delle persone con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5 (rif. lettera G) del Decreto FNA 2016.

L'implementazione dei Voucher sociosanitari Autismo avverrà a partire dal mese di maggio 2022 sia per le nuove attivazioni sia per le persone già titolari di voucher B1. Le ASST saranno pertanto impegnate nella rivalutazione dei percorsi di presa in carico in essere e nella valutazione delle nuove richieste e le ATS procederanno alla ridefinizione della platea degli erogatori dei voucher.

Per l'erogazione dei Voucher Sociosanitari Autismo, in attuazione della DGR XI/5791 del 21/12/2021, è stata prevista la destinazione di una quota specifica – pari a 6.500.000 euro - delle risorse FSR complessivamente assegnate per i voucher sociosanitari Misura B1 - pari a 13.000.000 euro -.

Nel corso del 2022 le due Direzioni saranno impegnate in un'azione di costante monitoraggio della fase di prima implementazione dei suddetti voucher.

4.2. DISTURBI SPECIFICI DELL'APPRENDIMENTO (DSA)

Presso la Struttura competente è istituito un **Gruppo Tematico** composto dai referenti DSA di tutte le ATS finalizzato alla definizione di modalità omogenee di svolgimento delle funzioni in capo alle stesse in merito agli iter autorizzativi delle équipe private di prima certificazione diagnostica DSA ed al monitoraggio annuale di dette attività da parte di tutti gli Enti/equipe.

Con DGR n. XI/5212 del 13/09/2021 è stato inoltre costituito il **Comitato Tecnico Regionale DSA** e il relativo **Regolamento di funzionamento** (DGR n. XI/6025 del 1/3/2022), in attuazione di quanto disposto dalla L.R. n.17/2019.

Si conferma il **monitoraggio annuale delle attività di prima certificazione diagnostica DSA** da parte delle ASST/IRCCS, degli Enti accreditati e delle équipe private autorizzate da trasmettere alle ATS territorialmente competenti, chiamate a verificare la completezza e l'accuratezza dei dati.

4.3. SERVIZI PER LA DISABILITA' PSICHICA

Nel corso del 2021, è stato avviato il previsto monitoraggio in ordine alla **costituzione ed al funzionamento di servizi dedicati alla disabilità psichica all'interno dei Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze**.

In considerazione della rilevanza che tali servizi hanno nel Piano Operativo Regionale Autismo e nei Progetti ISS, nel 2022 si procederà all'elaborazione dei dati ed alla predisposizione di indicazioni omogenee ,con il coinvolgimento dei referenti individuati dalle ATS.

Come indicato nel Capitolo Disabilità del presente documento, nel 2022 si prevede di promuovere un'importante azione di sviluppo del **Progetto D.A.M.A. (Disabled Advanced Medical Assistance)**, in coerenza con quanto indicato dall'art. 2 della L.r. 33/2009 e smi e già previsto dagli indirizzi di programmazione anno 2021 (DGR XI/4508 del 1/04/2021) in ordine ai percorsi di accessibilità in termini di estensione a tutto il territorio regionale di progetti di buone pratiche di accoglienza e accessibilità alle cure per le persone con disabilità che si rivolgono ai servizi sanitari ASST/Fondazione IRCCS (rif. punto 6. "Disabilità e integrazione sanità e sociale").

Tale azione è sostenuta anche dal sopra richiamato Progetto PERVINCA, in quanto le Linee Guida dell'Istituto Superiore di Sanità hanno indicato tra gli obiettivi da

perseguire la costituzione di équipe dedicate all'organizzazione e alla realizzazione di percorsi ospedalieri di prevenzione diagnosi e cura per le necessità sanitarie delle persone con grave disabilità e/o disturbi del neurosviluppo basati sul modello organizzativo di DAMA (Disabled Advanced Medical Assistance).

5. DIPENDENZE

Tutte le azioni previste in questa area sono fortemente indirizzate all'applicazione della **L.R. 14 dicembre 2020 n. 23 “Nuovo sistema d'intervento sulle dipendenze patologiche”**.

5.1. ATTUAZIONE LEGGE 23/2020: COMITATO DI INDIRIZZO E COORDINAMENTO IN AREA DIPENDENZE E TAVOLO TECNICO

Con DGR n. XI/5470 del 08/11/2021 è stato costituito il **Comitato di indirizzo e coordinamento in area dipendenze** e sono in corso i lavori per la definizione del **Tavolo di coordinamento tecnico in area dipendenze**, che rappresentano atti preliminare all'applicazione della L.R. n. 23/2020 (art.3).

L'incremento di risorse previsto per il 2022 è pari a complessivi euro **16.500.000**.

Si intende concentrare l'attenzione di tutti gli Erogatori Pubblici e Privati del sistema, sulle parti più innovative della norma che riguardano **l'intervento precoce sui giovani e la lotta allo stigma e al pregiudizio**.

5.2. INTERVENTI FASCIA D'ETA' 14-25 ANNI

Al paragrafo 1.3 è già stato anticipato quanto segnalato dal circuito giudiziario e il conseguente Tavolo avviato.

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

Si prevederanno nuove forme di accreditamento e contrattualizzazione per attività ambulatoriali, residenziali e semiresidenziali dedicate. In particolare, si programma l'avvio di una struttura residenziale per minori, ipotizzando di affidare ad ATS Città Metropolitana di Milano l'analisi del bisogno e la relativa manifestazione d'interesse considerata la presenza del Carcere Minorile/Centro Giustizia Minorile sul territorio di Milano.

Verranno altresì date indicazioni alle ATS in merito all'organizzazione del sistema nel territorio di competenza compresi i rapporti tra gli ospedali - con particolare, ma non esclusivo, riferimento ai Pronto Soccorso, alle Pediatrie, alla Neuropsichiatria Infantile e, più in generale agli ambiti della Salute Mentale - e i Servizi Ambulatoriali, Residenziali e Semiresidenziali dell'area Dipendenze, i servizi della giustizia minorile, le prefetture, gli Uffici scolastici regionali e la formazione professionale. L'intervento a favore di minori e giovani adulti si avvale anche dei servizi di prevenzione, di riduzione del danno e di limitazione dei rischi.

Il Comitato di Indirizzo e il Tavolo Tecnico valuteranno anche l'utilizzo di uno Strumento di Valutazione Multidimensionale, licenziato da un precedente Gruppo di Lavoro Regionale. Tale strumento poneva in particolar modo l'attenzione alla Diagnosi Precoce e all'Intervento Tempestivo in modo innovativo e di forte cambiamento rispetto ai precedenti tentativi di valutazione dei fenomeni di

dipendenza e della loro indubbia complessità.

Tra il 2019 e i primi mesi del 2020 tale strumento è stato sperimentato su un campione statisticamente significativo della popolazione afferente ai Servizi delle Dipendenze; ma il periodo pandemico ne ha precluso la presentazione e diffusione

5.3. RETE DIFFUSA DIPENDENZE

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

5.4. OSSERVATORIO REGIONALE DELLE DIPENDENZE

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

5.5. SCREENING HCV NEI SERD

Il Decreto-legge n. 162 del 30/12/2019, recepito dal Decreto Milleproroghe del 28/02/2020 e dalla Conferenza Stato-Regioni del 17/12/2020, ha disciplinato gli interventi di screening per l'infezione attiva da HCV, allo scopo di potenziare la campagna per l'eliminazione globale di tale infezione entro il 2030.

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

5.6. PROGETTO PARCHI E INTERVENTI PROATTIVI NEI LUOGHI DI AGGREGAZIONE GIOVANILE

Nel 2021 è proseguito il **Progetto Parchi** sul territorio di **ATS Città Metropolitana di Milano** – ente capofila del Progetto - e ATS Brianza, individuando nelle aree del parco di Rogoredo e delle Groane le zone particolarmente attenzionate per la presenza di grave marginalità e tossicodipendenza.

Presso la Prefettura di Milano, Prefettura capoluogo di Regione, è attivo un "Tavolo Interistituzionale", con compiti di regia delle diverse azioni in campo , coinvolgendo oltre a ATS Città Metropolitana di Milano, anche gli Attori Istituzionali di tutti i territori in cui il Progetto si sviluppa.

Nonostante le limitazioni dovute alla pandemia, la progettualità ha mostrato - proprio in tale situazione - i suoi aspetti di innovazione e flessibilità, particolarmente utili nel raggiungimento di fasce di popolazione tradizionalmente poco complianti alle misure preventive e al proprio stato di salute.

Tale Progetto, finanziato negli anni precedenti con DGR XI/1987/2019 e DGR XI/4232/2021, proseguirà nel 2022. Le risorse necessarie al proseguimento della terza annualità del progetto sono pari a **euro 500.000** da assegnare alla ATS Città Metropolitana di Milano in qualità di ente capofila del progetto nell'ambito della

macroarea 9 del FSR di cui all'allegato 1) del presente atto.

ATS Città Metropolitana di Milano vede confermato il ruolo di coordinatore del Progetto Parchi e di orientamento in riferimento alle progettualità dei diversi territori (nota - prot. n. G1.2020.0023492 del 18/06/2020), al fine di integrare il più possibile le iniziative promosse dalla Direzione Generale Welfare con le attività previste dalla Direzione Generale Famiglia, Solidarietà sociale, Disabilità e Pari Opportunità in merito alla D.G.R. n. 2732 del 23 dicembre 2019 nella prospettiva della messa a sistema degli interventi, come previsto anche dalla L.R. n. 23 /2020(art.5), in coerenza con le iniziative di carattere sociale promosse dalla Direzione Generale Famiglia.

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

In tutte le ATS sono proseguiti nel 2021 i Piani Locali Gap con attività previste e finanziate ai sensi della DGR n. XI/585/2018.

È stata approvata la DGR XI/4674 del 10/05/2021 e il Decreto n. 8466 del 21/06/2021 per la realizzazione della terza annualità, per un finanziamento pari a euro 8.262.584,38, per dare continuità agli interventi previsti dal Programma di Attività per il Contrasto al Gioco d'Azzardo Patologico e ai rispettivi Piani Locali GAP.

Nel 2022, in collaborazione con la Struttura Stili di vita per la prevenzione-Promozione della salute-Screening della U.O. Prevenzione, si presenterà al Ministero della Salute la programmazione relativa ai Fondi GAP Annualità 2021 (Decreto Ministero della Salute del 23/12/ 2021 Nota n. 10416 del 8/02/2022-Assegnazione Regione Lombardia euro 7.383.200) in continuità e ad implementazione delle azioni già poste in essere nei Piani Regionali biennio 2016/2017 e biennio 2018/2019.

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

Con la DGR 5748 del 21/12/2021 Regione Lombardia ha recepito l'accordo di collaborazione col Ministero della Salute quale Regione capofila per la realizzazione del Progetto "L'intervento in alcolologia e nelle dipendenze nella forma della telemedicina", finanziato con le risorse previste dalla Legge 125/2001 pari a **97.008 euro** e individuato **ASST di Crema** quale Ente attuatore. In collaborazione con ASST Fatebenefratelli-Sacco, ASST di Monza e Università degli Studi di Brescia, ASST Crema svolgerà le attività previste per la costruzione di Linee Guida e strumenti di supporto alla Telemedicina nelle dipendenze ed attività di formazione per gli operatori.

5.9. PROGETTO "RETE SENZA FILI. SALUTE E INTERNET ADDICTION DISORDER (IAD): TANTE CONNESSIONI POSSIBILI" specificare attività 2022

Regione Lombardia sta partecipando al Progetto del Ministero della Salute "Rete senza fili. Salute e Internet Addiction Disorder (IAD): tante connessioni possibili". Il Censimento nazionale cui hanno collaborato i Servizi Territoriali Pubblici e Privati accreditati consentirà di avere la **prima mappatura nazionale** e il primo documento nazionale orientativo sugli aspetti preventivi, diagnostici e trattamentali di queste problematiche.

6. PSICOLOGIA

6.1. UNITA' OPERATIVE DI PSICOLOGIA (UOPSI)

Durante il periodo dell'emergenza pandemica, le U.O. di Psicologia delle ASST attivato **interventi innovativi per rispondere ai bisogni emergenziali degli operatori e della popolazione.**

Con la ripresa delle attività ordinarie è ora indispensabile mettere a sistema - in ogni ASST ed in modo uniforme su tutto il territorio regionale - le attività delle UOPSI che nel periodo emergenziale hanno dato evidenza di essere presidio fondamentale per far fronte alle situazioni più critiche per gli operatori sanitari e per i cittadini.

Le risorse psicologiche necessarie, laddove aggiuntive a quelle già in dotazione alla ASST, saranno da finanziarsi attraverso il processo di stabilizzazione del personale psicologico con contratti a termine e i finanziamenti destinati a promuovere il benessere della persona, **favorendo l'accesso ai servizi psicologici delle fasce più deboli della popolazione**, con priorità per i pazienti affetti da patologie oncologiche, nonché per il supporto psicologico dei bambini e degli adolescenti. (art. 106 della legge 23 luglio 2021, n. 106), così come già avviato in collaborazione con la UO Risorse Umane di Regione.

6.2 PSICOLOGO DELLE CURE PRIMARIE

La **Legge Regionale 22/2021** art 7 comma 16 c bis prevede che "...al fine di assicurare l'integrazione sociosanitaria degli interventi, **nella Casa di comunità è prevista la presenza del servizio sociale professionale del SSR, dello psicologo** e del consultorio".

E' prevista la presenza di **almeno uno Psicologo delle cure territoriali in ogni Casa di Comunità** dedicato all' intercettazione precoce del bisogno e all'intervento tempestivo - in particolare per i giovani e le loro famiglie - in un'ottica destigmatizzante e facilitante l'accesso senza timori e pregiudizi.

6.3 PROMOZIONE DELLA SALUTE E DEL BENESSERE AZIENDALE

Alle UOPSI compete la strutturazione dell'Ufficio per la Promozione della salute e del benessere aziendale a cui fa capo lo Sportello Psicologico che offre una strutturata attività di Consulenza psicologica agli operatori sanitari e di Supporto psicologico ai lavoratori che operano in condizioni emergenziali o assistono ad eventi traumatici, attività che ha rivestito particolare importanza durante il periodo pandemico.

6.4 FLUSSO INFORMATIVO UOPSI

Visto l'esito positivo della sperimentazione attuata da Regione Lombardia con alcune ASST nel 2019, e riconosciuta la necessità di istituire un flusso informativo dedicato alle UO di Psicologia, nel corso del 2022 verrà esteso l'utilizzo del Sistema Informativo della Psichiatria (ex Psiche Web) PSICO in tutte le UOPSI delle ASST lombarde.

7. SANITA' PENITENZIARIA

La L.R. 22/2021 conferma la visione di un approccio unitario e integrato che porti sempre più a vedere gli Istituti Penitenziari come parte del territorio .

7.1. GESTIONE DELL'EPIDEMIA DA COVID 19

La gestione dell'epidemia da COVID 19 negli Istituti Penitenziari ha costituito un **modello ideale e riproducibile** per la applicazione di un'assistenza sanitaria integrata con il territorio e con l'Amministrazione Penitenziaria, introducendo linee di collaborazione tra gli ambiti sanitari degli Istituti con i laboratori analisi, i reparti ospedalieri, le ATS, le forze dell'ordine dedicate all'organizzazione logistica delle vaccinazioni e del contact tracing.

Il successo ottenuto nella limitazione della pandemia e nell'estesa campagna vaccinale sono state più volte indicate – anche a livello internazionale – come esempio di intervento efficace e tempestivo in un contesto ad alta complessità.

A marzo 2021 è stata inoltre avviata la campagna vaccinale in tutti gli Istituti Penitenziari, in collaborazione con le ASST.

Per quanto riguarda il 2022, oltre la prosecuzione della campagna vaccinale e il sistematico aggiornamento delle linee operative regionali per la gestione dell'epidemia in considerazione delle normative e della curva epidemica, si dovrà garantire l'attuazione dei seguenti interventi:

- il mantenimento di disponibilità da parte della ASST Santi Paolo e Carlo, in collaborazione con l'Amministrazione Penitenziaria, di un numero congruo di posti letto presso gli HUB COVID Regionali di Milano San Vittore e Bollate
- l'eventuale riattivazione, da parte della ASST SS Paolo e Carlo in collaborazione con l'Amministrazione Penitenziaria, dell'assetto modulare organizzativo del Reparto di Medicina Protetta dell'Ospedale San Paolo
- la realizzazione, in collaborazione con le ATS e le ASST, di formazione continua del personale sanitario, penitenziario e del terzo settore per la gestione dei mezzi di contenimento dell'infezione da COVID 19.
- la prosecuzione, da parte delle ASST di riferimento degli Istituti Penitenziari, nella fornitura di informazioni sanitarie necessarie per la compilazione da parte dell'Amministrazione Penitenziaria del sistema di reportistica quotidiana sull'andamento epidemiologico dell'infezione da COVID 19 e la campagna vaccinale in corso.
- la garanzia, da parte delle ATS e ASST per le parti di rispettiva competenza, della capacità da parte tutti gli Istituti di impiegare diagnostica virologica rapida (tamponi antigenici rapidi), secondo le indicazioni regionali di cui alla DGR n. 3777 del 3/11/2020. Proseguirà inoltre, in collaborazione con l'Università di Milano, la sperimentazione dei tamponi molecolari salivari, già validati dal Ministero della Salute con Circolare del 24/9/2021, n. 0043105.

7.2. REPERIMENTO DEL PERSONALE SANITARIO

A fronte della generale difficoltà di reclutamento del personale medico generalista e specialista (in particolar modo psichiatri e infettivologi) e del personale infermieristico, verranno intraprese azioni regionali per garantire la stabilizzazione di un' ulteriore quota di personale sanitario afferente agli Istituti Penitenziari, concordato con l'Unità Operativa regionale di Sanità Penitenziaria e le ASST, con particolare attenzione per il personale destinato alla Articolazione di Salute Mentale (ATSM) di Pavia e al Reparto di Osservazione Psichiatrica (ROP) di Monza e, data la complessità assistenziale, degli Istituti di Milano al fine di garantire la presa in carico del paziente con cronicità.

A tale scopo proseguiranno le attività del Tavolo di Lavoro, attivato presso la DG Welfare, con la UO Personale di Regione, cui partecipano la ASST Santi Paolo e

Carlo, in quanto erogatrice dei servizi sanitari dei tre principali Istituti Penitenziari (Casa Circondariale di Milano San Vittore e Case di Reclusione di Bollate e Opera), le ASST di Monza e Pavia, che rispettivamente hanno la competenza su il ROP della Casa Circondariale di Monza e l'ATSM della Casa Circondariale di Pavia, nonché la ASST di Mantova, per la presenza sul proprio territorio di competenza delle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS) di Castiglione delle Stiviere.

7.3. GESTIONE DEI DETENUTI CON DISAGIO PSICHICO

A fronte della difficoltà di gestione dei detenuti affetti da disagio psichico, amplificata dalla attuale epidemia, proseguiranno le attività del Gruppo di Lavoro, costituito con Decreto del Direttore della DG Welfare n. 4207 del 26/3/2021, per l'aggiornamento del **Protocollo del Rischio suicidario** nel sistema penitenziario per adulti e l'individuazione delle azioni più efficaci per la presa in carico dei detenuti con problemi di disagio psichico che verrà poi esteso anche ai minori.

Oltre l'adeguamento di personale per il ROP di Monza e per il raddoppio di posti presso l'ATSM di Pavia, la Direzione Generale Welfare, d' intesa con la Direzione Generale Famiglia, solidarietà Sociale, disabilità e pari opportunità e in collaborazione con il Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria, garantirà l'attivazione e l'implementazione di Centri Diurni interni agli Istituti Penitenziari, al fine di una messa a sistema dei percorsi già in essere, avvalendosi delle risorse destinate dalla DGR n. XI/1987 del 23/7/2019.

7.4. PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CRONICO DETENUTO

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

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

7.5. SCREENING HCV

Con DGR n. 5830 del 29/12/2021 è stato approvato il Programma per l'attuazione del piano per l'eliminazione dell'HCV in regione Lombardia, prevedendo in particolare attività di screening negli Istituti Penitenziari.

In Lombardia l'organizzazione dei programmi di screening negli Istituti Penitenziari sarà in capo all'ASST Santi Paolo e Carlo con funzioni di coordinamento e valutazione, in particolare per quanto riguarda la gestione degli aspetti organizzativi del programma di screening e la definizione del percorso di presa in carico del paziente positivo al test di screening per il linkage to care alla struttura di riferimento. Negli Istituti Penitenziari si provvederà ad impiegare test rapidi per la diagnosi di infezione cronica da HCV ed il relativo trattamento, se possibile in sede, con il successivo linkage to care ospedaliero.

Progetti piloti in tal senso sono già avviati in tutti gli Istituti lombardi, dove si è creato anche un networking con i SERD e le strutture ospedaliere locali.

7.6. TELEMEDICINA

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

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

7.7. CARTA DEI SERVIZI SANITARI

Proseguirà il monitoraggio, avviato nel 2021, sull'adozione da parte delle ASST della Carta dei Servizi Sanitari (DGR n. 3953 del 30/11/2020) con la richiesta di documentarne l'attuazione, le eventuali difficoltà riscontrate nel dare seguito alle Linee Guida Regionali, le modalità di divulgazione e gli aggiornamenti apportati in ragione dell'evoluzione dell'assistenza sanitaria negli Istituti.

7.8. SISTEMA INFORMATIVO DELLA SANITÀ PENITENZIARIA (SISPE)

La DGR n. 1046 del 17/12/2018 ha stabilito che le ASST nei cui Istituti di Pena sia 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.

L'utilizzo del SISPE, che è ancora in fase di implementazione è monitorato a livello regionale, con specifici approfondimenti per le situazioni di criticità riscontrate.

Si prevede, inoltre, di mettere in campo azioni di sistema per evidenziare il valore aggiunto dello strumento ai fini dell'erogazione e programmazione dei servizi sanitari negli Istituti Penitenziari.

NEGOZIAZIONE, CONTRATTUALIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO

Il riferimento per tali ambiti è costituito dalla DGR n. XI/5941 del 07/02/2022 "Determinazioni in ordine alla gestione del Sistema Sanitario e SocioSanitario per l'esercizio 2022 – Quadro economico programmatico".

8. NEGOZIAZIONE 2022 PSICHIATRIA E NPIA - AREA TERRITORIALE

Il budget 2022 dei contratti di acquisto delle prestazioni di Psichiatria e di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza delle Strutture Pubbliche e Private ubicate sui territori delle singole ATS (budget di produzione), nell'ambito delle risorse di cui alla macroarea della salute mentale della DGR XI/5941/2022, è pari al contratto definitivo 2021, comprensivo dell'aumento del 3,7 % relativo all'aggiornamento delle tariffe disposto dalla DGR XI/5340 del 4/10/2021 e Decreto Direzione Generale Welfare n. 15104 del 9/11/2021.

L'aggiornamento previsto trova applicazione anche in ordine alle tariffe dei servizi semiresidenziali e residenziali della salute mentale (Psichiatria e NPIA) di Regione Lombardia, rendicontate nel flusso 43/san con esclusivo riferimento alle casistiche contrattuali che prevedono un valore/importo di pari a quello definito nel rispettivo nomenclatore tariffario (DGR XI/5340 del 4/10/2021).

È inoltre applicato alle tariffe dei Programmi di Residenzialità Leggera di Psichiatria. Si provvede di seguito a ripubblicare le tabelle con i valori dell'incremento tariffario disposto con DGR XI/5340/21, riallineando i valori delle strutture semiresidenziali di psichiatria interessate da un mero errore materiale. I valori corretti sono in ogni caso già in corso di utilizzo nell'ambito del processo in corso di valorizzazione della

produzione erogata a decorrere dal 2021.

PSICHIATRIA

STRUTTURE RESIDENZIALI

TIPOLOGIA	NUOVA TARIFFA
SRP1-CRA-POST ACUZIE	€ 185,6
SRP1-CRA-PROG. ALTA INTENSITA'	€ 185,6
SRP1-CRA-PROG. MEDIA INTENSITA'	€ 178,4
SRP1-CRM-PROG. ALTA INTENSITA'	€ 145,2
SRP1-CRM-PROG. MEDIA INTENSITA'	€ 131,7
SRP2-CPA-PROG. MEDIA INTENSITA'	€ 178,4
SRP2-CPA-PROG. BASSA INTENSITA'	€ 160,7
SRP2-CPM-PROG. MEDIA INTENSITA'	€ 122,4
SRP2-CPM-PROG. BASSA INTENSITA'	€ 108,9
CPB-BASSA INTENSITA' (residuale)	€ 83,0

STRUTTURE SEMIRESIDENZIALI

TIPOLOGIA	NUOVA TARIFFA
SEMIRESIDENZIALITA' < 4 ORE	€ 56,2
SEMIRESIDENZIALITA' > 4 ORE	€ 111,4

PROGRAMMI DI RESIDENZIALITA' LEGGERA

TIPOLOGIA	NUOVA TARIFFA
SEMIRESIDENZIALITA' < 4 ORE	€ 46,7

NEUROPSICHIATRIA INFANZIA ADOLESCENZA

STRUTTURE RESIDENZIALI

TIPOLOGIA	NUOVA TARIFFA
COMUNITA' TERAPEUTICA	€ 180,4
COMUNITA' TERAPEUTICA PERCORSO B	€ 228,1
COMUNITA' TERAPEUTICA PERCORSO C	€ 290,4

STRUTTURE SEMIRESIDENZIALI

TIPOLOGIA	NUOVA TARIFFA
SEMIRESIDENZIALITA' < 4 ORE	€ 76,8
SEMIRESIDENZIALITA' > 4 ORE	€ 109,5

La Direzione Generale Welfare provvederà a comunicare alle ATS l'ammontare delle risorse di FSR 2022 dirette al finanziamento del budget di produzione avente ad oggetto l'acquisto di servizi residenziali, semiresidenziali, domiciliari e di interventi territoriali, rendicontati dalle strutture attraverso gli specifici flussi (Flusso 46 San per psichiatria e Flusso NPIA).

Ai fini della sottoscrizione del contratto per le strutture dell'area non Intercompany l'ATS utilizza lo schema contrattuale allegato al presente atto per l'ambito delle unità di offerta sociosanitarie.

8.1. PROGRAMMI INNOVATIVI DI PSICHIATRIA E PROGETTI DI NPIA

Come indicato nelle DGR XI/4773/2021 e DGR XI/2672/2019, è confermata la **stabilizzazione delle risorse economiche** dedicate ai **programmi di psichiatria e progetti di NPIA**, con le medesime aree e destinazione di risorse.

Le **ATS valuteranno attentamente gli esiti** di tali progettualità, in stretto raccordo con le ASST/IRCCS di riferimento e in relazione alle annuali indicazioni di rendicontazione da parte della Direzione Generale Welfare. Eventuali **rimodulazioni dei budget**, concordati rispetto alle aree, andranno comunicate all'atto della presentazione dei progetti per l'anno successivo da parte delle ATS alla Direzione Generale Welfare con specifica motivazione e valutazione dei bisogni del territorio.

In tale ottica, valutate le istanze presentate e le motivazioni prodotte, sono state accordate le seguenti rimodulazioni:

- per ATS di Brescia: euro 80.000 per il progetto "Progetto CoLab – Torre Cimabue"
- per ATS della Val Padana: euro 90.000 per il progetto "Budget di salute per i servizi di psichiatria e delle dipendenze dell'ASST di Cremona".

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

8.2. PROCESSO DI CONTRATTUALIZZAZIONE DEL FSR DI CUI AL FLUSSO 43/SAN

Il budget relativo alla 43/SAN è destinato dalle ATS esclusivamente a finanziare l'inserimento di soggetti residenti nei propri territori **in strutture residenziali o semiresidenziali non contrattualizzate** (in Regione o in territori extraregionali)

L'applicazione della DGR XI/5340/2021 ha comportato anche la rideterminazione delle assegnazioni per la Psichiatria e la NPIA dell'area non Intercompany, procedendo per le singole ATS all'aumento del 3,7% dei budget a consumo 2021, calcolato sulle tariffe da nomenclatore per le strutture che insistono sul territorio lombardo.

8.2.1. PERFEZIONAMENTO DEL PROCESSO DI CONTRATTUALIZZAZIONE DEI POSTI REMUNERATI CON BUDGET A CONSUMO 43/SAN

Con DGR XI/2672/2019 e DGR XI/4773/2021, si è avviato lo **spostamento delle risorse economiche disponibili verso l'ambito governato attraverso il contratto ordinario, qualificato dalle regole di sistema relative al budget di produzione e applicativo delle tariffe da nomenclatore.**

In continuità con il processo sopra richiamato, in occasione della stipula dei contratti definitivi 2022, le ATS procedono a spostare sul contratto ordinario l'acquisto di prestazioni riferite a posti residenziali e semiresidenziali di psichiatria e NPIA:

- accreditati alla data del 31/12/2021;
- ubicati sui rispettivi territori;
- occupati da cittadini lombardi;
- a contratto di 43 SAN stipulato in applicazione della tariffa ordinaria per i posti a contratto ordinario, come incrementata con DGR XI/5340/2021.

Il valore del contratto relativo a tali posti è calcolato come prodotto tra l'importo della tariffa prevista dal nomenclatore tariffario vigente (tariffe Allegato 1.1 DGR

5340/2021 e integrate/corrette con il presente atto) per la tipologia di struttura e il numero di giornate teoriche corrispondenti nell'anno. Il valore dell'assegnazione di 43/SAN alle singole ATS sarà pertanto abbattuto della quota corrispondente ai nuovi posti contrattualizzati in applicazione delle determinazioni di cui al presente paragrafo.

Le ATS pertanto devono cedere eventuali quote di 43/SAN - impegnate per propri pazienti inseriti in strutture ubicate in altri territori lombardi - alle ATS competenti per gli enti presenti sul relativo territorio che provvederanno alla contrattualizzazione di tali posti. Il decreto di assestamento del FSR per l'esercizio 2022 sarà adeguato a tale conversione.

Si ricorda che l'offerta di posti, ovunque collocati, sono comunque da considerarsi, una volta contrattualizzati, a **disposizione di tutti i cittadini lombardi**.

Al solo scopo di garantire la continuità terapeutica dei pazienti per i quali, in fase di avvio del contratto a consumo si era reso necessario un **impegno economico giornaliero maggiore del valore tariffario vigente** motivato da specifiche esigenze cliniche declinate nel singolo progetto, verranno assicurate alle ATS invianti quote integrative di 43/SAN fino al decadere delle motivazioni di cura e comunque in occasione della dimissione del soggetto. Le quote recuperate rientreranno nella disponibilità della ATS al fine di essere eventualmente utilizzate secondo le indicazioni richiamate nel presente documento.

8.2.2. UTILIZZO DELLA 43/SAN

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

Tali inserimenti, che hanno carattere eccezionale, devono essere comprovati:

- dalla saturazione di strutture idonee **pubbliche e private a contratto**
- da almeno 3 dinieghi clinici motivati da parte delle comunità di pari intensità riabilitativa lombarde a contratto (DGR X/2989/2014).

Con successiva nota, Regione declinerà ulteriormente la **necessità di maggior evidenza della saturazione delle strutture**, direttamente rilevabile dai siti aziendali al momento della richiesta di inserimento di un paziente.

Le Strutture a contratto dovranno rispondere per iscritto alle ASST (rispettivamente alle Unità Operative di Psichiatria oppure alle Unità Operative di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza) richiedenti l'inserimento, e in copia alle ATS per residenza **del paziente e all'ATS sul cui territorio insistono**, entro e non oltre 7 giorni dalla richiesta, indicando la prima data possibile per un eventuale inserimento oppure motivando dettagliatamente il diniego.

Nel caso di **richiesta di inserimento con carattere di urgenza**, come nella condizione di pazienti per i quali sia in corso un provvedimento urgente della Magistratura o un ricovero ospedaliero, tale tempo è ridotto a 3 giorni; con medesima sollecitudine verrà trattata dalla ATS la procedura di valutazione e autorizzazione.

Per i pazienti inseriti in **strutture extraregionali** deve essere messo in atto un monitoraggio programmato delle condizioni che hanno indicato tale necessità, perseguendo sempre l'obiettivo di promuovere la ricollocazione della persona nel proprio territorio di residenza e nella dimensione sociale di riferimento o comunque

all'interno del territorio lombardo per favorirne il pieno reinserimento .

Per gli inserimenti in strutture extraregionali, **la tariffa giornaliera è quella prevista dalla Regione** sul cui territorio insiste l'ente presso il quale viene inserito il soggetto. E' opportuno ricordare che in sede di formalizzazione di impegno di spesa tra ATS e ente ospitante, è raccomandato definire le condizioni che regolamentano la gestione delle giornate di mancata occupazione del posto letto a vario titolo (sia in termini di tempistica che di impegno di spesa), **le modalità di dimissione e ogni qualsivoglia aspetto che possa influire sulla continuità terapeutica e sull'efficacia del programma.**

Nello specifico dell'area della Psichiatria, per l'esercizio 2022 è possibile incrementare fino ad un massimo del 1.5% il tetto assegnato per 43/SAN, **esclusivamente per inserimenti disposti dall'Autorità Giudiziaria** che non trovino collocazione in Strutture a contratto lombarde.

Nello specifico dell'area della Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, per l'esercizio 2022 è possibile incrementare fino ad un massimo del 10% il tetto assegnato per 43/SAN, **esclusivamente per inserimenti disposti dall'Autorità Giudiziaria** che non trovino collocazione in Strutture a contratto lombarde. Per casi di dimostrata necessità, sarà considerata la possibilità di un ulteriore incremento di budget a fronte di richiesta supportata da motivato parere da parte delle ATS.

Il valore prodotto dall'eventuale applicazione delle percentuali indicate, non costituisce motivo di consolidamento del budget extracontratto utile all'assegnazione delle quote dell'anno successivo, anche in relazione a quanto sopra richiamato.

Ciò indicato, al fine di controllare in progress l'effettiva disponibilità economica per sostenere la spesa 43/SAN, la DG Welfare provvede al controllo dell'utilizzo del budget assegnato a ciascuna ATS nei periodi di settembre e novembre dell'anno in corso.

In coerenza con gli interventi sopra indicati e finalizzati al potenziamento del sistema di offerta in favore dei minori, viene confermata anche per il 2022 la possibilità di **integrare la retta delle unità di offerta sociali di accoglienza residenziale per minori**, con la corresponsione di una quota sanitaria aggiuntiva sulla base di un progetto personalizzato redatto dalla UONPIA di riferimento ed inviato, per dovuta valutazione, alla ATS di residenza del soggetto. Ciò secondo le indicazioni operative declinate dalla DGR X/7600/2017 e dalla successiva nota prot. n. G1.2018.16858 del 25/05/2018, che dispone la possibilità di riconoscere una quota sanitaria "che non potrà superare il 40% della retta giornaliera totale e che, in ogni caso, non potrà superare i 60€ die".

A fronte di un'analisi dell'utilizzo delle risorse di 43/SAN impegnate su tali integrazioni, così come previsto dalla DGR X/7600/2017 in esito alla sperimentazione, nel corso del 2022 si **procederà alla definizione delle modalità organizzative e procedurali per l'attuazione di interventi sistematizzati e modulabili nei contesti residenziali educativi** ove è inserito il minore che manifesta anche bisogni sanitari.

Tale lavoro dovrà necessariamente essere svolto in raccordo con la Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale, Disabilità e Pari Opportunità.

9. MONITORAGGIO DEI PERCORSI DI CURA EROGATI

Le strutture residenziali e semiresidenziali sono tenute a garantire la continuità assistenziale a tutti gli utenti accolti ed è necessario che le **dimissioni** vengano

concordate con le Strutture invianti di riferimento (UONPIA o UOP/CPS). Nel caso eccezionale in cui sia necessario **rivedere il percorso di cura**, il Servizio inviante deve venire coinvolto con almeno 30 giorni di preavviso e deve comunque essere garantita la prosecuzione del percorso fino al reperimento di una nuova collocazione.

Le ATS dovranno **monitorare** strettamente i dinieghi agli inserimenti, le dimissioni non concordate e il ricorso a ricoveri ospedalieri da parte delle strutture a contratto del proprio territorio, anche al fine di rilevare l'appropriatezza dei percorsi di cura erogati.

E' altresì compito delle ATS il monitoraggio costante degli indici di saturazione dei posti di psichiatria **e NPIA** pubblici e privati sul proprio territorio, dando eventuali indicazioni sull'utilizzo dei posti non occupati.

La DG Welfare analizzerà **il monitoraggio effettuato dalle ATS**, declinando un modello di reportistica periodica di rilevazione degli indici di utilizzo dei posti residenziali e semiresidenziali, necessario alle azioni programmatiche e di governo.

10. DEFINIZIONE DEI PROFILI DI COMPLESSITA' ASSISTENZIALE E IPOTESI DI REVISIONE DEI CRITERI DI ACCREDITAMENTO E DEL SISTEMA DI REMUNERAZIONE

Nella necessità di rivedere gli attuali standard, verrà istituito uno specifico tavolo di lavoro in condivisione con la Struttura regionale competente in tema di accreditamento, composto da un gruppo di esperti per le aree della Psichiatria e della NPIA, che avvierà una rilettura e successiva ridefinizione dei **profili di complessità assistenziale**, tenendo conto anche della necessità di prevedere nuove tipologie di offerta residenziale e semiresidenziale (come ad es. per la fascia 14-25, per i pazienti con multi problematilità o per i pazienti anziani).

Il lavoro approfondirà inoltre la congruenza tra la tariffa economica e l'impegno previsto per lo specifico profilo di complessità o percorso di cura in relazione agli standard/requisiti organizzativi specifici, **destinando specifiche risorse di FSR fino a 25.000.000 nell'ambito della macroarea della salute mentale** di cui al capitolo 3.

Inoltre, nello specifico dell'area della Psichiatria, lo stesso gruppo di esperti sarà impegnato a valutare i primi esiti derivanti dall'avviata sperimentazione del **Budget di salute**, allo scopo di ipotizzare la fattibilità di percorsi di cura con medesima strategia organizzativa, avvalendosi anche di progettualità proposte e/o già avviate sul territorio lombardo.

Per l'**area della Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza**, il suddetto gruppo di esperti, a seguito dell'analisi **dell'impiego dei percorsi ad elevata complessità** di cura introdotti con la DGR X/2189/2014 (B e C) attivati su indicazione della UONPIA che ha in carico il minore, avrà il compito di rivalutare gli aspetti che attengono alla gestione di tali percorsi con particolare riferimento alle tempistiche, ai criteri di inclusione dei soggetti, ai requisiti organizzativi discendenti **e all'impegno di spesa previsto**. Per quest'ultimo aspetto, la DGR X/5954/2016 ha provveduto alla **stabilizzazione dei budget a consumo** per ciascuna ATS, indicando che la remunerazione delle attività è regolata dalle ATS nei confronti delle strutture erogatrici mediante contratti integrativi al contratto ordinario.

Nel corso del 2022, a seguito della **ulteriore** contrattualizzazione di posti residenziali e semiresidenziali di NPIA regionali, verranno fornite indicazioni sulle forme contrattuali integrative relative ai percorsi ad elevate complessità.

11. AUTORIZZAZIONE, ACCREDITAMENTO E CONTRATTUALIZZAZIONE DELLE ATTIVITÀ SOCIO SANITARIE

Per quanto attiene gli **aspetti contrattualistici** si rimanda, nello specifico, a quanto previsto nel capitolo inerente la contrattualizzazione dell'area sociosanitaria.

La L.R. n. 23/2020 prevede all'art. 11 **la revisione del sistema di autorizzazione, accreditamento e appropriatezza** delle Unità di offerta, indirizzandolo ai principi dell'intervento precoce, della riduzione della cronicità e dell'appropriatezza degli interventi.

Nel 2022 si avvieranno le prime azioni per la revisione del sistema di accreditamento e di remunerazione dei servizi ambulatoriali, residenziali e semiresidenziali delle Dipendenze secondo quanto previsto dalla norma e in collaborazione con la preposta Struttura Accreditamento regionale, anche attraverso l'istituzione di uno specifico Tavolo di Lavoro

12. INSERIMENTI DI MINORI SOGGETTI A PROVVEDIMENTI DELL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA IN STRUTTURE RESIDENZIALI REGIONALI PER LE DIPENDENZE ACCREDITATE MA NON CONTRATTATE

Nelle more dell' applicazione della LR 23/2020 , che come già detto darà avvio a una revisione dei criteri di accreditamento, eccezionalmente e **esclusivamente per inserimenti di minori o giovani adulti disposti dall'Autorità Giudiziaria in quanto autori di reato** - esperito il tentativo di inserimento in Strutture a contratto lombarde, con dimostrata necessità e **certificata** dai Servizi competenti (SERD/SMI) - **l'ATS di residenza dell'assistito potrà presentare istanza ai competenti uffici regionali, per chiedere** nulla osta per ricovero in strutture lombarde solo accreditate dell'area delle dipendenze.

Nell'ambito delle risorse di FSR di cui all'art. 19 della L.R. pari a complessivi euro 16.500.000 viene destinato l'importo fino a 1 mln/Euro (a valere sulle suddette disponibilità di cui alla L. 23/2020) nell'ambito della Macroarea 4) delle unità di offerta sociosanitario quale limite per gli inserimenti su posti accreditati e non a contratto in strutture residenziali regionali delle dipendenze esclusivamente per tale casistica.

Le ATS rendicontano tali inserimenti nell'ambito del Flusso FE2. **La tariffa giornaliera prevista** per gli inserimenti in posti accreditati e non a contratto è quella indicata nel nomenclatore tariffario vigente (tariffe Allegato 1.1 DGR 5340/2021); sono altresì applicate le disposizioni previste in materia di assenze a carico per le strutture regionali. Ai fini dell'inserimento l'ATS procede con proprio atto amministrativo di approvazione della convenzione per l'inserimento dell'assistito nella struttura individuata, redatta secondo lo schema tipo che verrà successivamente trasmesso dai competenti uffici della DG Welfare. In particolare la convenzione è diretta a disciplinare in modo omogeneo le modalità di dimissione e ogni qualsivoglia aspetto che possa influire sulla continuità terapeutica e sull'efficacia del programma.

13. INSERIMENTI IN STRUTTURE RESIDENZIALI EXTRAREGIONE

Il budget relativo agli inserimenti residenziali extra regione è parte del budget dedicato ai servizi residenziali e semiresidenziali, comprensivo quindi anche della mobilità passiva e calcolato sullo storico dell'anno precedente.

In analogia a quanto già previsto per la salute mentale, tali inserimenti, che hanno

carattere eccezionale, devono essere comprovati:

- dalla **saturazione di strutture idonee a contratto**

- da **almeno 3 dinieghi clinici** motivati da parte di comunità di analoga tipologia

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

Nel caso di **richiesta di inserimento con carattere di urgenza**, come nella condizione di pazienti per i quali sia in corso un provvedimento urgente della Magistratura o un ricovero ospedaliero, tale tempo è ridotto a 3 giorni; con medesima sollecitudine verrà trattata dalla ATS la procedura di valutazione e autorizzazione.

La procedura che prevede la raccolta di dinieghi di strutture lombarde ai fini dell'autorizzazione all'inserimento fuori regione deve considerare criteri clinici, di opportunità e di urgenza, valutando prioritariamente dinieghi provenienti da enti erogatori con disponibilità di posti e non quelli provenienti da enti erogatori saturi e con lista d'attesa.

Regione, in collaborazione con le ATS e l'Osservatorio regionale, monitorerà i siti delle strutture accreditate e contrattate per la verifica dell'adempimento di quanto previsto.(DGR X/6666/2017)

Per i pazienti inseriti in **strutture extraregionali** deve essere messo in atto un programmato monitoraggio delle condizioni che hanno indicato tale necessità, perseguendo sempre l'obiettivo di promuovere la ricollocazione della persona nel proprio territorio di residenza e nella dimensione sociale di riferimento o comunque all'interno del territorio lombardo.

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

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

CURE PALLIATIVE E TERAPIE DEL DOLORE

Rete Cure palliative

Nel corso del 2022, la Direzione Generale Welfare, in attuazione alle indicazioni contenute nel documento tecnico "Accreditamento delle Reti di Cure Palliative ai sensi della legge 15 marzo 2010, n. 38" di cui all'Accordo in CSR n.118 del 27 luglio 2020, promuove l'Accreditamento delle Reti di Cure Palliative, proseguendo nel processo di sviluppo del modello organizzativo e della capacità erogativa della rete di cure palliative. Al fine di una maggiore efficacia delle azioni, viene dato mandato alla DG Welfare, attraverso il coinvolgimento dell'Organismo di Coordinamento della Rete regionale di Cure Palliative, di procedere alla stesura di un "Piano di sviluppo della Rete Regionale di Cure Palliative e delle sue Reti Locali" che

contempli gli ambiti di seguito descritti.

Strumenti di Rete.

In attuazione della DGR n. XI/4773/2021, si procederà alla sistematizzazione e informatizzazione dello Strumento di valutazione del bisogno di cure palliative, di cui al Sub Allegato "E" della DGR n. XI/1046/2018, per un suo successivo inserimento nel "Fascicolo Sanitario Elettronico-SISS". Tale azione mira a favorire l'identificazione precoce del bisogno di cure palliative e la tempestiva presa in carico di pazienti complessi, cronici e fragili, affetti da gravi insufficienze d'organo o da neoplasie in fase avanzata.

Appropriatezza dei percorsi di cura.

In un'ottica di appropriatezza, si ritiene strategico effettuare il monitoraggio di quei percorsi clinico assistenziali che concorrono ad ampliare la gamma d'offerta di cure palliative, definendo anche i criteri di eleggibilità per i seguenti ambiti:

- ambulatoriale;
- telemedicina e tecno-assistenza;
- consulenze di cure palliative intra ospedaliere e territoriali.

In merito all'ambito consulenziale rivolto al territorio, si fa riferimento anche alle nuove forme di offerta quali, Case di Comunità e Ospedali di Comunità.

Nel contesto di una presa in carico globale del paziente è altresì necessario favorire l'interfaccia operativa tra l'offerta di Cure Palliative e quella ADI prevedendo la definizione di specifiche modalità organizzative.

Formazione in Cure palliative

Nel corso del 2022 in attuazione al DDG n.14141/2021 che ha approvato il Piano degli eventi formativi 2020-2023 rivolti al personale del SSR si procederà alla realizzazione dei percorsi formativi a favore dei professionisti delle Reti di cure palliative nonché, in aderenza all'Intesa CSR del 9 luglio 2020 rep. Atti n. 103/CSR, dei referenti delle Organizzazioni di Volontariato delle Reti Locali di Cure Palliative. Alla luce dell'evoluzione pandemica, verranno inoltre forniti elementi di conoscenza relativi alla gestione clinico-assistenziale dei pazienti affetti da Covid-19.

Rete di Terapia del Dolore

Nel corso del 2022, la Direzione Generale Welfare, in attuazione alle indicazioni contenute nel documento tecnico "Accreditamento delle Reti di Terapia del dolore ai sensi della legge 15 marzo 2010, n. 38" di cui all'Accordo CSR n.119/2020 del 27 luglio 2020, promuove l'Accreditamento delle Reti di Terapia del dolore, sviluppandone il modello organizzativo. In tal senso, al fine di una maggiore incisività delle azioni, viene dato mandato alla DG Welfare, attraverso il coinvolgimento dell'Organismo di Coordinamento della Rete di Terapia del Dolore di cui alla DGR n. X/6691/2017, di provvedere alla stesura di un "Piano di sviluppo della Rete Regionale di Terapia del Dolore" per l'approfondimento dei seguenti ambiti:

- definizione delle modalità di riclassificazione dell'assetto accreditato dei Centri di Terapia del Dolore di Primo e di Secondo Livello, al fine di per la piena attuazione dell'inserimento del Codice 96 di disciplina;
- Avvio di un monitoraggio mirato ad eventuale riordino dei Centri e all'identificazione di eventuali ulteriori 5 Centri di Terapia del Dolore di Primo

livello, in coerenza al DM n. 70/2015 e in relazione ai bacini di utenza e alle caratteristiche del territorio;

- Identificazione delle Reti Locali di Terapia del Dolore in aderenza alle indicazioni contenute nel documento tecnico, di cui all'Accordo in CSR n. 119 del 27 luglio 2020, per assicurare un modello organizzativo efficace ed efficiente;

Per quanto concerne la formazione, in attuazione al DDG n.14141/2021 che ha approvato il Piano degli eventi formativi rivolti al personale del SSR, in continuità al progetto regionale di formazione ospedale-territorio senza dolore, proseguirà la formazione rivolta ai professionisti che operano nella Rete di Terapia del dolore.

C) Rete Cure palliative e terapia del dolore pediatriche

Nel corso del 2022, in attuazione dell'Accordo CSR n. 30/2021 del 25.03.2021 concernente Accreditamento della rete di terapia del dolore e cure palliative pediatriche, sarà avviato il processo utile al rafforzamento di questa specifica rete, anche attraverso la programmazione di uno specifico Progetto formativo.

D) Gestione delle risorse delle aziende Intercompany

Al fine di consentire una gestione delle risorse flessibile tra i diversi setting assistenziali dell'attività di Cure Palliative a gestione ASST/IRCSS, sulla scorta dei processi con cui le aziende hanno trasformato i propri assetti per rispondere alle esigenze pandemiche:

- il budget definito per il 2022 con l'ATS corrisponderà al totale del budget 2021 ai sensi della DGR XI/5340/2021, con un riallineamento tra setting secondo le dinamiche 2021, secondo quanto definito in occasione del decreto di assegnazione delle risorse ai fini dei bilanci preventivi 2022;
- è estesa anche alle Aziende Intercompany, la possibilità di aderire alla modalità del budget di filiera per l'area delle cure palliative;

DISABILITÀ

Nell'area della disabilità nel corso del 2021 è stato avviato un importante processo di ricomposizione dei servizi/interventi attivati sia relativamente alla filiera sanitaria e sociosanitaria che rispetto all'area sociale. Ne sono derivati alcuni importanti esiti quali l'approvazione e l'attuazione del primo Piano Operativo Regionale Autismo, la sistematizzazione dei Voucher B1 rivolte a persone con gravissima disabilità e la ricognizione in ordine alla costituzione presso i Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze dei Servizi per la Disabilità Psichica.

Si tratta di interventi, come declinato nelle parti specifiche del presente documento, fondati sul modello bio psico sociale, con lo sviluppo di azioni basate sulle evidenze scientifiche ed inserite, nel rispetto dei LEA, in un contesto di concreta integrazione tra i diversi livelli istituzionali, la rete dei servizi, il Terzo ed il Quarto Settore. Nel corso del 2022 prosegue il lavoro avviato con ulteriori sviluppi al fine di definire percorsi consolidati e diffusi omogeneamente sul territorio regionale, in un'ottica di qualificazione dell'offerta che sostenga la flessibilità e la modularizzazione che i Progetti di vita delle persone con disabilità richiedono nelle diverse fasi del ciclo vitale.

A tal fine si procederà in primis a definire, in collaborazione con le ATS, indicazioni omogenee in merito all'attivazione e alla gestione, in tutte le ASST, di Servizi per la

Disabilità Psichica quali punti di riferimento chiari e identificabili da parte delle persone e delle loro famiglie. Si tratta infatti di Servizi che già nel Piano Autismo e nelle due progettualità sostenute dal Fondo Nazionale Autismo rivolte alle fasce di età 7-21 anni e dai 16 anni in su, sono individuati quale punto nodale in particolare per la fase di transizione e l'età adulta. Ruolo che tali Servizi saranno chiamati a svolgere per tutte le disabilità psichiche in stretto collegamento con i Servizi Sociali Comunali, con l'attivazione di tutte le risorse presenti nel territorio, in un'ottica di programmazione condivisa degli interventi, delle risorse di personale ed economiche.

Tale impostazione, che richiama fortemente il modello del Budget di Salute, è già stata avviata con la sistematizzazione dei Voucher sociosanitari B1: il lavoro di stretto raccordo con la DG Famiglia, Solidarietà Sociale, Disabilità e Pari Opportunità ha consentito, infatti, di delineare la sperimentazione di un nuovo percorso per tutte le tipologie di Voucher in cui centrale è il ruolo delle ASST per la valutazione multidimensionale, la definizione del Progetto individuale insieme alla persona e la sua famiglia e per la conseguente identificazione dei percorsi appropriati da attivare e delle relative risorse da valorizzare, con la possibilità di composizioni flessibili e modulabili, in un'ottica di superamento di sovrapposizioni e discontinuità. La revisione dei voucher sociosanitari B1, adottata con DGR XI/6003 del 21/2/2022, comporta la ridefinizione degli interventi da erogare in favore della persona con disabilità gravissima e della sua famiglia, con l'enucleazione di specifici voucher destinati a persone affette da ASD. Ne consegue una ridefinizione anche della platea degli erogatori con l'inclusione degli Enti gestori della rete sociosanitaria che si prefigge di avviare un processo di riqualificazione dei servizi dedicati all'area della disabilità nell'ottica dell'implementazione dei Centri Multiservizi indicati dalla DGR 116/2013.

In linea di continuità, nel 2022 si prevede di sviluppare un processo di ridefinizione complessiva che si delinea lungo due assi - il rinforzo degli interventi a sostegno della domiciliarità e la rideterminazione dell'area della residenzialità. Tale processo pone quale elemento centrale la definizione di Progetti di Vita in cui, in coerenza con i bisogni, aspettative e risorse della persona con disabilità e della sua famiglia, le risorse che compongono complessivamente la filiera di servizi/interventi siano valorizzate nelle diverse fasi del ciclo vitale.

Il primo asse si pone, in particolare, nell'ottica di prevenire, laddove possibile, l'inserimento in struttura di persone con disabilità e di avviare percorsi di de-istituzionalizzazione di persone inserite nelle strutture residenziali, in sinergia con il Piano Regione Dopo di Noi L.112/2016 e il Programma Operativo Regionale per la realizzazione degli interventi a favore di persone con disabilità grave (DGR XI/6218/2022).

Si tratta di un lavoro che vedrà rinnovarsi lo stretto raccordo tra la Direzione Generale Welfare e la Direzione Generale Famiglia con l'obiettivo di individuare percorsi atti a sostenere soluzioni abitative, che garantiscano alla persona la permanenza in un domicilio, anche non familiare, con un mix di interventi rientranti in un'unica progettualità. Tali percorsi dovranno essere declinati con diversi livelli di complessità, sia per le persone che provengono dal domicilio, sia per quelle per cui viene attivato l'accompagnamento verso le dimissioni dalle strutture residenziali della rete sociosanitaria e sociale.

Tale lavoro non potrà che essere contestuale alla rideterminazione dell'area della

residenzialità – secondo asse – ovvero ad una rivisitazione delle tipologie di strutture residenziali che compongono l'attuale rete dell'offerta sociosanitaria. La finalità è quella di valorizzare il ruolo fondamentale che tali strutture hanno per le persone con disabilità il cui Progetto di Vita prevede percorsi ad alta protezione, così come per quelle progettualità per cui la risorsa residenziale può essere valorizzata in fasi specifiche e contingenti del ciclo di vita delle persone.

Data la complessità dei contenuti si prevede l'attivazione di un tavolo 'tecnico' regionale composto dai referenti per l'area della disabilità delle due Direzioni, dalle ATS, dall'ANCI, e dai rappresentanti degli Enti gestori e delle associazioni maggiormente rappresentative.

SPECIFICHE DETERMINAZIONI IN FUNZIONE DEL SOSTEGNO DEI MINORI CON GRAVE E GRAVISSIMA DISABILITA' CHE FREQUENTANO LA SCUOLA

Nella prospettiva del sostegno dell'assistenza al domicilio e a completamento e integrazione delle determinazioni già assunte in materia di voucher B1/FNA con specifico riferimento ai minori con disabilità gravissima che frequentano la scuola, tenuto conto della carenza sul territorio di alcuni profili professionali sanitari, si prevede di assegnare ulteriori risorse fino a complessivi euro 800.000 già nella disponibilità dei bilanci di ATS 2021 a valere sulle risorse del FSR destinate al FNA, per l'indizione di specifiche manifestazioni di interesse rivolte alla rete degli enti gestori di ADI per l'erogazione di prestazioni a supporto della frequenza scolastica di minori affetti da patologie croniche che richiedono supporto socio sanitario e per l'organizzazione di percorsi di orientamento a favore del personale docente/scolastico disponibile a collaborare, sul presupposto del consenso e della responsabilità delle famiglie dei minori frequentanti la scuola.

Le ATS sono pertanto autorizzate all'utilizzo delle risorse accantonate secondo l'importo che verrà comunicato dagli uffici della DG Welfare, e calcolato in proporzione del target minori della popolazione. Le risorse messe in campo andranno gestite dalle ATS in una logica di integrazione con le funzioni della rete territoriale di ASST e degli infermieri che in esse operano. Sul punto si dà mandato ai DSS di ATS di attivarsi con i DSS di ASST (in particolare attraverso gli infermieri di comunità) in funzione dell'attuazione della migliore integrazione tra le risorse pubbliche e private presenti nella rete territoriale per la risposta al bisogno dei minori con disabilità/cronicità che frequentano la scuola.

La DG Welfare, in una logica di integrazione con la DG Famiglia, ha provveduto ad una specifica rilevazione del numero dei minori che frequentano la scuola e che presentano condizioni di grave e gravissima disabilità o condizioni di cronicità, come di seguito riportato:

	aspirazione e bronco- aspirazione	Cate- terismo	controllo glicemico /terapia insulinica	gestione peg	gestione stomia	Sommi- nistrazione terapia	altro	tot
diabete			186					186
disordini genetici	5	1	2	3	3		4	18
esiti paralisi infantile	5	7		7				19
malformazioni congenite-atro	2	2		3		1	6	14
spina bifida-vescica neurologica		36						36
altro				1				1
tot	12	46	188	14	3	1	10	274

Il percorso di integrazione a livello di comunità deve essere quindi organizzato a partire dalla casistica di riferimento sui diversi territori.

IL PERCORSO DI FLESSIBILITA' NELL'AREA DELLA RIABILITAZIONE IN ETA' EVOLUTIVA IN FUNZIONE DELL'IMPLEMENTAZIONE DELL'EFFICACIA E DELL'APPROPRIATEZZA DEGLI INTERVENTI

Nella prospettiva del percorso di attuazione degli indirizzi evolutivi in materia di riabilitazione in età evolutiva, nel 2021 sono stati introdotti alcuni elementi di flessibilità finalizzati a sostenere una presa in carico personalizzata e flessibile dei minori. Nell'ottica di dare continuità al suddetto percorso, per il 2022 si conferma pertanto quanto disposto con la DGR XI/4773 del 26/05/2021 e nello specifico:

- con riferimento alle situazioni che possono beneficiare di interventi rivolti anche alle famiglie ed ai contesti di vita del minore: la possibilità, per le prestazioni indirette, di essere considerate remunerabili fino al tetto del 40%, purché delle stesse sia data chiara motivazione ed evidenza nei FASAS;
- con riferimento alla presa in carico a livello ambulatoriale di minori con una frequenza plurisettimanale e continuativa appropriata per la relativa condizione di disabilità, si applicano le regole sulle assenze di cui al capitolo 6.3.8.12 della DGR XI/2672/2019, e quindi la possibilità di 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 da rilevarsi nel fascicolo dell'utente, e che le stesse concorrono al conteggio del tetto di soglia e non riguardano le prestazioni c.d. indirette

Con le medesime finalità di sostenere una presa in carico personalizzata e flessibile in relazione agli specifici bisogni dei minori, anche in un'ottica di miglior conciliazione dei percorsi trattamentali con i tempi di vita degli stessi e delle loro famiglie, si conferma quanto già disposto con la DGR VIII/4438/2007 in ordine alla possibilità per i trattamenti riabilitativi ambulatoriali in età evolutiva di erogare un massimo di due sedute per giornata, anche in caso si tratti di medesima tipologia di trattamenti. A rinforzo di tale ottica si prevede altresì la possibilità di effettuare prestazioni indirette anche in aggiunta alle due prestazioni dirette nella medesima giornata.

Per le unità d'offerta che erogano prestazioni riabilitative ambulatoriali rivolte all'età evolutiva e rientranti nell'area della riabilitazione generale (es. psicomotricità,

logopedia, trattamenti psicoeducativi, trattamenti occupazionali e fisioterapia), lo standard 10 OS della DGR VII/19833/2004 che recita "durante lo svolgimento delle attività ambulatoriali è prevista la presenza di almeno un medico indicato quale responsabile delle attività cliniche svolte nell'ambulatorio" si può ritenere assolto anche senza la contemporanea presenza fisica del medico presso la Struttura, purché:

- la responsabilità del medico sia esercitata attraverso la validazione di specifici protocolli clinici e organizzativi;
- l'attività sia svolta in coerenza con il piano riabilitativo approvato dal medico specialista e nel rispetto degli specifici protocolli clinici e organizzativi che devono essere presenti presso la struttura;
- la supervisione e il coordinamento di un medico in possesso della specializzazione in neuropsichiatria infantile rimanga garantita come previsto dallo standard 16 S della medesima DGR;

In coerenza con il percorso avviato di attuazione degli indirizzi evolutivi in materia di riabilitazione in età evolutiva, anche in continuità con il Piano Operativo Regionale Autismo, ed in una logica di innovazione del sistema, si intendono sostenere **modalità organizzative e gestionali nella riabilitazione dell'età evolutiva** a favore delle disabilità neuropsichiche che consentano alla rete dei servizi di Npia (servizi di Npia, Irccs e centri di riabilitazione per l'età evolutiva, accreditati ed a contratto) in collaborazione con il sistema dei pediatri di libera scelta, di sperimentare percorsi di cura e presa in carico "family centered" in stretto raccordo tra aspetti specialistici clinici, aspetti abilitativi e riabilitativi, e azioni di inclusione sociale e scolastica, in coerenza con il modello bio-psico-sociale. Questo anche considerando il consolidamento delle azioni sperimentali nell'area della riabilitazione minori legate alle DD.G.R. 3239/2012 e 392/2013.

Tali modelli innovativi saranno estesi anche alla rete dei servizi rivolti alle persone con disabilità psichica in età adulta .

IMPLEMENTAZIONE DEL PROGETTO DAMA

Tra i principi indicati dall'art. 2 della L.r. 33/2009 e smi, a cui la programmazione, la gestione e l'organizzazione del SSR sono chiamate a conformarsi, è previsto il "rispetto e promozione del diritto alla vita indipendente e all'inclusione sociale di tutte le persone con disabilità, anche attraverso la previsione, all'interno delle strutture sanitarie e sociosanitarie, di percorsi di accoglienza per l'assistenza medica avanzata e la cura delle persone con disabilità preferibilmente attraverso modelli organizzativi già consolidati;" (rif comma 1, lett. n octies).

In coerenza con quanto già previsto dagli indirizzi di programmazione anno 2021 (DGR XI/4508 del 1/04/2021) in ordine ai percorsi di accessibilità in termini di estensione a tutto il territorio regionale di progetti di buone pratiche di accoglienza e accessibilità alle cure per le persone con disabilità che si rivolgono ai servizi sanitari ASST/Fondazione IRCCS (rif. punto 6. "Disabilità e integrazione sanità e sociale"), nel 2022 si prevede di promuovere un'importante azione di sviluppo del Progetto

D.A.M.A. (Disabled Advanced Medical Assistance). Tale azione ha la finalità di favorire la disseminazione sull'intero territorio regionale del progetto D.A.M.A. avviato dal 2000 nel Presidio Ospedaliero San Paolo di Milano a favore delle persone con grave disabilità e/o disturbi del neurosviluppo e già replicato in più Presidi Ospedalieri della Regione, per rafforzare e consolidare i servizi già attivati, creando canali di continuità ed integrazione tra ospedali e territorio.

Si prevede pertanto lo sviluppo di una rete dei percorsi di accoglienza ed assistenza medica dedicati al fine di garantire una distribuzione omogenea sul territorio lombardo, anche con modalità hub e spoke, con la definizione di protocolli operativi comuni e di modalità di comunicazione tra i nodi della rete e le realtà territoriali. Tale azione sarà sostenuta con la progettazione, l'organizzazione e l'attivazione di corsi formativi sul modello organizzativo D.A.M.A. rivolta ai professionisti di tutte le ASST/IRCCS e con il graduale coinvolgimento anche delle strutture sociosanitarie. A tal fine saranno finalizzate risorse fino a 80.000 mila euro nell'ambito della macroarea delle unità di offerta sociosanitarie unitamente alle risorse previste per questo specifico ambito dal Progetto "Pervinca, pari a 81.000 mila.

ULTERIORI DETERMINAZIONI

A partire dal 2022 si prevede:

- l'applicazione della tariffa di 13 euro aggiuntivi nelle CSS in tutti i casi in cui la persona in carico rimanga presso la CSS per 24 H (compresi quindi i casi in cui la persona è in carico anche al CDD, con esclusivo riferimento alle giornate di chiusura del CDD o alle giornate di assenza della persona con disabilità dal CDD); a tal fine sono destinate risorse fino a complessivi euro 1.200.000 nell'ambito del quadro economico di cui alla DGR XI/_5941/2022 che verranno ripartire con successivo decreto di rideterminazione del budget di produzione incrementando il valore del contratto definitivo in base al numero degli utenti che, nell'ambito del riparto attuato ai sensi della DGR XI/5340/2021, nelle singole strutture risultavano frequentare entrambi i servizi; a tale scopo si terrà conto di quanto previsto dalla normativa sui CDD in tema giornate di apertura e giornate di assenza; i competenti uffici della DG Welfare provvederanno a trasmettere il valore di tali integrazioni contrattuali;
- l'allineamento del tetto massimo di assenze nei CDD a carico del FSR alla previsione per l'area residenziale della disabilità di cui alla DGR XI/2672/2018 nell'area dei CDD;
- la possibilità per la persona assistita in CSS di fruire anche di prestazioni rese in ADI, Riabilitazione o in CDD o, se anziana, anche in CDI;

MANTENIMENTO DELLE MODALITA' DI ASSISTENZA DA REMOTO NELL'AREA DELLA RIA EX ART. 26 E DELL'NPIA

Si prevede, anche successivamente al termine dello stato emergenziale, il mantenimento delle attività riabilitative da remoto per RIA ex art. 26 e NPIA sperimentata durante l'emergenza pandemica. Tale modalità ha infatti costituito una leva importante di contrasto alle regole di chiusura/rimodulazione delle modalità erogative nel corso della pandemia, mostrando di poter essere un buono strumento per affrontare la necessità di garantire continuità e appropriatezza di cura in una situazione nella quale non erano possibili le attività in presenza. Ha

consentito inoltre un maggior coinvolgimento dell'intero nucleo familiare nelle attività con l'utente e nel tempo una maggiore consapevolezza da parte dei genitori rispetto ai bisogni del loro familiare e alle possibili strategie di risposta.

Gli interventi per via telematica sono stati particolarmente utili per una maggiore conoscenza degli spazi e delle specificità dei contesti dei bambini, permettendo di meglio calibrare gli interventi, per il training ai familiari e per gli incontri di rete con scuole e altre agenzie territoriali, permettendo non solo di ridurre il tempo per gli spostamenti, ma di poterne aumentare la frequenza e ridurre la durata, migliorando raccordo e monitoraggio. L'attività di remoto può essere effettuata solo nelle ipotesi di possesso dei requisiti di cui all' *"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 "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni e servizi di teleriabilitazione da parte delle professioni sanitarie" - Rep. Atti n. 231/CSR del 18 novembre 2021"*.

AREA DELLE CURE DOMICILIARI

Nel corso del 2020 il budget complessivo per l'assistenza domiciliare è stato incrementato con un'assegnazione di euro 7,5 milioni e nel 2021 è stata prevista:

- un'assegnazione di euro 2,5 mln con DGR XI/4506/2021 al fine di concorrere all'attuazione del piano vaccinale anti Sar-Covid 2;
- l'incremento del 3,7 % delle tariffe;
- l'incremento del budget per la produzione di ADI con uno stanziamento complessivo di 5 mln/e, di cui una quota specificamente destinata al potenziamento degli enti gestori che hanno in carico minori

Nel corso del 2022 proseguirà il lavoro per l'attuazione dell'Intesa del 4 agosto in tema di accreditamento delle cure domiciliari, attraverso la strutturazione di una rete di offerta di cure domiciliari allineata alle caratteristiche del nuovo sistema di cure domiciliari di base e di ADI di I, II e III livello, potenziandone la relativa erogazione nel quadro delle regole di utilizzo e degli obiettivi del PNRR. Tenuto conto dell'evoluzione in corso in tema di requisiti di accreditamento, non trovano applicazione per l'esercizio 2022 le determinazioni di cui all'allegato 1) del Decreto n. 15629 del 11/12/2020 sull'estensione dei contratti ad altri ambiti territoriali, a meno di comprovate esigenze valutate a livello locale e sempre entro i limiti delle risorse di FSR assegnate all'Agenzia per il setting domiciliare. In continuità con quanto previsto dalla DGR XI/3783/2020, per l'ADI è prevista 2022 la possibilità per le ATS, all'esito della valutazione dei propri fabbisogni territoriali, e nell'ambito delle risorse disponibili assegnate, di indire manifestazioni di interesse per l'assegnazione di volumi di produzione da erogare sul proprio territorio.

E' confermata la destinazione pari a complessivi euro 2.500.000 a valere sulle risorse di FSR di cui alla macroarea 4) dell'allegato 1) della DGR XI/5941/2022, per la remunerazione di somministrazioni di vaccinazioni Anti Sars-covid da enti gestori di ADI/Cure Palliative domiciliari, secondo le tariffe e il quadro regolamentare di cui alla DGR/4506/2021 e del decreto 5168/2021. Il riparto del budget di produzione è calcolato in applicazione del medesimo criterio di cui alla DGR DGR/4506/2021. I competenti uffici della DG Welfare provvederanno a trasmettere il format per la rilevazione dei costi collegati all'attuazione della DGR/4506/2021.

AREA ANZIANI

L'area anziani si caratterizza per un'offerta di servizi a livello domiciliare, semiresidenziale e residenziale afferenti alla rete consolidata a cui si aggiungono interventi sostenuti da misure innovative e sperimentazioni. La ricchezza di tale quadro se contiene in sé i potenziali per rispondere in modo modulare ai diversi livelli di fragilità della popolazione anziana, contiene anche il rischio di una frammentazione degli interventi. Nel corso del 2021 l'area anziani e quella dedicata a persone affette da demenza sono state interessate dall'avvio del processo di ricomposizione dei percorsi, finalizzato all'inclusione degli interventi/servizi erogati nell'ambito delle misure innovative all'interno del sistema consolidato di offerta. La DGR XI/4473 del 26/05/2021, al fine di avviare un processo di ricomposizione dei diversi interventi erogati in favore delle persone, ha infatti previsto che l'erogazione della misura RSA Aperta, rivolta alle persone affette da demenza ed agli anziani non autosufficienti, sia compatibile con la fruizione da parte dell'assistito dell'ADI ordinaria (tutti i profili assistenziali e prestazionali), a condizione che i soggetti responsabili dei rispettivi PAI definiscano una programmazione organica degli interventi al fine di evitare duplicazioni e/o sovrapposizioni. Nel corso del 2022 si intende dare sviluppo al suddetto percorso per entrambi i target di popolazione destinatari della Misura RSA Aperta. Con particolare riferimento alle persone con demenza tale percorso vedrà lo sviluppo degli interventi a sostegno della domiciliarità con l'inclusione nell'area delle cure domiciliari degli specifici interventi declinati nella Misura RSA Aperta per i diversi livelli di gravità della demenza. Tale lavoro sarà svolto in raccordo e coordinamento con la Commissione Tecnica Demenza afferente alla Rete delle Neuroscienze (istituita con Decreto n.18447 del 17/12/2019) in un'ottica di sviluppo di percorsi di presa in carico delle persone con demenza che, lungo tutto il decorso della malattia, garantiscano continuità e modularità di risposte ai bisogni delle persone e delle loro famiglie. Regione Lombardia intende ulteriormente lavorare all'evoluzione della rete di offerta agli anziani esistente, partendo dalla considerazione che il normale sviluppo dell'esistenza comporta il passaggio dalla vita indipendente a quella assistita e che tale dinamica si sviluppa come percorso personale e sociale, coinvolgendo le relazioni della persona e la comunità in cui la persona vive.

In questo quadro Regione Lombardia:

- ha già avviato il percorso evolutivo della rete dei servizi alle persone anziane attraverso l'introduzione delle misure sperimentali della RSA aperta e della residenzialità leggera. Due misure attraverso le quali si è inteso rafforzare la diversificazione dei livelli di intensità di presa in carico della persona anziana, tenuto conto del livello di non autosufficienza della stessa e del contesto socio/familiare della persona. In particolare:
 - la misura della RSA Aperta promuove il mantenimento a domicilio della persona per ritardarne l'istituzionalizzazione e favorire il mantenimento delle sue relazioni familiari.
 - la Residenzialità assistita tende a collocarsi nello spazio intermedio di protezione tra domicilio privato e residenzialità istituzionale, quale struttura di vita assistita con una caratterizzazione domestica, una

organizzazione leggera e attenzione alla qualità relazionale del rapporto di cura.

- sta gestendo il percorso di potenziamento del sistema delle cure domiciliari programmato nell'ambito delle missioni del PNRR, al fine di ridurre/ritardare l'intervento attraverso servizi più intensivi, intercettando prima e tempestivamente, con interventi proporzionati, le difficoltà emergenti e di riconoscere e ricondurre i progressivi livelli di bisogno ai livelli successivi di intensità assistenziale garantiti dalla filiera in un percorso di accompagnamento lungo l'intero arco della vecchiaia;
- da atto che tale evoluzione si inquadra nell'ambito di un più generale percorso di lavoro in atto a livello nazionale e diretto all'approvazione della legge delega per la promozione della dignità delle persone anziane e per la presa in carico della non autosufficienza;
- ha ridefinito con la L.R. 22 del 14/12/2021 di modifica della L.R. 33/2009, la sanità territoriale, rimodulandola in termini di articolazioni organizzative in linea con la programmazione del PNRR e soprattutto nelle sue logiche di raccordo con l'ospedale, funzionali ad una risposta integrata al bisogno della persona e della famiglia;
- sta per la prima volta investendo direttamente nello sviluppo di uno specifico sistema informativo per la gestione integrata di tutta l'assistenza alla persona sul territorio

In prospettiva evolutiva quindi, nella logica della prevenzione "*One health*", le leve per implementare la salute degli anziani sul territorio in chiave inclusiva, passa quindi per la definizione di indirizzi che mettano al centro:

- Il perseguimento di una sempre maggiore appropriatezza nell'utilizzo dei servizi che compongono la filiera di risposta all'invecchiamento naturale della persona, in una logica di qualità e di sostenibilità;
- l'avvicinamento alla persona anziana e alla famiglia, attraverso la progressiva evoluzione attuativa del nuovo modello di sanità territoriale messo in campo con la L.R. 22/2021, sia in termini di articolazioni organizzative che di applicazioni di welfare digitale, univocamente orientati allo sviluppo di risposte integrate e inclusive al bisogno degli anziani sul territorio;
- lo sviluppo dell'assistenza domiciliare quale fondamentale setting che si colloca indissolubilmente e necessariamente nel sistema più ampio della filiera delle unità di offerta sociosanitarie e socioassistenziali territoriali diurne e residenziali del territorio, andando con esse a costituire la naturale filiera di accompagnamento della persona nel suo naturale ciclo di vita;
- l'attuazione delle politiche di sostegno agli anziani e alle loro famiglie attraverso logiche informate all'uso sinergico dei fondi messi in campo a livello comunitario, nazionale e regionale, in chiave di implementazione della capacità di risposta integrata e inclusiva al bisogno della persona anziana e della sua famiglia.

E' prorogato per il 2022 il progetto STAR di cui alla DGR XI/6766/2017, nei limiti di quanto assegnato con decreto n. 1492 del 11/02/2022, nell'ambito del quadro economico approvato con DGR XI/5941/2022.

INTEGRAZIONE CON LE RETI DI OFFERTA SOCIALE DEL TERRITORIO

Nel 2022 si rafforza ulteriormente il ruolo di regia da parte di Regione Lombardia con riguardo agli interventi di supporto alla famiglia in tutto il ciclo di vita.

L'emergenza Covid-19 continua ad evidenziare le difficoltà delle famiglie, in bilico tra preoccupazioni economiche e finanziarie, la gestione della quotidianità, la conciliazione della vita familiare con la vita lavorativa (in particolar modo dove sono assenti risorse esterne) che hanno provocato processi di impoverimento, maggiori rischi di povertà educativa e dispersione scolastica, disagi psicologici e relazionali.

Nonostante ciò, il periodo ha mostrato con tutta la sua forza anche la resilienza e la capacità rigenerativa dei nuclei familiari, rendendo evidente alle istituzioni pubbliche l'importanza di considerare la famiglia come produttore di *beni comuni* non solo per i propri membri ma per tutta la collettività e come attore necessario per progettare la "ricostruzione".

Il momento per farlo è particolarmente propizio, in quanto è in corso di approvazione da parte della Commissione Europea il nuovo programma operativo regionale del Fondo Sociale Europeo Plus (FSE+) per il settennio 2021-2027 che darà impulso allo sviluppo di interventi di innovazione sociale, promossi anche nell'ambito della componente Occupazione e innovazione sociale (EaSI) dell'FSE gestita direttamente dalla Commissione Europea, sostenendo la piena attuazione del pilastro europeo dei diritti sociali. Le tre priorità su cui Regione Lombardia intende focalizzarsi sono:

- il supporto alla genitorialità, allo sviluppo e benessere dei componenti della famiglia;
- il potenziamento dell'offerta di servizi per l'autonomia e il sostegno alle responsabilità di assistenza;
- la promozione di un sistema integrato territoriale di opportunità di empowerment e inclusione attiva anche attraverso la valorizzazione degli enti del terzo settore.

Nell'ambito di queste tematiche il coinvolgimento attivo delle ATS e delle ASST sarà determinante per capitalizzare le migliori esperienze attivate con la programmazione precedente e permettere la sperimentazione di azioni ulteriori che supportino il pieno sviluppo di capacità e abilità a livello individuale, di nucleo familiare e di comunità territoriale.

Alle risorse del nuovo FSE+ si aggiungono i finanziamenti del Programma Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e in particolare quelli della missione 5 "Inclusione Sociale" (dotazione complessiva di 22 miliardi di euro). Quest'ultima, assieme alla missione 6 "Salute", avrà un ruolo fondamentale nella modernizzazione dei sistemi di welfare, con un impatto in particolar modo sui più vulnerabili anche grazie alla

riduzione della istituzionalizzazione, all'housing sociale e agli interventi speciali per la coesione, oltre alla valorizzazione della rete territoriale di prossimità e all'assistenza agli anziani attraverso il supporto alla domiciliarità, tutte tematiche su cui Regione Lombardia in questi anni ha particolarmente investito.

Il coinvolgimento di ATS e ASST sarà decisivo, oltre che nel coordinamento degli Ambiti Territoriali per l'avvio delle nuove azioni, anche nel favorire l'addizionalità e la complementarietà delle risorse al proprio interno e nella diffusione delle *best practices* in quei territori che non hanno ancora sperimentato questo tipo di interventi.

Con riguardo invece alle risorse del bilancio pluriennale regionale le politiche - coerentemente con le priorità delineate dal Documento di Economia e Finanza Regionale 2022-2024 e dalla relativa Nota di Aggiornamento - si concentreranno con particolare attenzione sulle seguenti aree:

- Programmi, progetti e interventi a sostegno delle persone con disabilità;
- Integrazione con le reti di offerta sociale del territorio;
- investimenti per l'infanzia e supporto alla genitorialità;
- promozione dell'inclusione attiva delle famiglie e dei suoi componenti fragili a rischio di esclusione sociale e marginalità;
- piena operatività dell'Ufficio Regionale del Registro Unico del Terzo Settore (RUNTS) in attuazione della riforma del Terzo settore (D.lgs 117/2017).

L'obiettivo degli interventi è creare un sistema trasversale capace di supportare il pieno sviluppo delle abilità a livello individuale, di nucleo familiare e di comunità territoriale in ottica di inclusione attiva e di piena partecipazione di tutti alle opportunità di benessere offerte dal contesto economico e sociale lombardo.

Secondo la logica della trasversalità e della ricomposizione delle risorse, verranno sostenute iniziative progettuali che favoriscono l'adozione di modelli organizzativi di gestione integrata e coordinata degli interventi al fine di favorire l'integrazione tra l'area sociale e sociosanitaria.

Tali iniziative dovranno essere attuate dalle ATS attraverso l'utilizzo delle risorse disponibili nel bilancio aziendale di natura sociale a seguito della verifica del venir meno della finalità originaria.

Programmi, progetti e interventi a sostegno delle persone con disabilità

Il sistema complessivo dell'offerta di servizi ed interventi a favore delle persone con disabilità, spesso anche in condizione di fragilità, e delle loro famiglie è molto ricco ed articolato, fortemente orientato a mantenere il più possibile la persona nel proprio contesto di vita e a supportare la famiglia nell'azione quotidiana di assistenza.

Le politiche di intervento a favore delle persone con disabilità e delle loro famiglie devono orientare il focus dalla dimensione di «cura e protezione» al tema della «inclusione e delle scelte» delle persone con disabilità, dalla valutazione dei bisogni di protezione alla condivisione dei percorsi di vita, dalle abilità funzionali ai cicli di

vita.

Ciò rende necessaria una forte sinergia tra le diverse azioni afferenti al comparto sanitario, sociosanitario e sociale, di competenza di diversi attori istituzionali (Stato, Regione, Comuni, ATS e ASST), introducendo strumenti e strategie che consentano di offrire una risposta unitaria e integrata che riduca l'attuale frammentazione delle risposte.

La valutazione multidimensionale, la predisposizione del Progetto individuale e il Budget di progetto sono gli strumenti per promuovere percorsi integrati di presa in carico globale della persona con disabilità e del suo contesto familiare.

Le misure previste dai programmi - Fondo Non Autosufficienza, Fondo caregiver, Fondo "Dopo di Noi", politiche per l'inclusione scolastica degli studenti con disabilità sensoriale e interventi a supporto dell'inclusione sociale di giovani adulti con disabilità - devono necessariamente essere integrate e raccordate con l'insieme degli interventi sanitari, sociosanitari e sociali, affinché risorse e strumenti siano orientati a sostenere il Progetto predisposto per i diversi cicli di vita.

Il tema della disabilità richiede quindi un approccio trasversale capace di promuovere l'integrazione delle politiche e la ricomposizione delle risorse nell'ottica del Fondo Unico per la disabilità al fine di superare la frammentarietà delle competenze e delle risorse attuali all'interno di una programmazione complessiva. Regione Lombardia in quest'ottica si propone di diventare disability friendly sviluppando politiche e azioni sempre più trasversali, con particolare riferimento all'ambito sociosanitario, del lavoro e in tema di accessibilità intesa come condizione per il godimento dei diritti e delle libertà fondamentali di ogni persona e non solo delle persone con disabilità.

È previsto un percorso di stabilizzazione dei voucher misura B1 con particolare riferimento ai minori in condizioni di disabilità gravissima di cui alla lettera g) del DECRETO FNA 2016, già previsto nella programmazione FNA 2020 esercizio 2021 (D.G.R. n. XI/4138/2020). Tale percorso, coerente con gli indirizzi del Piano per l'Autismo, terrà conto dell'evoluzione delle sperimentazioni attive in tema di presa in carico dei disturbi dello spettro autistico, mettendo al centro la famiglia e orientando la risposta in una logica di flessibilità tra i possibili regimi/setting di erogazione degli interventi in tutte le fasi del percorso evolutivo.

Il percorso di sistematizzazione riguarderà anche a partire dal FNA 2021-esercizio 2022 il rafforzamento dell'assistenza domiciliare a favore delle persone in condizione di disabilità gravissima in ambito scolastico, al fine di una piena inclusione del bambino/ragazzo.

Per favorire la realizzazione e la diffusione sull'intero territorio regionale di un modello di **accoglienza e di assistenza medica al disabile grave** dedicato in modo particolare alle persone che presentano gravi problemi di comunicazione, sia per carenze di strumenti comunicativi che per deficit ideativi, è necessario che le ASST attivino, ai sensi dell'art. 2 comma 1, lett. n octies) della l.r. 33/2009 e smi, all'interno

delle strutture sanitarie e sociosanitarie, percorsi di accoglienza per l'assistenza medica avanzata e la cura delle persone con disabilità preferibilmente attraverso modelli organizzativi già consolidati. Allo scopo è possibile anche la partecipazione e il coinvolgimento delle associazioni maggiormente rappresentative, in particolare per la loro funzione di "agevolatori" e con una presenza capillare sul territorio. Associazionismo e Volontariato costituiscono elementi fondamentali per aggiungere valore e completezza all'intervento sanitario e sociosanitario. Risulta pertanto prioritario promuovere una politica partecipativa che assegna loro un ruolo fondamentale all'interno dei percorsi **DAMA (Disabled Advanced Medical Assistance)**, proponendo quindi il coinvolgimento di volontari appositamente formati e motivati.

Tra le politiche di intervento a favore delle persone con disabilità e delle loro famiglie, che orientano il focus dalla dimensione di «cura» all'«inclusione» delle persone, Regione Lombardia, in attuazione della DGR 4392/2021, garantisce e promuove l'attivazione di servizi di inclusione scolastica a favore di alunni/studenti con disabilità sensoriale per l'anno scolastico 2021/2022.

Gli interventi, realizzati per l'inclusione scolastica sulla base dei progetti individuali, sono volti a sopperire alle difficoltà nella comunicazione e nella partecipazione che gli studenti possono incontrare nel raggiungimento dei risultati scolastici e formativi a causa di limitazioni visive e uditive.

I progetti individuali tengono conto delle indicazioni provenienti dai Servizi Sociali dei Comuni, dagli specialisti e dalle diverse realtà che, a vario titolo, si occupano dei bambini e dei ragazzi con disabilità sensoriale (istituti scolastici, aziende socio-sanitarie territoriali, ecc.), al fine di promuovere una cultura di effettiva inclusione.

Lo studente con disabilità sensoriale ha diritto agli interventi e ai servizi in relazione alla natura e alla consistenza della limitazione delle funzioni, alla capacità complessiva individuale residua e all'efficacia delle terapie riabilitative.

Regione Lombardia ha inoltre promosso in via sperimentale una nuova azione progettuale destinata ai bambini con disabilità sensoriale nella fascia di età 0-36 mesi che. La sperimentazione Nidi, che ha subito dei rallentamenti in ragione delle oggettive difficoltà organizzative per il perdurare dello stato di emergenza COVID 19, proseguirà anche per l'anno educativo 2022/2023.

Area Integrazione con le reti di offerta sociale del territorio

Le crescenti difficoltà che coinvolgono larghe fasce della popolazione, aggravate dall'emergenza sanitaria per Covid-19, aumentano le pressioni sulle varie istituzioni sanitarie, sociosanitarie e sociali per estendere l'aspetto "assistenziale" e ripensare adeguatamente la propria offerta e l'organizzazione dei propri servizi.

Questo fa sì che tra le priorità per il 2022 sia introdotta la definizione di progettualità connesse a percorsi di integrazione sociosanitaria, che aiutino il rafforzamento del lavoro congiunto tra i servizi territoriali e il funzionamento della presa in carico

integrata. Riconoscendo e rilanciando una prassi già avviata nel periodo di pandemia e promossa dalle linee di indirizzo per il nuovo triennio di programmazione sociale (D.G.R. n. 4563 del 19/04/2021), nel nuovo contesto la multidimensionalità del bisogno richiede necessariamente la programmazione di risposte sociosanitarie pensate in modo trasversale. Una strada segnata anche, ad esempio, dagli impegni della D.G.R. n. 3525/2020 ad integrare i soggetti coinvolti nella gestione dell'emergenza e a potenziare l'organizzazione dei servizi territoriali, ponendo una rinnovata attenzione al ruolo del distretto come articolazione territoriale operativa. La necessità di potenziare la filiera integrata dei servizi sociali e sanitari rende essenziale un miglior funzionamento delle modalità di lavoro congiunto tra Ambiti territoriali, ATS, ASST e gli attori sociali interessati. Il lavoro su progettualità trasversali programmate ad un livello sovra zonale e preferibilmente secondo i nuovi assetti distrettuali introdotti con la l.r. 22/202, può aiutare non solo a definire policy che richiedono una dimensione e un coordinamento più ampio rispetto al Piano di Zona, ma anche a costruire modelli di cooperazione rafforzata tra attori che non riescono ancora ad agire ad un livello pienamente soddisfacente di coordinamento. È necessario quindi proseguire nell'implementazione di un sistema che risponda ai "bisogni di ascolto, cura, sostegno e presa in carico" a sostegno della centralità della persona e della sua famiglia, attraverso una maggiore prossimità dei servizi, una presa in carico sempre più integrata e una continuità assistenziale per le persone. In tal senso le costituenti "Case della Comunità" e "Centrali Operative Territoriali", introdotte dalla recente l.r. 22/2021, rappresentano lo snodo centrale per l'attuazione del nuovo modello di integrazione sociosanitaria della Regione.

Coerentemente e conseguentemente a questa indicazione, le cabine di regia, previste agli artt. 6, c.6, lett. f) e art. 7, c. 11 della l.r. 33/2009, rimangono il "luogo istituzionale" deputato a supportare l'impegno di ATS, ASST e Ambiti territoriali volto al potenziamento dell'integrazione sociosanitaria e a garantire la programmazione, il governo, il monitoraggio e la verifica degli interventi sociosanitari e sociali erogati, destinate a presidiare aree comuni d'intervento e allo sviluppo di un approccio integrato alla presa in carico dei bisogni espressi dalle persone, evitando duplicazioni e frammentazione nell'utilizzo delle risorse e nell'erogazione degli interventi e contestualmente garantirne appropriatezza. Con questa funzione, nell'ambito dei percorsi di integrazione sociosanitaria, le cabine di regia rappresentano un importante strumento che si pone anche a supporto delle funzioni del Consiglio di rappresentanza dei Sindaci e delle Assemblee distrettuali. Con riferimento al triennio di programmazione sociale 2021-2023, le cabine di regia dovranno porsi come obiettivo una maggiore e migliore integrazione con gli organi di rappresentanza territoriale.

Si dovrà quindi approntare un modello organizzativo, con risorse umane e strumentali a disposizione, stabilendo una periodicità degli incontri e condividendo procedure di raccordo.

Sempre con riferimento al triennio 2021-2023 gli obiettivi di ATS e ASST dovranno tendere al superamento delle attuali forme di collaborazione, definendo un contesto istituzionale più autonomo e più forte a supporto:

1. dei processi di ricomposizione dell'integrazione delle risorse (delle ATS, delle ASST, dei Comuni e delle famiglie);
2. delle conoscenze (dati e informazioni sui bisogni e sulle risorse dell'offerta locale);
3. degli interventi e servizi (costituzione di punti di riferimento integrati, di luoghi di accesso e governo dei servizi riconosciuti e legittimati) in ambito socioassistenziale e sociosanitario.

In particolare, nel primo caso sarà necessario esplicitare quali sono, allo stato attuale, i livelli di integrazione delle risorse ed esplicitare in quali ambiti di intervento si ritiene prioritario perseguire una maggiore integrazione tra le risorse degli Ambiti territoriali, delle ATS e delle ASST.

Nel secondo caso, quello delle conoscenze, esplicitare quali sono i bisogni su cui si ritiene prioritario sviluppare approfondimenti e condivisione d'informazioni e conoscenze nel triennio e come tali affondi possono essere apprezzati e verificati (ad esempio: integrazione dei sistemi informativi).

Nel terzo caso, esplicitare quali servizi si ritiene debbano essere oggetto di criteri, regole, presa in carico e interventi svolti in modo congiunto, per quali target di utenti, con quali obiettivi quantitativi e qualitativi.

Ulteriore obiettivo è quello di coinvolgere maggiormente – nei processi di programmazione, co-progettazione e gestione – i soggetti del Terzo Settore. Terzo Settore che concorre inizialmente all'individuazione degli obiettivi dei processi di programmazione locale e partecipa, anche in modo coordinato con gli Ambiti Territoriali, alla definizione di progetti per servizi e interventi di cura alla persona.

Area revisione unità di offerta sociale: servizi educativi diurni e residenziali per persone con disabilità

Nel 2022 proseguirà l'azione di revisione delle caratteristiche e dei requisiti di funzionamento delle unità di offerta sociale con particolare riferimento ai servizi educativi a carattere diurno e residenziale per persone con disabilità.

La recente emergenza sanitaria ha accentuato la necessità di un superamento dei modelli di offerta esistenti a favore di un'offerta diversificata, modulabile, fondata sulla progettazione individuale delle risposte ai mutevoli bisogni e rispettosa dei tempi di vita della persona.

La mutate caratteristiche delle persone con disabilità e l'ampliamento della gamma di possibilità di risposta alle molteplici esigenze di cura, terapia, educazione, socialità e relazione, richiedono un ripensamento dei servizi diurni e residenziali per offrire risposte e prestazioni sociali e sociosanitarie integrate e modulabili sulla base dei bisogni della persona stessa.

Area attività di controllo sulle unità d'offerta sociali

Attività di verifica dei requisiti

Sino alla conclusione del periodo di emergenza, si confermano le indicazioni da ultimo contenute nella nota D.G. Welfare G1.2021.0057477 del 29/09/2021, in attuazione di quanto disposto con DDGR n.XI/3913/2020 e XI/5181/2021.

Alla scadenza del periodo emergenziale, si dispone la ripresa delle ordinarie attività di vigilanza e controllo, con le modalità disposte dalla DGR n. 1046/2018 All. "Regole di gestione del servizio sociosanitario 2019", § 17.4 con l'eccezione delle percentuali per le verifiche annuali del mantenimento dei requisiti che sono ridefinite come segue:

mantenimento dei requisiti di esercizio per almeno il 25% delle unità d'offerta sociali.

Le ATS dovranno garantire le verifiche sul 100% delle Comunicazioni Preventive di Esercizio pervenute.

A fronte di eventuali riprese della situazione pandemica, le verifiche saranno svolte utilizzando le modalità da remoto già praticate lo scorso anno.

Rendicontazione attività svolta

L'attività di vigilanza svolta dalle ATS, in attuazione del Piano dei controlli è oggetto di rendicontazione alla Direzione Generale Famiglia, solidarietà sociale, disabilità e pari opportunità, attraverso una relazione sull'attività svolta nel 2022 che espliciti quanto segue:

- verifica sul 100% delle "Comunicazioni Preventive di Esercizio" pervenute;
- numero e relativa percentuale delle "visite routinarie da campionamento" effettuate sulle unità d'offerta sociali, suddivise per aree (prima infanzia, minori, disabili e anziani);
- numero delle visite straordinarie effettuate a seguito di segnalazione/eventi straordinari, motivazione della segnalazione, esito finale ed area di riferimento;
- criticità più significative riscontrate nelle varie aree ed eventuali azioni messe in atto, anche in collaborazione con gli Enti/organismi interessati.

Si conferma per il 2022 la prassi di collaborazione avviata tra Direzione Generale Famiglia, solidarietà sociale, disabilità e pari opportunità e i referenti per le attività di vigilanza sulle unità di offerta sociale volta alla semplificazione e all'omogenea applicazione delle modalità di verifica dei requisiti di esercizio su tutto il territorio regionale.

Area Famiglia e componenti fragili

Nel 2022 proseguiranno le politiche rivolte a promuovere il benessere delle famiglie e di tutti i suoi componenti nelle diverse fasi del ciclo di vita. Inoltre, verranno implementati gli interventi per contrastare il rischio di esclusione sociale delle persone in condizioni di fragilità con azioni finalizzate alla promozione del benessere, dell'autonomia e della piena partecipazione alla vita sociale e lavorativa.

Per l'attuazione delle politiche risulta strategica la collaborazione con le ATS e ASST attraverso un approccio integrato che favorisca la lettura multidimensionale del bisogno e la ricomposizione degli interventi.

L'intervento a supporto dei nuclei famigliari, in particolare quelli con componenti fragili, per essere efficace, richiede al sistema dei servizi una capacità di presa in carico tempestiva, personalizzata sulla base della valutazione multidimensionale della persona nel suo contesto di vita e di comunità, flessibile ed integrata.

In particolare, nel 2022 verranno le seguenti azioni strategiche:

Ampliamento sperimentazione Centri per la Famiglia

Con D.G.R. n. 2315 del 28.10.2019, Regione Lombardia, con le risorse del Fondo per le Politiche della Famiglia annualità 2019, ha promosso la "sperimentazione delle funzioni sociali di supporto alla famiglia in tutto il suo ciclo di vita in una logica di centro per la famiglia".

Nell'ottica di acquisire ulteriori elementi per la verifica e valutazione del modello sperimentale in corso ed al fine di individuare le modalità con cui i Centri per la Famiglia diventino un servizio diffuso su tutto il territorio lombardo, anche in raccordo con gli altri servizi, con D.G.R. n. 5392/2021 si è provveduto ad estendere la sperimentazione anche alle ATS non coinvolte precedentemente con uno stanziamento ulteriore di € 1.700.000,00 (euro 100.000,00 per ogni ATS già coinvolta - ATS Insubria, ATS Brianza, ATS Pavia; ATS Valpadana - ed euro 1.300.000,00 suddivise tra le nuove ATS coinvolte).

Con D.G.R. 5955/2022 sono state approvate le Linee Guida per la sperimentazione dei Centri per la famiglia che forniscono indicazioni operative per lo sviluppo/implementazione dei Centri per la Famiglia su tutto il territorio regionale.

La logica, infatti, è quella di valorizzare tutte le risorse presenti nel territorio, ognuna per la sua specifica competenza, al fine di creare un modello in intervento che possa rispondere ai bisogni delle famiglie in qualunque fase del ciclo di vita si trovino.

Il focus non sono i servizi ma le famiglie stesse. Il centro per la famiglia diventa un modello di intervento al quale contribuiscono tutte le risorse del territorio e nel quale avviene la ricomposizione dei bisogni e degli interventi per la famiglia.

Lo scopo dei centri per la famiglia è quello di promuovere il ruolo sociale, educativo e il protagonismo della famiglia e di realizzare interventi a sostegno della genitorialità e del benessere di tutta la famiglia. Gli interventi realizzati sono sempre complementari a quelli già realizzati dai servizi esistenti. Il centro infatti opera in integrazione con tutti i servizi del territorio attraverso specifici protocolli operativi che definiscono i ruoli e compiti di tutti gli attori coinvolti.

L'azione dei Centri per la famiglia, pertanto, si rivolgerà alle famiglie nella loro universalità, non necessariamente caratterizzate da fragilità, con la finalità di

valorizzare le competenze, promuovere il protagonismo familiare e il confronto fra pari quale importante risorsa per acquisire e implementare le risorse necessarie allo svolgimento del ruolo genitoriale-educativo.

L'ATS territorialmente competente sarà responsabile dell'attuazione della sperimentazione e unico interlocutore responsabile nei confronti di Regione Lombardia. Dovrà emanare l'avviso e valutare i progetti, oltre a coordinare le attività previste e garantire il conseguimento dei risultati e verificare le spese rendicontate e le relazioni sullo stato di avanzamento delle attività.

Verrà istituito una cabina di regia con tutte le ATS per l'analisi e il monitoraggio delle attività e la definizione di indicatori per la relativa messa a sistema.

Interventi di sostegno abitativo a favore dei coniugi separati o divorziati in condizioni di disagio economico (art. 5 l.r. 24.06.2014 n. 18)

Prosegue anche per il 2022 la misura per l'implementazione degli interventi di sostegno abitativo a favore dei coniugi separati o divorziati in condizioni di disagio economico di cui alla D.G.R. 2469/2019.

Le ATS mantengono il ruolo di gestione complessiva della misura attraverso la valutazione delle domande, le relative liquidazioni agli ammessi raccordandosi con Regione Lombardia sull'andamento della spesa e sul monitoraggio dei risultati.

Politiche per favorire la conciliazione in un'ottica di corresponsabilità dei carichi di cura

Per quanto riguarda le attività dei piani territoriali di conciliazione vita-lavoro, ed in particolare delle Reti di Conciliazione Vita-Lavoro, Regione Lombardia ha stanziato 2.800.000,00 euro per gli interventi sul territorio e le ATS sono state confermate capofila di riferimento, a seguito della D.G.R. n. 2398/2019 che ha adottato le linee guida per il triennio 2020-2023.

Il ruolo di capofila prevede che, oltre al coordinamento complessivo del territorio di riferimento, si garantisce la coerenza e la complementarità con la programmazione sociale, sociosanitaria ed economica e in particolare con i Piani di Zona, lo strumento strategico per il governo delle politiche sociali territoriali.

A seguito della selezione dei progetti tramite propri avvisi le ATS hanno elaborato i Piani Territoriali di Conciliazione Vita-Lavoro 2020-2023 e ne monitorano la realizzazione a livello territoriale, anche attraverso flussi informativi.

I progetti sono implementati da parte di partenariati a livello locale che prevedono dai servizi di assistenza/supporto al caregiver familiare e servizi per la gestione del pre/post scuola e dei periodi di chiusura scolastica a servizi salva tempo e di consulenza rivolte a MPMI e grandi imprese oltre a servizi a sostegno dei lavoratori/collaboratori autonomi e dei liberi professionisti.

Regione Lombardia con D.G.R. n. 5755/2021 ha approvato i criteri per una iniziativa volta a promuovere un intervento rivolto principalmente a lavoratori e alle loro famiglie dipendenti delle micro e piccole imprese al fine di favorire la diffusione di

iniziative di welfare aziendale, la corresponsabilità dei compiti di cura, l'armonizzazione tra vita privata e vita professionale anche con l'obiettivo di garantire una maggiore parità tra uomini e donne nel lavoro e nell'accesso alle opportunità.

Le risorse destinate a tale iniziativa ammontano a 5.050.000,00 euro e sarà rivolta a partenariati di enti pubblici e/o privati il cui capofila potrà essere sia un ente pubblico sia un ente del terzo settore che del privato profit.

Le ATS gestiscono l'iniziativa, anche in virtù della esperienza nel ruolo di capofila delle Reti di Conciliazione, coordinando le iniziative e garantendo la sinergia nei relativi territori attraverso l'istruttoria formale, la valutazione dei progetti e l'approvazione delle graduatorie, e svolgendo il monitoraggio dei progetti approvati e controllo della rendicontazione.

Interventi a favore dell'infanzia e dell'adolescenza

Anche in considerazione delle difficoltà affrontate durante il 2020 dai bambini e dai ragazzi in età scolare connesse con il perdurare della chiusura delle scuole dovuta alla pandemia, nel 2022 particolare attenzione sarà posta alle forme di disagio psicologico crescenti, che sembrano colpire in modo particolare i più giovani; verranno messi in campo specifici interventi di prevenzione, che affiancheranno quelli già previsti per il contrasto al bullismo e cyberbullismo, (anche attraverso la peer education e gli interventi di prevenzione già previsti dalla Direzione Generale Welfare) rivolti ai genitori, agli insegnanti e ai ragazzi attraverso il coinvolgimento del terzo settore.

In particolare, queste situazioni di fragilità, esacerbate proprio dal periodo emergenziale, richiedono da parte del sistema dei servizi una capacità di presa in carico tempestiva, di valutazione multidimensionale della persona nel suo contesto di vita e di comunità e di ricomporre interventi in grado di rispondere in modi efficace ai bisogni.

Particolare attenzione sarà posta alle forme di disagio psico – socio - educativo di giovani/adolescenti e delle loro famiglie, accresciute a seguito delle restrizioni connesse all'emergenza, attraverso la realizzazione di interventi di presa in carico finalizzati al superamento del disagio evolutivo e attraverso il sostegno all'azione educativa di genitori, insegnanti, operatori extrascolastici per promuovere adeguate modalità di comunicazione e relazione con gli adolescenti (D.G.R. n. 7602 del 20 dicembre 2017). ATS collabora con ASST ed Enti del terzo settore con l'obiettivo di favorire l'adozione di strategie innovative ed efficaci in grado di offrire risposte mirate, flessibili ed integrate ai bisogni di giovani e adolescenti di età compresa tra i 13 e i 25 anni.

Qualità della vita e inclusione sociale delle persone sottoposte a terapia oncologica

Nell'ambito delle politiche a sostegno delle famiglie in condizioni di fragilità,

Regione Lombardia già dal 2014 ha sviluppato azioni per la qualità della vita delle persone sottoposte a terapia oncologica chemioterapica/radioterapica, attraverso il coinvolgimento delle ATS, prevedendo l'assegnazione di un contributo per l'acquisto della parrucca alle persone affette da alopecia e coinvolte nel percorso riabilitativo a seguito di terapia oncologica chemioterapica/radioterapica. Considerati i risultati dell'analisi dei dati che confermano il gradimento dell'iniziativa sul territorio regionale e tenendo conto delle esigenze connesse alla semplificazione e digitalizzazione dei processi amministrativi, con D.G.R. n.1829/2019 sono state individuate nuove modalità di attuazione dell'iniziativa, prevedendo la gestione dell'iniziativa attraverso Bandi Online da parte delle ATS quali intermediari per l'istruttoria delle domande e l'erogazione del contributo, nonché per le funzioni di monitoraggio e controllo.

Inoltre, viste le numerose domande dal 2019 il contributo è stato portato da 150 euro a 250 euro e considerato che ogni anno vengono presentate oltre 2.000 richieste, con D.G.R. n. 5684/2021 è stata data continuità alla misura anche nel 2022.

Iniziative a favore dei minori che frequentano nidi e micronidi (L.R. n. 18 del 6 dicembre 2018)

In data 16/11/2021, con D.G.R. n. 5511, sono state rinnovate con un ulteriore finanziamento (pari a € 150.000,00), le attività relative ai progetti di cui all'art. 2 della l.r. 18/19 per la realizzazione ad iniziative di sensibilizzazione, formazione rivolte a operatori dei servizi erogati da strutture nido e micro-nidi pubbliche e private afferenti al territorio della ATS capofila.

Le ATS manterranno il ruolo di capofila, in partenariato con i soggetti già individuati, negli Accordi di partenariato già sottoscritti, eventualmente ampliando la partecipazione ad altri soggetti aventi le medesime caratteristiche e precisamente:

- enti locali;
- ASST;
- enti del terzo settore;
- autorità competenti (rappresentanti delle forze dell'Ordine, rappresentanti delle autorità giudiziarie ecc...).

Le attività dovranno essere realizzate a partire dall'anno scolastico 2021/2022 e concludersi entro la fine dell'anno scolastico 2022/2023.

Rimane confermata la percentuale delle strutture coinvolte, dal 10% al 68%, ciò dovuto a diversi fattori, come la territorialità, cioè il numero di strutture presenti nel territorio della ATS territorialmente competenti, ma anche all'emergenza sanitaria.

Contrasto alla violenza sulle donne

In riferimento al tema del contrasto alla violenza domestica e intra familiare, come indicato nell'ambito delle linee guida dei Piani di Zona, diventa fondamentale creare un raccordo sempre più stabile tra la programmazione delle reti antiviolenza, le iniziative e le sperimentazioni promosse in attuazione del Piano quadriennale

regionale (DCR 999/2020), la programmazione sociosanitaria e quella sociale territoriale al fine di favorire il consolidamento e la sostenibilità delle azioni e degli interventi realizzati e una presa in carico unitaria.

Nel 2020, infatti, sono state promosse due sperimentazioni di interesse regionale, ed una misura dedicata ad un target particolarmente fragile e vulnerabile, quale gli orfani per femminicidio e gli orfani per crimini domestici, finalizzate ad ampliare l'offerta dei servizi dedicati al tema della violenza sulle donne, nonché a migliorarne la qualità attraverso l'individuazione di modelli di presa in carico integrata e omogenea sul territorio regionale:

- a) *Progetto sperimentale a governance ATS Brescia a favore di donne minorenni vittime di violenza e minori vittime di violenza assistita (risorse stanziare € 450.000,00)*, il cui obiettivo è la elaborazione di Linee guida che definiscano procedure/interventi di presa in carico e di accesso ai servizi da parte di donne minorenni vittime di violenza e minori vittime di violenza assistita, nonché la creazione di un modello di rete territoriale basata sull'integrazione operativa tra tutti i Soggetti/Enti che, sulla base di competenze specifiche, multidisciplinari e altamente specializzate, concorrono al contrasto del fenomeno della violenza assistita, al fine di sperimentare un modello di presa in carico che potrebbe essere successivamente esteso al resto del territorio regionale, tramite le ATS competenti per territorio;
- b) *sperimentazione a governance ATS della Città Metropolitana di Milano rivolta a uomini autori di violenza (risorse stanziare € 300.000,00)*, il cui obiettivo è la strutturazione di un sistema di presa in carico e di interventi destinato a uomini autori di violenza, anche nell'ottica di attuazione della L. n. 69/2019 (Codice Rosso), finalizzato alla realizzazione di percorsi/programmi di riabilitazione e prevenzione della recidiva nell'ottica della messa in protezione delle vittime di violenza. L'obiettivo sarà perseguito attraverso l'elaborazione di Linee guida che definiscano procedure/interventi di presa in carico integrata e di aggancio degli uomini maltrattanti nonché la creazione di un modello di rete territoriale basata sull'integrazione operativa tra tutti i Soggetti/Enti che, sulla base di competenze specifiche, multidisciplinari, valorizzando in particolare le esperienze ed il know out di quei soggetti che da tempo operano sul territorio regionale, al fine di sperimentare un sistema che potrebbe essere successivamente esteso al resto del territorio regionale, tramite le ATS competenti per territorio.

Inoltre, in attuazione dell'art 7 bis l.r. 11/2012 che prevede la promozione per finalità di sostegno di interventi, anche di carattere finanziario, a favore degli orfani per femminicidio e orfani per crimini domestici di età non superiore ai ventisei anni e dei figli minori vittime di violenza assistita, con D.G.R. n. 3760/2020 è stata attivata la

misura sperimentale a favore di Orfani di femminicidio, Orfani per crimini domestici di età non superiore ai ventisei anni, a gestione tecnico amministrativa ATS di Brescia, attraverso la concessione di un contributo una tantum pari ad € 5.000,00, assegnato sulla base di precisi criteri e requisiti definiti, (risorse regionali stanziare € 262.225,00). Con DGR n. 4905/2021 tale misura è stata rifinanziata con ulteriori € 212.224,00, per uno stanziamento complessivo dedicato pari a € 474.449,00, procedendo contestualmente alla modifica di un requisito di accesso dei destinatari, al fine di rendere più accessibile possibile la misura.

Durante il 2022 verranno promossi degli incontri coinvolgendo le ATS e le ASST al fine di condividere gli esiti delle sperimentazioni e di definire i livelli di integrazione e di collaborazione tra tutti gli enti coinvolti al fine di superare la frammentazione degli interventi e individuare un modello di presa in carico omogenea.

Sostegno all'inclusione sociale, all'autonomia e al mantenimento al domicilio delle persone anziani e disabili

Nell'ambito della presa in carico integrata delle fragilità devono trovare posto gli interventi a supporto dell'autonomia e della socializzazione delle persone anziane e disabili e il supporto alle famiglie con carichi di assistenza elevati.

Si tratta di bisogni che richiedono interventi flessibili, valutazione degli aspetti sociali, sociosanitari e sanitari, integrazione delle professionalità e delle competenze e sviluppo di progetti personalizzati che tocchino tutte le dimensioni di vita della persona.

Nello specifico nel 2022 proseguono gli interventi, previsti dalla D.G.R. n. 7487/17, di presa in carico multidimensionale di anziani fragili e dei caregiver di familiari volti al mantenimento del benessere personale e relazionale, a migliorare la qualità della vita, e a contrastare l'isolamento, e a favorire la permanenza al domicilio evitando o ritardando l'istituzionalizzazione, attraverso azioni e interventi a carattere educativo e interventi di supporto e assistenza nei bisogni del vivere quotidiano.

Ad integrazione degli interventi rivolti alle persone disabili, la D.G.R. 7487/17 prevede inoltre l'attivazione di interventi, finalizzati all'inclusione sociale, al potenziamento dell'autonomia personale e all'acquisizione di competenze propedeutiche all'inserimento lavorativo.

In particolare, al fine costruire percorsi sempre più personalizzati di risposta al bisogno delle famiglie in particolare quelle con elevati carichi di cura assistenziali, con D.G.R. 5756/2021, è stata rinnovata la Misura a favore degli assistenti familiari con l'emanazione di nuove modalità oltre al rifinanziamento (1.500.000,00 euro) della Misura relativa allo sviluppo di interventi a favore del lavoro di assistenza e cura svolto dagli assistenti familiari di cui alla D.G.R. n. 914/2018 - l.r. 15/2015 per il potenziamento della stessa.

Il budget è stato ripartito in base alla popolazione di età superiore o uguale a 65 anni residente sul rispettivo territorio per il tramite delle ATS. Le ATS nel loro ruolo di

governance complessiva hanno compiti di liquidazione delle risorse agli ambiti, verifica dei requisiti degli sportelli e liquidazione dei budget agli Ambiti territorialmente competenti anche al fine del collegamento della presente misura con il sistema dei servizi sociosanitari.

Inclusione attiva, contrasto alla povertà e alla marginalità

Nell'area della presa in carico tempestiva delle fragilità sociali saranno inoltre programmati e rafforzati gli interventi finalizzati all'inclusione sociale, all'integrazione nel mercato del lavoro e al rafforzamento della coesione delle comunità per prevenire il rischio di esclusione sociale, di povertà e di marginalità. In particolare:

- Percorsi per l'inclusione sociale e lavorativa finalizzati all'aggancio dei componenti del nucleo familiare che vivono una situazione di vulnerabilità, disagio ed esclusione sociale al fine di favorire e rendere sostenibile l'inserimento nel mercato del lavoro;
- Realizzazione di interventi volti all'aggancio delle persone fragili (giovani o giovani adulti), che presentano situazioni di tensione, disagio e/o problematiche di dipendenza e sofferenza psichica coesistenti, di norma, con altre problematiche sociali e familiari, nei contesti aggregativi e del divertimento, per attività di prevenzione e riduzione dei rischi. (D.G.R. n. 2732/2019 "Finanziamento per la messa a sistema del modello di intervento regionale a favore di giovani e adulti a grave rischio di marginalità");
- Realizzazione di interventi di presa in carico delle persone in condizioni di grave marginalità (adulti a rischio di esclusione sociale, in situazioni di disagio conclamato, derivante anche da problemi di abuso e sofferenza psichica), nei contesti in cui il disagio si manifesta, al fine di favorire l'accesso integrato alla rete dei Servizi sociosanitari. (D.G.R. n. 2732/2019 "Finanziamento per la messa a sistema del modello di intervento regionale a favore di giovani e adulti a grave rischio di marginalità").

In questo contesto prosegue la programmazione degli interventi di tutela delle persone sottoposte a provvedimenti dell'autorità giudiziaria (legge regionale 25/2017) attraverso il rafforzamento e miglioramento della capacità del sistema di promuovere interventi personalizzati, modulari e diversificati in grado di offrire una risposta proporzionata/adequata all'intensità del bisogno identificato attraverso l'integrazione della funzione educativa, per offrire con la presa in carico sociale opportunità diverse da quelle già conosciute e percorse, con la presa in carico socio sanitaria, con particolare attenzione alle situazioni di fragilità (persone con problematiche di dipendenza, disagio psichico, donne e madri con figli).

La realizzazione di un percorso di recupero personale è costruito su tre pilastri: relazioni familiari, inserimento lavorativo e relazioni con il contesto territoriale e sociale (anche attraverso l'accompagnamento all'abitare e nell'abitare). Il sostegno a iniziative di giustizia riparativa che supportino il processo di responsabilizzazione dell'autore di reato, la ricostruzione delle reti educative,

familiari e sociali e la rielaborazione del reato stesso ne sono gli strumenti, per la realizzazione del progetto di recupero anche in un'ottica di prevenzione.

Il potenziamento dei percorsi di inclusione sociale attiva richiede un rafforzamento e valorizzazione delle connessioni e delle reti con il sistema economico, in particolare dell'economia sociale, del territorio in linea con il processo di transizione, promosso dall'Unione europea e dall'Agenda 2030 delle Nazioni Unite¹, verso una competitività sostenibile e un'economia a servizio dei cittadini, in cui nessuno è lasciato indietro. In questo contesto è inserisce il già costituito Tavolo tecnico di cui alla legge regionale 25/2017. Il lavoro di intesa avviato, ad oggi, ha offerto un'ulteriore possibilità di sperimentare la promozione di reti (tra Amministrazioni, imprese, soggetti del Terzo Settore) e di integrazione (tra risorse e programmi nazionali ed europei, tra Amministrazioni e interna alla medesima Amministrazione), introducendo nuovi modelli di intervento. La messa a sistema di un sistema di governance territoriale è finalizzata a garantire l'integrazione dei servizi socio-sanitari e di inclusione socio-lavorativa delle persone sottoposte a provvedimenti limitativi o privativi della libertà personale emanati dall'Autorità giudiziaria, l'integrazione delle risorse finanziarie, umane e strumentali dei servizi territoriali e delle articolazioni territoriali dell'Amministrazione della Giustizia,

La vulnerabilità cui sono esposti i cittadini in condizioni economiche precarie si interseca con altre fragilità come quella abitativa, relazionale ed educativa. Questa situazione rischia di produrre un aumento delle disuguaglianze sociali e di accesso alle opportunità di benessere e di partecipazione attiva.

Per questo motivo Regione Lombardia nel 2022 sarà impegnata, in collaborazione con gli uffici di piano, le ATS e la ASST, nella programmazione integrata e trasversale di politiche di intervento finalizzate a contrastare il rischio di Povertà, attraverso:

- definizione del Piano Povertà 2021 – 2023 che individua le linee di sviluppo delle Politiche regionali per la prevenzione e il contrasto alla povertà nel quadro di attuazione delle misure nazionali (d.lgs n. 147/2017), tenendo conto della specificità del territorio e della necessità di integrare gli interventi nella rete dei servizi esistenti;
- realizzazione di misure di contrasto alla povertà alimentare con risorse dedicate ad assicurare attività di riconoscimento, tutela e promozione del diritto al cibo (in attuazione della d.g.r. 3959/2020)
- sperimentazione, nel territorio di pertinenza dell'ATS di Milano, di un progetto per la realizzazione di azioni di contrasto alla povertà, anche alimentare, caratterizzato dal lavoro di rete con tutti i soggetti che

¹ Cfr. Comunicazione della Commissione europea COM (2019) 650 "Strategia annuale di crescita sostenibile 2020".

condividono gli obiettivi di prevenzione e contrasto alla povertà e dall'integrazione degli interventi.

LA MEDICINA DI GENERE

Con la finalità di promuovere uguaglianza ed equità nelle cure, Regione Lombardia intende proseguire il percorso avviato già da molti anni nell'ambito della Medicina di Genere riconoscendo come le differenze biologiche legate al sesso e socioculturali legate al genere, siano capaci di incidere significativamente sullo stato di salute e di malattia della persona umana. In ottemperanza alle quattro aree di intervento previste nel Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere legge N.3/2018 e per le motivazioni suddette si declinano i seguenti indirizzi:

1. Area dei Percorsi Clinici di Prevenzione, Diagnosi, Cura e Riabilitazione: favorire l'appropriatezza e la personalizzazione dei percorsi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione considerando le differenze legate al sesso e al genere.

Obiettivo: Predisporre PDTA in ottica di sesso-genere che consentano a livello aziendale e territoriale un approccio multidisciplinare e multiprofessionale alle patologie, promuovendo il lavoro di equipe attraverso l'integrazione e la comunicazione trasversale tra tutti gli operatori sanitari e sociosanitari coinvolti, monitorando gli effetti mediante indicatori di processo e di esito sesso-genere che permettano la valutazione e il monitoraggio delle azioni di miglioramento avviate.

2. Area della ricerca e dell'innovazione: promuovere la ricerca biomedica, farmacologica e psico-sociale basata sulle differenze di sesso e di genere.

Obiettivo: Implementare la ricerca biomedica sui meccanismi di patogenesi, sull'identificazione di marcatori diagnostici, prognostici e predittivi di risposta alla terapia e di bersagli terapeutici e sull'utilizzo di dispositivi medici in un'ottica di sesso e genere.

3. Area della formazione e dell'aggiornamento professionale: realizzare iniziative formative volte a diffondere i principi della medicina di genere a tutti gli operatori sanitari e sociosanitari.

Obiettivo: Prevedere nei Piani formativi Regionale ed aziendali attività formative trasversali finalizzate alla promozione e alla diffusione della cultura della Medicina di Genere attraverso iniziative rivolte a tutto personale operante nelle strutture socio-sanitarie.

4. Area della comunicazione e informazione: mettere in campo una attività di comunicazione istituzionale al fine di diffondere all'opinione pubblica la cultura della medicina di genere.

Obiettivo: impostare strategie di comunicazione rivolte alla popolazione generale mirate a sottolineare e diffondere come le differenze di sesso e

genere possono influenzare e modificare lo stato di salute e di malattia.

CONTRATTI NELL'AREA SOCIOSANITARIA E DELLA SALUTE MENTALE NON INTERCOMPANY

PROGRAMMAZIONE DI NUOVE CONTRATTUALIZZAZIONI NELL'AREA DELLE RSA, RSD, CSS

Nel corso del 2021 la rete di offerta consolidata e sperimentale delle unità di offerta sociosanitarie, comprese quelle derivanti dal processo di nuova contrattualizzazione andata a regime nel 2020 per effetto dell'applicazione delle determinazioni di sviluppo di cui alla DGR XI/1987 del 23/07/2019, ha gestito i servizi garantendo l'applicazione delle regole di prevenzione e controllo covid correlate come progressivamente aggiornate e intese al recupero della capacità produttiva. Il quadro della programmazione di nuove contrattualizzazioni in ambito sociosanitario deve quindi tenere conto di una serie di fondamentali e straordinari elementi di contesto, e precisamente:

- dei processi evolutivi in atto in ambito normativo nazionale (Legge di Riforma dei servizi per la non autosufficienza, requisiti delle RSA, potenziamento del sistema delle cure domiciliari, legge sulla disabilità, standard per l'assistenza territoriale);
- del percorso di attuazione della nuova legge del SSR, n. 22/2021 che verrà implementato a partire dal 2022;
- di un quadro di contesto locale caratterizzato:
 - da una produzione quantitativamente condizionata dal sistema di regole di gestione attualmente vigente e volto a prevenire eventuali contagi nelle strutture e che quindi, a fronte della sua instabilità rispetto al trend storico, non è opportuno considerare quale elemento concorrente alla valutazione della programmazione di nuovi contratti;
 - da una rete che, nella stragrande maggioranza dei casi, è costituita da unità di offerta gestite da realtà del terzo settore, incardinate sui diversi territori e frutto della solidarietà storicamente sviluppatesi a livello locale, realtà che, per il capitale sociale che rappresentano e che in esse opera, non possono che rappresentare un elemento specificamente qualificato e di interesse per il decisore regionale in quanto nucleo espresso dalla società civile organizzata, attiva e solidale del territorio di riferimento e sede di sinergie interistituzionali locali che favoriscono l'inserimento dell'attività delle singole unità di offerta in una filiera che potenzia l'inclusione della persona e della famiglia sul territorio stesso;
 - da un assetto del sistema di offerta che presenta territori di ASST sotto l'indice della media regionale di copertura di posti a contratto, delineando pertanto un fabbisogno specifico da considerare in funzione del miglioramento del livello di omogeneità nell'accesso ai servizi in una logica di prossimità e di libertà di scelta;
 - dal vincolo delle risorse di FSR, tenuto conto degli altri fabbisogni di salute che

vanno contestualmente considerati e temperati, a tutela dell'equilibrio economico finanziario di sistema;

- del quadro giurisprudenziale delineatosi in materia;
- del processo di contrattualizzazione attuato nel 2019 nelle aree delle unità di offerta per la non autosufficienza con DGR XI/1987/2019 con effetto a regime nel 2020, con esclusione delle RSA;
- dalle risorse già specificamente destinate all'area delle dipendenze con Legge 23/2020;

Occorre quindi tenere conto, nella programmazione di nuove contrattualizzazioni nell'area delle RSA, della straordinaria gravità dell'impatto prodotto dal Covid che, in questo ambito, ha reso addirittura necessario, all'inizio della pandemia, ricorrere al blocco degli ingressi. La situazione che si osserva oggi è ancora peraltro condizionata dagli effetti della pandemia, come ad esempio si rileva richiamando l'impatto prodotto dall'applicazione delle regole covid sulla dinamica del turn over nelle strutture e, conseguentemente, nella dinamica del livello di utilizzo dei posti disponibili.

In questo quadro occorre richiamare la giurisprudenza amministrativa (CdS, sentenza n. 05295/2021 REG.PROV.COLL. del 13/07/2021), che ha fissato in materia di contrattualizzazione principi così sintetizzabili. "Il soggetto accreditato per un determinato numero di posti non vanta una pretesa piena alla contrattualizzazione per il medesimo numero di posti, esso... - è comunque titolare di una posizione di aspettativa nei confronti dell'Amministrazione, avente ad oggetto il corretto e tempestivo esercizio del suo potere di programmazione, sia nella prospettiva della determinazione del fabbisogno di prestazioni sanitarie da acquistare da soggetti privati accreditati, sia dal punto di vista della ripartizione delle risorse disponibili tra i medesimi soggetti accreditati, secondo criteri trasparenti ed ispirati a principi di parità di trattamento, efficienza ed imparzialità, in vista del migliore perseguimento dell'interesse pubblico all'erogazione del servizio sanitario secondo adeguati standards qualitativi. Deve altresì rilevarsi che è connotato al potere di programmazione, correttamente esercitato, il suo costante adeguamento alla situazione fattuale, al fine di tenere conto, da un lato, del concreto bisogno espresso dal territorio di dette tipologie di prestazioni sanitarie o socio-sanitarie, dall'altro lato, della concreta capacità di assicurarle da parte dei soggetti accreditati secondo criteri di appropriatezza e adeguatezza qualitativa: entrambi profili soggetti ad inevitabile evoluzione e necessitanti, per tale ragione, di essere costantemente monitorati al fine di garantire l'assunzione di scelte programmatiche coerenti ed efficaci. In tale contesto, non può non risultare disfunzionale, rispetto agli scopi propri del potere di programmazione, come innanzi individuati, l'ancoraggio dell'attività di determinazione dei budgets (e quella conseguente di contrattualizzazione) ai dati storicamente rilevati così come alle quote di ripartizione delle risorse tra le strutture accreditate anteriormente determinate, in mancanza di alcuna effettiva verifica intesa ad accertare la loro perdurante rispondenza agli effettivi bisogni da soddisfare.

Altro concorrente rilievo operato dal CdS attiene al "trattamento differenziato di cui il settore delle RSA, nel quale essa - la ricorrente Ndr- principalmente opera, è destinatario rispetto a quelli della disabilità e degli hospice, che sarebbero invece

immediatamente interessati dal delineato processo di riordino".

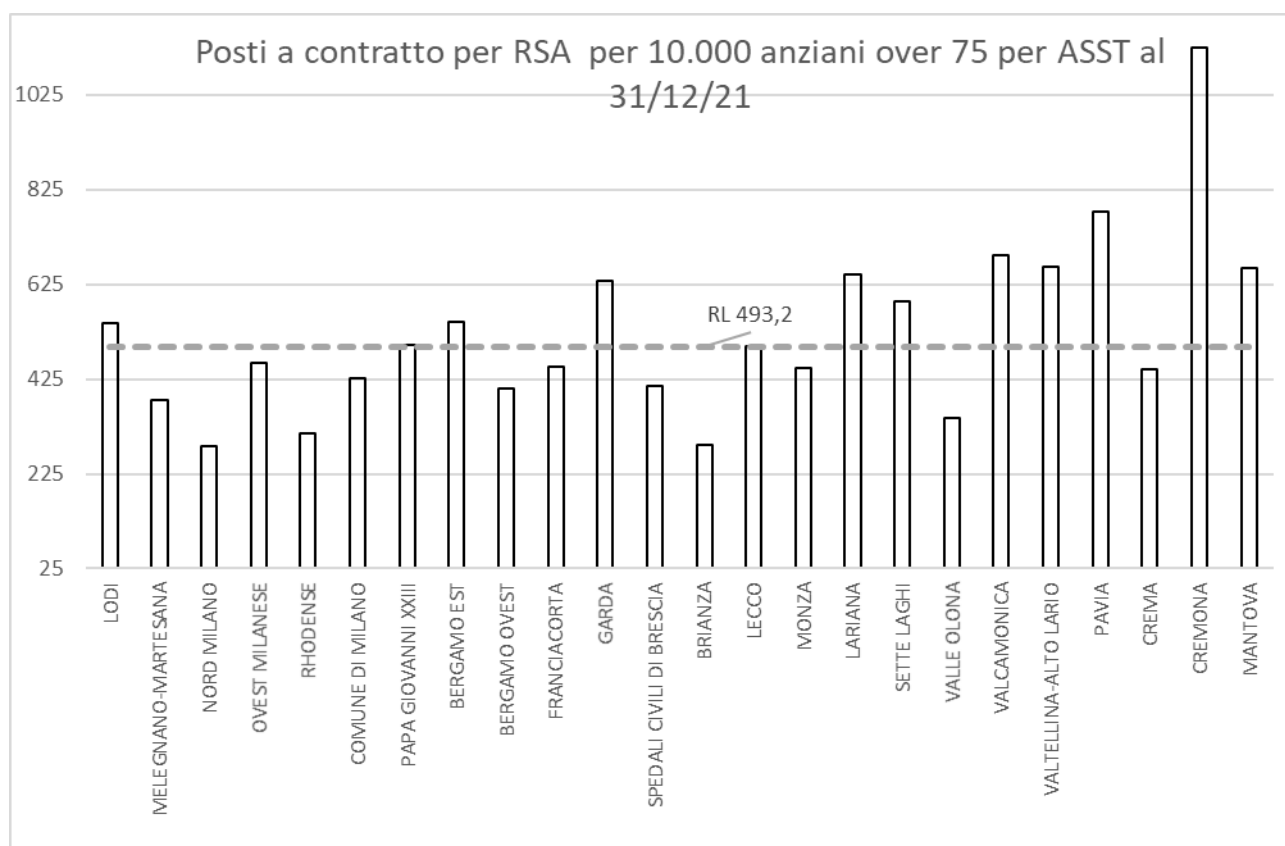
Si ritiene quindi di dover recepire, nei limiti delle risorse disponibili, tali statuizioni:

- attualizzando il dato programmatico e adeguandolo alla situazione fattuale (al fine di rilevare il concreto fabbisogno assistenziale espresso dal territorio);
- verificando previamente la rispondenza delle risorse assegnate ai soggetti accreditati e contrattualizzati (budgets) agli effettivi bisogni da soddisfare;
- non limitando tale attività programmatica, di ricognizione e monitoraggio, ai servizi per la disabilità, agli Hospice, e ai servizi semiresidenziali per gli anziani (come avvenuto con DGR XI/1987/2019), bensì estendendola alle RSA.

Di seguito sono riportate più diffusamente le evidenze relative ai suddetti punti a), b) e c).

i riepilogano, innanzi tutto, le risultanze istruttorie, che forniscono indicatori utili a individuare le zone carenti di adeguata offerta di RSA (Grafico 1): rispetto alla media regionale (493,2 posti a contratto ogni 10000 anziani over 75) sono evidenziate le ASST (fatto salvo per il territorio del comune di Milano che in allineamento agli indirizzi di programmazione seguiti nel 2019, viene considerato come territorio complessivo ai fini della valutazione degli indici di copertura) oltre tale media e quelle risultate carenti, ovvero al di sotto della suddetta media.

Grafico 1 - esiti rilevazione effettuata per individuare aree carenti, dato l'attuale livello di contrattualizzazione



- a) in secondo luogo, è stata condotta un'analisi al fine di verificare la rispondenza delle risorse assegnate ai soggetti accreditati e contrattualizzati (budget) agli effettivi bisogni da soddisfare: nello specifico è stata ricostruita la distribuzione del grado di consumo del budget (Tab. 1) e la distribuzione del livello di saturazione dei posti a contratto (tab. 2)

Tab. 1 - Numero RSA per livello di consumo di budget (produzione/budget), 2017-2019

Produzione/budget	2017	2018	2019
<95%			1
95-98%	1	1	7
98-100%	194	158	139
>100%	470	505	517
Totale complessivo	665	664	664

La situazione del consumo di budget delle RSA evidenzia un generale e consolidato

livello di utilizzo da parte delle strutture interessate: in tutti gli anni prevale una condizione di utilizzo oltre il 100% del budget.

Tab. 2 - Numero RSA per livello di saturazione, 2017-2019

saturazione	2017	2018	2019
<95%	55	19	18
95-98%	64	50	54
98-99%	78	82	75
>99%	468	513	517
Totale complessivo	665	664	664

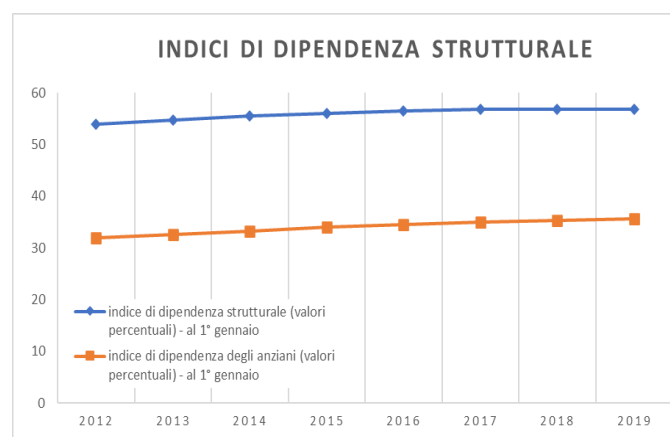
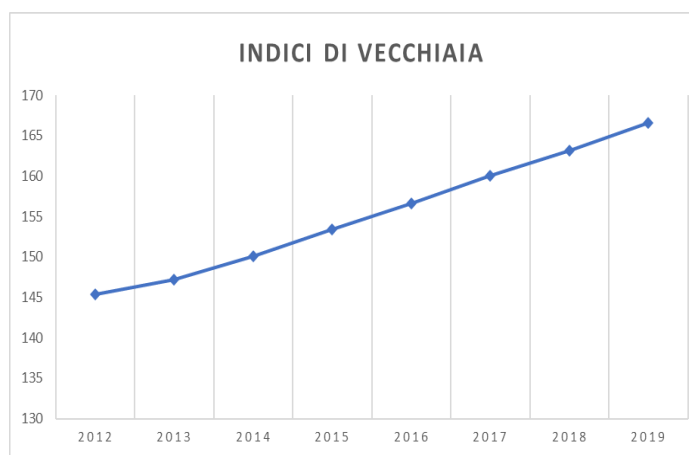
Anche gli indicatori sulla saturazione dei posti a contratto – che evidenziano che in tutti gli anni in questione, la situazione che prevale è quella di un'occupazione prossima al 100% - confermano che, nel lungo periodo, non risulta un livello di produzione programmato superiore rispetto ai reali fabbisogni espressi dai territori.

Queste evidenze testimoniano che la conferma dei budget alle strutture contrattualizzate non costituisce una mera attività inerziale/un automatico trascinarsi del dato pregresso (cd storicizzazione), ma corrisponde ad un'attuale valutazione di coerenza rispetto al fabbisogno assistenziale espresso dai territori.

Si precisa inoltre che l'eventuale scelta alternativa di riduzione del budget agli erogatori al fine di costituire una riserva da distribuire ai soli accreditati, determinerebbe un vulnus letale non solo a tali operatori che, confidando nel livello di produzione e finanziamento hanno compiuto investimenti a medio e lungo termine e immobilizzazioni (mutui etc...), hanno contratto obbligazioni con i fornitori e col personale, ma all'intero sistema in termini di efficienza e, infine, all'utenza che vedrebbe inevitabilmente incrementate le rette assistenziali (si ricorda che gli enti gestori di servizi a compartecipazione come le RSA, per conseguire l'equilibrio economico devono cercare la copertura dei costi con il contributo della quota sanitaria a carico del SSN e della quota a carico dell'assistito/comuni).

Sono necessarie, infine, alcune riflessioni sulla situazione contingente. Si ritiene che i dati attuali sul ricorso ai servizi in questione (relativi agli anni 2020-2021), proprio perché impattati dalla situazione straordinaria dettata dall'emergenza pandemica, non possano essere considerati quali elementi rappresentativi del reale fabbisogno assistenziale strutturale di servizi per l'assistenza agli anziani. Quest'ultimo dipende infatti principalmente dalle dinamiche demografiche (il generale invecchiamento della popolazione le cui dimensioni sono riassunte nei grafici 2) e 3)) e non dagli effetti straordinari del fenomeno pandemico. Una volta che sarà superato il contingente, seppur perdurante, periodo di emergenza sanitaria pandemica, ci si aspetta che il fabbisogno assistenziale non si discosti da quello del 2019, elemento rispetto al quale la programmazione regionale di lungo periodo risultava coerente.

Grafici 2 e 3: indicatori sull'evoluzione del contesto demografico lombardo (vecchiaia* e dipendenza strutturale)



*rapporto tra cittadini con più di 65 anni e popolazione under 14; ** rapporto tra cittadini considerati in fasce d'età non autonome (<14 anni, >65 anni) e i cittadini tra i 14 e i 65 anni (oltre all'indicatore generale di dipendenza strutturale è evidenziato anche quello riferito ai soli anziani)

Si richiama l'attività programmatica, di ricognizione e monitoraggio realizzata nel 2019 in materia di servizi per la disabilità, in materia di Hospice in materia di servizi semiresidenziali per gli anziani (DGR XI/1987/2019). Con il suddetto provvedimento si era proceduto a una contrattualizzazione di posti accreditati e non a contratto, *“adeguando l'offerta territoriale alla crescita dei bisogni in un'ottica di prossimità... andando a rafforzare quei territori la cui offerta risultava sottodimensionata rispetto alle dotazioni medie regionali”* di alcune tipologie di offerta:

- Residenze Sanitarie Disabili +86 posti
- Comunità Socio Sanitarie per disabili +37 posti
- Centri Diurni Disabili +37 posti
- Centri Diurni Anziani + 234 posti
- Hospice +11 posti
- Ciclo Diurno Continuo +14 posti
- Centri Diurni Neuropsichiatria +5 posti

La stessa DGR XI/1987/2019 rinviava *“a successivo provvedimento la definizione di un percorso di adeguamento della rete d'offerta residenziale per gli anziani, per l'offerta residenziale inerente la psichiatria e la neuropsichiatria infantile nonché le misure riguardanti le disabilità sensoriali”*, oggetto di *“un lavoro di approfondimento e analisi da parte della Direzione Generale Welfare”*.

A seguito della realizzazione dell'analisi dei bisogni di servizi residenziali per anziani sin qui esposta, si ritiene di disporre degli elementi per procedere, in analogia a quanto già effettuato per i servizi oggetto della DGR XI/1987/2019, ad un

adeguamento dell'offerta di posti a contratto n RSA secondo quanto riportato nel paragrafo successivo.

Nell'ottica di perseguire una maggiore uniformità nella distribuzione territoriale e nell'intento di favorire la libertà di scelta dei cittadini, viene potenziata la dotazione di posti a contratto di RSA nelle aree carenti, ossia gli ambiti (leggasi ASST, fatto salvo per il territorio del comune di Milano che in allineamento agli indirizzi di programmazione seguiti nel 2019, viene considerato come territorio complessivo ai fini della valutazione degli indici di copertura) con una dotazione di posti a contratto inferiore alla media regionale (493,2 posti ogni 10.000 anziani over 75). Nell'ambito del processo di contrattualizzazione qui declinato, i distretti vengono considerati secondo i perimetri coincidenti con il territorio complessivo di ASST, dovendo ancora concludersi il percorso di definizione dei nuovi perimetri in applicazione della L.R. 22/2021.

Al fine di consentire il suddetto allineamento verso la media regionale, si procederà ad attivare posti aggiuntivi quanto maggiore è la distanza dell'ambito dalla media regionale, secondo il seguente criterio

Tab. 3

Indice di copertura dell'ambito (posti ogni 10.000 anziani over 75) al 31/12/2021	Posti aggiuntivi a contratto per ambito ogni 10.000 anziani over 75
<300	6,2
300-350	5,8
350-400	5,4
400-450	5
450-480	4,6
480-493,2	4,2

Per essere contrattualizzati i posti aggiuntivi dovranno risultare accreditati con registrazione sul registro regionale alla data del 31/12/2021 e non già oggetto di protocolli negoziali per l'assistenza postacuta; non possono essere contrattualizzati ai sensi della presente manovra eventuali posti oggetto di piano programma non concluso.

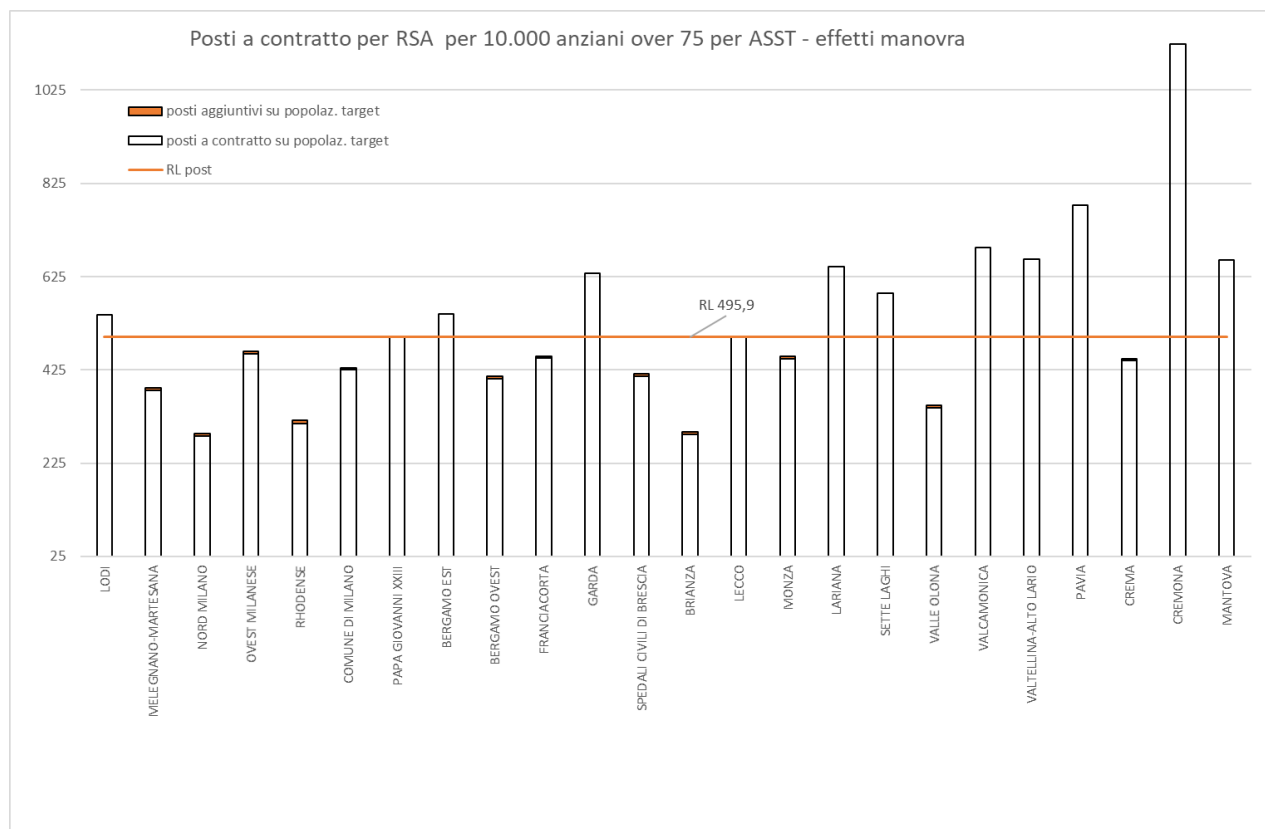
Nel caso in cui nell'ambito insistano posti accreditati e non a contratto (al netto dell'assistenza postacuta/piani programma) superiori a quelli aggiuntivi attivabili ai sensi della tab. 3, tutte le strutture interessate potranno ottenere posti aggiuntivi in proporzione al rapporto tra i posti aggiuntivi di ambito ai sensi della tab. 3 e i posti accreditati e non a contratto di ambito (al netto dell'assistenza postacuta/piani programma); il risultato numerico sarà approssimato all'unità più prossima. In ogni caso, nella logica della gradualità, è definito un tetto massimo di posti aggiuntivi per struttura ai sensi della presente manovra pari a 30.

Nella tab. 4 e nel successivo Grafico 3 si riporta l'indicatore pre-manovra, l'effetto di quest'ultima in termini di posti aggiuntivi, nonché la situazione post manovra

Tab. 4

ASST	Posti a contratto ogni 10.000 over 75 pre manovra	posti aggiuntivi*	Posti a contratto ogni 10.000 over 75 post manovra
LODI	543,0	0	543,0
MELEGNANO-MARTESANA	380,2	37	385,7
NORD MILANO	283,1	20	288,7
OVEST MILANESE	460,0	24	464,6
RHODENSE	310,3	33	316,3
COMUNE DI MILANO	426,0	42	428,3
PAPA GIOVANNI XXIII	497,6	0	497,6
BERGAMO EST	544,9	0	544,9
BERGAMO OVEST	406,3	23	411,5
FRANCIACORTA	449,7	12	454,5
GARDA	632,6	0	632,6
SPEDALI CIVILI DI BRESCIA	411,7	30	416,8
BRIANZA	286,5	48	292,8
LECCO	495,4	0	495,4
MONZA	448,8	12	454,0
LARIANA	645,6	0	645,6
SETTE LAGHI	589,7	0	589,7
VALLE OLONA	343,7	30	349,4
VALCAMONICA	686,8	0	686,8
VALTELLINA-ALTO LARIO	663,0	0	663,0
PAVIA	778,9	0	778,9
CREMA	444,4	9	449,5
CREMONA	1123,6	0	1123,6
MANTOVA	660,3	0	660,3
RL	493,2	320	495,9

*calcolato al netto dei posti già contratto in forza dell'adesione ai protocolli negoziali dell'assistenza postacuta e dei posti dei piani programma in corso e considerando il tetto massimo di posti aggiuntivi a contratto per struttura precisato nel testo del paragrafo sopra riportato



I posti saranno contrattualizzati, per un importo complessivo pari a 5.072.000 a regime a valere sulle risorse di cui alla macroarea delle unità di offerta sociosanitarie della DGR XI/5941/2022, dalle rispettive ATS a partire dal 1/05/2022, per un valore di budget calcolato tenuto conto del valore della produzione per utenza tipica per posto a contratto del 2019, rivalutata secondo gli aumenti tariffari di cui alle DDGR XI/4782/2020 e DGR XI/5340/2021.

A tal fine competenti i uffici della DG Welfare provvedono a trasmettere alle ATS le tabelle con l'individuazione delle RSA destinatarie dei nuovi posti a contratto e del corrispondente numero e il valore del corrispondente budget. Le ATS procedono quindi a proporre agli enti interessati la messa a contratto dei posti così individuati.

Le variazioni degli assetti contrattuali saranno recepite in occasione della sottoscrizione dei contratti per il 2022:

- nel caso di RSA di nuova contrattualizzazione attraverso la stipula di un nuovo contratto con effetti dal 1/5/2022;
- nel caso di RSA già a contratto, nella scheda budget sarà precisato il numero di posti a contratto fino al 30/4/2022 e i posti aggiuntivi oggetto di nuova contrattualizzazione a partire dal 1/5/2022.

In continuità e potenziamento del processo attuato nel 2019 con specifico riferimento all'area dei servizi residenziali per persone con disabilità, tenuto conto:

- delle liste di attesa sul territorio e del livello di saturazione raggiunto nelle strutture;
- del ruolo fondamentale che tali servizi hanno nel contesto della filiera di interventi e servizi funzionali all'attuazione del progetto di vita per persone che necessitano di media/alta protezione;

si prevede la messa a contratto dei posti di RSD e CSS ubicati nei territori di ASST sotto la corrispondente media regionale dei posti a contratto e fino a concorrenza della stessa (garantendo a tutte le strutture ubicate nella stessa ASST la stessa percentuale di contrattualizzazione di posti accreditati e non a contratto, con soglia minima di un posto aggiuntivo ai fini dell'arrotondamento). Per essere contrattualizzati i posti aggiuntivi dovranno risultare accreditati con registrazione sul registro regionale alla data del 31/12/2021. Nella tabella di seguito riportata sono indicate le ASST sotto media regionale destinatarie dei nuovi posti a contratto.

ASST	RSD	CSS
BRIANZA	0	20
COMUNE DI MILANO	0	8
LODI	5	0
NORD MILANO	0	9
PAPA GIOVANNI XXIII	5	0
VALTELLINA-ALTO LARIO	0	3
Totale complessivo	10	40

I posti saranno contrattualizzati, per un importo complessivo pari a circa 800.000€ a regime a valere sulle risorse di cui alla macroarea delle unità di offerta sociosanitarie di cui alla DGR XI/5941/2022, dalle rispettive ATS a partire dal 1/05/2022, per un valore di budget calcolato tenuto conto del valore di riferimento della DGR 1987/2019, rivalutato secondo gli aumenti tariffari di cui alle DDGR XI/4782/2020 e DGR XI/5340/2021; per le CSS è stata considerata anche la maggiorazione prevista per le giornate di presenza H24, tenuto conto della composizione media regionale della casistica che frequenta/non frequenta anche i CDD.

A tal fine competenti i uffici della DG Welfare provvedono a trasmettere alle ATS le tabelle con l'individuazione delle RSD/CSS destinatarie dei nuovi posti a contratto e del corrispondente numero e del valore di budget. Le ATS procedono quindi a proporre agli enti interessati la messa a contratto dei posti così individuati.

Le variazioni degli assetti contrattuali saranno recepite in occasione della sottoscrizione dei contratti per il 2022:

- nel caso di RSD/CSS di nuova contrattualizzazione attraverso la stipula di un nuovo contratto con effetti dal 1/5/2022;
- nel caso di RSD/CSS già a contratto, nella scheda budget sarà precisato il numero di posti a contratto fino al 30/4/2022 e i posti aggiuntivi oggetto di nuova contrattualizzazione a partire dal 1/5/2022.

In continuità al processo di potenziamento dell'area delle cure palliative residenziali avviato nel 2019 e proseguito con DGR XI/5340/2021, tenuto conto:

- del crescente livello di bisogno specifico;
- del contributo che il potenziamento di questa tipologia di servizi può offrire al sistema (ad esempio in termini di riduzione della pressione sulla rete ospedaliera e di miglioramento dell'appropriatezza)

si prevede la messa contratto dei posti di Hospice/Uocp livello residenziale ubicati nei territori di ASST sotto la corrispondente media regionale dei posti a contratto e fino a concorrenza della stessa (garantendo a tutte le strutture ubicate nella stessa ASST la stessa percentuale di contrattualizzazione di posti accreditati e non a contratto, con soglia minima di un posto aggiuntivo ai fini dell'arrotondamento). Per essere contrattualizzati i posti aggiuntivi dovranno risultare accreditati con registrazione sul registro regionale alla data del 31/12/2021. Nella tabella di seguito riportata sono indicate le ASST sotto media regionale destinatarie dei nuovi posti a contratto.

ASST	posti
VALLE OLONA	8
SPEDALI CIVILI DI BRESCIA	2
Totale complessivo	10

I posti saranno contrattualizzati, per un importo complessivo pari a circa 900.000€ a regime a valere sulle risorse di cui alla macroarea delle unità di offerta sociosanitarie di cui alla DGR XI/5941/2022, dalle rispettive ATS a partire dal 1/05/2022, per un valore di budget calcolato tenuto delle specifiche previsioni contenute nella DGR XI/5340/2021 per la casistica in questione.

Le variazioni degli assetti contrattuali saranno recepite in occasione della sottoscrizione dei contratti per il 2022:

- nel caso di Hospice/Uocp livello residenziale di nuova contrattualizzazione attraverso la stipula di un nuovo contratto con effetti dal 1/5/2022;
- nel caso di Hospice/Uocp livello residenziale già a contratto, nella scheda budget sarà precisato il numero di posti a contratto fino al 30/4/2022 e i posti aggiuntivi oggetto di nuova contrattualizzazione a partire dal 1/5/2022.

LA CONTRATTUALIZZAZIONE DI POSTI REALIZZATI MEDIANTE FINANZIAMENTI PUBBLICI

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

- A. per i casi di finanziamento statale: che il medesimo sia espressamente finalizzato allo sviluppo della rete sociosanitaria e, in particolare, alla realizzazione della specifica unità d'offerta da mettere a contratto; la stipula di un contratto di mutuo, anche se finalizzato, non può essere assimilabile alla condizione sopra richiamata;
- B. per i casi di finanziamento regionale: che il medesimo sia espressamente finalizzato allo sviluppo della rete sociosanitaria e, in particolare, alla realizzazione della specifica unità d'offerta da mettere a contratto, che risulti assegnato dalla Direzione Generale Welfare o, per i finanziamenti assegnati prima del 27/10/2015 (data della sua istituzione) dalla Direzione Generale competente per la programmazione della rete sociosanitaria e che il numero

di posti da mettere a contratto non superi quello previsto dall'intervento ammesso a finanziamento;

- C. che risultino concluse sia la realizzazione dell'intervento oggetto di finanziamento che la liquidazione del corrispondente contributo, con il saldo dello stesso.

In ogni caso, la messa a contratto è subordinata alla rinnovata valutazione, da parte della Regione, della compatibilità dell'intervento finanziato con la programmazione sociosanitaria, sulla base della valutazione del fabbisogno assistenziale da parte dell'ATS territorialmente competente, nel limite delle risorse disponibili.

Le assegnazioni di finanziamenti pubblici statali o regionali successive al 1° gennaio 2017 non costituiscono titolo per la messa a contratto delle unità d'offerta sociosanitarie mediante gli stessi realizzate, a meno che lo specifico provvedimento di assegnazione non lo stabilisca espressamente.

UNITA' DI OFFERTA IN PIANO PROGRAMMA

Per le unità d'offerta che concludono, nel corso del 2022, 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.

SPOSTAMENTO DI VOLUMI DI POSTI A CONTRATTO E DEL RELATIVO BUDGET

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

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

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

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

Le proposte di spostamento dovranno essere presentate dalle ATS ai competenti

uffici della DG Welfare, già corredate da proprio parere.

Le proposte dovranno attestare che:

- il trasferimento non comporta il fabbisogno di risorse aggiuntive per il sistema;
- le UDO che cedono posti non sono state realizzate con finanziamenti pubblici statali o regionali, finalizzati alla realizzazione dell'unità d'offerta, onde garantirne la destinazione d'uso e la restituzione di eventuali somme da rimborsare in relazione al finanziamento ricevuto;
- l'effettivo funzionamento delle udo che cedono i posti/volumi, nel quadro di quanto previsto al paragrafo del presente allegato che disciplina l'accreditamento sociosanitario, con particolare riguardo alle regole sui procedimenti di voltura dell'accreditamento e di riconoscimento di Enti Unici;
- il trasferimento proposto non fa venire meno la finalizzazione per cui era stato attivato quel contratto;

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

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

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

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

EFFETTI SUL CONTRATTO DEL PROCESSO DI DECADENZA DALL'ACCREDITAMENTO

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

PROCESSO DI NEGOZIAZIONE DEL CONTRATTO DEFINITIVO 2022 E PRIMI INDIRIZZI IN TEMA DI RIMODULAZIONE

Tenuto conto delle tempistiche di approvazione del presente provvedimento, si dispone il differimento del termine per la stipula del contratto definitivo 2022 al 30/06/2022 e, con esso, del termine di proroga dei contratti in essere, intendendosi conseguentemente ricalcolato il relativo valore a budget in ragione dei 6/12 del budget definitivo 2021.

In considerazione del mese di approvazione del presente provvedimento, il budget relativo ai nuovi posti a contratto previsti nell'ambito del presente allegato (RSA, RSD, CSS, Hospice) è calcolato con effetto decorrente dal 1/05/2022, allineando il termine per la relativa stipula a quello di cui al capoverso precedente. Con riguardo ai contratti relativi all'area della salute mentale territoriale non intercompany si rimanda al rispettivo allegato del presente atto, con riferimento a quanto previsto nel merito per la contrattualizzazione di quote di 43 san nell'ambito del valore del contratto definitivo 2022.

Ai fini della stipula le ATS utilizzano lo schema allegato al presente atto relativo all'area sociosanitaria e all'area non intercompany della salute mentale, entro il valore di budget di produzione che verrà aggiornato con successivo atto dei competenti uffici della DG Welfare entro il quadro delle risorse di FSR di cui alla Macro area 4 dell'allegato 1) alla DGR XI/5941/2022

In analogia, sono sottoscritti con le medesime tempistiche i protocolli negoziali dell'assistenza residenziale post acuta e delle altre sperimentazioni/misura, secondo i modelli all'uopo fornite dalla Direzione Generale Welfare. Anche nell'ambito di questi ultimi modelli viene prevista la proroga automatica per i primi 4 mesi dell'anno successivo (a partire quindi dal 2023) in analogia a quanto introdotto nello schema di contratto con la rete consolidata.

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

- per la Misura della RSA Aperta, delle sperimentazioni ex DGR X/3239/2012 e delle altre sperimentazioni attive sul territorio delle ATS nel quadro delle delibere di relativa approvazione e regolamentazione, facendo seguito alla nota regionale Protocollo G1.2021.0070901 del 23/12/2021, entro i limiti delle risorse di FSR assegnate nella Macroarea 4) delle unità di offerta sociosanitarie per euro 9.302.000 e della Macroarea 5) della presa in carico per euro 51.409.000, secondo la declinazione analitica dei budget di FSR 2022 specificati nei capitoli che seguono, le ATS procedono alla firma degli addendum contrattuali in essere;
- per le Misure non a budget della Residenzialità assistita e dei Minori in comunità è autorizzata l'estensione al 30/06/2022 degli effetti del contratto/convenzione/addendum in essere, considerando quindi il relativo sotto budget di ASST – ove applicato - calcolato in ragione dei 6/12 del sotto - budget 2021.

I contratti definitivi 2022 saranno pertanto sottoscritti entro il 30/06/2022 con validità - per la rete consolidata - dal 1/1/2022 - 31/12/2022, fatto salvo per le fattispecie

che comportano la variazione di elementi essenziali del contratto, in relazione alle quali l'efficacia del contratto decorre dal momento della sottoscrizione del contratto che tiene conto della variazione intervenuta.

REGOLE DI DETERMINAZIONE DEL VALORE DEI BUDGET 2022

Tenuto conto dello stato emergenziale ancora in corso, i budget del 2022 sono determinati confermando i budget definitivi sottoscritti per il 2021 in applicazione delle determinazioni di cui alla DGR XI/5340/2021, fatte salve le ipotesi di incremento per nuova contrattualizzazione ovvero per l'applicazione delle determinazioni in materia di CSS di cui ai paragrafi precedenti per presente allegato. E' confermata l'applicazione nel 2022 per la sola durata l periodo emergenziale come definita a livello normativo nazionale, l'applicazione della L.R. 24, secondo le modalità definite dalla DGR XI/4354/2021.

Con riferimento al 2022 si prevede che non possono accedere al contratto definitivo previsto entro il 30/06/2022 le unità di offerta sociosanitarie inattive (qualificate cioè da mancata produzione/mancanza di fattori di produzione) per le quali è già attivata (o è in corso di attivazione) da parte delle strutture di vigilanza delle ATS la verifica per cessazione attività di cui al paragrafo del presente provvedimento sulla decadenza dell'accreditamento sociosanitario. Qualora tale condizione si verifica successivamente alla stipula del contratto definitivo, la decadenza dal contratto si verifica per effetto della decadenza dall'accreditamento.

In ogni caso è esclusa la volturazione o lo spostamento di posti a contratto e relativo budget, in relazione a fattispecie di unità di offerta inattive. L'attualità della funzionalità dell'unità di offerta è accertata nell'ambito del procedimento di ATS avviato a fronte delle domande di voltura/spostamento di posti a contratto.

Si anticipa che con il ripristino delle condizioni di normalità, nell'ottica del pieno impiego delle risorse, le successive regole di gestione del SSR potranno prevedere meccanismi di perdita del contratto in caso di rilevante ipo-produzione accertata secondo soglie definite dai relativi provvedimenti.

Per quanto concerne gli acconti mensili, è confermata la percentuale del 95% di 1/12 del budget annuale, da applicare all'importo dello stesso come sopra definito. In caso di temporanea inattività o sospensione delle attività (senza erogazioni di servizi) gli acconti mensili vengono sospesi.

La regolazione dei saldi definitivi avviene entro 60 giorni dalla conclusione dei processi di validazione/riconciliazione regionale effettuati nell'ambito delle attività di chiusura contabile, compatibilmente con l'espletamento dei controlli di competenza, fatto salvo il contenzioso comprovato e in ogni caso nell'ambito del decreto di assegnazione approvato dalla competente Direzione Generale.

Al fine di consentire una gestione delle risorse flessibile tra i diversi setting assistenziali dell'attività di Cure Palliative a gestione ASST/IRCSS, sulla scorta dei processi con cui le aziende hanno trasformato i propri assetti per rispondere alle esigenze pandemiche, è estesa anche alle Aziende Intercompany, la possibilità di aderire alla modalità del budget di filiera per l'area delle cure palliative. I budget di produzione dovranno allinearsi a quanto assegnato con decreto 1492 del 11/02/2022.

IL CONTRATTO 2022 DI ENTE UNICO ANCHE TRASVERSALMENTE SU DIFFERENTI

TIPOLOGIE DI UNITA' DI OFFERTA

Si prevede di prorogare eccezionalmente per il solo esercizio 2022, la possibilità per l'Ente gestore riconosciuto come Ente unico di chiedere, anche trasversalmente sulle differenti tipologie di unità di offerta sociosanitarie ricomprese nell'atto che lo riconosce Ente unico, la stipula di un "contratto di filiera". Il valore del budget è pari alla somma dei budget definitivi sottoscritti nel 2021 sui diversi setting oggetto del contratto di filiera con rilevanza complessiva e indistinta in termini di livello di relativo assorbimento a fine esercizio. Tenuto conto di un contesto di gestione qualificato sin dal 2021 da un processo di rimodulazione delle attività assistenziali della rete di offerta e non da una disposizione di blocco totale e continuativo delle stesse, si prevede che eventuali forme di ristoro che dovessero essere successivamente previste a livello nazionale, non troveranno applicazione nelle ipotesi di unità di offerta inattiva (senza produzione sull'esercizio), neanche con riferimento alle fattispecie di contratto di filiera. La stessa determinazione trova applicazione già nel 2021. In ipotesi di contratto di filiera il budget dell'unità di offerta concorre infatti – come sul 2021 - alla copertura del livello di produzione di filiera, ma la struttura non è autorizzata a proporre istanza di ristoro per mancata produzione. Al fine della stipula del contratto, rimane fermo l'utilizzo dello schema tipo approvato per l'area sociosanitaria con il presente provvedimento, integrato con l'indicazione di tutte le UDO con esso contrattualizzate sull'esercizio 2022, con una scheda di budget per struttura e una scheda di riepilogo dell'afferenza alla filiera, trasversalmente riferita ai setting in esso ricompresi.

Il contratto di filiera di Ente unico non può comportare la storicizzazione sull'esercizio successivo della dinamica di assorbimento delle risorse di budget che produrrà sul 2022 sui diversi setting assistenziali sui quali è declinato. Una volta superata l'attuale situazione di emergenza, la programmazione regionale potrà tornare a riferirsi alla produzione effettiva delle singole UDO in filiera (quindi al netto delle quote di produzione trasversalmente assorbite dalle altre UDO in filiera) ai fini della determinazione del valore del contratto definitivo per l'esercizio successivo.

Nel corso dell'anno 2022 verrà avviato un gruppo di lavoro regionale con la partecipazione delle ATS ai fini di approfondire quanto previsto all'art. 15 c. 12 bis della Legge Regionale 33/2009, e questo con riferimento sia all'ambito territoriale che del polo ospedaliero.

INDIRIZZI PER LA GESTIONE DEL PROCESSO DI RIMODULAZIONE DELLE RISORSE DEL FSR

La possibilità di effettuare rimodulazioni dei budget nel corso del 2022 sarà valutata, nel pieno rispetto dell'equilibrio economico finanziario di sistema e nell'ambito degli stanziamenti per la Macroarea delle unità di offerta sociosanitarie e delle misure di cui alla DGR XI/5941/2022, alla luce del complesso delle indicazioni della normativa regionale/nazionale sui sistemi di remunerazione (con particolare riguardo alle speciali condizioni legate all'emergenza), oltre che della necessità del rispetto delle tempistiche di chiusura dei bilanci delle aziende del SSR. In ogni caso la rimodulazione sarà operata in una logica di piena allocazione delle risorse di FSR assegnate alle ATS e di trasversalità nell'ambito del sistema della rete consolidata e sperimentale dei servizi sul territorio. Si demanda pertanto a successivo atto della DG competente la definizione delle regole definitive per l'applicazione del processo di rimodulazione, tenuto conto della dinamica dell'emergenza

pandemica e dell'eventuale evoluzione del quadro normativo diretto a disciplinarla.

MISURE INNOVATIVE A FAVORE DELLA POPOLAZIONE FRAGILE

Nel quadro delle risorse di FSR definite per l'esercizio 2022, fino a complessivi euro 60.711.000 di cui per euro 51.409.000 nella Macroarea 5) della presa in carico di cui all'allegato 1) del presente provvedimento e 9.302.000 nella Macroarea 4) delle unità di offerta sociosanitarie, fatto salvo il previo utilizzo di accantonamenti già nella disponibilità del bilancio delle ATS sulle risorse del FSR, al fine di garantire continuità agli interventi in favore della popolazione fragile relativamente alle seguenti Misure Innovative e Sperimentazioni:

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

si conferma la loro prosecuzione nel 2022 richiamando le previsioni di cui alla DGR XI/4773/2021. I contratti 2022 per le misure sono sottoscritti dalle ATS con le stesse tempistiche e la stessa validità temporale di quelle delle Unità di offerta consolidate. Il budget 2022 della RSA Aperta è definito secondo le determinazioni di cui ai paragrafi successivi e, in analogia a quanto disposto per la rete ordinaria, è rimodulabile secondo i criteri delle altre UDO.

Il budget per il finanziamento dei contratti relativi alle Misure, per la parte a valere sulle risorse di parte corrente del FSR indistinto 2022, concorrono all'eventuale processo di rimodulazione di fine esercizio, in una logica di piena trasversalità da e verso i setting della rete consolidata delle unità di offerta sociosanitarie. La rimodulazione di queste quote non è in ogni caso soggetta a storicizzazione sull'esercizio successivo.

MISURA RESIDENZIALITÀ ASSISTITA E MISURA RESIDENZIALITÀ ASSISTITA PER RELIGIOSI

Per la Residenzialità Assistita, si richiamano le determinazioni di cui alla DGR XI/4773/2021. Fatto salvo il rispetto di quanto previsto dalla DGR X/7769/2018 in ordine alle modalità di accesso, di erogazione della Misura, nel corso del 2022 le ATS potranno ammettere nuovi erogatori a contratto per residenzialità assistita, previa valutazione della copertura territoriale dell'offerta e nei limiti del budget di riferimento assegnato, da declinare a titolo di sotto budget sulle ASST quale modalità per assicurare la compatibilità tra i voucher emessi e il relativo finanziamento.

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

Per la Misura Residenzialità assistita per religiosi si conferma quanto disposto dalla DGR XI/4773/2021 con riferimento ad un totale di posti pari a 380 che risultano così distribuiti sul territorio regionale:

ATS	2022
321	47
322	122
323	2
324	56
325	92
326	49
328	12
TOTALE POSTI	380

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

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

RSA APERTA e Villaggio Alzheimer

Al fine di potenziare la misura della RSA Aperta sono destinate nel 2022 ulteriori risorse pari a 1 mln di FSR. Di queste:

- una quota è finalizzata a garantire l'incremento del budget 2022 in relazione all'eventuale iperproduzione 2021 (ante applicazione delle L.R. 24/2020) erogata dalla singola unità di offerta rispetto al budget per la stessa previsto;
- una quota è assegnata alle singole ATS in funzione della popolazione >65 anni da destinare a nuove possibili contrattualizzazioni da definire all'esito di specifiche manifestazioni di interesse nel quadro della valutazione della dinamica di fabbisogno a livello territoriale;

Non accedono al contratto definitivo le unità di offerta caratterizzate da assenza di produzione nel periodo ricompreso tra il 01/01/2022 e la data di adozione del presente provvedimento.

In considerazione della necessità di favorire gli interventi al domicilio quale setting da privilegiare per l'erogazione delle prestazioni a rilevanza sanitaria e dell'evoluzione in corso legata al sistema delle cure domiciliari, si confermano le modifiche introdotte con DGR XI/4773/2021 volte a massimizzare la possibilità di fruizione degli interventi domiciliari, come di seguito richiamate:

- il budget annuo, definito con DGR XI/2672/2019 e pari a € 4.000,00 a disposizione di ogni beneficiario per usufruire dei diversi servizi sostenuti dalla misura, non deve essere più considerato vincolo massimo a livello di assistito al fine del riconoscimento delle prestazioni;
- in caso di superamento di questo valore, gli erogatori sono tenuti a fornire le relative motivazioni all'ATS di contrattualizzazione. Fermo restando il limite massimo del budget di struttura, sarà infatti cura delle ATS monitorare che tale flessibilità non determini una riduzione significativa del numero dei beneficiari e che continui ad essere assicurato in tutto il corso dell'anno la possibilità di

presa in carico con la Misura di nuovi utenti; sulla scorta del ricorso a tale modalità nel 2022 sarà valutata insieme alle ATS l'opportunità di prosecuzione;

- fermo restando le regole specifiche di ciascun intervento (eleggibilità/prestazioni erogabili/iter di accesso), al fine di avviare un processo di ricomposizione dei diversi interventi erogati in favore delle persone, si prevede che l'erogazione della misura RSA Aperta risulti compatibile con la fruizione da parte dell'assistito dell'ADI ordinaria (tutti i profili assistenziali e prestazionali), a condizione che i soggetti responsabili dei rispettivi PAI definiscano una programmazione organica degli interventi al fine di evitare duplicazioni e/o sovrapposizioni.

In merito al Villaggio Alzheimer, si richiamano le indicazioni di cui alla DGR XI/4773/2021 e le ulteriori disposizioni contenute nella DGR XI/5340/2021.

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

COMUNITÀ PER MINORI VITTIME DI ABUSO E GRAVE MALTRATTAMENTO

Nel quadro delle determinazioni già assunte con DGR XI/4773/2021, si richiama in particolare il compito definito in capo all'ATS in ordine al monitoraggio dell'appropriatezza degli inserimenti e della durata dei medesimi nel rispetto alle finalità della misura. Le ATS sono altresì tenute alla continua verifica della compatibilità della spesa rispetto alle assegnazioni a disposizione dell'Agenzia. Nel corso del 2022 verrà avviato un lavoro integrato con la DG Famiglia, Solidarietà Sociale, Disabilità e Pari Opportunità finalizzato alla valutazione della Misura anche nella prospettiva di una sua possibile evoluzione.

Per il 2022 si conferma un'assegnazione di risorse di FSR fino a euro 11.000.000.

SPERIMENTAZIONI (RIA MINORI E CASE MANAGEMENT E ALTRE SPERIMENTAZIONI) E PERCORSO DI ATTUAZIONE DEGLI INDIRIZZI EVOLUTIVI IN MATERIA DI RIABILITAZIONE IN ETÀ EVOLUTIVA

Il lavoro di sistematizzazione dei voucher sociosanitari B1, esitato nell'approvazione della DGR XI/6003/2022 è stato attuato, come indicato dalla DGR XI/4138 del 21/12/2020, in continuità e coordinamento con l'attività di analisi e messa a sistema delle sperimentazioni di modelli di presa in carico e di risposta ai minori con disturbi dello spettro autistico ed alle loro famiglie, di cui alla DGR IX/3239/2012.

In tale ottica, ai fini dell'erogazione dei Voucher Autismo sono state incluse le Sperimentazioni RIA Minori (DGR 3239/12) in quanto rivolte in via prevalente ai disturbi del neurosviluppo e sottoscrittrici da diversi anni di convenzioni con le ATS per l'erogazione di riabilitazione ambulatoriale e diurna. Tale inclusione è comunque circoscritta fino alla conclusione del processo di stabilizzazione, allo stato in atto.

Al fine di dare continuità agli interventi ad oggi garantiti ai minori ed alle loro famiglie, nel 2022 si darà continuità alle attività dei progetti di Riabilitazione Minori e Case Management, entro i quali è stato ricondotto anche il "Counseling educativo/abilitativo a favore di soggetti con autismo e disturbi generalizzati dello

sviluppo", attivo presso l'ATS Città Metropolitana di Milano.

Per il 2022 si conferma un'assegnazione di risorse di FSR fino a euro 8.402.000.

Nel 2022, proseguono alle medesime condizioni di cui alla DGR XI/4773/2021 anche:

- il progetto "Post Acuta Homeless": si conferma assegnazione di risorse di FSR pari a euro 700.000;
- il progetto sperimentale dell'ATS Brianza per la presa in carico dei soggetti affetti da demenza, attingendo agli accantonamenti disponibili nel bilancio dell'Azienda fino a euro 200.000.

Entro il termine previsto per la rete ordinaria, le ATS definiscono per tutte le attività sperimentali sopra richiamate, una convenzione per il 2022 con evidenza del budget assegnato al progetto in applicazione delle determinazioni richiamate, confermando i tetti previsti per il 2021.

RESIDENZIALITÀ MINORI DISABILI GRAVISSIMI

Nel confermare le determinazioni già assunte con DGR XI/4773/2021, alla luce dei dati registrati nel 2021 in ordine alla dimensione quantitativa dei minori disabili gravissimi che hanno beneficiato della Misura, per il 2022 si conferma un'assegnazione di risorse di FSR fino a euro 3.400.000.

DETERMINAZIONI IN ORDINE AL COMPLETAMENTO DEL PROCESSO AMMINISTRATIVO DI CONVERSIONE DI PL DI RSA/RSD GIÀ A CONTRATTO IN POSTI ALZHEIMER O DI SV DI CUI ALLE DDGR XI/1046/2018, XI/2672/2019 E XI/4773/2021

Si richiama la DGR XI/1046/2018 che aveva stanziato 8.000.000 di euro per nuovi posti in nuclei Alzheimer in RSA e 2.500.000 di euro per nuovi nuclei per Stati Vegetativi in RSD, quale conversione di posti ordinari già a contratto.

Nel corso del 2019, le procedure di riconoscimento di tali nuclei si sono concluse con una residua disponibilità di posti e risorse. Pertanto, con la successiva DGR XI/2672/2019 è stato disposto che nell'esercizio 2020 venisse conclusa la fase di potenziamento dell'offerta, mediante avvio di ulteriori procedure per l'assegnazione dei posti e l'impiego delle risorse residui, procedure tuttavia bloccate a causa dell'evento pandemico.

Nel 2021 le ATS sono state chiamate a continuare tale percorso che, tuttavia, a causa del protrarsi della situazione pandemica, non può ancora considerarsi completato.

Si estende dunque a tutto il 2022 la possibilità di concludere quanto avviato con DGR XI/1046/2018, secondo le modalità di seguito descritte e nei limiti di spesa previsti dal provvedimento originario (tenuto conto degli adeguamenti tariffari nel frattempo intercorsi).

Nuclei Alzheimer.

Per quanto riguarda i nuovi nuclei Alzheimer, i posti residui da riconoscere e mettere a contratto, sono 34, di cui:

- 16 nell'ATS Milano Città Metropolitana;
- 4 nell'ATS della Montagna;
- 14 nell'ATS di Brescia;

Come disposto con le richiamate DD.G.R. la realizzazione dei nuovi nuclei potrà avvenire tramite conversione di posti ordinari già a contratto.

I nuovi posti dovranno risultare operativi e contrattualizzabili entro il 31/10/2022, atteso che per quella data dovranno essere posseduti i requisiti specifici di cui alla DGR XI/1046/2018; in ogni caso, prima della sottoscrizione del contratto, l'ATS dovrà accertare il possesso dei requisiti.

Sono inoltre fatti salvi gli indicatori per la composizione delle graduatorie individuati con Decreto D.G. Welfare n. 4059 del 26/03/2019, precisando che l'indicatore relativo allo standard di personale medio di struttura deve essere aggiornato con riferimento al primo quadrimestre 2022.

In questa sede si intendono integralmente richiamati e confermati i requisiti previsti dalla DGR XI/1046/2018.

A seguito dell'avvenuto riconoscimento verrà applicata a carico del FSR la tariffa prevista per i nuclei Alzheimer. In ogni caso le operazioni suddette non possono comportare oneri aggiuntivi rispetto alle risorse già stanziare dalla originaria DGR XI/1046/2018 (fatta eccezione per adeguamenti dovuti a variazioni tariffarie nel frattempo intercorse), con una spesa per il 2022 stimabile in €180.000.

Nuclei per Stati Vegetativi.

Per quanto riguarda i nuovi nuclei per Stati vegetativi, i posti residui da riconoscere e mettere a contratto sono 25, di cui:

- 14 nell'ATS Milano Città Metropolitana;
- 3 nell'ATS dell'Insubria;
- 2 nell'ATS di Bergamo;
- 6 nell'ATS di Brescia

Al fine di dare compiuta realizzazione alle finalità definite dal provvedimento regionale con DGR XI/1046/2018, che si richiama e conferma integralmente, si dispone che le ATS mettano a bando i posti residui per l'accoglienza di tali pazienti in nuclei dedicati.

I nuovi posti saranno attivati prioritariamente nelle ATS con aree distrettuali prive di nuclei dedicati e con indice di dotazione inferiore alla media regionale fino ad un massimo di posti sul territorio regionale.

In ogni caso le operazioni suddette non possono comportare oneri aggiuntivi rispetto alle risorse già stanziare dalla originaria DGR XI/1046/2018 (fatta eccezione per adeguamenti dovuti a variazioni tariffarie nel frattempo intercorse), con una spesa per il 2022 stimabile in € 460.000.

Con successivo provvedimento della competente Direzione Generale, a conclusione delle procedure ad evidenza pubblica avviate dalle ATS, si provvederà all'assegnazione alle medesime della quota remunerata a budget, finalizzate a garantire l'integrazione dell'attuale dotazione di posti letto Alzheimer e per Stati Vegetativi a contratto confermando che il finanziamento in argomento sarà riconosciuto solo previa validazione delle risultanze dei flussi regionali.

E' confermata per il 2022 la destinazione delle risorse di cui al paragrafo 5) della DGR XI/4773/2021 a carico della Macroarea delle Unità d'offerta sociosanitarie di cui all'allegato 1) al presente provvedimento.

ULTERIORE SVILUPPO DELLA RETE RESIDENZIALE ALZHEIMER PER IL 2022

Parallelamente al completamento del processo di sviluppo della rete a contratto per la presa in carico in regime residenziale della persona con Alzheimer in condizione di non potere essere gestita al domicilio di cui alla DGR IX/1046/2018, nel 2022 si prevede la messa a contratto di 130 nuovi posti letto in nucleo Alzheimer, da individuarsi tramite specifiche manifestazioni di interesse esperite dalle ATS. In allineamento a quanto già previsto con DGR XI/1046/2018, si rammenta che, come già definito per i nuclei Alzheimer esistenti, 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 giovare 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.) Alle manifestazioni interesse possono partecipare gli enti gestori di posti di RSA accreditati e a contratto ovvero solo accreditati. Nella tabella sotto riportata è indicato l'indice di dotazione dei pl già a contratto per nucleo Alzheimer al 31/12/2021, ogni 10.000 anziani over 75 anni e la relativa media regionale. Alle ASST sotto media regionale sono stati assegnati 10 pl, in quanto requisito previsto per la gestione del nucleo minimo di posti in nucleo Alzheimer dalla normativa di riferimento. All'attuazione dello sviluppo della rete dedicata alla presa in carico dell'Alzheimer sono assegnate risorse di FSR 2022 fino a 2.624.000.

ASST	Posti nuclei Alzheimer a contratto su popolaz. target	Posti aggiuntivi bandi ai sensi della presente manovra
LODI	23,7	10
MELEGNANO E DELLA MARTESANA	34,4	10
NORD MILANO	29,8	10
OVEST MILANESE	39,0	
RHODENSE	35,9	10
COMUNE DI MILANO	38,4	
PAPA GIOVANNI XXIII	37,3	
BERGAMO EST	56,9	
BERGAMO OVEST	28,0	10
FRANCIACORTA	9,5	10
GARDA	41,8	
SPEDALI CIVILI DI BRESCIA	32,1	10
BRIANZA	29,4	10
LECCO	41,2	
MONZA	15,3	10
LARIANA	44,0	

SETTE LAGHI	38,6	
VALLE OLONA	31,1	10
VALCAMONICA	68,7	
VALTELLINA E DELL'ALTO LARIO	24,2	10
PAVIA	53,9	
CREMA	20,3	10
CREMONA	78,5	
MANTOVA	25,9	10
Regione Lombardia	36,9	130

Al fine di individuare i nuovi nuclei, le ATS devono provvedere ad avviare una procedura ad evidenza pubblica entro il 30/06/2022.

In continuità con quanto previsto dalla DGR n. XI/1046/2018 e il Decreto D.G. Welfare n. 4059/2019, le RSA che si candidano per la messa a contratto di nuovi nuclei Alzheimer, devono garantire i seguenti requisiti, aggiuntivi a quelli di accreditamento:

- nucleo dedicato, attrezzato in modo adeguato alla gestione dei disturbi del comportamento e dotato di idoneo sistema di sicurezza antifuga,
- minutaggio assistenziale minimo pari a 1.220 minuti settimanali per ospite,
- personale dell'equipe assistenziale specificamente formato per l'assistenza ai pazienti affetti da demenza,
- adeguato supporto psicologico agli operatori al fine di contenere lo stress lavoro-correlato 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.

Tali requisiti devono essere autocertificati dalle RSA interessate al momento della presentazione dell'istanza e devono in ogni caso essere verificati dalle ATS prima della sottoscrizione del contratto.

L'approvazione della graduatoria relativa alla procedura di evidenza pubblica deve essere effettuata dalla ATS entro il 31/10/2022.

Ai fini della predisposizione delle graduatorie, in continuità con quanto già previsto negli anni precedenti, vengono definiti i seguenti indicatori, considerati appropriati a privilegiare una valutazione qualitativa dell'assistenza erogata:

- presenza di un giardino Alzheimer attiguo al nucleo, (10 punti)
- standard complessivo della RSA, espresso in minuti settimanali per ospite, riferito al mese di marzo 2022, (fino a un massimo di 10 punti in proporzione ai minuti settimanali erogati per ciascun ospite rispetto al minutaggio della RSA candidata con il minutaggio massimo, cui sono attribuiti 10 punti)
- dotazioni tecnologiche specifiche per persone con demenza che ne facilitino l'orientamento rispetto agli spazi e all'utilizzo degli oggetti/servizi: es. sistemi di illuminazione di orientamento, sistemi di monitoraggio degli spostamenti o altri sistemi domotici specifici, (1 punto per ogni tecnologia adottata fino a un massimo di 5)

Di conseguenza, la quantificazione effettiva delle risorse incrementali, necessarie al fine della sottoscrizione dei contratti o delle nuove schede di budget, verrà effettuata dalla competente Direzione Generale solo a seguito dell'attestazione da parte della ATS del possesso dei requisiti da parte delle singole RSA interessate, nel quadro delle risorse di cui alla macroarea 4) delle unità di offerta sociosanitarie della DGR XI/5941/2022.

DETERMINAZIONI IN ORDINE ALL'ATTUAZIONE DELL'ART. 19-NOVIES, COMMA 1, DEL DL N. 137/2020, CONVERTITO NELLA LEGGE N. 176/2020

L' art. 19-novies, comma 1, del DL n. 137/2020, convertito nella legge n. 176/2020 prevede che *"al fine di fronteggiare le criticità straordinarie derivanti dalla diffusione dell'epidemia da COVID-19 e di facilitare la tempestiva acquisizione di DPI, come individuati dalla circolare del ministero della salute n. 4373 del 12 febbraio 2020, e di altri dispositivi medicali idonei a prevenire il rischio di contagio, per le RSA, le case di riposo, i centri di servizi per anziani, **gestiti da enti pubblici e da Enti del terzo settore accreditati** e le altre strutture residenziali pubbliche e private, accreditate e convenzionate, comunque denominate dalla normativa regionale, che durante l'emergenza erogano prestazioni di carattere sanitario, socio-sanitario, riabilitativo, socioeducativo, socio-occupazionale o socio-assistenziale per anziani, persone con disabilità, minori, persone affette da tossicodipendenza o altri soggetti in condizione di fragilità, è istituito un fondo con una dotazione di 40 mln/Euro per l'anno 2021"*. A Regione Lombardia, con Decreto del Ministero della Salute del 29/09/2021, pubblicato il 15/10/2021, è stato assegnato un fondo pari a euro 10.830.820,10. Tenuto conto del totale:

- del numero dei P.L. accreditati per l'area anziani sociosanitaria gestiti da enti pb o da Enti del terzo settore;
- del numero dei posti in regime residenziale accreditati e convenzionati (a contratto per l'area sociosanitaria) gestiti da enti pubblici e privati nell'area anziani, delle persone con disabilità, dei minori, delle persone affette da tossicodipendenza o di altri soggetti in condizione di fragilità (compresa salute mentale) che durante l'emergenza erogano prestazioni di carattere sanitario, socio-sanitario, riabilitativo, socioeducativo, socio-occupazionale o socio-assistenziale,

è stato calcolato il valore massimo di contributo per singolo P.L. quantificato in euro 127,62. Il contributo massimo concedibile dall'ATS per singola unità di offerta ubicata sul proprio territorio a valere sui costi ammissibili documentati e quietanzati dall'ente gestore mediante autocertificazione resa ai sensi del DPR 445/2000, è pari al prodotto tra:

- il valore del singolo P.L. di euro 127,62 moltiplicato per il n. dei P.L. accreditati e convenzionati/contrattualizzati, qualora la domanda è presentata da un ente gestore privato;
- il valore del singolo P.L. di euro 127,62 moltiplicato per il n. dei P.L. anche solo accreditati, qualora la domanda è presentata da un Ente del terzo settore gestore di una unità di offerta nell'area anziani;

fermo restando che qualora la spesa ammissibile per ATS sia inferiore al valore teorico derivante dal prodotto tra il valore del singolo P.L. e il totale dei P.L. da considerare, la concessione massima è pari al valore della spesa stessa e non al valore teorico dei P.L. dell'unità di offerta per la quale la misura di sostegno è richiesta. In relazione agli eventuali casi nei quali più canali di contributo legittimamente concorrano alla copertura del costo sostenuto dall'ente gestore, si prevede che quest'ultimo è ammesso a presentare il documento contabile attestante il costo purchè sia distintamente indicata la quota non coperta da altri contributi e per la quale la domanda di sostegno è presentata.

Al fine di garantire la finalizzazione delle risorse assegnate si prevede pertanto:

- di dare mandato alle ATS perché procedano a bandire entro luglio 2022 la manifestazione di interesse alla misura economica di sostegno in oggetto;
- di precisare che i singoli enti, qualora gestiscano unità di offerta ubicate sul territorio di più ATS, procedono a presentare domanda sulle singole ATS e in relazione alle sole unità di offerta ubicate sui rispettivi territori, presentando a tal fine la documentazione quietanzata dei costi ammissibili sostenuti nel corso del 2021, mediante autocertificazione resa ai sensi del DPR 445/2000 indicante gli estremi della documentazione contabile attestante il costo e la relativa quietanza, specificando per quale quota della stessa fattura il gestore ha contemporaneamente presentato richiesta di rimborso, ai sensi del presente provvedimento, ad altre ATS (in tale ipotesi l'ente gestore è ammesso a imputare il costo della stessa fattura in proporzione al peso dei posti di residenzialità sulle singole ATS)

Con successivo atto della DG competente si procederà al calcolo del riparto del fondo di euro 10.830.820,10, in proporzione al numero di P.L. per ATS corrispondenti alle tipologie richiamate dalla norma dell'art.19-novies, comma 1, del DL n. 137/2020, convertito nella legge n. 176/2020. Nel caso in cui i rimborsi riconosciuti dalle ATS per i costi sostenuti nel 2021 fossero inferiori alle risorse del fondo disponibile, queste ultime sono autorizzate all'utilizzo dei residui per finanziare rimborsi di costi relativi al 2022. Con decreto della Dg Welfare si procederà ad approvare il riparto delle risorse del fondo in oggetto in funzione del numero dei P.L. cui il sostegno si riferisce, declinato per ATS.

ULTERIORI DETERMINAZIONI

Per quanto non diversamente stabilito dal presente provvedimento, trovano applicazione le determinazioni di cui alla DGR XI/2672/2019, prevedendo altresì il superamento di quanto previsto dalla medesima DGR, con riferimento agli accordi territoriali. Si conferma altresì, per le udo sociosanitarie, che per gli utenti residenti in altre Regioni, le Regioni/ASL di residenza, responsabili dei Lea per gli assistiti in questione, in base alle disposizioni in materia di mobilità interregionale, provvedono alla presa in carico ai fini anche del riconoscimento e pagamento diretto all'Ente della quota SSN, secondo le tariffe vigenti in Lombardia.

Si conferma infine, anche successivamente alla scadenza del periodo emergenziale, l'applicazione della tariffa aggiuntiva a budget di euro 40/die di cui alla DGR XI/3782/2020 per i casi di pz covid già inseriti sui posti a contratto di unità di offerta residenziali per le aree di cui alla medesima DGR e per quelle previste dalla DGR XI/3913/2020.

Nel setting domiciliare (ADI o UCP-Dom), è importante una accurata anamnesi telefonica prima di accedere a domicilio. Nell'eventuale presenza di sintomi suggestivi di infezione da SARS-CoV-2, il personale deve adottare le precauzioni e indossare i DPI previsti nei reparti Covid. In caso di paziente con sintomi sospetti ma in assenza di test noto, effettuare il test antigenico utilizzando i laboratori della rete prevista da ATS. Fermo restando le regole di eleggibilità in ADI della persona, si prevede di garantire continuità sino al 31.12.2022, alle determinazioni in materia di

profilo ADI Covid di cui alla DGR XI/3529/2020, nell'ambito del budget sottoscritto. Restano confermate sino al 31.12.2022 le determinazioni relative alle vaccinazioni anti covid a domicilio di cui alla DGR XI/4506/2021, nell'ambito dell'assegnazione già disposta alle ATS con il decreto n. 1492 del 11/02/2022.

Alla copertura degli oneri legati alle attività della Centrale Unica Priamo per il 2022, comprese quelle funzionali al passaggio delle relative funzioni disposto con DGR XI/6240/2022, tenuto anche conto delle tempistiche necessarie al completamento di queste ultime, in ogni caso entro maggio 2022, si provvede nell'ambito dell'accantonamento di cui al punto 3) del dispositivo della DGR XI/5941 del 7/02/2022, da liquidare con successivo atto della DG Welfare a fronte di relativa specifica rendicontazione.

Nel corso del 2022 verrà avviato un percorso finalizzato a valutare la sistematizzazione della rete dei posti nell'area HIV attraverso un processo di accreditamento che tenga conto anche della possibile implementazione dei requisiti organizzativi di carattere sanitario e relativa eventuale rivalutazione della tariffa, nel quadro delle regole di cui al DPCM Lea 2017.

Con DGR XI/1298/2019 Regione Lombardia ha emanato un primo provvedimento di riordino delle indicazioni in materia di certificazione ai fini fiscali delle spese sanitarie per gli ospiti di unità d'offerta sociosanitarie residenziali e semiresidenziali, a seguito delle disposizioni emanate dall'Agenzia delle Entrate con Circolare n. 7 del 4/4/2017. La suddetta determinazione regionale ha fissato nel 58% la percentuale forfetaria per la definizione dell'entità delle spese mediche e di assistenza specifica che è possibile portare in detrazione/deduzione dalla dichiarazione dei redditi, percentuale da applicare alla retta di ricovero degli ospiti delle unità di offerta socio sanitarie. In fase di primo avvio del riordino era stata definita un'unica percentuale regionale calcolata con riferimento all'unità di offerta più rappresentativa da applicare a tutte le unità di offerta residenziali e semiresidenziali; in ogni caso, la DGR XI/1298/2019 aveva previsto un processo di successivo affinamento per graduare la soglia dei costi deducibili relativamente ai target anziani e disabili.

Pertanto, al fine di tenere conto delle peculiarità della rete per la disabilità, è stata replicata la metodologia prevista dalla DGR XI/1298/2019 con riferimento alle unità di offerta RSD/CDD/CSS. Sono stati utilizzati i valori disponibili da "scheda struttura" 2018 e 2019 per tutte le strutture per cui risulta disponibile tale debito informativo.

E' risultato che sulle predette unità di offerta per disabili il perimetro delle voci di costo indicate come sanitarie dalla DGR XI/1298/2019, presenta un'incidenza sul totale dei costi del 65%. Ne consegue che, a partire dalle dichiarazioni relative all'anno fiscale 2022, per le unità di offerta RSD/CDD/CSS i gestori prenderanno a riferimento la suddetta quota del 65% ai fini del rilascio delle certificazioni delle spese sanitarie fatturate agli ospiti (si conferma l'esclusione delle rette fatturate ad altri soggetti quali comuni/altri enti). Per le altre tipologie di unità di offerta resta confermata la percentuale definita con DGR XI/1298/2019.

Nelle ipotesi di contratto di filiera cui concorrono più CUDES di consultorio, il calcolo

della quota del 3% di cui alla DGR XI/1987/2019 sarà effettuato a chiusura 2022 confrontando la produzione delle prestazioni di riferimento con il budget complessivo specificamente sottoscritto per i consultori nell'ambito della filiera.

Nel quadro del processo evolutivo legato alla nuova sanità territoriale e della sua implementazione attraverso l'inserimento, in ambito distrettuale, delle sue articolazioni organizzative sul territorio già costituito dalla rete dei servizi domiciliari, ambulatoriali, diurni e residenziali delle unità di offerta sociosanitarie, è previsto nel 2022 lo sviluppo degli Ospedali di Comunità anche nell'ambito della rete degli enti gestori privati accreditati al fine di potenziare la capacità di presa in carico territoriale e così contribuire in primis all'obiettivo di concorrere alla riduzione del rischio di inappropriatezza nell'accesso al setting ospedaliero.

Tale processo di sviluppo da gestire:

- A) subordinatamente al completamento del processo di definizione delle procedure di esercizio e di accreditamento degli Ospedali di Comunità, legato all'esito della formale adozione del DM sui modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza nel territorio che ne definirà i requisiti omogenei validi a livello nazionale e dell'effettivo conseguimento dei relativi status da parte degli enti interessati che ne faranno eventuale richiesta, nonché della definizione del flusso di rendicontazione delle relative prestazioni a carico del SSR, anche tenuto conto di quanto sancito dell'intesa sancita in Conferenza Stato-Regioni n. 3786 del 26/02/2020; questo prevedendo che le domande di accreditamento non possono essere presentate per moduli inferiori ai 20 p.l.;
- B) prevedendo la contrattualizzazione di 11 nuovi ospedali di comunità a livello regionale per complessivi 220 p.l. ad una tariffa di 135 euro/die, all'esito di specifiche manifestazioni di interesse bandite dalle ATS, da attuarsi attraverso procedure di fondate su requisiti di selezione quali quantitativi legati prioritariamente:
 - all'inserimento del servizio territoriale all'interno di una filiera di servizi sociosanitari territoriali funzionali ad accompagnare la presa in carico della persona e della famiglia lungo il ciclo naturale di vita;
 - al collegamento del servizio con la rete locale del terzo settore, dimostrando capacità di promuovere sinergie locali che favoriscono l'inserimento del servizio in una filiera che potenzia l'inclusione della persona e della famiglia sul territorio stesso, sviluppando capacità di presa in carico nella logica della prossimità, continuità e qualità di vita;
- C) destinando all'attuazione di quanto sopra previsto risorse complessive di FSR pari a euro 10.840.500 a valere sulla macro area 9 della DGR XI/5941/2022 "Ulteriori linee di attività", tenuto conto di una tariffa die pari a euro 135 in attesa della sua definizione a livello nazionale nel quadro dell'intesa sancita in Conferenza Stato-Regioni n. 3786 del 26/02/2020;

D) prevedendo che all'assegnazione per ATS dei nuovi posti si procede in funzione del posizionamento delle stesse rispetto alle seguenti tre fasce, calcolate a partire dal totale dei P.L. per posta cura e ODC ogni 10.000 abitanti, e precisamente:

criterio	n- ODC
fino 155	3
fino a 160	2
oltre 160 entro la media	1

E, conseguentemente:

ATS	PL DI POST ACUTA E DI ODC OGNI 10.000	ODC A BANDO	PL A BANDO	RIPARTO
ATS CITTA' MILANO	1,59	2,00	40,00	1971000
ATS INSUBRIA	1,48	3,00	60,00	2.956.500
ATS MONTAGNA	5,95			0
ATS BRIANZA	1,58	2,00	40,00	1971000
ATS BERGAMO	1,67	1,00	20,00	985.500
ATS BRESCIA	1,53	3,00	60,00	2.956.500
ATS VAL PADANA	2,74			0
ATS PAVIA	2,61			0
	1,84	11,00	220,00	10.840.500

Appendice 1 – INDICATORI DISTRIBUZIONE POSTI A CONTRATTO AL 31/12/2021, inclusi effetti della presente manovra

Posti a contratto al 31/12/2021, valori per 10000 unità di popolazione target e per ASST

Fascia età popolazione target	75+	18-64	18-64	18-64	over 65	Tutte le età
ASST	RSA	RSD	CDD	CSS	CDI	HOSPICE
LODI	543,0	6,7	13,2	1,6	25,3	0,9
MELEGNANO- MARTESANA	385,7	3,0	7,3	2,6	20,5	0,5
NORD MILANO	288,7	3,6	13,3	0,6	31,0	1,0
OVEST MILANESE	464,6	4,6	9,9	1,9	24,6	0,7
RHODENSE	316,3	14,7	14,0	3,3	24,1	0,5
COMUNE DI MILANO	428,3	3,3	11,8	2,2	19,6	1,0
LARIANA	645,6	7,8	11,1	2,4	24,9	0,5
SETTE LAGHI	589,7	10,4	9,9	2,1	15,8	0,7
VALLE OLONA	349,4	0,0	11,2	4,2	21,3	0,78

VALCAMONICA	686,8	2,7	18,1	6,7	54,7	1,9
VALTELLINA-ALTO LARIO	663,0	8,8	18,4	0,8	21,2	0,9
BRIANZA	292,8	4,7	11,0	1,4	20,5	0,2
LECCO	495,4	7,5	11,1	5,0	21,2	0,4
MONZA	454,0	5,8	9,2	0,0	56,7	2,9
PAPA GIOVANNI XXIII	497,6	4,8	9,6	2,9	22,0	1,3
BERGAMO EST	544,9	10,1	10,8	3,0	27,3	1,0
BERGAMO OVEST	411,5	3,6	5,9	1,9	31,9	0,3
FRANCIACORTA	454,5	0,0	7,7	2,2	49,5	0,6
GARDA	632,6	7,9	11,5	3,3	32,1	1,1
SPEDALI CIVILI DI BRESCIA	400,2	8,3	11,1	3,1	33,9	0,77
CREMA	449,5	12,6	5,1	2,7	30,8	0,9
CREMONA	1123,6	47,2	11,7	4,9	86,9	2,3
MANTOVA	660,3	6,2	13,9	2,7	33,4	0,7
PAVIA	750,3	8,1	11,4	3,4	38,3	1,6
RL	496,0	6,8	10,9	2,6	28,20	0,84

SCHEMA DI CONTRATTO PER LA DEFINIZIONE DEI RAPPORTI GIURIDICI ED ECONOMICI TRA ATS E SOGGETTO GESTORE DI UNITÀ D'OFFERTA SOCIO SANITARIE ACCREDITATE

Tra

l'Agenzia di Tutela della Salute (...) (di seguito ATS), con sede legale nel Comune di (...) in (...), CF (...) / P.IVA (...), nella persona del Direttore Generale, o suo delegato, dott./dott.ssa (...) nato/a a (...) il (...), domiciliato/a per la carica presso la sede della ATS

e

il soggetto gestore (...) con sede legale nel Comune di (...) in (...), CF (...) / P.IVA (...), nella persona di (...), nato/a a (...) il (...) C.F. (...), in qualità di legale rappresentante od altro soggetto munito di potere di rappresentanza legale.

Premesso che:

- l'art. 8-bis del d.lgs. 502/1992 dispone che le Regioni assicurano i livelli essenziali e uniformi di assistenza anche avvalendosi di soggetti accreditati ai sensi dell'articolo 8-quater, nel rispetto degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies;
- in particolare, ai sensi dell'art. 8-quinquies del medesimo decreto la stipula di contratti costituisce condizione per l'erogazione a carico del Servizio sanitario nazionale di servizi e prestazioni sanitarie da parte di strutture accreditate sia pubbliche che private;
- l'art. 8 della l.r. 33/2009 dispone che i soggetti erogatori privati sanitari e sociosanitari, in possesso dei requisiti previsti dalla normativa statale e regionale e in coerenza con la programmazione territoriale del SSL, sottoscrivono con le ATS competenti per le prestazioni previste dalla programmazione regionale contratti analoghi a quelli previsti per le ASST;
- l'art. 15, comma 6 della l.r. 33/2009 a tenore del quale l'accreditamento è condizione necessaria ma non sufficiente per l'assunzione a carico del fondo sanitario regionale degli oneri relativi alle prestazioni sanitarie e sociosanitarie erogate. L'assunzione degli oneri di cui al primo periodo è subordinata, sulla base del fabbisogno sanitario e sociosanitario del territorio stabilito dalla Regione, alla definizione degli accordi contrattuali con le ATS per la remunerazione delle prestazioni rese e alla valutazione delle performance. La conclusione degli accordi contrattuali, regolata dal sistema regionale di valutazione delle performances, è subordinata all'accettazione del sistema di finanziamento, dei controlli, delle sanzioni e all'osservanza dei tempi di erogazione delle prestazioni stabilite dalla Regione, sia per le strutture pubbliche sia per quelle private convenzionate;
- il soggetto gestore di Unità d'Offerta... codice Cudes regionale, accreditata secondo il relativo assetto ed iscrizione previsti nel registro regionale delle strutture accreditate, per i posti/prestazioni a contratto indicati e riportati nell'allegata scheda di budget di cui all'art 4;
- la stipula del presente contratto da parte degli operatori privati è subordinata all'acquisizione della documentazione antimafia, dalla quale deve risultare che non sussistono le cause di decadenza, sospensione, divieto previste dalla normativa antimafia né tentativi di infiltrazione mafiosa tendenti a condizionare le scelte e gli indirizzi dell'ente. La documentazione antimafia deve riferirsi ai soggetti elencati all'art. 85, commi 2, 2-bis, 2-ter e 3 del d.lgs. 6 settembre 2011, n. 159;
- la stipula del contratto è altresì subordinata all'assenza in capo al soggetto gestore di Unità d'Offerta di violazioni gravi, definitivamente accertate, rispetto agli obblighi

relativi al pagamento dei contributi previdenziali, delle imposte e tasse. A tal fine, l'ATS acquisisce il documento unico di regolarità contributiva (DURC) relativo al soggetto gestore di Unità d'Offerta ovvero utilizza il DURC acquisito nel periodo di sua validità; il soggetto gestore deve trasmettere alla ATS l'attestazione del pagamento di imposte e tasse ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 80 del d.lgs. 50/2016;

- prima della stipula del contratto il soggetto erogatore di Unità d'Offerta deve trasmettere dichiarazione sostitutiva ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000 del legale rappresentante e, ove esistenti, dei componenti dell'organo di amministrazione attestante l'insussistenza di sentenze penali di condanna, anche non definitive, per i reati indicati all'articolo 80 comma 1 del decreto legislativo n. 50/2016 e successive modifiche ed integrazioni, a carico degli stessi;
- il soggetto gestore di Unità d'Offerta prima della sottoscrizione del contratto trasmette all'ATS la relazione sull'ultimo bilancio approvato e la relazione sull'ultimo bilancio consolidato approvato, redatte da soggetti tenuti alla revisione legale dei conti, ai sensi dell'art. 2409 bis C.C., che attesti in modo esplicito ed inequivocabile la regolarità della continuità gestionale e finanziaria a garanzia della solidità e dell'affidabilità della struttura e dell'eventuale gruppo rilasciato nel rispetto dei limiti di quanto attestabile secondo il Principio di Revisione n. 570, par. 10 e deve riguardare tutte le attività sanitarie e sociosanitarie in capo alla proprietà;
- il soggetto gestore di Unità d'Offerta con capacità ricettiva pari o superiore agli 80 posti letto, o di Unità d'Offerta che abbiano una capacità contrattuale complessiva in ambito sociosanitario pari o superiore a € 800.000 annui a carico del Fondo Sanitario Regionale lombardo, adotta un codice etico comportamentale costituito dal codice etico e dal modello organizzativo di cui al d.lgs. 231/2001 in cui sono riportate le procedure da seguire affinché le attività si svolgano in conformità ai principi enunciati nel codice stesso.
Un sintetico estratto della relazione annuale dell'organismo di vigilanza, previsto dal d.lgs. 231/2001, che attesti, in modo esplicito ed inequivocabile, l'efficace e corretta applicazione del modello organizzativo e l'assenza/evidenza di criticità deve essere inviato all'ATS entro la fine del mese di febbraio di ogni anno;
- il numero degli ospiti inseriti su posti a contratto a carico del Fondo Sanitario Regionale non può superare in qualsiasi momento il numero totale di posti a contratto secondo il budget assegnato di cui all'Allegato A, tenuto comunque conto delle particolari tipologie di frequenza della specifica Unità d'Offerta.

si conviene e si stipula quanto segue

Articolo 1 Oggetto del contratto

1. Il soggetto gestore di Unità d'Offerta si impegna a somministrare prestazioni sociosanitarie (da specificare), secondo l'assetto organizzativo accreditato per il quale la struttura è iscritta nel registro regionale delle strutture accreditate, per conto e con oneri a carico del SSR ai sensi della normativa vigente, conformi a tipologie e volumi di cui all'art. 4 così come specificati nell'allegato A al presente contratto.
2. Le prestazioni devono essere erogate in modo da garantire la continuità del servizio nel corso dell'intero anno, programmando l'attività ed adeguando la capacità produttiva al budget assegnato.¹

¹ **comma non applicabile per tutto il periodo emergenziale**

3. Nulla spetterà al soggetto gestore di Unità d'Offerta per le prestazioni eccedentarie il budget assegnato di cui all'allegato A. Parimenti nulla è dovuto al soggetto gestore di Unità d'Offerta per le prestazioni che lo stesso abbia reso in carenza dei requisiti di accreditamento inottemperando alla diffida a rimuovere le relative irregolarità.
4. Qualora per fatti eccezionali ² il soggetto gestore di Unità d'Offerta non possa espletare temporaneamente le prestazioni oggetto del presente contratto deve darne tempestiva comunicazione all'ATS che informerà la competente Direzione regionale. Altrettanto tempestivamente deve essere comunicata all'ATS la ripresa dell'esecuzione delle prestazioni. In tali casi l'ATS assume le determinazioni più opportune per garantire la continuità assistenziale, compresa l'assegnazione temporanea dei posti letto accreditati e del relativo budget ad altro operatore.
5. La definitiva cessazione dell'attività, per decisione del soggetto gestore, deve essere preceduta da un preavviso minimo di 90 giorni, fatta salva diversa valutazione formalizzata dalla ATS competente, al fine di consentire l'idonea collocazione degli utenti verso altre unità d'offerta, in raccordo con ATS, utenti, loro famiglie, eventuali tutori o amministratori di sostegno e comuni di residenza. Gravano in capo al soggetto gestore tutti gli adempimenti discendenti e i relativi oneri. Il soggetto gestore si obbliga a proseguire l'attività fino alla avvenuta ricollocazione o dimissione protetta degli assistiti.

Articolo 2 Obblighi del soggetto gestore di Unità d'Offerta

1. Il soggetto gestore di Unità d'Offerta con la sottoscrizione del presente contratto si impegna a:
 - a) accettare il sistema di remunerazione, i controlli, il regime sanzionatorio e l'osservanza dei tempi di erogazione delle prestazioni stabilite da Regione Lombardia;
 - b) mantenere e adeguare i requisiti soggettivi, organizzativi, funzionali e strutturali definiti in sede di accreditamento e di contrattualizzazione;
 - c) erogare le prestazioni secondo protocolli e standard di accessibilità, appropriatezza clinica, tempi di attesa, continuità assistenziale, nonché attraverso personale che, in possesso dei titoli previsti dalla normativa vigente, non versi in situazioni di incompatibilità ex art. 4, comma 7 della L. 412/1991;
 - d) rispettare le indicazioni regionali circa le modalità di compilazione e tenuta della documentazione sanitaria/sociosanitaria. In particolare, la Struttura codifica, registra e comunica le prestazioni rese in totale adesione a quanto contenuto nella documentazione clinica e sociale e rispettando le indicazioni e le modalità di codifica e di comunicazione fornite dalla Direzione regionale competente in materia;
 - e) correttamente inquadrare l'assistito, all'atto di accesso, al fine di attestare la sussistenza in capo allo stesso delle caratteristiche e condizioni di bisogno conformi con il tipo di unità di offerta di appartenenza e di procedere costantemente al monitoraggio delle stesse al fine di poter riclassificare tempestivamente l'assistito e così garantirne la collocazione in struttura idonea. In ogni caso non può mai essere

² **per il periodo emergenziale: indipendenti dall'evento epidemico**

riconosciuta una remunerazione aggiuntiva rispetto a quella prevista a carico del FSR per la specifica Unità d'Offerta;

f) prendere in carico l'assistito in maniera personalizzata e continuativa, coinvolgendolo nella formulazione dei relativi progetti di assistenza, nel rispetto delle indicazioni fornite dalla Direzione regionale competente, dell'ASST o dell'ATS;

g) informare il Comune di residenza dell'assistito dell'accesso alla unità d'offerta o, nei casi in cui l'accesso sia disposto d'urgenza, dell'accettazione del ricovero o della presa in carico;

h) informare il competente ufficio dell'ASST e del Comune sulle condizioni psico-fisiche della persona assistita qualora si rinvenga la necessità della nomina del tutore o dell'amministratore di sostegno;

i) assicurare la presenza dei familiari o delle persone di fiducia delegate e assicurare la costante informazione sulle condizioni della persona assistita e sulla assistenza praticata, nel rispetto della normativa in materia di privacy;

l) informare la persona assistita, il suo legale rappresentante e i suoi familiari in modo chiaro e fin dal momento della richiesta di accesso circa la possibilità di chiedere l'intervento del difensore civico regionale e del Comune in cui ha sede l'unità d'offerta in tutti i casi in cui sia negata o limitata la fruibilità delle prestazioni, nonché, per ogni eventuale necessità, informarlo della possibilità di accedere all'ufficio di relazioni con il pubblico della ATS competente;

m) non richiedere alcun corrispettivo per lo svolgimento di tutte le pratiche e procedure preliminari all'ingresso nella struttura.

..) erogare i profili ADI COVID di cui alla DGR 2906/2020 e s.m.i., assicurando, oltre ai requisiti previsti dalla normativa in tema di accreditamento ADI, gli specifici requisiti organizzativi dei profili in questione (comma da inserire per i casi previsti)

..) possono essere accolti sui posti a contratto anche minori disabili gravissimi inseriti nel rispetto dei criteri e delle modalità disposte dalla DGR 1152/2019: la relativa remunerazione avverrà con le modalità specificate dalla DGR 2672/2019 e sarà riconosciuta solo laddove siano rispettate le procedure previste dalla DGR 1152/2019. La struttura mette a disposizione a tale scopo al massimo n. __ posti (comma da inserire per i casi previsti)

2. Gli obblighi connessi agli adempimenti amministrativi e al debito informativo previsti dalla regolamentazione vigente rappresentano elemento essenziale della prestazione. In particolare, se il soggetto gestore di Unità d'Offerta soddisfa i requisiti di cui al comma 3 dell'art. 2 bis del D.lgs. n. 33/2013 è tenuto agli obblighi di pubblicazione e di accesso civico generalizzato, limitatamente alle attività di pubblico interesse. Il gestore è tenuto altresì agli obblighi di trasparenza nei limiti e alle condizioni previste dalla legge 124/2017 e s.m.i.
3. Il soggetto gestore di Unità d'Offerta, ai sensi dell'art. 1, comma 42 della L. 190/2012, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro di dipendenti di ATS, ASST o di Regione Lombardia che abbiano esercitato, negli ultimi tre anni di servizio, nei propri confronti poteri autoritativi o negoziali, non può concludere con gli stessi contratti di lavoro subordinato o autonomo o attribuire incarichi professionali a qualsivoglia titolo.

4. Tutti i contratti e gli atti tra privati, che hanno ad oggetto trasferimenti di unità d'offerta o, comunque, il subentro di un altro soggetto gestore nella titolarità dell'Unità d'Offerta, non hanno effetto nei confronti della ATS sino al perfezionamento del provvedimento di voltura dell'accreditamento. In particolare:
 - a) il soggetto gestore d'Unità d'Offerta prende atto che in tutti i casi di subentro di un nuovo soggetto nella titolarità dell'unità di offerta, il gestore subentrante dovrà stipulare un nuovo contratto;
 - b) il soggetto gestore d'Unità d'Offerta si impegna, tramite l'inserimento di apposita clausola negoziale, a subordinare l'efficacia dei contratti e degli atti previsti al comma 1 del presente articolo, al perfezionamento del provvedimento di voltura dell'accreditamento, che avviene con la trascrizione sul registro regionale delle unità d'offerta sociosanitarie accreditate;
 - c) il provvedimento di accreditamento e il presente contratto resteranno efficaci sino al perfezionamento della voltura.
5. Il soggetto gestore d'Unità d'Offerta si impegna a trasmettere all'ATS, entro la fine del mese di febbraio di ogni anno e comunque prima della stipula del contratto, dichiarazione sostitutiva ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000 del legale rappresentante circa:
 - a) l'insussistenza o meno di provvedimenti giudiziari che applicano le sanzioni amministrative dipendenti da reato di cui al d.lgs. 8 giugno 2001, n. 231;
 - b) l'insussistenza o meno di provvedimento giudiziari che applicano le sanzioni previste dal d.lgs. 9 aprile 2008, n. 81;
 - c) l'assolvimento o meno degli obblighi previsti in materia di pagamento delle transazioni commerciali di cui al d.lgs. 9 ottobre 2002, n. 231.

Articolo 3 Verifiche e controlli delle ATS

1. All'ATS compete la verifica del mantenimento da parte del soggetto gestore di Unità d'Offerta dei requisiti autorizzativi e di accreditamento prescritti. A tal fine l'ATS può compiere, in ogni tempo e anche senza preventiva comunicazione, tranne i casi in cui la stessa si rende necessaria per ottimizzare l'attività di controllo, ispezioni e controlli anche tramite l'accesso di propri funzionari presso l'Unità d'Offerta: al termine delle relative operazioni viene redatto verbale di controllo in contraddittorio con il legale rappresentante dell'Unità d'Offerta stessa o di suo delegato.
2. In particolare, l'ATS deve accertare la corrispondenza dei documenti prodotti rispetto a quelli richiesti ed acquisire la certificazione antimafia anche nei confronti dei soggetti che hanno presentato la dichiarazione sostitutiva di atto notorio e, nel merito, verificare:
 - a) che dall'estratto sintetico della relazione annuale dell'organismo di vigilanza previsto dal D.Lgs n. 231/2001, risulti in modo esplicito ed inequivocabile, l'efficace e corretta applicazione del modello organizzativo e l'assenza/evidenza di criticità;
 - b) che dalla relazione specificata in premessa risultino, in modo esplicito ed inequivocabile, la regolarità della continuità gestionale e finanziaria a garanzia della solidità e dell'affidabilità della struttura e dell'eventuale gruppo e l'assenza/evidenza di criticità connesse alla gestione;
 - c) l'ottemperanza della struttura agli obblighi relativi al pagamento delle imposte e tasse o dei contributi previdenziali ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 80 del d.lgs. 50/2016.
3. La mancata trasmissione da parte del soggetto gestore d'Unità d'Offerta della dichiarazione di cui all'art. 2, comma 5 nei termini assegnati comporta l'adozione,

da parte dell'ATS, di un atto formale di diffida ad adempiere entro 15 giorni. L'ATS provvede alle verifiche della documentazione pervenuta entro 15 giorni dal ricevimento della stessa valutando, ai fini della contrattualizzazione e del relativo mantenimento, la gravità dei fatti imputati, l'eventuale rimozione degli stessi e delle relative conseguenze, l'eventuale dissociazione dell'ente dalle condotte illecite.

4. La mancata trasmissione della documentazione di cui al comma 3 nei termini indicati nella diffida ad adempiere di cui allo stesso comma, così come l'invio di chiarimenti e precisazioni non esaustivi all'ATS nel rispetto dei termini fissati comporta l'assegnazione al soggetto gestore d'Unità d'Offerta di un congruo termine per la regolarizzazione della propria posizione. La mancata ottemperanza a quanto richiesto determina la sospensione del contratto per una durata massima di sei mesi oltre i quali l'ATS procede, nel caso di persistente inadempimento, alla risoluzione del contratto stesso, ferma restando la necessità di garantire la continuità assistenziale da parte degli utenti. La sospensione per il periodo corrispondente esclude la remunerazione a carico del SSR.
5. L'ATS verifica periodicamente con il soggetto gestore d'Unità d'Offerta l'andamento della produzione e la sua coerenza con l'allegato A al presente contratto.³
6. Il soggetto gestore d'Unità d'Offerta si impegna ad agevolare lo svolgimento delle attività di vigilanza e controllo da parte dell'ATS, anche mettendo a disposizione il materiale e la documentazione necessaria alle stesse.
7. Eventuali inadempienze al contratto sono formalmente contestate dall'ATS al soggetto gestore d'Unità d'Offerta che, entro 15 giorni, può presentare osservazioni e chiarimenti.

Articolo 4 Limiti finanziari

1. In relazione alle risorse finanziarie programmate dal SSR per le prestazioni oggetto del presente contratto i valori di produzione annui massimi sono quelli assegnati nella scheda di budget di cui all'allegato al contratto, parte integrante del presente contratto. Nei suddetti limiti sono da ricomprendersi le prestazioni riferite all'arco temporale dal 1° gennaio dell'anno in corso sino al momento della sottoscrizione del contratto. L'eventuale modifica dell'importo indicato nella scheda di budget di cui all'allegato al contratto può essere oggetto di rideterminazione concordata tra ATS e soggetto gestore secondo le modalità e le tempistiche definite con atto della Direzione Generale competente.
Per le unità di offerta residenziali il budget sottoscritto è comprensivo anche della remunerazione legata all'eventuale conservazione di un posto a contratto lasciato libero ai fini dell'isolamento di casi Covid. Per le medesime tipologie di unità di offerta, il budget comprende altresì il riconoscimento della tariffa aggiuntiva per gli ospiti che dovessero risultare positivi sulla base delle rendicontazioni per assistito.
2. Al superamento della soglia di budget indicata non sarà riconosciuta alcuna ulteriore remunerazione a carico del Fondo Sanitario Regionale, fatte salve le prestazioni extra-budget per utenza non tipica. L'esaurimento del budget non costituisce motivo valido per l'incremento delle rette a carico dell'utenza o per la

³ **comma non applicabile per tutto il periodo emergenziale**

trasformazione automatica in regime di solvenza di ospiti precedentemente inseriti in regime di SSR.

3. Il budget è riferito alle prestazioni erogate in regime di SSN a favore di utenti residenti in Lombardia e agli utenti stranieri che, in base alla normativa nazionale e regionale di settore, rimangono a carico dell'ATS nel cui territorio vengono assistiti.⁴

Le prestazioni a favore di cittadini non lombardi devono essere prestate secondo gli stessi criteri di appropriatezza che guidano l'erogazione dei servizi per i residenti lombardi, e rendicontate nell'ambito dei flussi informativi regionali inerenti la specifica unità d'offerta. Le attività di controllo svolte dalle ATS sui propri erogatori riguardano anche l'appropriatezza e la correttezza delle prestazioni garantite a cittadini non residenti in Regione Lombardia.

4. L'Ente gestore, per la realizzazione del programma terapeutico unico, si può avvalere anche di una struttura ubicata fuori dalla Regione Lombardia:

(specificare: denominazione e ubicazione di tutte le strutture che concorrono al programma terapeutico unico e, per ognuna, la fase del percorso riabilitativo ivi svolto con relativa durata)

Il trasferimento dell'ospite in una struttura fuori regione è remunerato dalla ATS di ubicazione della struttura in cui ha inizio il percorso terapeutico che sopporterà gli oneri del ricovero anche nel rispetto della durata prevista della specifica fase fuori regione.

Il livello massimo di prestazioni erogabili fuori regione nell'ambito del programma terapeutico unico a carico dell'ATS è pari a _____ € per il periodo dal 01/01/2022 al 31/12/2022.

Gli inserimenti effettuati nella struttura fuori regione secondo le procedure previste dal presente contratto, saranno oggetto di fatturazione separata (comma da inserire per i casi previsti)

Articolo 5 Sistema tariffario e pagamenti

1. L'ATS riconosce al soggetto gestore d'Unità d'Offerta, nel rispetto delle disposizioni regionali vigenti, le tariffe previste da Regione Lombardia o dai nomenclatori tariffari, secondo le modalità fissate nel presente contratto.
2. L'ATS si impegna a saldare i corrispettivi delle prestazioni rese dal soggetto gestore di Unità d'Offerta nei tempi previsti dai provvedimenti regionali, sulla base dei dati validati e comunicati dalla Direzione generale competente per materia con verifica da parte dell'ATS.
3. L'ATS eroga acconti mensili secondo le modalità definite annualmente dalla Giunta regionale come validati dalla competente Direzione regionale. Il soggetto gestore d'Unità d'Offerta si impegna a emettere mensilmente le fatture degli acconti e a emettere la fattura relativa al saldo, recante la dicitura "salvo conguagli". L'ATS procederà esclusivamente ai pagamenti per prestazioni correttamente rendicontate e validate nei flussi regionali, con le modalità e nei termini stabiliti da Regione Lombardia.

⁴ Non si applica per SMI e Consultori Familiari

4. Il soggetto gestore avrà diritto al riconoscimento della produzione annualmente erogata entro il limite massimo delle risorse allo stesso contrattualmente assegnate, le quali vengono determinate tenendo conto del limite massimo di spesa sostenibile con il fondo SSR in attuazione della programmazione regionale.
5. È fatta salva la facoltà dell'ATS di sospendere l'erogazione parziale o totale dei pagamenti effettuati a qualsiasi titolo, in tutti i casi in cui siano in corso controlli per l'accertamento di gravi violazioni della normativa vigente, dei requisiti per l'esercizio e per l'accreditamento, nonché delle clausole del presente contratto.
6. L'avvenuto saldo non pregiudica la ripetizione delle somme che, sulla base dei controlli sull'attività erogata nel periodo di competenza ai sensi dell'art. 3 del presente contratto, risultassero non dovute o dovute in parte. Gli importi relativi a prestazioni che a seguito di ulteriori controlli sugli esercizi precedenti risultassero non dovuti dall'ATS, se già versati, si compensano con quelli dell'esercizio in corso e sono detratti dagli acconti e/o dal saldo della produzione liquidabile.
7. Le tariffe corrisposte a carico del Fondo sanitario regionale sono comprensive di qualsiasi onere fiscale.

Articolo 6 Sicurezza dei lavoratori

1. Il soggetto gestore di Unità d'Offerta è tenuto a porre in essere tutti gli accorgimenti necessari affinché siano scrupolosamente rispettate le disposizioni in tema di prevenzione antinfortunistica con particolare riferimento alle disposizioni di cui al d.lgs. 81/2008 e ss.mm. e ii. nonché le previsioni di cui al CCNL di riferimento.
2. Il soggetto gestore di Unità d'Offerta dichiara di essere a conoscenza degli obblighi vigenti sulla prevenzione degli infortuni e sull'igiene del lavoro.
3. Il soggetto gestore di Unità d'Offerta si impegna altresì a adottare, nell'esecuzione del presente contratto, tutte le misure che secondo la particolarità del lavoro, l'esperienza e la tecnica, sono necessarie a tutelare l'integrità fisica e morale dei lavoratori impiegati. Si impegna inoltre ad osservare tutte le norme vigenti di tutela dell'ambiente con particolare riferimento all'inquinamento delle acque e dell'aria ed allo smaltimento dei rifiuti urbani, speciali e tossici nocivi.

Articolo 7 Penali, sospensione e risoluzione del contratto

1. La stipula dei contratti e degli atti tra privati, indicati all'art. 2, comma 4 in assenza della clausola di cui alla lettera b), costituisce grave inadempimento contrattuale che comporta a carico del soggetto gestore di Unità d'Offerta il pagamento di una penale di importo pari al 3% del budget negoziato, salvo il risarcimento del maggior danno, con diritto della ATS di compensare i crediti derivanti dall'applicazione delle penali con le somme eventualmente dovute al soggetto gestore di Unità d'Offerta in virtù del contratto.
2. In presenza dell'inadempimento di cui al precedente comma, il contratto potrà essere risolto di diritto, ai sensi e per gli effetti dell'articolo 1456 cod. civ., e potrà essere disposta la revoca dell'accreditamento.

3. Fatte salve le responsabilità di natura civile, penale e amministrativa, nonché le sanzioni previste dalle disposizioni nazionali e regionali vigenti, la revoca dell'autorizzazione all'esercizio o dell'accreditamento determina l'automatica e contestuale risoluzione del contratto, fermo restando la necessità di assicurare la continuità assistenziale degli utenti. Parimenti, la sospensione dell'autorizzazione all'esercizio o dell'accreditamento determina l'automatica e contestuale sospensione dell'efficacia del contratto.
4. In ipotesi di inadempimenti concernenti gli elementi essenziali del contratto, l'ATS contesta per iscritto l'inadempimento, assegnando al soggetto gestore d'Unità d'Offerta un termine di 10 giorni per fornire le proprie giustificazioni. Trascorso inutilmente tale termine o in caso di non accoglimento delle giustificazioni presentate nei termini, l'ATS può applicare per la prima violazione una penale dello 0,50 % del budget, ferme le ulteriori eventuali sanzioni e conseguenze previste dalla vigente normativa. In caso di reiterate violazioni potrà essere applicata una penale in misura sino al 2% del budget.
5. In caso di inadempimenti gravi e reiterati concernenti gli elementi essenziali del contratto, purché contestati per iscritto con le modalità di cui al comma precedente il contratto può essere sospeso dall'ATS da un minimo di tre ad un massimo di 12 mesi o direttamente risolto, ferma restando la necessità di assicurare agli utenti la continuità assistenziale.
6. In tutte le ipotesi di sospensione le prestazioni eventualmente rese non produrranno in ogni caso effetti obbligatori nei confronti di ATS.
7. Costituisce causa di risoluzione del contratto la condanna definitiva per uno dei reati di cui al Capo II, Titolo II del codice penale a carico del legale rappresentante del soggetto gestore d'Unità d'Offerta, laddove il soggetto gestore, a seguito della condanna, non provveda alla sollecita adozione di atti di completa e concreta dissociazione dalla condotta penalmente sanzionata.
8. Nel caso in cui sussistano o emergano successivamente alla sottoscrizione del contratto le cause di divieto, decadenza o sospensione previste dalla normativa antimafia, il contratto si intende automaticamente risolto.
9. Resta in ogni caso fermo quanto già previsto all'art. 3, comma 3.
10. La definitiva effettiva cessazione dell'attività per decisione del soggetto gestore, di cui all'art. 1 comma 5, comporta la risoluzione di diritto del presente contratto.

Articolo 8 Clausola di manleva

1. Il soggetto gestore di Unità d'Offerta assume ogni responsabilità per qualsiasi danno causato da propria omissione, negligenza o altra inadempienza nell'esecuzione delle prestazioni contratte e si obbliga ad esonerare il SSN da eventuali pretese risarcitorie di terzi nei confronti di questo avanzate a causa di fatti, omissioni o eventi derivanti dall'esecuzione del contratto, nel limite massimo di euro 2.000.000 per sinistro.

Articolo 9 Clausola di salvaguardia

1. Con la sottoscrizione del contratto il soggetto gestore di Unità d'Offerta accetta il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione del sistema di finanziamento, dei controlli e delle sanzioni.
2. Le parti sono consapevoli che il presente contratto non può essere oggetto di condizioni o di riserve relative al sistema di finanziamento, dei controlli e delle sanzioni.

Art. 10 Durata

1. Il presente contratto ha validità annuale coincidente con l'anno solare (1/1/.... – 31/12/....) ed è prorogato sino alla stipula del nuovo contratto per l'anno successivo. I rapporti economici intercorrenti durante il periodo di proroga (1/1 – 30/4 dell'anno successivo) sono passibili di rettifica al momento della sottoscrizione del nuovo contratto, secondo le regole sopravvenute, fermo restando l'importo economico massimo delle prestazioni da erogare in tale periodo che non può superare i 4/12 del budget dell'anno precedente.

Art. 11 Trattamento dei dati personali

1. Le parti si autorizzano reciprocamente al trattamento dei dati personali in relazione ad adempimenti connessi al rapporto contrattuale, nel rispetto dei principi generali di cui all' art. 5 del Reg. UE n. 679/2016 (Regolamento) applicabili al trattamento di dati personali, per ciascun trattamento di propria competenza, e delle disposizioni di cui al Decreto Legislativo n.196/2003, così come modificato dal Decreto Legislativo n.101/2018.
2. L'ATS e il soggetto gestore d'Unità d'Offerta, per le finalità proprie del presente contratto, agiscono entrambi in qualità di titolari del trattamento.
3. Le parti si impegnano a trattare i dati personali nello svolgimento delle attività definite dal presente contratto osservando le seguenti disposizioni e istruzioni:
 - a) utilizzare, anche per conto del proprio personale dipendente, i dati personali degli assistiti necessari all'instaurazione dei flussi informativi tra il soggetto gestore di Unità d'Offerta e l'Agenzia ovvero di Regione Lombardia, per le sole finalità imposte dal presente contratto e dalla disciplina in materia;
 - b) assumere, in proprio e anche per il fatto dei propri dipendenti e collaboratori, ogni responsabilità al riguardo, affinché ogni dato personale, informazione o documento di cui dovesse venire a conoscenza o in possesso non vengano, comunque, in alcun modo e in qualsiasi forma, comunicati o divulgati a Terzi, né vengano utilizzati per fini diversi da quelli di stretta attinenza alle attività oggetto del presente contratto;
 - c) osservare rigorosamente la massima riservatezza in ordine all'attività svolta e ai risultati conseguiti nonché in merito a ogni dato personale o informazione di cui dovesse venire a conoscenza;
 - d) assicurarsi di essere dotata di modelli appropriati per l'identificazione e la revisione delle modalità di trattamento dei dati e per tempestivamente segnalare violazioni di dati personali ai sensi dell'art. 33 e 34 del Regolamento UE;
 - e) rispettare le prescrizioni di tipo tecnico ed organizzativo in merito alle misure di sicurezza previste nell'art. 32 del Regolamento UE;
 - f) verificare che le misure di sicurezza adottate possano essere ritenute idonee a prevenire i rischi di distruzione o perdita dei dati, anche accidentale, nonché di

accesso non autorizzato o di trattamento non consentito o, comunque, non conforme alle finalità della raccolta.

4. Il soggetto gestore di Unità d'Offerta, inoltre:
 - a) raccoglie il consenso al trattamento dei dati, laddove previsto dalla vigente normativa e accerta che il consenso al trattamento dei dati sia espresso mediante un atto positivo inequivocabile con il quale l'interessato manifesta l'intenzione libera, specifica, informata e inequivocabile di accettare il trattamento dei dati personali che lo riguardano, assicurandosi che il consenso sia applicabile a tutte le attività di trattamento svolte per la stessa o le stesse finalità; il consenso da parte dell'interessato deve essere prestato per tutte le finalità oggetto del presente contratto, anche per conto di ATS ;
 - b) prima di effettuare la raccolta dei dati relativamente a tutte le finalità oggetto del presente contratto, anche per conto di ATS, fornisce l'informativa agli interessati, ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE;
 - c) si impegna ad ottemperare ai requisiti di cui al Regolamento UE, in particolare con riferimento alla nomina del Responsabile della Protezione dei Dati (DPO - art. 37), all'adozione del Registro delle attività di trattamento (art. 30) e agli adempimenti in caso di notifica di violazioni dei dati personali all'Autorità di Controllo (art. 33).

Art. 12 Imposta di bollo

1. L'imposta di bollo, se dovuta, è a carico del soggetto gestore di Unità d'Offerta.

Art. 13 Norma di rinvio e adeguamento

1. Per tutto quanto non previsto si fa rinvio alle disposizioni nazionali e regionali vigenti in materia.
2. In caso di sopravvenienza di disposizioni legislative o regolamentari regionali, nonché di adozione di provvedimenti amministrativi regionali incidenti sul contenuto del presente contratto, lo stesso deve intendersi automaticamente modificato ed integrato.
3. In tali casi il soggetto gestore di Unità d'Offerta ha facoltà, di recedere dal contratto, a mezzo di formale comunicazione da notificare all'ATS e alla Direzione regionale competente per materia, con congruo preavviso al fine di assicurare la continuità assistenziale degli utenti.
4. Il contratto si adegua altresì alle sopravvenute disposizioni imperative di carattere nazionale senza che maggiori oneri derivino per l'ATS. Anche in tal caso il soggetto gestore di Unità d'Offerta può recedere dal contratto nei termini di cui al comma 3.
5. Le parti danno atto che, al fine di rispondere alle esigenze dell'emergenza Covid 19, i servizi oggetto del presente contratto potranno essere assicurati attraverso forme alternative a quelle previste dalla specifica normativa di esercizio e accreditamento, sulla base delle apposite indicazioni nazionali e regionali emanate per rispondere alle eventuali sopravvenute esigenze dettate dall'evolversi del quadro epidemiologico.

Art. 14 Foro competente

Allegato 7 SUB A

1. Per le sole controversie derivanti dall'interpretazione del presente contratto è competente il Foro corrispondente alla sede legale dell'ATS.

Letto, confermato e sottoscritto

Ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 1341, comma 2 c.c. si approvano espressamente le seguenti clausole:

art. 4, comma 2

art. 8 Clausola di manleva

art. 9 Clausola di salvaguardia

AGENZIA DI TUTELA DELLA SALUTE _____

SCHEDA ASSETTO ACCREDITATO E CONTRATTUALIZZATO – BUDGET DEFINITIVO

CUDESⁱ

Parte integrante e sostanziale del contratto sottoscritto in data

Validità dal 1/1/.....

al 31/12/.....

Riferimenti provvedimento ATS

STRUTTURA

Tipologia TIPOLOGIA DELL'UNITA' D'OFFERTA

Denominazione

ENTE GESTORE

Denominazione sociale

Comune sede legale

Legale
Rappresentanteⁱⁱ

Codice Fiscale

Partita IVA

POSTI / TRATTAMENTIⁱⁱⁱ

Accreditati

A contratto

di cui inattivi
per piano programma/
sospesi per altre attività
di cui nuclei Stati Vegetativi
di cui nuclei Alzheimer

Clausola solo per le strutture aderenti: "L'ente si impegna a mettere a disposizione per il periodo transitorio definito a tutto il 31/12/2022 un posto per eventuali esigenze di isolamento legate alla gestione Covid all'interno della struttura, come da clausole previste nel medesimo contratto, secondo le norme di gestione per tempo vigenti"

BUDGET DI PRODUZIONE

Complessivo contrattato

(solo per Riabilitazione/Cure Intermedie) di cui Riabilitazione

(solo per Riabilitazione/Cure Intermedie) di cui Cure Intermedie

(solo per cure palliative) di cui cure palliative domiciliari

(solo per cure palliative) di cui cure palliative residenziali

Letto, confermato, datato e sottoscritto digitalmente

DENOMINAZIONE DELL'ATS

Il Direttore Generale (o suo delegato)

ENTE GESTORE

Il Legale Rappresentante (od altro soggetto munito di rappresentanza legale)

ⁱ Per le Udo per le quali il budget può essere riferito a più Cudes, indicare tutti i Cudes. Per le UOCP indicare sia il Cudes UOCP, sia quelli dei livelli domiciliare/residenziale/DH

ⁱⁱ O altro soggetto munito di rappresentanza legale

ⁱⁱⁱ Compilare solo per le Udo che prevedono posti/trattamenti, per la Riabilitazione/Cure intermedie allegare tabella di dettaglio con assetto accreditato/contrattualizzato dei vari regimi/tipologia di posti (es. distinzione tra specialistica/general geriatrica/mantenimento)

**CONTRATTO PER LA DEFINIZIONE DEI RAPPORTI GIURIDICI ED ECONOMICI PER LA REALIZZAZIONE
DELLA SPERIMENTAZIONE “CASE MANAGEMENT” DI CUI ALLA D.G.R. 392/2013 e s.m.i**

tra

L’Agenzia di Tutela della Salute di (...) (di seguito ATS), con sede legale nel Comune di (...) in (...), Codice Fiscale (...), Partita Iva (...), nella persona del Direttore Generale, o suo delegato, dott./dott.ssa (...) noto/a a (...) il (...), domiciliato/a per la carica presso la sede della ATS

e

L’ Ente Titolare degli interventi per la realizzazione della sperimentazione (...) (di seguito Ente) con sede legale nel Comune di (...) in (...), Codice Fiscale (...)/ Partita Iva (...), nella persona di (...) nato/a a (...) in qualità di legale rappresentante od altro soggetto munito di potere di rappresentanza legale per la sperimentazione denominata con sede nel Comune diin via.....n.,

PREMESSO CHE

- la DGR n. X/392 del 12.07.2013 “Attivazione di interventi a sostegno delle famiglie con la presenza di persone con disabilità, con particolare riguardo ai disturbi pervasivi dello sviluppo e dello spettro autistico” ha dato avvio agli interventi di case management a favore delle persone con disturbo dello spettro autistico e delle loro famiglie elencando le attività che costituiscono il nucleo centrale dell’operatività;
- DGR n. X/4086 del 25.09.2015 “Determinazioni conseguenti alla DGR n. 3363/2015 avente ad oggetto: “Determinazioni conseguenti alle DD.GR n. X/2022/2014 e X/2989/2014 – Allegato C”. Indicazioni per la stabilizzazione delle azioni innovative” ha avviato il processo di stabilizzazione delle sperimentazioni;
- i successivi provvedimenti annuali di regolazione del Servizio Sociosanitario Regionale hanno disposto la prosecuzione delle predette attività sperimentali;
- **la DGR XI/.... del “.....”** ha definito la prosecuzione delle sperimentazioni socio sanitarie in area disabilità per l’anno

SI STIPULA QUANTO SEGUE

Art. 1

Oggetto

La presente convenzione è diretta a disciplinare i rapporti giuridici ed economici discendenti in capo all’ATS e all’Ente Titolare degli interventi per la realizzazione delle misure di cui alla DGR n. 392 del 12/07/2013 e

successivi provvedimenti attuativi ed estensivi relativamente all'ambito della sperimentazione denominata "Case Management" relativamente al progetto sperimentale denominato "....." (di seguito progetto), approvato con atto, cui è stato attribuito il codice progetto.....

Art. 2

Obblighi dell'Ente

L'Ente si impegna ad attuare le azioni che costituiscono l'oggetto del progetto di cui all'art 1;

L'Ente, ai fini del riconoscimento della remunerazione degli interventi realizzati in attuazione del progetto, si obbliga all'adempimento del debito informativo diretto alla relativa rendicontazione economica e quali/quantitativa in conformità a quanto previsto all'art. 4 della presente convenzione.

L'Ente è tenuto a comunicare all'ATS e alla D.G. Welfare l'eventuale cessazione dell'attività di cui al progetto, con preavviso di almeno n. 60 giorni, garantendo comunque la continuità delle prestazioni per tale periodo.

L'Ente Titolare è inoltre tenuto a:

- garantire la continuità assistenziale fino alla durata del presente contratto per gli utenti, già in carico o valutati idonei all'ingresso nel progetto, compatibilmente con le risorse disponibili nel budget assegnato;
- non interrompere l'erogazione delle prestazioni a favore dei soggetti beneficiari del progetto senza adeguata motivazione e tempestivo preavviso, fatto salvo situazioni di forza maggiore;
- di comunicare tempestivamente all'ATS eventuali rinunce o sospensioni dei progetti autorizzati;
- garantire il possesso e il mantenimento dei requisiti richiesti dalle normative vigenti per la tipologia di unità di offerta all'interno del quale viene erogata l'attività sperimentale di cui al progetto;
- comunicare tempestivamente all'ATS ogni eventuale variazione che dovesse incidere sull'organizzazione.

Art. 3

Obblighi dell'ATS

L'ATS controlla e monitora l'andamento del progetto secondo indirizzi e strumenti indicati dalla D.G. Welfare, ed è responsabile della trasmissione dei flussi informativi a Regione, nel rispetto delle modalità e delle tempistiche previste e avendo cura di verificare la completezza e la qualità dei dati.

L'ATS fornisce all'Ente Titolare, secondo le indicazioni regionali, gli strumenti per la rendicontazione economica e quanti - qualitativa delle attività erogate, verifica le rendicontazioni ricevute e procede ad assolvere al debito informativo con Regione, avvalendosi delle apposite schede di rendicontazione trasmesse dalla Direzione Generale competente.

L'ATS, a seguito della verifica delle prestazioni erogate, provvede a riconoscere all'Ente Titolare la remunerazione prevista per l'attività svolta, entro 30 gg. dal ricevimento della documentazione contabile.

Art. 4**Budget di risorse**

Il budget massimo di risorse assegnate per la durata della presente convenzione è di euro (...) e comprende le risorse per remunerare le prestazioni rese a far data dal al

Al superamento della soglia di budget indicata non sarà riconosciuta alcuna ulteriore remunerazione a carico del Fondo Sanitario Regionale. L'eventuale modifica del budget può essere oggetto di rideterminazione concordata tra ATS e l'Ente secondo le modalità e le tempistiche definite con atto della Direzione Generale competente.

Art. 5**Debito informativo**

L'Ente è tenuto alla rendicontazione quantitativa, economica e qualitativa dell'attività effettuata avvalendosi degli strumenti forniti dalla Direzione Generale Welfare per la rendicontazione dei progetti, secondo la cadenza temporale individuata dall'ATS, che deve comunque garantire il rispetto delle scadenze dei flussi informativi nei confronti di Regione Lombardia.

Art. 6**Responsabile dell'attuazione della convenzione**

L'ATS individua quale responsabile della corretta attuazione della convenzione il sig./la Sig.ra _____ a cui l'Ente si rivolgerà per eventuali problemi di carattere organizzativo, gestionale e amministrativo.

L'Ente individua quale responsabile dell'attuazione delle attività di progetto il/la Sig/a cui l'ATS si rivolgerà per eventuali problemi di carattere organizzativo, gestionale e amministrativo.

Art. 7**Durata della convenzione**

Il presente contratto ha validità annuale coincidente con l'anno solare (1/1 – 31/12)¹ ed è prorogato sino alla stipula del nuovo contratto per l'anno successivo. I rapporti economici intercorrenti durante il periodo di proroga (1/1 – 30/4 dell'anno successivo) sono passibili di rettifica al momento della sottoscrizione del nuovo contratto, secondo le regole sopravvenute, fermo restando l'importo economico massimo delle prestazioni da erogare in tale periodo che non può superare i 4/12 del budget dell'anno precedente.

¹ Per il primo anno a partire dalla scadenza dell'addendum con cui era stata data continuità ai servizi

La cessazione anticipata dell'attività da parte dell'Ente richiede un preavviso di almeno 60 giorni e comporta l'impegno per lo stesso a garantire la continuità delle prestazioni per il periodo necessario a ricollocare i beneficiari presso altra struttura.

Art. 8

Vigilanza dell'ATS

Compete all'ATS la vigilanza sull'applicazione dei contenuti della presente convenzione e relativi adempimenti. L'inosservanza delle clausole costituisce motivo di non remunerazione delle prestazioni da parte dell'ATS; nei casi più gravi la convenzione può essere risolta, previa formale diffida.

Art. 9

Risoluzione

La presente convenzione può essere risolta nei casi di mancato rispetto delle clausole dovuto a grave inadempimento.

L'ATS si riserva la facoltà di risolvere anticipatamente tale convenzione in caso di inattività dell'Ente Titolare ovvero in caso di gravi inadempienze e violazione degli obblighi contrattuali non risolti a seguito di formale diffida.

La presente convenzione è risolta immediatamente e automaticamente qualora dovessero essere comunicate dalla prefettura o da altro organo certificatore, successivamente alla stipula, informazioni interdittive di cui al D.lgs. 159/2011 s.m.i.

La presente convenzione è altresì risolta immediatamente e automaticamente a seguito di provvedimento che dispone la revoca o la decadenza dall'accreditamento.

Art. 10

Controversie

Per ogni controversia che dovesse insorgere sulla interpretazione e sulla applicazione della presente convenzione è competente il Foro di

Art. 11

Trattamento dei dati personali e consenso informato

Ai sensi del Regolamento Europeo sulla protezione dei dati personali n. 2016/679 e del D. Lgs. n. 196/2003 novellato dal D. Lgs. n. 101/2018 Titolare del Trattamento dei dati è l'ATS L'ATS in qualità di Titolare del trattamento attribuisce il ruolo di Responsabile esterno all'Ente nella persona di Nel trattamento dei dati, compresi quelli relativi ai contraenti, le parti si impegnano ad ottemperare agli obblighi previsti dal Regolamento Europeo n. 2016/679 dal D. Lgs. n. 196/2003 novellato dal D. Lgs. n. 101/2018 e a tutte le altre disposizioni vigenti in materia di protezione dei dati personali.

Art. 12

Recepimento di disposizioni regionali e norme di rinvio

Le parti danno atto che la presente convenzione si intende automaticamente modificata o integrata, per effetto di sopravvenute indicazioni regionali, il cui contenuto deve essere formalmente reso noto dalla ATS all'Ente con la chiara indicazione dei termini relativi alle diverse eventuali obbligazioni.

Per quanto non espressamente disciplinato dalla presente convenzione, si rinvia alle disposizioni del Codice Civile.

Letto, confermato, datato e sottoscritto digitalmente

Letto, confermato, datato e sottoscritto digitalmente.

Per l'ATS _____

Il Direttore Generale _____

Per l'Ente _____

Il Legale Rappresentante: _____

**CONTRATTO PER LA DEFINIZIONE DEI RAPPORTI GIURIDICI ED ECONOMICI PER LA REALIZZAZIONE
DELLA SPERIMENTAZIONE AFFERENTE ALL'AREA DELLA RIABILITAZIONE AMBULATORIALE E DIURNA**

TERRITORIALE EXTRA OSPEDALIERA PER MINORI DISABILI

DI CUI ALLA DGR 3239/2012 e s.m.i.

tra

L'Agenzia di Tutela della Salute di (...) (di seguito ATS), con sede legale nel Comune di (...) in (...), Codice Fiscale (...), Partita Iva (...), nella persona del Direttore Generale, o suo delegato, dott./dott.ssa (...) noto/a a (...) il (...), domiciliato/a per la carica presso la sede della ATS

e

L'Ente Titolare degli interventi per la realizzazione della sperimentazione (...) (di seguito Ente) con sede legale nel Comune di (...) in (...), Codice Fiscale (...)/ Partita Iva (...), nella persona di (...) nato/a a (...) in qualità di legale rappresentante od altro soggetto munito di potere di rappresentanza legale per la sperimentazione denominata con sede nel Comune diin via.....n.,

PREMESSO CHE

- con D.G.R. n. IX/3239 del 04/04/2012 sono state approvate le “Linee guida per l’attivazione delle sperimentazioni nell’ambito delle politiche del welfare” e definite le aree di intervento sperimentali sulle quali intervenire in ogni singolo territorio, nonché le modalità per la presentazione delle proposte di sperimentazione;
- con D.G.R. X/499/2013 “Determinazioni in ordine alle sperimentazioni realizzate ai sensi della D.G.R. 4 aprile 2012, n. 3239 – Linee guida per l’attivazione di sperimentazioni nell’ambito delle politiche di Welfare: indicazioni a conclusione del periodo sperimentale”, sono state:
 - ✓ individuate le azioni migliorative per ogni ambito di attività in cui sono state attivate le sperimentazioni ex D.G.R. n. 3239/2012;
 - ✓ allineate alla D.G.R. 3239/2012, per ogni effetto modificativo o integrativo, le azioni sperimentali attive su territorio in quanto debitamente autorizzate e coerenti con la D.G.R. 3239/2012, volte a garantire risposte a persone non accolte o accolte solo parzialmente dall’attuale rete d’offerta socio sanitaria;

- con DGR N° X /2022 del 01/07/2014 “Determinazioni in ordine all'evoluzione delle attività innovative ai sensi delle DD.G.R.3239/2012 e 499/2013. Fase transitoria” sono stati comunicati gli esiti delle azioni migliorative attuate ed è stato previsto che tale sperimentazione potesse essere stabilizzata solo a conclusione del processo di riordino delle unità di offerta di riabilitazione rivolte all’età evolutiva;
- con DGR n. X/3363 del 1/04/2015 “Determinazioni conseguenti alle DDGR n. 2022/2014 e 2989/2014-allegato c” è stato approvato il proseguimento della sperimentazione;
- con DGR n. X/4086 del 25/09/2015 “Determinazioni conseguenti alla DGR n. 3363/2015 avente ad oggetto: “determinazioni conseguenti alle DDGR n.2022/2014 e n.2989/2014-allegato c”. Indicazioni per la stabilizzazione delle azioni innovative” è stata prevista la stabilizzazione della sperimentazione nell’ambito del II pilastro del welfare;
- i successivi provvedimenti annuali di regolazione del Servizio Sociosanitario Regionale hanno disposto la prosecuzione delle predette attività sperimentali;
- la DGR XI/.... del “..... ” ha definito la prosecuzione delle sperimentazioni socio sanitarie in area disabilità per l’anno;

SI STIPULA QUANTO SEGUE

Art. 1 - Oggetto

La presente convenzione è diretta a disciplinare i rapporti giuridici ed economici discendenti in capo all’ATS e all’Ente Titolare relativamente al progetto sperimentale denominato..... approvato con DGR n. del..... (di seguito progetto) , cui è stato attribuito il codice progetto.....

Art. 2

Obblighi dell’Ente

L’Ente si impegna ad attuare le azioni che costituiscono l’oggetto del progetto di cui all’art 1;

L’Ente dichiara che la retta giornaliera, se prevista, praticata ai beneficiari del progetto al momento della presente convenzione è pari a euro/die

L’Ente, ai fini del riconoscimento della remunerazione degli interventi realizzati in attuazione del progetto, si obbliga all’adempimento del debito informativo diretto alla relativa rendicontazione economica e quali/quantitativa in conformità a quanto previsto all’art. 4 della presente convenzione.

L’Ente è tenuto a comunicare all’ATS e alla D.G. Welfare l’eventuale cessazione dell’attività, con preavviso di almeno n. 60 giorni, garantendo comunque la continuità delle prestazioni per tale periodo.

L’Ente Titolare è inoltre tenuto a:

- garantire la continuità assistenziale fino alla durata del presente contratto per gli utenti, già in carico o valutati idonei all'ingresso nel progetto per l'anno di riferimento, compatibilmente con le risorse disponibili nel budget assegnato;
- non interrompere l'erogazione delle prestazioni a favore dei soggetti beneficiari senza adeguata motivazione e tempestivo preavviso, fatto salvo situazioni di forza maggiore;
- di comunicare tempestivamente all'ATS eventuali rinunce o sospensioni dei progetti autorizzati;
- garantire il possesso e il mantenimento dei requisiti richiesti dalle normative vigenti per la tipologia di unità di offerta all'interno del quale viene erogata l'attività sperimentale di cui al progetto;
- comunicare tempestivamente all'ATS ogni eventuale variazione che dovesse incidere sull'organizzazione.

Art. 3

Obblighi dell'ATS

L'ATS controlla e monitora l'andamento del progetto secondo indirizzi e strumenti indicati dalla D.G. Welfare, ed è responsabile della trasmissione dei flussi informativi a Regione, nel rispetto delle modalità e delle tempistiche previste e avendo cura di verificare la completezza e la qualità dei dati.

L'ATS assicura le funzioni proprie di vigilanza e controllo di appropriatezza delle strutture accreditate afferenti nel rispetto di quanto definito nel proprio Piano dei Controlli approvato.

L'ATS fornisce all'Ente Titolare, secondo le indicazioni regionali, gli strumenti per la rendicontazione economica e quanti - qualitativa delle attività erogate, verifica le rendicontazioni ricevute e procede ad assolvere al debito informativo con Regione, avvalendosi delle apposite schede di rendicontazione trasmesse dalla Direzione Generale competente.

L'ATS, a seguito della verifica delle prestazioni erogate, provvede a riconoscere all'Ente Titolare la remunerazione prevista per l'attività svolta, entro 30 gg. dal ricevimento della documentazione contabile.

Art. 4

Budget di risorse

Il budget massimo di risorse assegnate per la durata della presente convenzione è di euro (...) e comprende le risorse per remunerare le prestazioni rese a far data dal al

Al superamento della soglia di budget indicata non sarà riconosciuta alcuna ulteriore remunerazione a carico del Fondo Sanitario Regionale. L'eventuale modifica del budget può essere oggetto di rideterminazione concordata tra ATS e l'Ente secondo le modalità e le tempistiche definite con atto della Direzione Generale competente.

Art. 5**Debito informativo**

L'Ente è tenuto alla rendicontazione quantitativa, economica e qualitativa dell'attività effettuata avvalendosi degli strumenti forniti dalla Direzione Generale Welfare per la rendicontazione dei progetti, secondo la cadenza temporale individuata dall'ATS, che deve comunque garantire il rispetto delle scadenze dei flussi informativi nei confronti di Regione Lombardia.

Art. 6**Responsabile dell'attuazione della convenzione**

L'ATS individua quale responsabile della corretta attuazione della convenzione il sig./la Sig.ra _____ a cui l'Ente si rivolgerà per eventuali problemi di carattere organizzativo, gestionale e amministrativo.

L'Ente individua quale responsabile dell'attuazione delle attività di progetto il/la Sig/a cui l'ATS si rivolgerà per eventuali problemi di carattere organizzativo, gestionale e amministrativo.

Art. 7**Durata della convenzione**

Il presente contratto ha validità annuale coincidente con l'anno solare (1/1 – 31/12)¹ ed è prorogato sino alla stipula del nuovo contratto per l'anno successivo. I rapporti economici intercorrenti durante il periodo di proroga (1/1 – 30/4 dell'anno successivo) sono passibili di rettifica al momento della sottoscrizione del nuovo contratto, secondo le regole sopravvenute, fermo restando l'importo economico massimo delle prestazioni da erogare in tale periodo che non può superare i 4/12 del budget dell'anno precedente.

La cessazione anticipata dell'attività da parte dell'Ente richiede un preavviso di almeno 60 giorni e comporta l'impegno per lo stesso a garantire la continuità delle prestazioni per il periodo necessario a ricollocare i beneficiari presso altra struttura.

Art. 8**Vigilanza dell'ATS**

Compete all'ATS la vigilanza sull'applicazione dei contenuti della presente convenzione e relativi adempimenti. L'inosservanza delle clausole costituisce motivo di non remunerazione delle prestazioni da parte dell'ATS; nei casi più gravi la convenzione può essere risolta, previa formale diffida.

¹ Per il primo anno a partire dalla scadenza dell'addendum con cui era stata data continuità ai servizi

Art. 9**Risoluzione**

La presente convenzione può essere risolta nei casi di mancato rispetto delle clausole dovuto a grave inadempimento.

L'ATS si riserva la facoltà di risolvere anticipatamente tale convenzione in caso di inattività dell'Ente ovvero in caso di gravi inadempienze e violazione degli obblighi contrattuali non risolti a seguito di formale diffida.

La presente convenzione è risolta immediatamente e automaticamente qualora dovessero essere comunicate dalla prefettura o da altro organo certificatore, successivamente alla stipula, informazioni interdittive di cui al D.lgs. 159/2011 s.m.i.

La presente convenzione è altresì risolta immediatamente e automaticamente a seguito di provvedimento che dispone la revoca o la decadenza dall'accreditamento.

Art. 10**Controversie**

Per ogni controversia che dovesse insorgere sulla interpretazione e sulla applicazione della presente convenzione è competente il Foro di

Art. 11**Trattamento dei dati personali e consenso informato**

Ai sensi del Regolamento Europeo sulla protezione dei dati personali n. 2016/679 e del D. Lgs. n. 196/2003 novellato dal D. Lgs. n. 101/2018 Titolare del Trattamento dei dati è l'ATS L'ATS in qualità di Titolare del trattamento attribuisce il ruolo di Responsabile esterno all'Ente nella persona di Nel trattamento dei dati, compresi quelli relativi ai contraenti, le parti si impegnano ad ottemperare agli obblighi previsti dal Regolamento Europeo n. 2016/679 dal D. Lgs. n. 196/2003 novellato dal D. Lgs. n. 101/2018 e a tutte le altre disposizioni vigenti in materia di protezione dei dati personali.

Art. 12**Recepimento di disposizioni regionali e norme di rinvio**

Le parti danno atto che la presente convenzione si intende automaticamente modificata o integrata, per effetto di sopravvenute indicazioni regionali, il cui contenuto deve essere formalmente reso noto dalla ATS all'Ente, con la chiara indicazione dei termini relativi alle diverse eventuali obbligazioni.

Per quanto non espressamente disciplinato dalla presente convenzione, si rinvia alle disposizioni del Codice Civile.

Letto, confermato, datato e sottoscritto digitalmente

Letto, confermato, datato e sottoscritto digitalmente.

Per l'ATS _____

Il Direttore Generale _____

Per l'Ente _____

Il Legale Rappresentante: _____

PROTOCOLLO DI GESTIONE POST EMERGENZA COVID 19

FASE DI TRANSIZIONE- RETE TERRITORIALE

INDICE

PREMESSE

1. GESTIONE DEL PERSONALE

1.1. SORVEGLIANZA SANITARIA: PERSONALE OPERANTE NELLA RETE DELLE UNITA' DI OFFERTA RESIDENZIALI SOCIO SANITARIE E DELLA SALUTE MENTALE TERRITORIALE

1.2. MISURE DI PREVENZIONE E PROTEZIONE DEL PERSONALE

2. GESTIONE DEGLI OSPITI/UTENTI

2.1. INGRESSI NELLA RETE RESIDENZIALE SOCIO SANITARIA E DELLA SALUTE MENTALE TERRITORIALE

2.2. INGRESSI NELLA RETE DIURNA DELLE UNITA' DI OFFERTA SOCIO SANITARIE E DELLA SALUTE MENTALE

2.3. REGOLE SPECIFICHE PER GLI INGRESSI IN HOSPICE

2.4. PRESA IN CARICO IN ADI e UCP-DOM

2.5. PRESA IN CARICO NEI SETTING AMBULATORIALI

2.6. SORVEGLIANZA SANITARIA SUGLI OSPITI/UTENTI DI STRUTTURE RESIDENZIALI SOCIO SANITARIE E DELLA SALUTE MENTALE TERRITORIALE

2.7. GESTIONE DEGLI OSPITI GIA' IN CARICO ALLA STRUTTURA E RISULTATI COVID POSITIVI

2.8. USCITE DEGLI OSPITI DELLE STRUTTURE RESIDENZIALI

2.9. GESTIONE DEGLI UTENTI NEGLI ALTRI SETTING ASSISTENZIALI DELLA RETE SOCIO SANITARIA E DELLA SALUTE MENTALE TERRITORIALE

3. REGOLAMENTAZIONE DEGLI ACCESSI ACCOMPAGNATORI, FAMILIARI, VISITATORI

4. REGOLAMENTAZIONE DEGLI ACCESSI DEI SOGGETTI ESTERNI

5. MONITORAGGIO STRUTTURE SOCIO-SANITARIE

PREMESSE

Con DL del 24 marzo 2022, n. 24 recante "Misure urgenti per il superamento delle misure di contrasto alla diffusione dell'epidemia da COVID-19", è stata prevista con effetto dal 31 marzo 2022 la cessazione dello stato di emergenza Covid-19, già deliberato dal Consiglio dei ministri il 31 gennaio 2020 e via via prorogato.

Occorre peraltro attraverso il presente atto procedere a definire il quadro regolatorio del passaggio dallo stato emergenziale all'attuale fase di transizione con riferimento alla rete delle Unità di Offerta socio sanitarie e della salute mentale, a tutela della salute degli utenti in carico e degli operatori, tenuto conto del contesto normativo definito a

livello nazionale dal DL del 24 marzo 2022, n. 24 e dell'evoluzione dello scenario epidemiologico sul territorio. Procedere quindi all'aggiornamento del quadro delle misure di prevenzione tenendo conto:

- da un lato dell'attuale scenario epidemiologico caratterizzato da una graduale riduzione complessiva dell'impatto sul sistema ospedaliero e dalla verosimile evoluzione verso una fase di transizione rispetto alla fase di emergenza pandemica, tenuto conto dell'immunizzazione conseguente alla campagna vaccinale e a quella determinata dalla guarigione;
- dall'altro, della circostanza che gli ospiti/pazienti in carico alla rete delle Unità di Offerta sociosanitarie e della salute mentale sono caratterizzati da particolari condizioni di fragilità che richiedono di puntare al superamento delle regole di gestione assistenziale legate al precedente periodo emergenziale attraverso la definizione di un nuovo quadro di regole di riferimento funzionali a facilitare il riavvio delle ordinarie modalità di organizzazione dell'assistenza in una logica di gradualità.

In questo quadro:

- e' superata la necessità di inviare alle ATS il programma organizzativo di gestione (POG), così come richiesto nel periodo emergenziale. E' invece necessario che ogni gestore predisponga una procedura di prevenzione dell'infezione da SARS-CoV-2, all'interno della procedura di *"Sorveglianza e prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza compresa l'adozione di adeguate strategie vaccinali ove ritenute opportune"* (DGR 2569/2014, all.1); per le RSA, DGR VII/7435/2001), prevista dalla specifica normativa. I contenuti devono essere aggiornati con la normativa regionale e, nello specifico, devono essere coerenti con le nuove indicazioni conseguenti alla cessazione dello stato emergenziale contenute nel presente allegato. Tale procedura deve essere tenuta in sede, facilmente consultabile e diffusa al personale per la sua corretta applicazione;
- è confermata, fino al 31/12/2022 la necessità di proseguire con la sottoscrizione del patto di corresponsabilità con la famiglia, quale atto da sottoscrivere una sola volta allo scopo di condividere le principali procedure messe in atto dalla singola UdO e le modalità generali di comportamento da osservare, con sottolineatura degli impegni che si devono assumere visitatori e gestori per l'ingresso in Struttura così da contenere quanto più possibile il rischio infettivo in genere e da SARS-COV-2 in particolare;
- è confermato transitoriamente, fino al 31/12/2022, quanto previsto dal punto 3) del dispositivo della DGR XI/5181 del 6/09/2021 con riferimento ai primi tre capoversi dell'elenco ivi riportato;
- è superato l'obbligo di individuare il "Referente Covid" Le funzioni di redigere, aggiornare e verificare l'applicazione della procedura di prevenzione dell'infezione da SARS-CoV-2 di cui sopra, rientrano nei compiti del medico responsabile della struttura, ove previsto, o del direttore/responsabile di struttura. Resta come facoltà del gestore, anche sulla base delle dimensioni e della complessità dell'Unità d'Offerta, prevedere nell'organigramma una eventuale figura specificamente dedicata all'aggiornamento e la verifica della corretta applicazione della procedura di prevenzione delle infezioni. In tal caso la delega deve essere formalizzata nel documento organizzativo gestionale generale.

1. GESTIONE DEL PERSONALE

1.1. SORVEGLIANZA SANITARIA: PERSONALE OPERANTE NELLA RETE DELLE UNITA' DI OFFERTA RESIDENZIALI SOCIO SANITARIE E DELLA SALUTE MENTALE TERRITORIALE

Per tutto il personale, secondo quanto previsto dal D. lgs. 9 aprile 2008, n. 81 "Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro", è compito del medico competente la programmazione della sorveglianza sanitaria dei lavoratori a mezzo di test antigenico a carico dell'ente gestore.

Si definiscono di seguito le seguenti casistiche:

- in caso di esito positivo del test antigenico è indicata l'esecuzione di test molecolare per conferma, quest'ultimo a carico del SSR ed erogato nell'ambito della rete ordinaria degli ambulatori accreditati e a contratto con le ATS;

in caso di operatore sintomatico con esito negativo, l'operatore è rinviato al curante per la valutazione e l'eventuale prescrizione del test molecolare; in tal caso l'esecuzione del test molecolare viene valutata e prescritta dal medico di medicina generale e viene erogata a carico del SSR, nell'ambito della rete ordinaria degli ambulatori accreditati a contratto con le ATS; al fine di garantire l'esecuzione del test sugli operatori sintomatici o con link epidemiologico, le ATS garantiscono sino al 31.12.2022 a dette strutture la fornitura dei tamponi antigenici (come nei casi espressamente indicati nei paragrafi successivi solo in relazione alle casistiche di soggetti sintomatici) nell'ambito dell'assegnazione già disposta alle ATS con il decreto n. 1492 del 11/02/2022, fermo l'eventuale ulteriore fabbisogno che verrà riconosciuto con successivo decreto fino a massimo euro 700.000 nell'ambito delle risorse di FSR di cui al punto 3) del dispositivo della DGR XI/5941 del 7/02/2022 in funzione del numero dei posti per singolo territorio di ATS.

Ai fini del reintegro, i lavoratori positivi oltre il ventunesimo giorno saranno riammessi al lavoro solo dopo la negativizzazione del tampone molecolare o antigenico; il lavoratore avrà cura di inviare tale referto, anche in modalità telematica, al datore di lavoro, per il tramite del medico competente.

Per quanto riguarda la gestione dei contatti ad alto rischio con un caso confermato di Covid-19, gli operatori sanitari e socio sanitari addetti all'assistenza nell'ambito della rete delle Unità di Offerta socio sanitarie e della salute mentale, come previsti dalla nota del Ministero della Salute prot. n. 0019680 del 30/03/2022 "devono eseguire un test antigenico o molecolare fino al quinto giorno dall'ultimo contatto con un soggetto contagiato"

Per il personale che opera a contatto con gli utenti/pazienti per misure e sperimentazioni, valgono le stesse regole.

E' inoltre previsto, fino al 31/12/2022, il *regime dell'autosorveglianza, consistente nell'obbligo di indossare dispositivi di protezione delle vie respiratorie di tipo FFP2 al chiuso o in presenza di assembramenti, fino al decimo giorno successivo alla data dell'ultimo contatto stretto*".

I test antigenici per operatori sintomatici o per il contatto ad alto rischio sono a carico del SSR. Le ATS garantiscono sino al 31.12.2022 a dette strutture la fornitura dei tamponi antigenici.

1.2. MISURE DI PREVENZIONE E PROTEZIONE DEL PERSONALE

L'art. 8 del DL 24 marzo 2022 n. 24 conferma l'obbligo vaccinale fino al 31 dicembre 2022 per:

- gli esercenti le professioni sanitarie e gli operatori di interesse sanitario (art. 4 del DL 44/2021);
- tutti i soggetti, anche esterni, che svolgono a qualsiasi titolo la propria attività lavorativa nelle strutture sociosanitarie e socioassistenziali, di ospitalità e di lungodegenza, RSA, strutture per disabili (RSD), Hospice, strutture riabilitative e strutture residenziali per anziani, anche non autosufficienti, incluse le strutture semiresidenziali e quelle che, a qualsiasi titolo, ospitano persone in situazione di fragilità (art. 4 bis del DL 44/2021);

Resta necessario, fino al 31/12/2022, mantenere le misure di prevenzione e protezione per il personale sotto riportate:

- per il personale addetto all'assistenza degli utenti/ospiti, nell'ambito di tutte le Unità di Offerta della rete territoriale sociosanitaria e della salute mentale:
 - autosorveglianza dei sintomi;
 - uso di mascherina (anche i familiari);
 - appropriata igienizzazione delle mani;
 - cambio dei guanti dopo ogni contatto con il paziente;

con specifico riferimento alla rete residenziale sociosanitaria o all'assistenza domiciliare, in caso di utenti/ospiti Covid-19 positivi, in aggiunta alle misure di prevenzione sopra definite, è necessario l'utilizzo di:

- mascherina FFP2/FFP3 (per tutti gli operatori - anche quelli delle pulizie - se entrano nelle stanze di pz Covid positivi);
 - camice impermeabile, a seconda del livello di esposizione al rischio da contagio, è possibile l'utilizzo di camice/grembiule monouso in correlazione con la mansione svolta su valutazione del medico competente;
 - occhiali di protezione/visiera;
 - raccomandati calzari/copri-scarpe monouso;
- per il personale non addetto all'assistenza degli utenti/ospiti:
 - autosorveglianza dei sintomi;
 - uso di mascherina, anche chirurgica;
 - appropriata igienizzazione delle mani;

2. GESTIONE DEGLI OSPITI/UTENTI

2.1 INGRESSI NELLA RETE RESIDENZIALE SOCIO SANITARIA E DELLA SALUTE MENTALE TERRITORIALE

Al fine di garantire l'accesso in sicurezza dei nuovi ospiti nelle strutture residenziali sociosanitarie si prevedono le seguenti casistiche:

Ingresso da casa: in assenza di sintomatologia è prevista l'esecuzione di un tampone antigenico nelle 48 ore precedenti l'ingresso, a carico della struttura di accettazione (che può accettare tamponi eseguiti anche da altri soggetti autorizzati); in caso di test positivo rinviare l'ingresso a dopo la negativizzazione, rimandando il paziente al proprio medico di medicina generale. L'ingresso delle persone con sintomatologia suggestiva di COVID-19 è rimandato alla completa risoluzione dei sintomi, indipendentemente degli esiti dei test.

Ingresso a seguito di trasferimento da struttura sanitaria o sociosanitaria o da altra struttura residenziale di salute mentale: la Struttura di provenienza si fa carico di eseguire un test antigenico in prossimità della dimissione trasferimento e comunque entro le 48 ore precedenti al trasferimento. Il trasferimento è ammesso solo in caso di esito negativo del test antigenico e in assenza di sintomatologia suggestiva di Covid-19. Possono essere riaccolti soggetti ancora Covid-19 positivi, al termine delle prestazioni effettuate in strutture sanitarie, solo se si tratta di ospiti che sono già in carico alla struttura sociosanitaria e solo se, a giudizio del medico della struttura sociosanitaria, è possibile garantire un adeguato isolamento.

Si definiscono di seguito le indicazioni, valide fino al 31.12.2022, salva l'evoluzione del quadro normativo nazionale, per l'ingresso in struttura residenziale sociosanitaria e della salute mentale, in base alla situazione vaccinale del nuovo ospite:

1. Protezione immunitaria completa

- a) Somministrazione dose booster
- b) Guarigione dall'infezione contratta dopo un ciclo vaccinale completato
- c) Ciclo vaccinale completato da più di 14 gg e meno di 120 gg
- d) Somministrazione di Evusheld da meno di 120 gg:

la Struttura si fa carico di eseguire un test antigenico all'ingresso, rinviando l'ingresso a dopo la negativizzazione, in caso di test antigenico positivo. Se il test all'ingresso è negativo, fino al 31/12/2022, salva l'evoluzione del quadro normativo nazionale:

- nessuna quarantena
- sorveglianza per 5 gg ed esecuzione immediata di test antigenico in caso di sintomi

2. Guarigione da meno di 120 gg in assenza di pregressa vaccinazione con ciclo primario completo

La Struttura si fa carico di eseguire un test antigenico all'ingresso, rinviando l'ingresso a dopo la negativizzazione, in caso di test antigenico positivo. Se il test è negativo, fino al 31/12/2022, salva l'evoluzione del quadro normativo nazionale:

- nessuna quarantena
- sorveglianza per 5 gg ed esecuzione immediata di test antigenico in caso di sintomi
- programmazione dell'avvio o del completamento del ciclo vaccinale secondo le tempistiche previste, previo consenso dell'interessato o di chi ne fa le veci

3. Protezione immunitaria parziale o assente

- Nessuna vaccinazione
- Ciclo primario iniziato ma non ancora completato

- Ciclo primario completato da meno di 14 gg
- Ciclo primario completato da più di 120 gg
- Guarigione da più di 120 gg in assenza di pregressa vaccinazione

Indicazioni fino al 31/12/2022, salva l'evoluzione del quadro normativo nazionale:

- la Struttura si fa carico di eseguire un test antigenico all'ingresso, rinviando l'ingresso a dopo la guarigione come da indicazioni Ministeriali, in caso di test antigenico positivo. In caso di test negativo, viene precauzionalmente attuata una quarantena di 5 gg che termina con nuovo test antigenico negativo;
- programmazione tempestiva dell'avvio o del completamento del ciclo vaccinale della somministrazione della dose booster, secondo le tempistiche previste, previo consenso dell'interessato o di chi ne fa le veci.

Per le tre casistiche soprariportate la presenza di un focolaio nella struttura prevede una analisi da parte della struttura sull'opportunità dell'inserimento del nuovo ospite rimandando l'inserimento ove non sia possibile garantire la sicurezza del paziente ovvero la chiusura del focolaio (almeno 7 gg senza nuovi casi collegati).

2.2 NUOVI INGRESSI NELLA RETE DIURNA DELLE UNITA' DI OFFERTA SOCIO SANITARIE E DELLA SALUTE MENTALE

In assenza di sintomatologia, prima della presa in carico (primo accesso) è prevista l'esecuzione di un test Anti SARS-CoV-2 antigenico o molecolare nelle 48 ore precedenti il primo ingresso, a carico della struttura (che può accettare tamponi eseguiti anche da altri soggetti autorizzati).

L'ingresso delle persone con sintomatologia suggestiva di COVID-19 è rimandato alla completa risoluzione dei sintomi, indipendentemente degli esiti dei test. L'ingresso è rinviato, quindi, in presenza di un test antigenico o molecolare negativo.

2.3 REGOLE SPECIFICHE PER GLI INGRESSI IN HOSPICE

In considerazione dei requisiti strutturali e gestionali degli Hospice, caratterizzati da stanze singole e da consistente presenza di personale sanitario, in Hospice possono essere accolti anche pazienti Covid-19 positivi, previa autorizzazione del medico responsabile della struttura che garantirà ogni rigorosa osservanza delle regole di isolamento e precauzione per evitare la diffusione dell'infezione da SARS-CoV-2.

2.4 PRESA IN CARICO IN ADI e UCP-DOM

In caso di sintomi potenzialmente riconducibili a Covid-19, il paziente andrà gestito con DPI come da area/reparto Covid. Ciò vale anche per paziente con nota diagnosi di Covid-19 non ancora guarito, senza necessità di esecuzione di ulteriore test all'accesso da parte del personale sanitario.

Nel **setting domiciliare** (ADI o UCP-Dom), è importante una accurata anamnesi telefonica prima di accedere a domicilio. Nell'eventuale presenza di sintomi suggestivi di infezione da SARS-CoV-2, il personale deve adottare le precauzioni e indossare i DPI previsti nei reparti Covid. In caso di paziente con sintomi sospetti ma in assenza di test noto, effettuare il test antigenico utilizzando i laboratori della rete prevista da ATS. Fermo restando le regole di eleggibilità in ADI della persona, si prevede di garantire continuità sino al 31.12.2022, alle

determinazioni in materia di profilo ADI Covid di cui alla DGR XI/3529/2020, nell'ambito del budget sottoscritto.

Restano confermate sino al 31.12.2022 le determinazioni relative alle vaccinazioni anti covid a domicilio di cui alla DGR XI/4506/2021, nell'ambito dell'assegnazione già disposta alle ATS con il decreto n. 1492 del 11/02/2022.

Per le attività erogate nell'ambito delle misure e sperimentazioni in regime domiciliare, valgono le stesse regole.

2.5 PRESA IN CARICO NEI SETTING AMBULATORIALI

Per la gestione delle attività in servizi ambulatoriali della rete sociosanitaria valgono le stesse regole valide per il setting ambulatoriale del Polo Ospedaliero in attuazione della DGR XI/6082 del 10 marzo 2022.

2.6 SORVEGLIANZA SANITARIA SUGLI OSPITI/UTENTI DI STRUTTURE RESIDENZIALI E DELLA SALUTE MENTALE TERRITORIALE

Per la sorveglianza sugli ospiti/utenti, si distinguono i seguenti casi:

- ospiti asintomatici e senza link epidemiologico: successivamente all'ingresso attuato secondo le indicazioni di cui al paragrafo 2.1 del presente allegato, non è necessario procedere con attività di screening per SarS-Cov-2, fatto salvo il test antigenico effettuato dopo i 5 giorni di quarantena precauzionale, limitatamente ai casi in cui è previsto (vedi par. 2.1);
- ospite con sintomatologia suggestiva per infezione da SarS-Cov-2 o contatto stretto di caso, fino al 31/12/2022, è prevista l'esecuzione del test antigenico. A tal fine le ATS garantiscono la fornitura dei tamponi antigenici, per tale periodo, alle strutture residenziali sociosanitarie e della salute mentale territoriale. In caso di esito positivo del test antigenico e sintomi suggestivi di infezione da SarS-CoV-2, non è necessaria la conferma con test molecolare, essendo sufficiente l'esito positivo del test antigenico per l'attuazione delle misure di isolamento previste.
- ospite con sintomatologia suggestiva per infezione da SarS-Cov-2 ma esito negativo del test antigenico: è raccomandata l'esecuzione del test molecolare che resta a carico del SSR e viene erogato nell'ambito della rete dei laboratori autorizzati e a contratto con le ATS, a seguito di prescrizione da parte del medico. In attesa dell'esito del test molecolare l'ente gestore adotta idonee misure di isolamento.

2.7 GESTIONE DEGLI OSPITI GIA' IN CARICO ALLE STRUTTURE RESIDENZIALI E RISULTATI COVID POSITIVI

Per l'ospite/utente già in carico alla Struttura, in presenza di test positivo per SarS-CoV-2, indipendentemente dalla sintomatologia, si prevede, a giudizio del medico, che la permanenza possa proseguire presso la Struttura, garantendo idoneo isolamento individuale o di coorte. Tali misure si applicano anche durante l'attesa del test molecolare eseguito in caso di sintomi suggestivi di infezione da Sars-Cov-2 con esito negativo del test antigenico.

La gestione dell'ospite Covid-19 positivo varia in relazione alla copertura vaccinale del soggetto:

- i soggetti con dose booster/ciclo vaccinale primario completato nei 120 giorni precedenti: 7 giorni di isolamento, di cui gli ultimi 3 senza sintomi;
- negli altri casi: 10 giorni di isolamento, di cui gli ultimi 3 senza sintomi

In caso di positività ai test eseguiti dopo i periodi sopra indicati, si ripete il test fino a negativizzazione. Nel caso di positività per oltre 21 giorni, di cui gli ultimi 7 senza sintomi, il paziente si considera guarito con indicazioni di cautele di auto-sorveglianza.

Il trasferimento verso una Struttura per acuti avviene in relazione allo sviluppo di un quadro clinico che lo renda necessario a giudizio del medico.

Fino al 31/12/2022, per l'ente gestore di Unità di Offerta residenziale (RSA, RSD, CSS, SRM, Comunità Tox, salute mentale territoriale) si prevede la possibilità di lasciare libero un posto letto tra quelli a contratto per l'isolamento di eventuali casi Covid-19 positivi. Per il posto letto lasciato libero è riconosciuta, all'interno del budget sottoscritto, la tariffa/die della tipologia di Unità di Offerta indicata nella tabella sotto riportata, incrementata di euro 40 (per le CSS si fa riferimento alla remunerazione prevista dalla DGR XI/5340/2021 per la casistica degli ospiti che non frequentano i CDD).

UDO	TARIFFA DI RIFERIMENTO DGR 5340/2021	MAGGIORAZIONE €/DIE DGR XI/3782/2020
RSA	RSA TIPICA CLASSE 1	€ 40
RSD	RSD TIPICA CLASSE 1	€ 40
CSS	CSS TIPICA CLASSE 1 SENZA FREQUENZA CDD	€ 40
SRM	SRM UTENZA TIPICA MINORI	€ 40
DIPENDENZE	AREA TERAPEUTICA RESIDENZIALE	€ 40
SALUTE MENTALE	TARIFFA DI RIFERIMENTO PER TIPOLOGIA DI SRP	€ 40

A tal fine l'ente gestore trasmette entro e non oltre 30 giorni dalla stipula del contratto definitivo 2022 alla ATS, una apposita dichiarazione per la messa a disposizione di tale posto letto per l'isolamento, attestando quanto di seguito riportato:

"L'ente gestore dell'unità di offerta cudes ____ oggetto di contratto e scheda budget anno 2022, si impegna a mettere a disposizione per il periodo transitorio definito a tutto il 31/12/2022 un posto letto per eventuali esigenze di isolamento legate alla gestione Covid all'interno della struttura come da clausole previste nel medesimo contratto, secondo le norme di gestione per tempo vigenti".

L'esercizio dell'opzione relativa alla conservazione del posto a contratto per l'isolamento di eventuali casi covid può essere espressa esclusivamente in sede di stipula del contratto definitivo ed entro il termine di 30 giorni sopra indicato, non essendo ammessa la successiva adesione.

Gli effetti di tale dichiarazione decorrono dalla fine dell'emergenza sanitaria al fine della gestione del periodo transitorio a tutto il 31/12/2022. La stessa regolamentazione si applica ai posti delle udo residenziali gestiti dalle aziende intercompany.

Le ATS provvedono a riportare tale indicazione nell'ambito del caricamento dei contratti in ContrattiWeb, secondo le indicazioni che verranno fornite dai competenti servizi regionali, e ciò anche in relazione alle giornate teoriche corrispondenti ai posti letto a contratto con decorrenza dal 1/04/2022 a tutto il 31/12/2022 ai fini della corretta valorizzazione a livello regionale della remunerazione dovuta in relazione alle UDO aderenti alla messa a disposizione del posto letto per l'isolamento. Si procederà a livello regionale, a chiusura dell'esercizio ai fini del riconoscimento di tale tariffa entro il budget sottoscritto, alla verifica del livello di saturazione compatibile con tale previsione.

Il valore legato alla tariffa per la messa a disposizione del posto letto per l'isolamento non concorre, alla stregua di quanto già previsto per la L.R. 24/2021, alla determinazione dell'eventuale iperproduzione riconoscibile secondo il quadro delle regole di riferimento.

Laddove invece l'ente gestore riesca comunque a garantire l'isolamento, nel quadro di quanto previsto nelle premesse del presente allegato con riferimento alla DGR XI/5181 del 06/09/2021, tale specifica tariffa non è riconosciuta, mantenendosi la tariffa corrispondente alla classificazione ordinaria dell'utente. Tali strutture devono quindi prevedere la tempestiva riorganizzazione degli spazi e dei percorsi all'interno della struttura, finalizzata alla gestione di eventuali positività.

Per tutte le strutture residenziali, le modalità organizzative adottate, comprese la riorganizzazione dei percorsi, l'utilizzo di DPI, la vestizione e svestizione per accedere al locale con ospite covid-19 positivo, devono essere descritte nella procedura di prevenzione delle infezioni, nella parte riferita alla prevenzione dell'infezione da SARS-Cov-2 (vedi sopra). Per l'assistenza all'ospite in isolamento non è necessario assegnare equipe di personale dedicato e, con riferimento all'utilizzo dei necessari DPI, si applicano le indicazioni di cui al capitolo 1.2 del presente allegato.

2.8 USCITE DEGLI OSPITI DELLE STRUTTURE RESIDENZIALI

Si raccomanda di favorire l'organizzazione di uscite programmate a favore delle persone in carico alla rete residenziale dei servizi. Le uscite temporanee degli ospiti delle strutture residenziali, così come indicato all'art. 2 quater della Legge 17 giugno 2021, n. 87, sono consentite purché tali persone siano munite delle Certificazioni Verdi COVID-19, senza che sia necessario, dopo il rientro, ricorrere a misure di isolamento. In particolare si raccomandano gli Enti gestori delle Unità di Offerta per persone con disabilità, disturbi dello spettro autistico, Salute Mentale, NPIA, di garantire il miglior temperamento tra l'applicazione delle regole di prevenzione di cui al presente allegato e l'attuazione di azioni coerenti per garantire la realizzazione dei progetti individuali nell'ottica di generare benessere e qualità di vita.

In caso di ospiti che escono/rientrano dalla/nella struttura, l'esecuzione di test antigenico è prevista in caso di sintomatologia potenzialmente riconducibile a Covid-19, che deve essere verificata all'ingresso. Analogamente deve essere garantito il test se il paziente risulta contatto di caso nel periodo di permanenza fuori dalla struttura.

Anche con riferimento alle uscite programmate si ribadisce l'importanza di sottoscrivere, una sola volta, il patto di corresponsabilità con la famiglia.

Strutture sociali residenziali

Per le strutture sociali residenziali si applicano le stesse regole di gestione di utenti delle strutture sociosanitarie sopra descritte, precisando che in tale settore le competenze diagnostico-terapeutiche sono di competenza del MMG e del servizio di Continuità Assistenziale e che le indicazioni per la sorveglianza e l'isolamento sono definite dal Dipartimento di Prevenzione di ATS.¹

2.9 GESTIONE DEGLI UTENTI NEGLI ALTRI SETTING ASSISTENZIALI DELLA RETE SOCIO SANITARIA E DELLA SALUTE MENTALE TERRITORIALE

Nel **setting semiresidenziale**, gli utenti già in carico saranno sottoposti a triage in ingresso, rimandando al MMG eventuali utenti con febbre superiore a 37,5 e/o altri sintomi riconducibili ad infezione da SARS-CoV-2. In presenza di sintomatologia per gli utenti già in carico, l'ingresso in struttura è rinviato alla completa risoluzione della sintomatologia e previo test antigenico o molecolare negativo. Il test in questi casi, prima di affidare la persona al MMG, può essere effettuato dal personale abilitato del soggetto gestore e, solo in questi casi sintomatici, l'ATS fornirà al gestore i test antigenici fino al 31/12/2022.

Anche in caso di comparsa di eventuali sintomi sospetti nel corso dell'attività, il gestore, prima di affidare la persona al MMG, può effettuare il test antigenico comunicandone l'esito al medico curante. Anche in questi casi di utenti sintomatici il gestore può utilizzare i test antigenici forniti da ATS.

Per la gestione di eventuali contatti di caso il gestore si atterrà alle disposizioni dell'ATS.

Nel **setting ambulatoriale**, vedasi quanto previsto per la gestione degli utenti negli ambulatori del Polo Ospedaliero.

Nel **setting domiciliare** (ADI o UCP-Dom), è importante una accurata anamnesi telefonica prima di accedere a domicilio. Nell'eventuale presenza di sintomi suggestivi di infezione da SARS-CoV-2, il personale deve adottare le precauzioni e indossare i DPI previsti nei reparti Covid. In caso di paziente con sintomi sospetti ma in assenza di test noto, effettuare il test antigenico utilizzando i laboratori della rete prevista da ATS. Fermo restando le regole di eleggibilità in ADI della persona, si prevede di garantire continuità sino al 31.12.2022, alle determinazioni in materia di profilo ADI Covid di cui alla DGR XI/3529/2020, nell'ambito del budget sottoscritto. L'eventuale tampone antigenico al domicilio – attivabile esclusivamente nelle ipotesi di intrasportabilità della persona - è ricondotto al prestazionale occasionale.

Restano confermate sino al 31.12.2022 le determinazioni relative alle vaccinazioni anti covid a domicilio di cui alla DGR XI/4506/2021, nell'ambito dell'assegnazione già disposta alle ATS con il decreto n. 1492 del 11/02/2022.

Strutture sociali semiresidenziali e domiciliari

Per le strutture sociali si applicano le stesse regole di gestione di utenti delle strutture sociosanitarie sopra descritte, con le specificità dei rispettivi regimi semiresidenziale e domiciliare, precisando che in tale settore le prestazioni sanitarie diagnostico-terapeutiche

¹ Le Strutture titolari di posti letto solo autorizzati/accreditati ma non contrattualizzati, in caso di necessità, possono utilizzare un locale, con deroga, per effettuare l'isolamento. Diversamente non possono tenere il caso positivo.

rientrano nelle competenze del MMG e del servizio di Continuità Assistenziale e che le indicazioni per la sorveglianza e l'isolamento sono definite dal Dipartimento di Prevenzione di ATS.

3. REGOLAMENTAZIONE DEGLI ACCESSI ACCOMPAGNATORI, FAMILIARI, VISITATORI

Si conferma la regolamentazione degli accessi dei visitatori alle strutture sociosanitarie e socioassistenziali residenziali è disciplinata dai commi dell'Art. 1-bis del decreto legge 1 aprile 2021, n. 44, convertito con Legge n. 76/2021. Si rimanda quindi alle determinazioni di cui alla DGR XI/6082/2022, che recepisce tale norma, nel capitolo "Rete Territoriale", al paragrafo "Regolamentazione degli accessi degli accompagnatori-familiari -visitatori, e successiva nota prot. n. G1.2022.00115538 del 25.03.2022.

L'accesso dei visitatori alle strutture residenziali sociosanitarie e socioassistenziali, è pertanto consentito fino al 31/12/2022, ai soggetti:

- in possesso di Certificazione Verde Covid-19 rilasciata a seguito della somministrazione della dose di richiamo (booster) successivo al ciclo vaccinale primario o, come già previsto dalla nota G1.2022.0015538 del 25/03/2022, a seguito di guarigione successivamente al ciclo vaccinale primario (Certificazione Verde Covid-19 rafforzata);
- in possesso di Certificazione Verde Covid-19, rilasciata a seguito del completamento del ciclo vaccinale primario o dell'avvenuta guarigione, unitamente a una certificazione che attesti l'esito negativo del test antigenico rapido o molecolare eseguito nelle 48 ore precedenti l'accesso.

Occorre pertanto che il direttore di struttura provveda a garantire l'accesso ai visitatori accertando il possesso delle certificazioni previste.

Con riferimento alla norma nazionale sopracitata, il richiamo all'Ordinanza del Ministero della Salute dell'8 maggio 2021, pubblicata nella G.U. n. 110 del 10.05.2021, prevede che *"nel rispetto delle predette misure e, in ogni caso, a condizione che siano assicurate idonee misure di protezione individuale, le direzioni sanitarie garantiscono la continuità delle visite da parte dei familiari con cadenza giornaliera consentendo loro anche di prestare assistenza quotidiana nel caso in cui la persona ospitata sia non autosufficiente"*. Pertanto le linee di indirizzo contenute nell'ordinanza sono da ritenersi valide garantendo però visite giornaliere ai visitatori.

A tal proposito si ricorda, tra i requisiti di accreditamento delle RSA, la DGR VII/7435/01 e, in particolare il requisito di accreditamento 3.2.a: *"L'orario di visita è libero nelle ore diurne e regolamentato dalle 20:00 alle 8:00". Per le altre Unità d'Offerta residenziali sociosanitarie diverse dalle RSA, la DGR 2569/14 prevede, tra i requisiti di accreditamento, la definizione di un orario di apertura dell'Unità d'Offerta con indicazione dell'orario delle visite nella carta dei servizi"*.

Eventuali ulteriori restrizioni, commisurate all'entità del rischio, sono ammissibili solo in presenza di contesti epidemiologici che ne giustifichino l'adozione a giudizio del responsabile sanitario, al fine di garantire la sicurezza degli ospiti. La possibilità di adozione di misure più restrittive da parte del medico responsabile della struttura, è da intendersi, quindi, nella regolamentazione degli orari in modo da prevenire assembramenti o rischi per la salute degli ospiti. La necessità eventuale di interrompere la continuità delle visite

giornaliere, per motivi di sicurezza, deve essere tempestivamente comunicata alla ATS, trattandosi, di fatto, di un provvedimento straordinario in deroga ad un requisito di accreditamento.

All'interno dei locali delle strutture socio-sanitarie tutti gli accompagnatori-familiari-visitatori devono utilizzare idonei DPI².

Anche in presenza di casi di Covid-19 positivi tra gli ospiti, dovrà essere garantito un accesso minimo giornaliero per ospite Covid-19 negativo, non inferiore a quarantacinque minuti, adottando le misure di sicurezza per prevenire assembramenti e diffusione dei contagi.

La visita ad eventuali ospiti Covid-19 positivi può essere autorizzata dal medico tenendo presente situazioni particolari, adottando le dovute precauzioni (es. persona in fine vita o grave depressione...)

Le visite a Ospiti Covid-19 positivi sono possibili, valutandone frequenza, modalità e durata con la Direzione della Struttura in modo da garantire l'applicazione delle idonee misure di sicurezza e la disponibilità del necessario personale di sorveglianza e supporto. Le visite in area/nuclei COVID dovranno, infatti, prevedere il corretto utilizzo dei DPI di cui al capitolo 1.2 del presente allegato e la sorveglianza del personale. Non è invece necessario prevedere l'accompagnamento/compresenza di personale durante le visite dei parenti/visitatori nelle aree in cui non sono presenti ospiti Covid-19 positivi.

Per gli Hospice, in considerazione delle caratteristiche strutturali e gestionali, nonché delle condizioni degli ospiti, deve essere garantito l'accesso dei familiari all'interno delle stanze di degenza, anche in ospite Covid-19 positivo. A tal fine il responsabile medico adotterà le precauzioni necessarie.

In merito alla possibilità di consentire ai parenti/visitatori di prestare assistenza quotidiana nel caso in cui la persona ospitata sia non autosufficiente, si precisa che le attività non devono sostituire le prestazioni assistenziali che spettano al personale. A tal fine si richiama la responsabilità del gestore nel garantire l'assistenza alle persone non autosufficienti. Il supporto dei parenti, quando ritenuto utile per il benessere dell'ospite, non può essere preteso dai parenti ma sempre condiviso con l'equipe di assistenza e cura, valutando i singoli casi e sempre condividendone le modalità all'interno del PAI.

4. REGOLAMENTAZIONE DEGLI ACCESSI DEI SOGGETTI ESTERNI

Si rimanda alle indicazioni fornite nel capitolo "Polo Ospedaliero" al paragrafo "Regolamentazione degli accessi dei soggetti esterni", che rimangono valide anche per le Unità di Offerta sociosanitarie.

5. MONITORAGGIO STRUTTURE SOCIO-SANITARIE

Verrà attivato dalla UO Prevenzione della Direzione Generale Welfare apposito flusso di sorveglianza delle Strutture Socio-Sanitarie per la segnalazione degli ospiti affetti da Covid-19.

Si ricorda che come previsto dal DM 1990 in tema di malattie infettive è vigente l'obbligo di segnalazione di tutte le malattie infettive previste da Decreto sopracitato, anche tramite

² Secondo le ultime norme nazionali

le specifiche piattaforme in uso e secondo le indicazioni regionali garantite per il tramite delle ATS.

Le Unità di Offerta verificano settimanalmente sui siti Ministeriali e tramite le rendicontazioni regionali l'andamento dell'incidenza regionale e la presenza di nuove varianti e informano (ad esempio con esposizioni in bacheca dell'andamento delle malattie infettive) gli operatori per aumentare la sensibilizzazione alla tematica e ai comportamenti corretti. A tal fine verrà attivato dai competenti uffici della DG Welfare un "bollettino malattie infettive settimanale per le UDO SS".

PERSONALE

Sommario

1. PERSONALE	1
1.1. Piano triennale dei fabbisogni di personale	1
2. FORMAZIONE PERSONALE SSR	2
2.1. Formazione Continua in Medicina ECM – CPD	2
2.2. Formazione personale dell'Area Professionale Tecnica ed Amministrativa.	3

1. PERSONALE

Nel corso dell'anno 2022 le politiche in materia di personale degli Enti del Servizio Sanitario Lombardo saranno riviste ai fini di completare l'applicazione alla Legge Regionale n. 22 del 14 dicembre 2021 ad oggetto "Modifiche all'art. 17 della L.R. 33/2009", nonché per dare applicazione ai provvedimenti statali in materia di fabbisogni del personale e di attuazione del PNRR.

1.1. Piano triennale dei fabbisogni di personale

In attuazione della Legge Regionale n. 22 del 14 dicembre 2021 ad oggetto "Modifiche all'art. 17 della L.R. 33/2009" saranno definite le nuove dotazioni organiche ed i relativi costi che verranno espressi nei Piani triennali dei fabbisogni di personale (PTFP) 2022-2024.

I nuovi Piani triennali dei Fabbisogni di Personale saranno predisposti considerando:

- Le risorse previste dalla Legge regionale di riforma del 14 dicembre 2021, n. 22 ed i trasferimenti di personale ivi previsti;
- le risorse a disposizione ai sensi dell'articolo 11 del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito con modificazioni in L. 60/2019, concernente "Misure emergenziali per il servizio sanitario della Regione Calabria e altre misure urgenti in materia sanitaria"
- le risorse previste al comma 274, articolo 1 della Legge n. 234 del 30 dicembre 2021 per assicurare il potenziamento dell'assistenza territoriale.

Con successivo provvedimento verranno approvate le Linee Guida relative all'aggiornamento dei PTFP 2022-2024.

2. FORMAZIONE PERSONALE SSR

2.1. Formazione Continua in Medicina ECM – CPD.

La formazione continua è opportunità e stimolo per la crescita di tutto il sistema salute ed è obbligo per tutti i professionisti sanitari che devono accrescere la propria formazione e competenza professionale.

È ora necessario che il sistema ECM-CPD, anche sulla scorta dell'esperienza pandemica, rilanci nuovi paradigmi educativi improntati al digitale da affiancare alla formazione tradizionale analogica.

Questo ancor più perché, dovendo promuovere innovazione nelle organizzazioni e sviluppare percorsi formativi mirati ai fabbisogni dei professionisti, è indifferibile il confronto con la sfida del digitale che richiede di curare l'aggiornamento e l'implementazione delle competenze di tutti i soggetti che intervengono nel processo di formazione, anche in coordinamento con il personale impegnato nella gestione dei sistemi informativi aziendali.

È quindi indispensabile che le risorse tecnologiche, umane, didattico-metodologiche siano analizzate e predisposte fin dalla fase della progettazione a garanzia di maggior personalizzazione ed efficacia dei percorsi formativi, individuando anche hardware e software necessari per sviluppare la didattica.

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

- a. la realizzazione, anche in collaborazione con altre strutture del S.S.R. e provider accreditati di Regione Lombardia, di percorsi formativi "blended" con lo sviluppo delle funzioni di E-learning;
- b. il rispetto della normativa ECM e di quanto previsto nel "Manuale di accreditamento per l'erogazione di eventi ECM-CPD Regione Lombardia";
- c. l'inserimento dei piani formativi sul "Sistema gestionale lombardo ECM – Sviluppo professionale continuo" entro il 30/04/2022;
- d. la realizzazione di almeno il 50% degli eventi previsti dal piano formativo accreditato;
- e. la regolare trasmissione dei flussi relativi ai crediti formativi da assegnare ai professionisti;
- f. la partecipazione allo sviluppo del Sistema gestionale lombardo 'ECM - Sviluppo professionale continuo, anche attraverso il supporto all'attività della Commissione regionale per la formazione continua e dell'Osservatorio regionale della qualità dell'educazione continua in medicina.

2.2. Formazione personale dell'Area Professionale Tecnica ed Amministrativa.

In considerazione della sempre maggiore complessità delle funzioni e delle attività da svolgere, nel 2022 si deve perseguire l'obiettivo di garantire un'effettiva offerta formativa regionale e aziendale specifica, rivolta alle risorse umane dei ruoli professionale, tecnico e amministrativo, sia come formazione al ruolo sia come aggiornamento professionale, tale obiettivo potrà essere assicurato tramite:

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

La funzione di Internal Auditing

Nei mesi di ottobre e novembre 2021 ORAC e la Funzione Audit di Regione Lombardia, alla presenza della Direzione Generale Welfare, hanno svolto una serie di incontri con i Responsabili Internal Audit (RIA) degli Enti Sireg al fine di presentare i risultati relativi al documento “Rete degli uffici di internal auditing - Mappatura e prime indicazioni” di cui alla Delibera ORAC n. 15 del 7 dicembre 2020 ed attuare un momento di confronto e condivisione di esperienze per valutare l’eventuale necessità di nuovi indirizzi metodologici ed organizzativi per il rafforzamento del ruolo dei RIA.

Gli incontri svolti hanno evidenziato un diffuso e condiviso apprezzamento della Funzione di RIA come strumento di efficientamento organizzativo, supporto al miglioramento dei processi aziendali ed incoraggiamento a comportamenti virtuosi.

In tale logica si raccomanda di rafforzare il necessario “commitment” da parte della Direzione Generale, affinché la Funzione di IA possa esplicare appieno le sue potenzialità a sostegno del ruolo di guida e governo della Direzione stessa, contribuendo al raggiungimento degli obiettivi aziendali.

Si richiamano quindi le indicazioni della DGR n. XI/6026 del 1 marzo 2022 *“Linee guida regionali per l'adozione dei piani di organizzazione aziendale strategici (POAS) delle Agenzie di Tutela della Salute (ATS), delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST), delle Fondazioni Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) di diritto pubblico della Regione Lombardia e dell'Agenzia Regionale Emergenza e Urgenza (AREU)” - (richiesta di parere alla commissione consiliare)”* (Capitolo II – paragrafo 1. Internal Auditing”).

Si conferma e ribadisce l’indicazione della DGR n. XI/1046/2018 (Regole 2019) e della citata DGR n. XI/6026/2022 in tema di netta segregazione delle funzioni. Tale separazione sarà oggetto di specifica verifica nell’anno 2022.

Proseguiranno le iniziative formative regionali e l’attività di coordinamento della rete da parte di ORAC nell’ambito delle funzioni di cui all’art. 3, comma 1, lettera h) della Legge regionale n.13/2018”.

Si prevede inoltre nel 2022 la possibilità di partecipazione dei RIA ad incontri periodici presso Polis al fine di creare una “comunità di pratica”, al pari di quella già in atto per le Direzioni Strategiche Aziendali, per lo scambio delle esperienze e con finalità di omogeneizzazione dei comportamenti.

In parallelo gli Enti dovranno potenziare la formazione aziendale, prevedendo all’interno dei propri piani formativi aziendali, una formazione specifica e continua, sia teorica sulla funzione del RIA con specifico riguardo all’ambito sanitario ed al processo di risk assessment, sia pratica sulla conduzione degli audit e gli strumenti operativi a supporto.

Si invitano inoltre gli Enti a “fare rete”, al pari di esperienze già in atto in altri settori (es. controllo di gestione), anche attraverso la disponibilità ad audit incrociati tra Aziende ed al reciproco supporto tecnico-specialistico sulle tematiche specifiche oggetto di audit, per potenziare le conoscenze e mettere a fattor comune professionalità già acquisite in ambiti specifici.

Accanto ad una rete inter-aziendale dovrà essere costantemente mantenuta ed alimentata una rete intra-aziendale, in stretta sinergia con le altre funzioni aziendali dedite ai controlli. L'obiettivo cui tendere progressivamente dovrà infatti essere la creazione di una Funzione RIA dotata di autonomia ed indipendenza, provvista di risorse stabili e professionalmente competenti, incardinata sotto la Direzione Generale ed in stretto e costante coordinamento con la funzione RPCT, Controllo di Gestione e Qualità, al fine di creare un sistema integrato e coordinato dei controlli.

I RIA dovranno trasmettere 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 ricorrenti:

- entro il 31 gennaio, il RIA trasmetterà la Pianificazione dell'anno in corso dell'attività di audit. Le attività di audit pianificate potranno utilmente comprendere aspetti inerenti l'applicazione delle misure anticorruzione
- entro il 31 gennaio il RIA dovrà procedere all'invio di una relazione annuale di monitoraggio delle attività di audit effettuate nell'anno precedente
- entro il 31 luglio il RIA dovrà trasmettere una relazione semestrale di monitoraggio sullo stato di attuazione delle attività di audit effettuate al 30 giugno dell'anno in corso.

Solo per l'anno 2022 il Piano annuale 2022 e la relazione annuale di monitoraggio delle attività di audit effettuate nel 2021 saranno trasmessi entro il 28 febbraio.

I format e i contenuti delle relazioni sulle attività di audit effettuate sono stabiliti e trasmessi alle Aziende dalla Funzione di audit regionale.

La trasmissione della pianificazione annuale dell'attività di audit e delle relazioni di monitoraggio dovrà essere effettuata alla Struttura Audit, mediante l'invio alla casella email: audit@regione.lombardia.it.

FARMACEUTICA

Sommario

ASSISTENZA FARMACEUTICA.....	1
Spesa Farmaceutica convenzionata e Distribuzione per conto.....	2
File F (acquisti diretti)	2
Attività di monitoraggio.....	3
FARMACIA DEI SERVIZI: DOSSIER FARMACEUTICO, NUOVI SERVIZI	3
SPERIMENTAZIONE CLINICA	4
ASSISTENZA PROTESICA E INTEGRATIVA: RUOLO DI ASSISTANT-RL E PIANI TERAPEUTICI.....	4
PROGETTO: SOMMINISTRAZIONE A DOMICILIO DI TERAPIE OSPEDALIERE	5
SVILUPPO DELLA FARMACOVIGILANZA.....	5

ASSISTENZA FARMACEUTICA

Nel 2021 la ricerca di medicinali efficaci per le terapie contro il Covid, affiancatasi alla ricerca sui vaccini, è risultata vincente nei confronti dell'epidemia.

Perciò nella Legge di Bilancio 2022 il farmaco riveste un ruolo essenziale, non solo in ambito COVID ma anche programmatico.

La legge ha così disposto, aumentando le risorse destinate a questa voce di spesa:

- Il Fondo per l'acquisto dei farmaci innovativi è incrementato di 100 milioni di euro per l'anno 2022, di 200 milioni di euro per l'anno 2023 e di 300 milioni di euro a decorrere dall'anno 2024;
- Al fine di sostenere il potenziamento delle prestazioni ricomprese nei LEA, anche alla luce delle innovazioni che caratterizzano il settore, il tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti è rideterminato nella misura dell'8 per cento del FSN (Fondo Sanitario Nazionale) per l'anno 2022, dell'8,15 per cento per l'anno 2023 e dell'8,30 per cento a decorrere dall'anno 2024. Resta fermo il valore percentuale del tetto per acquisti diretti di gas medicinali;
- il limite della spesa farmaceutica convenzionata resta fermo nel valore stabilito del 7% del FSN. Conseguentemente il valore complessivo della spesa farmaceutica è rideterminato nel 15 per cento del FSN per l'anno 2022, nel 15,15 per cento nell'anno 2023 e nel 15,30 per cento a decorrere dall'anno 2024;

E' stata anche inclusa la tematica della nuova remunerazione alle farmacie, che nel corso della pandemia hanno svolto un ruolo importante sul territorio, garantendo la continuità di assistenza ai cittadini.

Quindi si confermano come voci di interesse a livello di programmazione regionale:

- spesa farmaceutica convenzionata e Distribuzione per conto;
- File F e farmaci innovativi.

Spesa Farmaceutica convenzionata e Distribuzione per conto

L'introduzione da parte di AIFA delle note 97, 99 e 100, che riguardano le seguenti classi di farmaci, NAO, farmaci per la BPCO e farmaci per il diabete di tipo II, e che vogliono riportare questi farmaci anche a livello prescrittivo sul territorio, pone per il 2022 alle ATS come obiettivi da condividere con i prescrittori (specialisti, MMG e PLS), azioni di informazione e formazione oltre che di monitoraggio.

Le tre aree interessate sono quelle della cronicità e sarà essenziale il ruolo di gestione del territorio che riusciranno a mettere in atto le ATS.

Nel corso del 2022 verranno condivisi con la DGW gli obiettivi con le ATS su questi temi, con la finalità di garantire al paziente un percorso semplificato e appropriato.

File F (acquisti diretti)

- a) Farmaci innovativi oncologici e non oncologici di cui ai fondi nazionali: Rafforzamento del progetto pubblico privato e rendicontazione verso le regioni a statuto speciale

Anche per l'anno 2022 sono confermati (in incremento) a livello nazionale i fondi per i 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.

Pertanto, stante il progetto regionale in essere che vede l'accorpamento pubblico/privato si precisa che:

- le strutture private accreditate sono responsabili dell'invio dei fabbisogni alle strutture Pubbliche associate, oltre che della corretta rendicontazione in File F, per il periodo di innovatività e solo per l'indicazione innovativa,
- le strutture pubbliche sono responsabili dell'invio a Regione Lombardia e ad ARIA dei fabbisogni ricevuti dagli Enti Privati Accreditati.

E' indispensabile che le Strutture Private Accreditate, al fine di rendere più accurato, trasparente e snello l'intero processo di governo della spesa per i farmaci INNOVATIVI, interagiscano in modo puntuale con le strutture ospedaliere pubbliche (alle stesse associate) per quanto riguarda la fornitura dei fabbisogni, la gestione della modifica dei prezzi, la rendicontazione in tipologia 30 e 40 e la gestione di Note di credito C payback, risk-sharing ecc. Sarà poi compito della DGW valutare la capacità di collaborazione delle strutture private anche al fine poi del successivo accreditamento o rinnovo dello stesso per le farmacie ospedaliere di tali strutture.

- b) Nuovo tracciato

Richiamata infine la nota G1.2021.0063469 del 10/11/2021 avente per oggetto Nuovo tracciato FILE F in vigore da gennaio 2022 sarà compito delle strutture sanitarie erogatrici di File F aderire alle nuove disposizioni emanate mentre sarà in capo alle Ats la verifica puntuale tramite il tracciato File f della corretta rendicontazione dei farmaci secondo le nuove regole emanate.

Si ricorda infatti l'importanza di una rendicontazione da parte delle strutture SSN univoca e corretta dei costi sostenuti come certificazione economica del dato che viene trasmesso al Ministero con i flussi NSISS e che impatta sulla ridefinizione dei tetti di spesa e su un eventuale ripiano da parte delle AZF.

c) 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 confermano per l'anno 2022 le seguenti 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 (e quindi dall'indicazione, innovativa o meno) su tutti i farmaci innovativi con accesso al fondo (fondi AIFA oncologici e non oncologici):
 - 100% con verifica puntuale a carico dell'ATS del reale costo sostenuto da parte della struttura e, laddove siano stati individuati a livello regionale appositi Centri prescrittori, la verifica della corrispondenza tra gli stessi, a prescindere dalla erogazione che può in alcuni casi avvenire presso l'Asst di residenza del paziente

Attività di monitoraggio

Con l'anno 2022 è obiettivo della Direzione Generale Welfare riprendere l'attività di produzione di report di monitoraggio da rendere disponibili al sistema regionale sul consumo di specifici farmaci o in specifici contesti. Tale attività non vuole avere solo la finalità di semplice monitoraggio ma anche essere un possibile strumento di programmazione.

La programmazione 2022 dell'attività prevede di lavorare in questi ambiti:

- Antibiotici - l'uso degli antibiotici in Strutture Residenziali per Anziani (RSA), in relazione all'elevato uso di farmaci e alle caratteristiche di estrema fragilità e vulnerabilità delle popolazioni di pazienti anziani residenti;
- Farmaci biologici a brevetto scaduto - la penetrazione dei farmaci biosimilari e il loro impatto sull'efficienza complessiva degli acquisti diretti, con conseguente valorizzazione e promozione del loro ruolo in ambito intra ed extra-ospedaliero.

FARMACIA DEI SERVIZI: DOSSIER FARMACEUTICO, NUOVI SERVIZI

Per l'anno 2022 si conferma il pieno sostegno da parte della DGW per i nuovi servizi in farmacia, mantenendo anche in ottica evolutiva quelli che si sono attivati nel corso del 2021 come la somministrazione dei vaccini e l'esecuzione di tamponi.

Un obiettivo sarà quello di sostenere sia a livello regionale che nazionale lo sviluppo e attivazione del Dossier farmaceutico anche alla luce del ruolo che avranno le farmacie nella versione rivista del DM n. 71, come accompagnamento del cittadino alle terapie.

SPERIMENTAZIONE CLINICA

La materia è oggetto di revisione da parte dei competenti uffici ministeriali.

L'ipotesi attualmente allo studio prevede l'individuazione dei comitati etici sul territorio nazionale, ai sensi della Legge n. 3/2018, sulla base dei seguenti criteri:

- a) la presenza di almeno un comitato etico per ciascuna regione;
- b) l'avvenuta riorganizzazione dei comitati etici, prevista dall'art. 12, commi 10 e 11, del decreto legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189;
- c) il numero di sperimentazioni valutate in qualità di centro coordinatore nel corso dell'anno 2016.

Una volta emanate le indicazioni nazionali sul numero di CE attribuiti ad ogni regione e sulle collegate determinazioni, l'attività del Gruppo di coordinamento (GDL) regionale sulla sperimentazione clinica istituito con decreto DGW n. 13840 del 18/10/2021 verterà principalmente sull'individuazione dell'operatività dei comitati etici non inclusi negli elenchi ministeriali e sulla precisazione delle funzioni diverse da assegnare a questi ultimi.

ASSISTENZA PROTESICA E INTEGRATIVA: RUOLO DI ASSISTANT-RL E PIANI TERAPEUTICI

Nel corso del 2022 sarà compito della DGW supportare il percorso di semplificazione al cittadino per l'accesso ai dispositivi inclusi nei LEA.

In questo contesto si dispone che a partire dall'anno 2022:

- PER I PRESIDI PER AUTOMONITORAGGIO PER I DIABETICI (compreso FREESTYLE)
I PT avranno durata triennale, che verrà applicata anche a quelli già in essere;
- PER MICROINFUSORI E I DISPOSITIVI PER IL MONITORAGGIO CONTINUO DEL GLUCOSIO (CGM):

I PT avranno durata triennale, che verrà applicata anche a quelli già in essere.

Verranno poi presi in esame altri percorsi sempre in ambito dell'assistenza protesica che oggi presentano ancora problemi di accesso, con impegno importante del cittadino e del caregiver.

PROGETTO: SOMMINISTRAZIONE A DOMICILIO DI TERAPIE OSPEDALIERE

Gli ultimi due anni, segnati dalla pandemia, hanno fatto emergere come tema di assoluta importanza quello di avvicinare la cura (terapia) al paziente e ai suoi caregivers.

E' diventato perciò urgente capire quali siano le soluzioni percorribili, nel rispetto dell'attuale normativa vigente, per facilitare l'accesso alle terapie a soggetti fragili che vedono spesso coinvolti i loro caregivers.

Ci sono due obiettivi che si possono realizzare a partire dal 2022:

- individuare il metodo più efficiente che permetta la completa tracciatura del percorso perché il paziente cronico (ad esempio: Artrite Reumatoide, Psoriasi, ecc), che oggi deve andare con cadenza mensile presso l'ospedale che lo ha in carico per il ritiro della terapia farmacologica, possa avere la terapia in una sede più vicina al suo domicilio;
- in ambito di malattie rare (o comunque malattie croniche invalidanti) definire con il centro regionale, i clinici e le associazioni pazienti quali terapie possano essere somministrate a domicilio del paziente con tutte le necessarie sicurezze per la salute dello stesso paziente.

Per il primo punto, ad esempio, verrà posto il confronto con gli operatori sulla possibilità di attivare un percorso che coinvolga le farmacie aperte al pubblico, come è stato attivato durante la pandemia, ma a differenza della situazione emergenziale, attraverso un processo web-based in modo che il clinico e il farmacista ospedaliero abbiano il ritorno informativo tempestivo dell'aderenza alla terapia.

SVILUPPO DELLA FARMACOVIGILANZA.

In un'ottica di integrazione ospedale – territorio merita particolare attenzione il processo di gestione della transizione di cura.

Diventa quindi essenziale segnalare gli eventi avversi provocati dalle interazioni farmacologiche nelle poli-terapie con feedback costante ai Medici di medicina generale delle interazioni nocive identificate anche attraverso software dedicati.

Si intende in tal modo stimolare la segnalazione da parte dei medici di sospetti eventi avversi insorti nei pazienti cronici che siano attribuibili all'interazione di più farmaci assunti.

PREVENZIONE

Sommario

INTRODUZIONE.....	2
Performances ATS nell'area della Prevenzione	2
SCREENING ONCOLOGICI	3
PROMOZIONE DELLA SALUTE - STILI DI VITA.....	4
SICUREZZA DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE NON ANIMALE E TUTELA DEL CONSUMATORE	5
Gestione allerta alimenti – RASFF e richiami al consumatore	6
Piano Regionale Prevenzione 2021-2025	6
Acque destinate al consumo umano	6
Laboratori di Prevenzione	6
Aggiornamento Tariffario prestazioni DIPS – SIAN.....	7
TUTELA DEL LAVORATORE E DEL CITTADINO	7
IGIENE PUBBLICA, AMBIENTE SALUTE.....	8
SORVEGLIANZA DELLE MALATTIE INFETTIVE E VACCINAZIONI	9
Formazione Area Malattie infettive e Vaccinazioni	9
Indicazioni specifiche PRP	9
Malattie infettive: quadro logico, preparedness e piano pandemico - PL15	10
Misure per il contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza - PP10	10
Malattie Infettive Prevenibili da Vaccino - PL18	11
Malattie Infettive Sessualmente Trasmesse - PL21.....	11
Malattie infettive correlate all'ambiente e ai vettori - PL22	11
Malattie infettive gravi correlate alle condizioni di vita - PL23	12
Screening HCV	12
MEDICINA LEGALE	12
RISORSE AREA PREVENZIONE	13
LEA: 5,5% da destinarsi agli interventi/area della prevenzione.	13
Attività diagnostica covid*	14
Fondi vincolati**	14
AZIONI INTEGRATE U.O. VETERINARIA E U.O. PREVENZIONE	15

INTRODUZIONE

L'anno 2021 è stato ancora determinato dall'emergenza COVID-19 che ha assorbito l'attività di tutte le aree della prevenzione e della medicina legale, sia in termini di nuova attività preponderante (sorveglianza e controllo con particolare riferimento al *contact tracing*) che di riprogrammazione dell'attività stessa.

Parte delle attività previste per il SSR sia da parte della UO Prevenzione - DG Welfare, che dei DIPS ATS e delle strutture che erogano prestazioni dell'area Prevenzione sono state svolte, ma la gran parte degli obiettivi hanno visto di fatto un ridimensionamento dei risultati attesi.

Gli elementi di novità che hanno caratterizzato il 2021 dal punto di vista della programmazione anche pluriennale della Prevenzione sono stati:

- l'elaborazione e successiva approvazione del Piano Regionale Prevenzione 2021-2025 (DGR XI/5389 del 18/10/2021 e DCR XI/2395 del 15/02/2022);
- l'elaborazione del Piano pandemico regionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale (PanFlu) 2021- 2023 (DGR XI/6005 del 25/02/2022);
- la realizzazione del piano di vaccinazione anti COVID 19.

Stante quanto sopra le **priorità** per l'anno 2022 sono:

- l'avvio della realizzazione dei ventidue Programmi, Predefiniti (n.10) e Liberi (n.12) del PRP 2021-2025;
- la garanzia di erogazione dei i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e le specifiche normative di settore;
- l'attuazione a livello regionale del PanFlu 2021- 2023;
- le attività di prevenzione sorveglianza e controllo delle malattie infettive con l'aggiornamento del Sistema di Sorveglianza regionale;
- la campagna antinfluenzale 2022/23 e il recupero delle coperture per le vaccinazioni non raggiunte nel 2021;
- la riattivazione del percorso di Performance della Prevenzione;
- la piena attivazione degli screening oncologici per la prevenzione del tumore della mammella e del colon retto, l'attivazione a livello regionale dello screening per la cervice uterina con test HPV, e la partecipazione ai progetti dedicati allo screening per il tumore al polmone;
- attivazione dello screening per l'eradicazione del HCV;
- le azioni mirate alla prevenzione e contenimento degli infortuni sul lavoro, con particolare attenzione al settore costruzioni, interessato da una forte ripresa delle attività;
- il proseguimento dell'attività di sorveglianza sanitaria per la tutela sanitaria dei soggetti ex-esposti e esposti al rischio amianto;
- le azioni mirate volte alla corretta gestione del processo di recupero dei rifiuti (eow, sottoprodotti) attraverso la partecipazione ai tavoli d'integrazione e coordinamento delle strutture sanitarie e ambientali e la stesura di linee di indirizzo condivise;

Performances ATS nell'area della Prevenzione

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 in tema di prevenzione. Il percorso di valutazione delle attività di prevenzione verrà implementato nel senso di una maggiore attenzione alla completezza e qualità dei dati inviati con flussi informativi, ciò a favore di una

maggiore tempestività (e autonomia da parte degli enti del SSR) nel calcolo delle performances stesse. Con il coinvolgimento dei DIPS è previsto uno sviluppo delle performances della prevenzione al fine di inserire nel modello di valutazione anche elementi di utilizzo delle risorse e di efficienza del sistema. Ove necessario saranno rivisti indicatori e pesi degli stessi anche riattivando gruppi di lavoro dedicati alle singole aree di interesse.

Obiettivi Specifici area Prevenzione

SCREENING ONCOLOGICI

L'attività sul territorio regionale evidenzia ancora la criticità di copertura per invito e per test della popolazione target a seguito della sospensione degli screening oncologici a causa dell'emergenza Covid, delle difficoltà nella ripresa delle attività e della modifica delle modalità organizzative dovuta alla necessità di mantenere il distanziamento tra gli appuntamenti. Si ritiene comunque prioritaria l'attivazione dello screening per il cervicocarcinoma con HPV-DNA test primario a garanzia del LEA per i territori ancora privi del programma e la conversione ad HPV per i territori con pap test.

In coerenza con gli obiettivi di screening di cui alla DGR 5832/2021 nel 2022 si opererà prioritariamente:

- per l'avvio dello screening per il cervicocarcinoma con HPV-DNA test primario con protocollo differenziato per le vaccinate e offerta attiva del vaccino gratuito alle non vaccinate della coorte 1997, secondo nuove linee di indirizzo che saranno rese disponibili nella prima metà dell'anno (per il vaccino: nota prot. G1.2022.0008087 del 07.02.2022);
- per il completo riassorbimento del ritardo attribuibile al covid entro la fine del 2022 e il ripristino delle consuete tempistiche di invito, prioritariamente per le fasce di età LEA; deve essere comunque garantita la possibilità di eseguire il test di screening per i cittadini che ricadano nelle fasce di età di cui al DDG n. 3711 del 3/4/2017 per cui la ATS abbia già attivato l'invito attivo o che contattino spontaneamente ATS;
- per la garanzia di disponibilità di sedute di primo livello per la popolazione eleggibile 2022 secondo le tempistiche previste da ATS, facilitando anche la riconversione della prestazione richiesta con impegnativa SSR in screening quando in fascia di età e comunque dando sempre la priorità all'erogazione in setting di screening (obiettivo per ASST, IRCCS e privato accreditato);
- per la garanzia dell'offerta di sedute tempestive di secondo livello conseguenti agli esiti di primo livello, con priorità anche in questo caso alle agende di screening (obiettivo per ASST, IRCCS e privato accreditato).

La valutazione dell'impatto dell'emergenza Covid sulla popolazione afferente agli screening verrà documentata con la partecipazione delle ATS alla specifica rilevazione dell'Osservatorio Nazionale Screening (ONS) e ad altre eventuali attività di ricerca nazionali e internazionali.

Rispetto alle attività di sviluppo del sistema screening previste dal nuovo Piano Regionale della Prevenzione, nel 2022 saranno effettuate le seguenti ulteriori azioni:

- Produzione di almeno un atto di indirizzo da parte del Coordinamento Regionale Multidisciplinare Screening Oncologici con il coinvolgimento delle società scientifiche di settore;
- Produzione di un atto regionale di riordino delle prestazioni specialistiche e di diagnostica strumentale e di laboratorio erogate ai sensi dell'articolo 85 comma 4 della legge 23.12.2000;
- Integrazione del piano diagnostico-terapeutico di Rete Breast Unit per il percorso alto rischio genetico con il programma di screening mammografico organizzato (in raccordo con la Struttura Reti clinico assistenziali e organizzative e ricerca);
- Istituzione e avvio del gruppo di lavoro tra UUOO di Epidemiologia e i Centri Screening per la produzione di un set di indicatori di diseguaglianze di accesso e fruizione dei programmi di screening

e di un report regionale sulle disuguaglianze di accesso ai programmi di screening (Struttura Epidemiologia e valutazione della performance);

- Avvio dello sviluppo della campagna comunicativa regionale per i programmi di screening;
- Avvio dello sviluppo del sistema informativo regionale dei programmi di screening (studio di fattibilità software unico regionale e ampliamento della disponibilità di dati di screening nel portale Open Data regionale).

Infine, verranno pianificati o avviati progetti di ricerca finalizzati allo sviluppo di nuove modalità diagnostiche e organizzative per i seguenti ambiti di screening: autoprelievo per test HPV-DNA, personalizzazione basata sul rischio dello screening mammografico, screening del tumore del polmone (progetti “Rete Italiana Screening Polmonare” e CCM “Progetto Pilota di un programma di screening del tumore polmonare integrato con la cessazione del fumo”).

PROMOZIONE DELLA SALUTE - STILI DI VITA

Fermo restando la validità degli indirizzi metodologici e di processo di cui al paragrafo 7.2 dell'allegato alla DGR 2672/2019 “Regole di Gestione del Servizio Sanitario e Sociosanitario 2020”- che si confermano integralmente - e in vista della imminente declinazione operativa del PRP 2021-25 (con particolare riferimento ai PP 1-2-3-4-5 e ai PL 16-19-20, di specifico interesse per quest'area), si confermano di seguito le specifiche relative a prosieguo/implementazione/sviluppo delle **attività che concorrono al raggiungimento dei LEA** (programmi preventivi regionali e piano GAP), nei setting Scuola, Luoghi di lavoro, Comunità locali e SSR e relativi target.

Obiettivi specifici:

- attuazione di quanto previsto dai PIL ATS – Piano Integrato Locale Promozione della Salute – 2022, comprendente gli elementi organizzativi relativi al raccordo operativo DIPS/PIPPS per:
 - l'attuazione del piano dei percorsi di educazione/sensibilizzazione da realizzarsi nell'ambito della collaborazione già in essere tra scuola e SSR in attuazione dell'allegato 1 “Ritorno a scuola 2021 – minimizzare il rischio” di cui alla DGR n. XI/4319/2021;
 - Il raccordo delle azioni preventive, di limitazione dei rischi e riduzione del danno in atto a livello territoriale ex “Progetto Parchi” e POR-FSE Marginalità;
 - Il coordinamento dei Programmi preventivi regionali con i Piani di Zona;
- aggiornamento, formale approvazione (**entro il 10.06.22**) e attuazione del rispettivo Piano Territoriale GAP (III Annualità) coerentemente con indirizzi DG Welfare (nota prot. G1.2020.0042914 del 18/12/2020 e DDGW n. 8466 del 21/06/2021), e con le indicazioni che saranno fornite da UO Prevenzione relativamente all'integrazione operative delle linee progettuali preventive territoriali ex DGR 7803/19 e 2609/19 (Setting Scuola e Comunità locali);
- partecipazione operativa – in sinergia fra Servizi PromoSal e Epidemiologia - alle fasi di raccolta dei dati relativa alle Sorveglianze HBSC (11-13-15-17enni), Passi d'Argento (popolazione over 65 e OKkio alla Salute/Genitori – Covid), 0-2 anni; OKkio alla Salute; OKkio alla Salute – Covid;
- adozione della Piattaforma regionale “Survey Stili di vita” in avvio, per la rendicontazione e programmazione delle linee di attività e dei programmi territoriali;

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

- mediante il rafforzamento e l'ampliamento delle collaborazioni intersettoriali con i soggetti delle comunità locali (Enti Locali, UST, Scuole, Università, Ambiti, Terzo Settore, Volontariato, Associazioni di categoria e di impresa, ANCI, ecc.);
- lo sviluppo e l'implementazione di iniziative - intra e inter dipartimentali - di alfabetizzazione (*health literacy*) e marketing sociale rivolte alla popolazione in merito alle attuali priorità (prevenzione SARS-CoV-2, vaccinazioni ecc.);
- l'attenzione in tutti i programmi/setting ai bisogni delle fasce di popolazione più vulnerabili (equity audit delle iniziative).

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

- Urban Health: buone pratiche per la valutazione di impatto sulla salute degli interventi di riqualificazione e rigenerazione urbana e ambientale già oggetto della omonima Comunità di Pratica nel 2019;
- Supporto all'implementazione in realtà regionali italiane della Rete di Promozione della Salute sui luoghi di Lavoro (Rete WHP – *Workplace Health Promotion*);
- Cambiare stili di vita non salutari. La formazione a distanza a supporto delle competenze dei professionisti in ambito della promozione della salute.

Come negli anni precedenti sono assegnate alle ATS di risorse pari ad euro 520.000 da finalizzare ad attività di marketing sociale, sviluppo e supporto a reti/iniziative di carattere intersettoriale che, nell'ambito della programmazione PIL, concorrono all'obiettivo LEA (core) misurato dall'indicatore composito "Stili di vita" come da tabella sotto riportata.

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

* È altresì confermata l'ulteriore assegnazione alla ATS Milano C. M. di risorse pari ad euro 180.000,00 per il supporto ad attività regionali relative alla conduzione delle Comunità di Pratica (FSC) delle ATS/ASST, alla partecipazione a progetti/reti europee di WHO e CE (SHE Network, ecc.), gestione e produzione reportistica dei programmi "Life Skills Training Lombardia" e "Unplugged Lombardia", dei Sistemi di Sorveglianza nazionali "*Health Behaviour in School aged Children – HBSC*", "*Global Youth Tobacco Survey – GYTS*", "OKkio alla Salute" e della "Banca Dati Prosa".

SICUREZZA DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE NON ANIMALE E TUTELA DEL CONSUMATORE

In continuità con gli anni precedenti, preso atto dei PIC pervenuti per l'anno 2022, sono previste le seguenti azioni ed interventi per l'anno 2022:

- Rendicontazione mensile in Impresa gli esiti de controlli e delle attività effettuate;
- Verifica dell'efficacia e dell'appropriatezza dei controlli ufficiali per la sicurezza alimentare:
 - Verifica dell'efficacia a priori e a posteriori: si confermano le indicazioni date con il decreto 1272 del 02/02/2018 e l'utilizzo delle liste di riscontro fornite dalla UO Prevenzione con nota di protocollo G1.2020.0001065 del 10/01/2020;
 - Verifica dell'efficacia in tempo reale: dovrà essere effettuata utilizzando la lista di riscontro che verrà fornita dalla UO Prevenzione con nota successiva. Almeno il 20% dell'attività di supervisione dovrà essere effettuata in occasione di controlli tramite audit; almeno 2 supervisioni dovranno essere effettuate in caso di CU presso stabilimenti riconosciuti verificando le modalità di applicazione della scheda di categorizzazione del rischio;
 - In caso di esito "raccomandazione" è necessario intraprendere un'azione di miglioramento che comprende le seguenti azioni:
 - Analisi e ricerca delle cause e definizione delle azioni di miglioramento;
 - Verifica dell'applicazione e dell'efficacia delle azioni intraprese;
 - Registrazione delle azioni intraprese;
 - Rendicontazione dell'attività di verifica dell'efficacia e dell'appropriatezza del controllo ufficiale utilizzando il format trasmesso con nota di protocollo G1.2020.0001065 del 10/01/2020;
 - Verifica dell'efficacia e dell'appropriatezza dei controlli ufficiali per la sicurezza alimentare:

Gestione allerta alimenti – RASFF e richiami al consumatore

In coerenza con il sistema di allerta nazionale ed europeo, a tutela dei consumatori dovranno essere mantenuti gli standard di qualità ed efficienza del sistema di allerta, garantendo l'attività in essere di informazione rapida nel caso di riscontro di alimenti e materiali destinati al contatto con gli alimenti non conformi ai requisiti previsti dalla pertinente normativa.

Ciò comporta:

- Caricamento dei dati delle notifiche nell'applicativo regionale.
- Caricamento dei dati relativi alle notifiche con un impatto extra-regionale nel portale europeo iRASFF e trasmissione al punto di contatto regionale.
- Pubblicazione sul portale NSIS del Ministero della Salute degli avvisi di richiamo predisposti dagli OSA, secondo il format ministeriale rispettando le modalità e la tempistica previste.

Piano Regionale Prevenzione 2021-2025

Partecipazione alle azioni formative, ai tavoli di lavoro proposti da RL e all'azione di equity del PL13 "Malattie infettive trasmesse da alimenti: Prevenzione, sorveglianza e controllo" fornendo i dati necessari.

Partecipazione al Tavolo regionale di Sicurezza Nutrizionale (TaRSiN).

Acque destinate al consumo umano

Dovrà essere garantita la partecipazione del personale formato tramite corso regionale con l'Istituto Superiore di Sanità ai Team per la predisposizione dei Piani di Sicurezza dell'Acqua implementati dai Gestori del Servizio Idrico Integrato, fornendo il supporto e le informazioni necessarie a una corretta valutazione del rischio.

Laboratori di Prevenzione

Garantire la rendicontazione dei controlli analitici degli alimenti nei database nazionali (NSIS VIG, NSIS Pesticidi, Cruscotto CROGM) secondo le frequenze e le modalità stabilite dal Ministero della Salute: particolare attenzione deve essere posta nella completezza ed accuratezza della rendicontazione, nonché nel

rispetto delle deadline. A tal fine deve essere inviata alla UO Prevenzione una nota quadrimestrale con il riassunto degli inserimenti esitati positivamente in NSIS VIG.

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

Prosegue l'attività di riordino della Rete dei Laboratori di Prevenzione in raccordo con analoga attività in capo al CReSMEL. Nel 2022 verrà attivato un lavoro di analisi per la definizione di un LIMS unico a livello regionale

Aggiornamento Tariffario prestazioni DIPS – SIAN

In ragione della applicazione del D.Lvo. 32/2021, è aggiornato il tariffario di cui alla DGR XI/2698/2019, come sotto riportato:

DGR XI/2698/2019 – Competenze DIPS - SIAN	
Voce n. 1	come da D.Lvo. 32/2021 – allegato 2, sezione 8 limitatamente alla “Valutazione documentale delle SCIA per le competenze in materia di sicurezza alimentare”
Voce n. 18	come da D.Lvo. 32/2021 – allegato 3, sezione 1
Voce n. 19	come da D.Lvo. 32/2021 – allegato 3, sezione 1
Voce n. 20	come da D.Lvo. 32/2021 – allegato 2, sezione 8
Voce n. 21	come da D.Lvo. 32/2021 – allegato 3, sezione 1
Voce n. 23	come da D.Lvo. 32/2021 – allegato 3, sezione 1
Voce n. 45	come da D.Lvo. 32/2021 – allegato 2, sezione 8, limitatamente a “Aggiornamento senza sopralluogo dei riconoscimenti”

Le ATS dovranno procedere all'aggiornamento dei rispettivi tariffari DIPS entro il 30/06/2022.

TUTELA DEL LAVORATORE E DEL CITTADINO

L'emergenza COVID-19 ha richiesto una nuova attività preponderante (sorveglianza e controllo con particolare riferimento al *contact tracing*) e la riprogrammazione dell'attività di controllo a tutela del lavoratore, indirizzando i Servizi PSAL a verifiche dell'applicazione delle misure anticontagio, come da Protocollo ex DPCM 24 aprile 2020 e successive indicazioni. Contestualmente, ai Servizi PSAL è stato chiesto l'assolvimento delle indagini in materia di infortunio, compresi quelli SARS-COV2 delegati dalle Procure, e di malattia professionale, attività erogate in collaborazione con le UO OML secondo le modalità individuate con la delibera di costituzione della loro rete.

Anche in relazione alla definizione di un “Piano di azione Amianto”, previsto dal Programma Predefinito 9 – Ambiente, salute e Clima, i Servizi PSAL e le UO OML assicurano il percorso di applicazione, della DGR n. XI/2214 dell'8 ottobre 2019 che ha recepito l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le PP.A. sull'adozione del protocollo di sorveglianza sanitaria dei lavoratori ex esposti ad amianto (Rep. Atti n. 39/CSR del 22/02/2018). La delibera regionale prevede che detta offerta sia veicolata attraverso i medici di medicina generale mettendo a disposizione di ciascuno di loro gli elenchi INAIL dei propri assistiti ex esposti. In questa logica, gli elenchi distinti degli ex esposti (certificati e non certificati), già inseriti da ARIA nell'apposita sezione S.M.A.F. (Sistema Modulare Acquisizione Flussi), sono trasmessi dalle Cure Primarie agli MMG, in raccordo con i Servizi PSAL.

Compatibilmente con l'evoluzione del quadro epidemiologico, le priorità a **tutela della salute e sicurezza sul lavoro** sono individuate nell'assicurare il contrasto agli infortuni sul lavoro e alle malattie professionali attraverso ispezioni ed assistenza. In coerenza nell'attuazione del Piano Regionale di Prevenzione 2021-2025,

Programmi Predefiniti 6, 7 e 8, ferma restando la partecipazione, e per taluni operatori ATS/UOOML la conduzione di tavoli tecnici previsti a supporto della realizzazione dei PMP, gli interventi si sostanziano in:

- Predisposizione dell'analisi di contesto epidemiologica, socio-economica, propedeutica alla definizione e programmazione di PMP locali;
- Conduzione di attività di ispezioni e interventi in modalità PMP, che coniugano enforcement ed empowerment, che attivano un confronto con le imprese e le parti sociali rafforzando l'efficacia della componente preventiva;
- Promozione delle iniziative atte all'emersione delle malattie professionali, anche attraverso l'utilizzo del servizio telematico di Segnalazione (SMP) relativo a mesoteliomi, tumori naso-sinusali, tumori della vescica e del polmone, patologie muscolo scheletriche (servizio che sarà implementato con la rilevazione dei linfomi);
- Sottoscrizione di accordi di adesione al progetto formativo POLIS Lombardia (ex dgr 2464/2019) relativamente alla formazione del personale dei Servizi PSAL.

Di seguito sono elencati ambiti di attività ritenuti prioritari di **tutela della salute del cittadino**, soprattutto in relazione all'evoluzione della pandemia ancora in atto:

- ✓ **Attività funebre:** il percorso avviato con la l.r. 4 marzo 2019 - n. 4 "Modifiche e integrazioni alla legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità): abrogazione del Capo III 'Norme in materia di attività e servizi necroscopici, funebri e cimiteriali' del Titolo VI e introduzione del Titolo VI bis 'Norme in materia di medicina legale, polizia mortuaria, attività funebre", è in fase di completamento tramite la redazione del regolamento regionale ex art. 76, l.r. 33/09, richiedendo ai Servizi ISP proattività nell'interlocuzione e informazione ai Comuni. Contemporaneamente va garantito ai Comuni supporto per l'applicazione di eventuali indicazioni nazionali e regionali derivanti dallo sviluppo della situazione epidemiologica, esercitando contestualmente un'adeguata attività di vigilanza sul settore.
- ✓ **Attività di disinfestazione:** gli interventi di disinfestazione sono misure di lotta efficaci per il contenimento delle zanzare e delle zecche, realizzati a livello locale e per prevenire gli eventuali focolai di malattie trasmesse da vettori. Si raccomanda, in coerenza con quanto previsto dal "Malattie infettive correlate all'ambiente e ai vettori - PL22", di garantire l'interazione tra gli interventi di sorveglianza, la tempestività nell'identificare l'eventuale insorgenza di fenomeni rilevanti/focolai, l'informazione alla popolazione e gli interventi di disinfestazione finalizzati al contenimento della presenza di zanzare.
- ✓ **Monitoraggio aerobiologico pollini:** il contrasto alla diffusione dell'Ambrosia ha ricadute positive anche sulla limitazione di possibili cause che possano influire negativamente sulla salute dei cittadini, con particolare riferimento all'apparato respiratorio. Avvalendosi del "Gruppo di lavoro monitoraggio aerobiologico" (DDGW n. 9271 del 26.06.2019) si predisporranno indicazioni tecniche cui uniformare le attività di informazione/divulgazione degli esiti del monitoraggio aerobiologico che consentiranno ai Servizi ISP l'individuazione di misure efficaci di prevenzione delle allergopatie.

IGIENE PUBBLICA, AMBIENTE SALUTE

Per consentire l'attuazione delle azioni previste nel PP9 "Ambiente, clima, salute" attraverso una rete regionale che ne presidi e coordini le attività, è richiesta la partecipazione ai tavoli tecnici dedicati a:

- sistema informativo Geografia Salute Ambiente - GeoSA
- sorveglianza inquinamento atmosferico
- valutazione impatto sanitario
- sicurezza chimica

- amianto
- igiene ed *urban health*
- acque

Il decreto legislativo 101/2020 in materia di pericoli derivanti dall'esposizione alle radiazioni ionizzanti ha reso necessaria la stesura di una legge (pdl 182 approvato nella seduta consiliare del 22 febbraio 2022 - LCR n. 104) che aggiorna ed integra il Titolo VI della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità), sostituendo i disposti attuali relativi al funzionamento delle Commissioni; introducendone nuovi relativi ai rifiuti; aggiornando le regole di prevenzione e protezione dal rischio di esposizione al gas radon nelle abitazioni e nei luoghi di lavoro; ai Servizi ISP è richiesto di dare attuazione a quanto previsto dalla nuova legge.

In materia di sicurezza chimica, occorre garantire l'appropriatezza e l'efficacia dei controlli, integrando gli aspetti di tutela del mercato con quelli di tutela sociale, attraverso l'elaborazione e l'attuazione dei relativi piani REACH/CLP, biocidi, cosmetici, fitosanitari, detergenti anche attraverso la partecipazione a progetti specifici quali ad esempio il progetto dogane e il progetto controllo integrato EOW con ARPA.

In tema di salute pubblica prosegue il presidio ATS nell'ambito della Commissione istruttoria regionale per la VIA e di cui alla l.r. 5/2010, delle conferenze dei servizi convocate nell'ambito dei procedimenti ambientali di valutazione e autorizzazione, nei procedimenti riferiti a piani/programmi a valenza territoriale e di valutazione di programmi/progetti dedicati a rigenerazione urbana, *urban health* e mobilità sostenibile (PUMS). Altresì, prosegue l'azione regionale di consolidamento delle azioni di coordinamento tra DG Welfare e Arpa al fine di garantire ai territori la convergenza su obiettivi operativi comuni di tutela sanitaria ed ambientale – e la collaborazione per l'integrazione di dati (ambientali, geografici, sanitari, demografici, etc..) nel sistema informativo Geo.S.A. (Geografia Salute e Ambiente), a supporto alle attività di valutazione e analisi per lo studio di pericoli e la valutazione del rischio nonché per le valutazioni di tipo epidemiologico Lombardia: temi inseriti, peraltro, da ARPA nel Piano di Attività 2022-2024, di recente approvazione.

SORVEGLIANZA DELLE MALATTIE INFETTIVE E VACCINAZIONI

Per l'area Malattie infettive sono di riferimento per l'attività 2022 il Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025 ed il Piano Pandemico; di seguito i principali indirizzi per l'anno 2022

Formazione Area Malattie infettive e Vaccinazioni

La formazione continua degli operatori rappresenta uno degli interventi necessari per garantire ai cittadini la corretta gestione delle malattie infettive: le ATS attivano iniziative di formazione (in maniera autonoma o raccordandosi tra loro) seguendo le indicazioni della UO Prevenzione al fine di garantire il pieno rispetto del PRP 2021-25 e del Piano Pandemico. In particolare, nel 2022 sarà necessario attivare percorsi di formazione in tema di: arbovirosi, malattie a trasmissione alimentare, nuovo sistema di sorveglianza, Sars Cov 2, infezioni Sessualmente Trasmesse. Analogamente le ASST dovranno attivare programmi di formazione vaccinale in tema di Hesitancy e di *tailoring immunization programs*. La UO Prevenzione, insieme a Polis, fornirà indicazioni delle tematiche e standard di riferimento e modalità di verifica.

Indicazioni specifiche PRP

E' prevista per il 2022 l'attivazione nei tavoli di lavoro previsti dal PRP e la relativa partecipazione da parte delle ATS/ASST/IRCCS .

Malattie infettive: quadro logico, preparedness e piano pandemico - PL15

In premessa si segnala che nel 2022 ci sarà l'aggiornamento del sistema informativo di sorveglianza e relative procedure.

Covid-19

- Si conferma il ruolo di supporto e coordinamento scientifico all'attività regionale di laboratorio (ad esempio validazione qualità test) per le tematiche Covid-19 del laboratorio di via Pascal Università degli Studi di Milano.
- Le ATS aggiornano le procedure di sorveglianza e attivano verifiche interne con cadenze quadrimestrali per la verifica della qualità del contact tracing e della verifica della qualità dell'indagine epidemiologica e dei flussi informativi in coerenza con le indicazioni regionali e nazionali
- E' attiva la rete regionale per la sorveglianza del SARS-CoV2 nelle acque reflue – SARI - di cui al Decreto n. 4516 del 01/04/2021, con le modalità previste dalla DGR n. XI/5807 del 29/12/2021.

Sistema sorveglianza malattie infettive

Le ATS garantiscono la partecipazione e alla revisione del percorso di aggiornamento del sistema di sorveglianza delle malattie infettive di cui al decreto del Direttore della DG Welfare n 1086 del 3/2/2022.

Nel 2022 sono attivati dal livello regionale percorsi di audit in tema di sorveglianza e malattie infettive, la DG Welfare UO Prevenzione fornirà gli indirizzi per l'attivazione del percorso di audit. Le ATS garantiscono la partecipazione al percorso di audit.

Laboratori di riferimento per le malattie infettive

In continuità con gli anni passati sono confermati i seguenti laboratori di riferimento per le malattie infettive, nella tabella sono indicati i rimborsi massimi attribuiti:

Centro	Euro	Sorveglianza
Fondazione IRCCS CA' GRANDA – Osp Maggiore Policlinico	100.000	MIB e SEU
ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda	100.000	tubercolosi (micobatteriosi) e Legionellosi
Fondazione IRCCS Policlinico "S. Matteo"	120.000	arbovirosi, morbillo-rosolia, febbre emorragica, Influenza
ASST Fatebenefratelli Sacco Polo Universitario	100.000	arbovirosi, febbre emorragica (EbV)
Università degli Studi di Milano – lab via Pascal	120.000	le malattie infettive di morbillo, rosolia, epatite virale (A, B, C, D, E), poliomielite, salmonellosi non tifoidee e listeriosi;
	60.000	Influenza

E' istituita la rete regionale di laboratori per la sorveglianza laboratoristica delle varianti di Sar-Cov2 e altri patogeni infettivi; con successivi atti verranno definiti centri e le modalità di lavoro in raccordo con il CReSMEL.

Misure per il contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza - PP10

- Entro Settembre 2022 è previsto per tutte le ASST/IRCCS Pubblici il pieno allineamento con l'applicativo Microbio: le ASST/IRCCS Pubblici devono fornire evidenza e dichiarazione che la qualità dei dati trasmessi

a Microbio (almeno i dati dell'ultimo quadrimestre utile) rappresentano la reale situazione in tema di infezioni ospedaliere e antibiotico resistenza.

- Si ricorda altresì l'obbligo di adesione ai sistemi di sorveglianza nazionali in tema di ICA e AMR da parte delle strutture del SSR.

Malattie Infettive Prevenibili da Vaccino - PL18

Per il 2022 sono richiamati i seguenti obiettivi:

- riattivazione del percorso di audit da parte di ATS in tema di vaccinazione per tutte le ASST del territorio in coerenza con quanto definito dal decreto 7222/2019 e da ulteriori indicazioni che verranno date dalla UO Prevenzione;
- Pieno recupero dell'offerta e delle coperture vaccinali non erogate nel 2021 con particolare attenzione alle vaccinazioni in adolescenza, in tal senso si orienta per il mese di settembre 2022 il mese dedicato alla vaccinazione in adolescenza in tutta la regione, si indica pertanto di orientare quota parte dell'offerta in quel mese attivando anche campagne ad hoc di recupero;
- Revisione della modalità di comunicazione e di accesso alla vaccinazione per la popolazione di riferimento: entro fine giugno 2022 i siti aziendali di ATS e ASST devono essere aggiornati per descrivere in maniera completa gli orari di accesso e le modalità di prenotazione per le vaccinazioni dell'adulto (compresa l'offerta in copagamento) e dell'infanzia;
- Creazione di una rete per i vaccinatori di condivisione (formazione online, distribuzione di documenti e procedure, condivisione di esperienze, informazione rapida in caso di allerte);
- Attivazione di una rete di medici "sentinella" (in particolare PLS) per la analisi del fenomeno di hesitancy;
- Progettazione dell'innovazione del software del database regionale interconnesso con i vari attori del SSR

Malattie Infettive Sessualmente Trasmesse - PL21

I centri IST di cui alla DGR n. X/6968/2017 e successivo decreto 5617/2019 entro settembre 2022 sono tenute a:

- Verificare le modalità di offerta gratuita e ad accesso libero dei test per la prevenzione delle IST in coerenza con le indicazioni degli atti sopracitati e aggiornamento dei siti web aziendali;
- Aggiornamento delle procedure di partner notification e counselling per il paziente.

I Centri IST in collaborazione con le ATS attivano la creazione di reti locali tra enti del terzo settore con i centri IST del territorio per la creazione di percorsi di diagnosi (testing) e presa in carico in coerenza con le indicazioni che verranno date dalla commissione AIDS regionale.

Ai centri IST sopracitati è aggiunto quello dell'IRCCS Ospedale San Raffaele come Centro Infezioni Sessualmente Trasmesse – IST in quanto sede di UO di Malattie Infettive.

E' inoltre previsto per il 2022 l'attivazione di sperimentazioni organizzative di home testing.

Malattie infettive correlate all'ambiente e ai vettori - PL22

Nel 2022 a partire dal rilascio dell'applicazione GEOSA per le ATS le inchieste per Legionella e *West Nile* dovranno essere attivate anche attraverso tale applicazione appositamente predisposta: le ATS aggiornano le procedure aziendali.

Richiamata la nota Protocollo G1.2022.0014103 del 15/03/2022 le ATS monitorano le azioni dei comuni in tema di prevenzione alle arbovirosi : dalla campagna di sensibilizzazione (supportando anche attraverso incontri con sindaci e istituzioni) alle azioni di tipo larvicida. Si invitano i Servizi ISP del Dipartimento a richiedere ai Comuni la programmazione degli interventi e le evidenze della loro realizzazione, pena il

mancato finanziamento agli EE.LL. di quegli interventi resi necessari a fronte dell'insorgenza di un focolaio: sono infatti confermati i fondi di supporto ai comuni per interventi straordinari per disinfestazione arboviroso ove appropriati (su indicazione di ATS in coerenza con il Piano Nazionale Arboviroso)

Malattie infettive gravi correlate alle condizioni di vita - PL23

In coerenza con quanto previsto dal PRP 2021-25 le ATS identificano entro Settembre 2022 le associazioni locali coinvolte nella presa in carico delle patologie infettive di *homeless*, migranti e attivano gruppi di lavoro dedicati al fine di garantire percorsi di sorveglianza e vaccinazione: in tali gruppi di lavoro sono coinvolti anche referenti degli istituti di detenzione del territorio al fine di garantire anche in quel setting pieno raccordo con le attività del SSR in tema di sorveglianza delle malattie infettive. Ove già presenti tavoli formali dedicati a tale tematica ATS può la tematica delle malattie infettive potrà essere gruppi di lavoro analoghi la tematica. Obiettivo del secondo semestre del 2022 è la mappatura dei bisogni in tema di sorveglianza e vaccinazioni, per la successiva all'attivazione/supporto a progetti locali. Sarà attivato apposito gruppo di lavoro regionale.

Screening HCV

In coerenza con gli obiettivi di screening di cui alla DGR 5832/2021 le ASST partecipano alla realizzazione dello screening HCV e rendicontano le prestazioni effettuate come da indicazioni regionali garantendo l'attivazione del percorso in coerenza con il decreto 6277/2022 e la messa a regime (offerta sistematica a tutti gli aventi diritto e corretta rendicontazione) nel secondo semestre 2022.

MEDICINA LEGALE

Nel corso del 2022 proseguiranno le azioni di riordino delle attività medico-legali erogative nei confronti dei cittadini nonché di supporto alle strutture aziendali ospedaliere e territoriali previste dai Livelli Essenziali di Assistenza e dal Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità.

Nello specifico per l'area invalidità e disabilità proseguirà il recupero dei livelli erogativi delle prestazioni rivolte in particolare ai cittadini più fragili in situazione di documentata gravità ed urgenza (circolari DG Welfare n. G1.2020.0012306 del 19/03/2020 e n. G1.2020.0020668 del 19/05/2020 e art. 29-ter Legge n. 120 dell'11 settembre 2020) ponendo particolare attenzione a garantire valutazioni collegiali medico legali congruenti, trasparenti ed agevolmente accessibili; a tale fine le ASST avranno cura di assicurare la collaborazione e l'integrazione con altre aree specialistiche aziendali (in particolare neuropsichiatria e pediatria per gli accertamenti sui minori, oculistica e otorino per gli accertamenti di ciechi e sordi), nonché il rafforzamento e l'ampliamento di percorsi condivisi ed integrati con i diversi soggetti esterni coinvolti (enti, amministrazioni, associazioni di categoria ecc.).

Nell'area idoneità alla guida le "Linee di indirizzo in merito all'organizzazione e funzionamento delle Commissioni Mediche Locali di cui all'art 119 del D.Lgs. 285/92 e all'art. 330 del D.P.R. 495/92" diffuse con circolare regionale del 17/11/2020 hanno fornito l'inquadramento necessario alla regolamentazione per il funzionamento degli organi collegiali. Le diverse ASST operanti nel territorio di riferimento della medesima CML dovranno, tramite atti formali (ad es. regolamentazione del dipartimento interaziendale di medicina legale, ove costituito, o specifici atti di convenzione), cooperare nell'ampliamento dell'offerta del servizio ai cittadini, prevedendo l'erogazione delle prestazioni in più sedi territoriali secondo tali indicazioni, anche al fine di favorire un contenimento dei tempi di attesa.

Oltre all'aspetto strutturale e organizzativo nel 2022 le linee di azione dovranno contemplare la revisione delle modalità di accertamento, sia in sede monocratica che collegiale, aggiornando i criteri

diagnostico/valutativi secondo le indicazioni fornite dalla U.O. Prevenzione della DG Welfare. Tale azione andrà sostenuta dall'individuazione di un sistema di indicatori con periodica rendicontazione dell'attività alla regione.

Nell'ambito della medicina necroscopica e dei riscontri diagnostici, le UU.OO. di medicina legale dovranno prendere in esame le criticità emerse in corso di emergenza COVID, e, nella vigenza del nuovo 'regolamento regionale di polizia mortuaria', rivedranno congiuntamente al Tavolo tecnico regionale di medicina legale, le attività di medicina necroscopica in capo ai Servizi di Medicina Legale delle ASST.

Dovranno essere, infine, valorizzati, l'implementazione di buone pratiche nella gestione delle richieste inerenti le istanze di risarcimento (nell'ambito dei CVS e in raccordo con le attività di gestione del rischio) e di indennizzi per danni da vaccinazioni/trasfusioni, nonché nella attuazione dei principi sanciti dalla Legge 219/2017 nella relazione di cura con particolare riguardo alla gestione della pianificazione condivisa delle cure.

Come indicato nel paragrafo relativo al Comitato Regionale dei Servizi di Medicina di Laboratorio (CReSMEL) riprende l'attività di raccordo anche con la Medicina legale per aggiornamento della DGR n. VIII/9097 del 13/03/2009 "Determinazioni in merito alla ricerca di sostanze stupefacenti e psicotrope nei materiali biologici e al dosaggio dell'etanolo" ed il riordino della rete dei laboratori delle strutture pubbliche autorizzati all'effettuazione di tale attività.

Il gruppo di lavoro multidisciplinare avrà il compito di definire i tempi e le modalità di attuazione delle attività di riordino e di coordinarne l'implementazione.

Verranno infine riviste le indicazioni relative alla gestione delle richieste di prestazioni ai Servizi di Pronto soccorso e ai Servizi di Medicina di Laboratorio in merito agli accertamenti ex artt. 186 e 187 del Codice della Strada con particolare attenzione alle procedure sui prelievi ed accertamenti necessari nei casi di omicidio e lesioni personali stradali gravi e gravissime (Legge 23 marzo 2016, n° 41).

RISORSE AREA PREVENZIONE

LEA: 5,5% da destinarsi agli interventi/area della prevenzione.

area	Risorse
Attività vaccinale: popolazione target + categorie a rischio + nuove attivazioni e incremento coperture (compresa campagna antinfluenzale)	€113.000.000,00
Screening - hpvDNA test per le ex asl senza screening (25 - 64 anni donne) - screening mammella (donne 45-49 70-74 anni in screening) - screening colon retto 70-74 anni in screening - screening mammella (donne 45-49 anni in screening) - attività di screening secondo livello	€43.000.000,00
Prevenzione test MTS/IST (esenzione D98)	€2.000.000,00
Area promozione salute e prevenzione fattori di rischio comportamentali (PIL e Gestione attività regionali)	€520.000,00
Laboratori di riferimento malattie infettive	€600.000,00
Supporto comuni interventi straordinari per disinfestazione arbovirosi	€200.000,00
Progetto SARI	€500.000,00
Attività diagnostica covid (tamponi – genotipizzazioni - sierologia)*	€200.000.000,00

Fondi Vincolati PRP2021-25**	€45.310.116,00
Progetti di supporto al PNP Network (AIRTUM; ONS; NIEBP)**	€226.551,00

Attività diagnostica covid*

Nell'ambito del bilancio SSR per COVID-19 sono da comprendere i fondi per la diagnosi, tamponi e genotipizzazioni.

Fondi vincolati**

Intesa Stato/Regioni PPAA del 4/8/2021 "Linee progettuali per l'utilizzo da parte delle regioni delle risorse vincolate ai sensi dell'art.1 commi 34 re 34bis legge 23 dicembre 1996 n. 662 per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2021: **PNP/PRP €45.310.116,00** da destinare alle attività del PRP (escluso il finanziamento x erogazione LEA), di cui il 5x1000 pari a **€226.551,00** deve essere destinato ai progetti di supporto al PNP Network (AIRTUM; ONS; NIEBP)

Inoltre:

- è confermato il finanziamento a funzione delle UOOML;
- è confermata la possibilità di utilizzare gli introiti derivanti:
 - o dal Dlgs 194/2008 per il mantenimento, potenziamento e miglioramento dell'efficacia della programmazione e dell'attuazione del "piano integrato dei controlli" ai sensi del Reg (UE) 2017/625 in tema di sicurezza degli alimenti di origine non animale e tutela del consumatore;
 - o dal DLgs 758/1994 secondo le modalità di cui al decreto 18378/2019.

AZIONI INTEGRATE U.O. VETERINARIA E U.O. PREVENZIONE

Azioni ed interventi per l'anno 2022

Attuazione di quanto previsto dal PRP 2021-2025:

- PP9 Ambiente, Salute e Clima

- programmazione e realizzazione di interventi formativi sul Sistema Classyfarm.

La sostenibilità ambientale, applicata alla filiera agricola e zootecnica, richiede misure che coinvolgano direttamente il Settore veterinario per promuovere l'applicazione di nuove strategie dall'allevamento, nell'ottica di salvaguardare le produzioni rendendole al contempo sempre più sostenibili dal punto di vista ambientale e della sanità pubblica veterinaria. L'obiettivo della presente azione è promuovere la conoscenza dell'applicativo Classyfarm agli stakeholders per tramite di specifiche attività formative/informative organizzate da Regione Lombardia anche in collaborazione con IZSLER, DVSAOA delle ATS;

- predisposizione di specifiche linee guida sull'adozione consapevole degli animali d'affezione.

L'obiettivo della presente azione prevede attività di formazione/comunicazione agli operatori e ai cittadini in tema di corretta interazione e gestione degli animali d'affezione, con particolare riguardo alle informazioni necessarie per un'adozione consapevole. Le linee guida verranno redatte con la collaborazione della Consulta Regionale, dei Dipartimenti Veterinari delle ATS e dei competenti Uffici regionali sulla comunicazione.

- PP10 Contrasto all'Antimicrobicoresistenza (con Osservatorio Epidemiologico Regionale)

- rafforzamento del sistema di sorveglianza e monitoraggio dell'uso appropriato degli antibiotici in ambito veterinario;
- programmazione e realizzazione di attività formative per gli addetti al controllo ufficiale in tema di uso appropriato degli antibiotici in ambito veterinario;
- programmazione e realizzazione di iniziative per gli stakeholders per l'uso appropriato di antibiotici in ambito veterinario;
- sviluppo di procedure intersettoriali regionali per la conduzione di indagini epidemiologiche in casi di individuazione di microrganismi patogeni resistenti (ambito veterinario).

- PL13 Malattie infettive trasmesse da alimenti: prevenzione, sorveglianza e controllo

- formazione degli operatori sanitari sulle malattie trasmesse da vettori e da alimenti;
- formazione degli Operatori del Settore Alimentare (OSA) sulle malattie trasmesse da alimenti;
- miglioramento del sistema di gestione delle malattie trasmesse da alimenti;
- revisione dei laboratori di riferimento per le salmonellosi.

Adozione di indirizzi regionali congiunti in tema di:

- gestione del Sistema di Allerta ai sensi del Reg (CE) 2002/178 e successivi atti di recepimento nazionali e regionali;
- controllo ufficiale mediante campionamento a fini di analisi, prova e diagnosi ai sensi del Reg. (UE) 625/2017, ed azioni conseguenti.

Attuazione del D.lgs. 32/2021

Al fine di dare attuazione a quanto previsto dal Decreto Legislativo n. 32/2021 recante “Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2017/625 ai sensi dell'articolo 12, comma 3, lettera g) della legge 4 ottobre 2019, n. 117”, in particolare, quanto previsto all’art. 15, c. 2 punto a) sull’utilizzo della quota del 90% dei ricavi per tariffe riscosse dalle ATS, si richiede che la programmazione aziendale preveda e sostenga idonei interventi per *“l’ottimizzazione e il miglioramento dell’efficacia e della programmazione e dell’attuazione dei controlli ufficiali e delle altre attività ufficiali”*.

A tal fine, i Dipartimenti Veterinari e i Servizi di Igiene, Alimenti e Nutrizione (SIAN) trasmetteranno annualmente alla Direzione Strategica dell’ATS l’elenco delle attività e dei relativi fabbisogni connessi al miglioramento dei controlli ufficiali che dovranno essere finanziati con i proventi di cui allo stesso decreto.

VETERINARIA

Sommario

PREMESSA	1
GOVERNANCE DELLA SANITÀ PUBBLICA VETERINARIA.....	2
Azioni ed interventi per l'anno 2022	2
Tavoli di Lavoro.....	3
Provvedimenti di futura adozione.....	3
SANITÀ ANIMALE.....	3
Azioni ed interventi per l'anno 2022	3
Tavoli di Lavoro.....	4
Comunicazione	4
SICUREZZA ALIMENTARE	4
Azioni ed interventi per l'anno 2022	4
BENESSERE ANIMALE, GESTIONE DEL FARMACO, ALIMENTAZIONE ANIMALE E CONDIZIONALITÀ	5
Azioni ed interventi per l'anno 2022	5
Contrasto all'antimicrobicoresistenza (AMR).....	6
Alimentazione Animale	6
Condizionalità	7
Tavoli di Lavoro.....	7
AZIONI INTEGRATE U.O. VETERINARIA E U.O. PREVENZIONE	8
SINTESI REGOLE U.O. VETERINARIA	10

PREMESSA

La Veterinaria Pubblica regionale organizza le proprie attività sulla base del concetto di "One Health" secondo quanto previsto dal Piano Regionale Integrato della Sanità Pubblica Veterinaria 2019-2023 approvato con la DCR 522/2019. Questo consente di promuovere un approccio integrato nell'attuazione delle politiche sanitarie veterinarie, con il coinvolgimento di tutti gli *stakeholder* per una gestione efficace, efficiente e coordinata.

Tale modalità si è rivelata basilare nella gestione della pandemia di Covid-19 che ha comportato, nel corso del 2020 e del 2021, una riorganizzazione anche all'interno del sistema veterinario pubblico regionale che ha rimodulato le proprie attività suddividendole in differibili ed indifferibili anche sulla base del principio dell'analisi del

rischio. Questa pronta riorganizzazione ha permesso di assicurare controlli ufficiali completi ed efficaci, di verificare la corretta applicazione della normativa di settore a tutela della filiera agroalimentare, della salute e del benessere degli animali e delle persone.

L'approccio integrato ha inoltre consentito, come già accaduto nel 2017/2018, una pronta ed efficiente gestione dei focolai di influenza aviaria che hanno colpito il nord Italia a partire da ottobre 2021. Anche nel corso del 2022 sarà dunque strategico il consolidato coordinamento con le regioni limitrofe (in particolare Veneto ed Emilia-Romagna) per affrontare una delle principali problematiche sanitarie che colpiscono ciclicamente la filiera avicola regionale, con particolare riguardo alla biosicurezza e alla prevenzione di nuove epidemie.

Per quanto non specificamente indicato a seguire, si confermano le indicazioni contenute nelle Regole 2019 e 2020.

A seguito dell'approvazione della Modifica al Titolo I e al Titolo VII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (testo unico delle leggi regionali in materia di sanità), il 2022 sarà caratterizzato da un processo di riorganizzazione del Sistema Sanitario Regionale. In quest'ottica, sono stati individuati gli interventi e le azioni di *governance* e delle aree di competenza della Sanità Pubblica Veterinaria regionale.

GOVERNANCE DELLA SANITÀ PUBBLICA VETERINARIA

Le innovazioni normative in materia sanità animale e sicurezza alimentare, introdotte dai nuovi Regolamenti comunitari (UE 2016/429 e 2017/625), prevedono una sempre maggiore applicazione dell'analisi del rischio come strumento per pianificare e programmare i controlli ufficiali a tutela della salute.

Ciò comporta aggiornamenti e modifiche non solo delle disposizioni nazionali, ma anche di quelle regionali. Le azioni che saranno messe in atto, saranno tese ad ottimizzare ulteriormente le risorse della Sanità Pubblica Veterinaria, snellire e digitalizzare i procedimenti e fornire agli operatori strumenti per una più agevole interpretazione dell'esito delle attività ufficiali.

Azioni ed interventi per l'anno 2022

- a) progressivo incremento dell'efficienza dei sistemi informativi regionali dell'area veterinaria per garantire una sempre maggiore interoperabilità, con particolare riguardo a VetInfo e ClassyFarm, come previsto dal PRISPV 2019-2023 per garantire trasparenza e fruibilità delle informazioni e per l'assolvimento dei debiti informativi comunitari e legati ai LEA;
- b) completamento del passaggio delle anagrafi zootecniche e dell'anagrafe animali d'affezione dal nodo regionale a quello nazionale (BDN). Le operazioni si concluderanno nella prima metà del 2022 e prevedono, con particolare riguardo all'Anagrafe Animali d'Affezione, preventiva e progressiva fase di formazione, in collaborazione con il Ministero della Salute e IZSLER, modulata sui vari operatori che lavorano sulle anagrafi.
- c) sviluppo nel DWH regionale di visualizzatori degli indicatori di processo di performance e di contesto individuati nell'ambito della sperimentazione in corso per

definire un sistema di *benchmarking* inter-distrettuale volto a valutare l'adeguatezza delle risorse dedicate alle attività ufficiali nelle diverse realtà territoriali. È compito dei Dipartimenti Veterinari alimentare correttamente gli applicativi informatizzati per la gestione dell'area veterinaria con i dati necessari alla valutazione degli indicatori individuati.

d) revisione del tariffario regionale a seguito della formalizzazione delle indicazioni condivise in ambito interregionale per l'applicazione del D.lgs. 32/2021.

Tavoli di Lavoro

Attivazione di un gruppo di lavoro con referenti dei Dipartimenti Veterinari delle ATS per definire indicazioni operative in applicazione degli artt. 137 e 138 del Reg. (UE) 2017/625 con particolare riguardo all'ambito del benessere animale.

Attivazione di un gruppo di lavoro con IZSLER, Università e *stakeholder* per la predisposizione del nuovo Piano Regionale Integrato della Sanità Pubblica Veterinaria.

Provvedimenti di futura adozione

- Circolari regionali di programmazione dell'attività 2022 e degli audit di sistema;
- Indicazioni ai Dipartimenti Veterinari relative all'adozione del provvedimento di puntuale allocazione dei fondi funzione assegnati annualmente per l'attuazione del Piano Regionale Integrato della Sanità Pubblica Veterinaria 2019-2023 e alla successiva rendicontazione.

Al fine di garantire, nell'ottica di Sistema, la piena formazione dei Medici Veterinari, le ATS devono attivare con gli Atenei le convenzioni necessarie per l'organizzazione e lo svolgimento di tirocini formativi presso i Dipartimenti Veterinari.

SANITÀ ANIMALE

Risulta prioritario assicurare il mantenimento dell'attuale stato di indennità del Territorio nei confronti delle principali malattie degli animali, garantire la salvaguardia degli allevamenti e della fauna selvatica, al fine di tutelare la salute pubblica, consentire la libera circolazione degli animali e dei loro prodotti, tutelarne la produttività e il mantenimento della biodiversità.

Azioni ed interventi per l'anno 2022

- a) adozione tempestiva di provvedimenti di polizia veterinaria atti a estinguere rapidamente i focolai di malattie circolanti nel territorio nazionale o di nuova introduzione e limitarne la diffusione agli altri allevamenti e che possono minacciare il patrimonio zootecnico lombardo quali l'influenza aviaria e la Peste Suina Africana;

- b) attivazione di specifici accordi di collaborazione con le università ed IZSLER per la definizione di attività di ricerca, analisi, monitoraggio, in tema di:
 - malattie zoonosiche trasmesse da vettori
 - spillover, monitoraggio del fenomeno dello tramite indagini su patogeni virali emergenti
- c) predisposizione di mappe di diffusione di patogeni, per attivare programmi di sorveglianza sanitaria nei confronti di agenti infettivi propri della fauna e/o comuni con le specie domestiche e l'uomo;
- d) controlli sanitari previsti dalle specifiche norme in materia di profilassi delle malattie, in funzione dell'elevato livello sanitario acquisito dal patrimonio zootecnico lombardo;
- e) disponibilità di una banca dati aggiornata degli allevamenti, delle consistenze e delle movimentazioni degli animali per programmare e verificare i controlli e per garantire la tracciabilità di animali e loro prodotti.

Tavoli di Lavoro

Attivazione di un gruppo di lavoro con referenti dei Dipartimenti Veterinari delle ATS per la revisione delle linee guida regionali in materia di profilassi della rabbia.

Comunicazione

Informazione ai cittadini e ai portatori d'interesse in materia di adozioni consapevoli di animali domestici, con la collaborazione della Consulta regionale per la tutela degli animali d'affezione e per la prevenzione del randagismo, in attuazione a quanto previsto dal PRP 2021-2025 – Programma Predefinito 9 (PP9)- Ambiente, Clima e Salute (Azione integrata con U.O. Prevenzione).

SICUREZZA ALIMENTARE

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 U.O. Veterinaria.

Azioni ed interventi per l'anno 2022

- a) Potenziamento del rilievo della effettiva capacità e/o volontà degli OSA di perseguire e raggiungere gli obiettivi stabiliti dalla Legge alimentare, mediante un utilizzo più estensivo della tecnica dell'audit in sede di controllo ufficiale con la programmazione ed attuazione di almeno 40% controlli ufficiali presso gli stabilimenti riconosciuti mediante audit e verifica delle azioni correttive attuate dagli OSA a seguito del rilievo di NC entro 15 giorni dal termine stabilito, in almeno il 90% dei casi;
- b) Conferma delle attività di verifica dell'efficacia e dell'appropriatezza dei controlli ufficiali per la sicurezza alimentare mediante verifiche "a priori", "in tempo reale" e "a posteriori". L'attività di verifica dell'efficacia e dell'appropriatezza del

controllo ufficiale sarà rendicontata utilizzando il prospetto predisposto dalla U.O. Veterinaria;

- c) In attuazione del Piano Regionale Integrato, i Dipartimenti Veterinari svolgono l'attività di controllo coordinata 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 nell'ambito dei controlli ufficiali e delle altre attività ufficiali di cui al Reg. (UE) 2017/625 emerga la necessità di specifica formazione, i Dipartimenti Veterinari promuoveranno tale attività di concerto con le altre Autorità Competenti;
- d) completamento e verifica del piano sperimentale di analisi finalizzato alla valorizzazione delle filiere produttive di cui alla DGR 4729/2021;
- e) attivazione e monitoraggio del progetto regionale di valorizzazione delle filiere tramite la tecnologia *blockchain* di cui alla DGR 5506/2021;
- f) i Dipartimenti Veterinari delle ATS garantiranno la gestione dei sistemi di Allerta alimenti regionale e iRASFF comunitario, rispettando le tempistiche di azione previste per i differenti tipi di notifiche, nonché la corretta pubblicazione sul portale NSIS del Ministero della Salute degli avvisi di richiamo predisposti dagli OSA e avendo cura di rispettare le tempistiche di chiusura delle attivazioni in applicativo regionale.

BENESSERE ANIMALE, GESTIONE DEL FARMACO, ALIMENTAZIONE ANIMALE E CONDIZIONALITÀ

Il benessere degli animali ed il corretto impiego del farmaco veterinario, con specifico riguardo al contrasto al fenomeno della resistenza agli antimicrobici, si confermano ambiti di particolare attenzione.

Azioni ed interventi per l'anno 2022

Benessere animale

La programmazione del sistema dei controlli da parte dei Dipartimenti Veterinari deve prevedere che:

- gli allevamenti in cui vengono riscontrate non conformità ripetute siano sottoposti ad un'intensificazione dei controlli al fine di monitorare costantemente delle condizioni di vita degli animali allevati;
- siano formalizzate e trasmesse al Dipartimento e all'area funzionale di competenza, per i necessari approfondimenti ed eventuali provvedimenti, tutte le condizioni/situazioni rilevate nell'ambito dell'esecuzione delle attività ufficiali che si sospetta possano avere un impatto negativo sulle condizioni di benessere degli animali allevati, indipendentemente dall'area funzione di appartenenza del personale che le ha rilevate;

- vengano organizzate attività di formazione per i veterinari ufficiali che non svolgono *routinariamente* controlli di benessere animale finalizzate a rappresentare le principali criticità riscontrabili negli allevamenti e durante il trasporto.

I Dipartimenti Veterinari trasmetteranno all'U.O. Veterinaria un resoconto trimestrale delle attività svolte secondo quanto previsto dai precedenti punti e informeranno l'U.O. Veterinaria ogni qual volta vengano riscontrate particolari situazioni critiche che necessitano di una condivisione centrale per una più incisiva azione.

Contrasto all'antimicrobicoresistenza (AMR)

A sostegno di quanto specificamente previsto nel PRP 2021-2025, da attuarsi congiuntamente alla U.O. Prevenzione e all'Osservatorio Epidemiologico Regionale:

- verrà attivato uno specifico accordo di collaborazione con le università ed IZSLER per la definizione di un'attività di ricerca in tema di antimicrobicoresistenza (AMR), mirato alla definizione dell'eventuale ruolo della fauna selvatica;
- i Dipartimenti Veterinari dovranno proseguire nella promozione e nel supporto di iniziative con le filiere presenti sul territorio di competenza per incrementare la messa in opera di schemi volontari di adesione a protocolli operativi per il contrasto dell'AMR secondo quanto previsto dalla DGR 996 del 11/12/2018.

Con la collaborazione delle filiere produttive, verranno inoltre effettuate valutazioni di fattibilità relative ad ulteriori progetti in via di definizione finalizzati al miglioramento delle condizioni di allevamento ed a una riduzione del ricorso al farmaco veterinario.

Alimentazione Animale

- assicurare la rintracciabilità dal fabbricante all'utilizzatore finale e favorire l'efficacia nell'applicazione dei controlli ufficiali tramite la registrazione nel Sistema Informativo Veterinario Regionale entro 7 giorni di qualsiasi variazione nell'anagrafica o nel dettaglio delle attività svolte da parte di uno stabilimento (riconosciuto, registrato o appartenente al settore dei mangimi medicati), così come la cessazione o l'apertura di nuovi stabilimenti;
- assicurare un completo e costante monitoraggio dell'attività di campionamento ufficiale ai sensi del PRAA 2022, tramite la generazione della scheda di campionamento prima della consegna del campione all'IZSLER e il completamento della registrazione del campionamento nel Sistema informativo entro 72 dallo svolgimento dell'attività.

Condizionalità

- I Dipartimenti Veterinari devono assicurare la registrazione dei controlli nelle Sistemi Informativi. Inoltre, devono verificare che le pratiche, trasmesse o registrate, siano complete nel 100% dei casi.
- La supervisione dei controlli condizionalità deve riguardare il 100% dei controlli con esito non conforme (campione e non) e almeno il 10% dei conformi (del solo campione).

Tavoli di Lavoro

Nell'ambito del gruppo di lavoro con referenti dei Dipartimenti Veterinari delle ATS per definire indicazioni operative in applicazione degli artt. 137 e 138 del Reg. (UE) 2017/625, particolare attenzione verrà dedicata all'ambito del benessere animale.

AZIONI INTEGRATE U.O. VETERINARIA E U.O. PREVENZIONE

Azioni ed interventi per l'anno 2022

Attuazione di quanto previsto dal PRP 2021-2025:

- PP9 Ambiente, Salute e Clima
 - programmazione e realizzazione di interventi formativi sul Sistema Classyfarm.
La sostenibilità ambientale, applicata alla filiera agricola e zootecnica, richiede misure che coinvolgano direttamente il Settore veterinario per promuovere l'applicazione di nuove strategie dall'allevamento, nell'ottica di salvaguardare le produzioni rendendole al contempo sempre più sostenibili dal punto di vista ambientale e della sanità pubblica veterinaria. L'obiettivo della presente azione è promuovere la conoscenza dell'applicativo Classyfarm agli stakeholders per tramite di specifiche attività formative/informative organizzate da Regione Lombardia anche in collaborazione con IZSLER, DVSAOA delle ATS;
 - predisposizione di specifiche linee guida sull'adozione consapevole degli animali d'affezione.
L'obiettivo della presente azione prevede attività di formazione/comunicazione agli operatori e ai cittadini in tema di corretta interazione e gestione degli animali d'affezione, con particolare riguardo alle informazioni necessarie per un'adozione consapevole. Le linee guida verranno redatte con la collaborazione della Consulta Regionale, dei Dipartimenti Veterinari delle ATS e dei competenti Uffici regionali sulla comunicazione.
- PP10 Contrasto all'Antimicrobicoresistenza (con Osservatorio Epidemiologico Regionale)
 - rafforzamento del sistema di sorveglianza e monitoraggio dell'uso appropriato degli antibiotici in ambito veterinario;
 - programmazione e realizzazione di attività formative per gli addetti al controllo ufficiale in tema di uso appropriato degli antibiotici in ambito veterinario;
 - programmazione e realizzazione di iniziative per gli stakeholders per l'uso appropriato di antibiotici in ambito veterinario;
 - sviluppo di procedure intersettoriali regionali per la conduzione di indagini epidemiologiche in casi di individuazione di microrganismi patogeni resistenti (ambito veterinario).
- PL13 Malattie infettive trasmesse da alimenti: prevenzione, sorveglianza e controllo
 - formazione degli operatori sanitari sulle malattie trasmesse da vettori e da alimenti;

- formazione degli Operatori del Settore Alimentare (OSA) sulle malattie trasmesse da alimenti;
- miglioramento del sistema di gestione delle malattie trasmesse da alimenti;
- revisione dei laboratori di riferimento per le salmonellosi.

Adozione di indirizzi regionali congiunti in tema di:

- gestione del Sistema di Allerta ai sensi del Reg (CE) 2002/178 e successivi atti di recepimento nazionali e regionali;
- controllo ufficiale mediante campionamento a fini di analisi, prova e diagnosi ai sensi del Reg. (UE) 625/2017, ed azioni conseguenti.

Attuazione del D.lgs. 32/2021

Al fine di dare attuazione a quanto previsto dal Decreto Legislativo n. 32/2021 recante "Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2017/625 ai sensi dell'articolo 12, comma 3, lettera g) della legge 4 ottobre 2019, n. 117", in particolare, quanto previsto all'art. 15, c. 2 punto a) sull'utilizzo della quota del 90% dei ricavi per tariffe riscosse dalle ATS, si richiede che la programmazione aziendale preveda e sostenga idonei interventi per *"l'ottimizzazione e il miglioramento dell'efficacia e della programmazione e dell'attuazione dei controlli ufficiali e delle altre attività ufficiali"*.

A tal fine, i Dipartimenti Veterinari e i Servizi di Igiene, Alimenti e Nutrizione (SIAN) trasmetteranno annualmente alla Direzione Strategica dell'ATS l'elenco delle attività e dei relativi fabbisogni connessi al miglioramento dei controlli ufficiali che dovranno essere finanziati con i proventi di cui allo stesso decreto.

SINTESI REGOLE U.O. VETERINARIA

1. *Governance della Sanità Pubblica Veterinaria*

- Interoperabilità dei sistemi informativi regionali con applicativi ministeriali
- completamento del passaggio delle anagrafi veterinarie al nodo nazionale (BDN)
- sviluppo nel DWH regionale di un visualizzatore degli indicatori del sistema sperimentale di benchmarking inter-distrettuale
- revisione del tariffario regionale

2. *Sanità Animale*

- adozione tempestiva di provvedimenti di polizia veterinaria atti a estinguere rapidamente i focolai di malattie quali l'influenza aviaria e la Peste Suina Africana;
- attivazione di specifici accordi di collaborazione con le università ed IZSLER per la definizione di attività di ricerca in tema di:
 - a) malattie zoonosiche trasmesse da vettori
 - b) spillover, monitoraggio del fenomeno dello tramite indagini su patogeni virali emergenti
- predisposizione di mappe di diffusione di patogeni, per attivare programmi di sorveglianza sanitaria
- programmazione/attuazione di controlli sanitari previsti dalle specifiche norme
- disponibilità di una banca dati aggiornata degli allevamenti

3. *Sicurezza Alimentare*

- Incremento del ricorso alla tecnica dell'audit in sede di controllo ufficiale presso gli stabilimenti riconosciuti (40%)
- Conferma delle attività di verifica dell'efficacia e dell'appropriatezza dei controlli ufficiali per la sicurezza alimentare mediante verifiche "a priori", "in tempo reale" e "a posteriori"
- Attività di controllo coordinata con le altre Autorità competenti in materia di sicurezza alimentare
- Corretta alimentazione dei sistemi di Allerta alimenti regionale e iRASFF comunitario da parte dei Dipartimenti Veterinari

4. *Benessere animale, gestione del farmaco, alimentazione animale e condizionalità*

- intensificazioni dei controlli in allevamenti a seguito di ripetuto riscontro di non conformità
- valutazione sistematica delle criticità rilevate nell'ambito dell'esecuzione delle attività ufficiali nell'ottica di garantire il benessere degli animali allevati
- attività di formazione per i veterinari ufficiali che non svolgono routinariamente controlli in ambito di benessere animale
- attività di contrasto all'AMR in attuazione e a sostegno del PRP 2021-2025
- puntuale aggiornamento delle anagrafiche degli operatori del settore mangimi nel Sistema Informativo Veterinario regionale
- puntuale registrazione, successiva trasmissione e supervisione e delle attività connesse in materia di Condizionalità

RUOLO DELLE ATS NELL'APPLICAZIONE DELLA PROGRAMMAZIONE REGIONALE NEI TERRITORI

Sommario

RUOLO DELLE ATS NELL'APPLICAZIONE DELLA PROGRAMMAZIONE REGIONALE NEI TERRITORI	1
Introduzione	1
Sistema di accreditamento	2
Negoziazione e gestione dei contratti e degli addendum contrattuali dedicati all'attività aggiuntiva per il recupero dell'attività di ricovero e ambulatoriale.....	2
Governo dei tempi di attesa delle prestazioni di ricovero programmato e ambulatoriali	2
Attuazione del PNRR.....	3
Mantenimento delle attività di gestione dell'emergenza: gestione tamponi/vaccinazioni e nel caso di ripresa epidemica, governo dei letti da mettere a disposizione in ambito TI, acuto e subacuto..	4
Predisposizione e attuazione del piano annuale dei controlli	4
Miglioramento dei sistemi informativi di governo	5

Introduzione

La L.R. 23/2015 e la L.R. 22/2021 hanno portato a compimento la piena separazione del ruolo di committenza e governo dal ruolo di erogazione con un orientamento alla presa in carico della persona nel suo complesso e all'integrazione tra servizi. La riforma ha quindi assegnato alle ATS un ruolo di snodo fondamentale che connette il governo del sistema con i soggetti erogatori, con i professionisti e con gli assistiti, garantendo l'assicurazione dei LEA.

In questo modello Regione, confrontandosi con le ATS per conoscere gli elementi di contesto locali, indica gli obiettivi, le risorse assegnate ai territori, le linee di programmazione e le regole di sistema cui i soggetti pubblici e privati accreditati a contratto devono attenersi. Le ATS, sulla base di questi indirizzi determinano in funzione dell'analisi epidemiologica i fabbisogni erogativi dei diversi LEA, mettendo a disposizione delle ASST e dei loro distretti le analisi e le indicazioni circa la capacità della rete di offerta del relativo territorio e applicano la programmazione regionale, negoziando con gli erogatori le risorse e i livelli contrattuali che ne garantiscano l'attuazione e i livelli quali quantitativi delle prestazioni da rendere

Svolgono poi una funzione di 'regia', di coordinamento e di integrazione fra i diversi livelli del sistema di offerta per l'uniforme applicazione della programmazione strategica regionale, favorendo le collaborazioni e sinergie fra erogatori su tematiche specifiche nelle aree d'intervento sanitarie, sociosanitarie e di integrazione con il livello sociale, anche avvalendosi della Cabina di regia ex art. 6, comma 6 L.r. 33/2009.

Vengono di seguito evidenziati una prima serie di aree di attività che fin dal 2022 dovranno essere caratterizzate da questo modello di relazione fra DG Welfare, ATS e unità di offerta erogative, pubbliche e private accreditate

Sistema di accreditamento

Nell'ambito della previsione di legge, è attribuita a Regione la definizione dei criteri e dei requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie; considerati i compiti di verifica ed attuazione degli stessi attribuiti alle ATS e i compiti declinati nel regolamento dell'Organismo Tecnicamente Accreditante (previsto con DGR N.X7600/17 e istituito con Decreto del Direttore Generale Welfare n. 2955/2018 e costituito dai rappresentanti delle 8 ATS), si riconferma la sinergia in essere tra la Direzione Generale Welfare e l'OTA, per lo svolgimento di tale attività in ambito sanitario. Per l'ambito socio sanitario la medesima modalità di collaborazione trova applicazione mediante la conferma dei tavoli di lavoro istituiti con i rappresentanti dei Dipartimenti PAAPSS di tutte le ATS.

Negoziiazione e gestione dei contratti e degli addendum contrattuali dedicati all'attività aggiuntiva per il recupero dell'attività di ricovero e ambulatoriale

Le ATS sono tenute a recepire le indicazioni relative alla sottoscrizione dei contratti di erogatori sanitari e sociosanitari, comprese le attività aggiuntive.

Sulla base degli indirizzi e dei budget assegnati, le ATS svolgono le attività di negoziazione e stipula dei contratti, sia per le ASST che per gli erogatori privati accreditati e a contratto indicando:

- Le aree di attività, le prestazioni e gli obiettivi di accessibilità ed appropriatezza cui finalizzare la quota percentuale del contratto di ricovero e dell'attività ambulatoriale e l'eventuale attività aggiuntiva prevista negli addendum contrattuali;
- le condizioni di erogazione previste nello schema contrattuale, legate al rispetto del case mix storico, della quota da riservare alla PIC, ad eventuali tetti massimi per macroattività, le indicazioni circa il mancato riconoscimento di determinate prestazioni nell'ambito dell'assetto accreditato legate a volumi minimi, outcome, appropriatezza.

E' affidato alle ATS anche il monitoraggio periodico delle attività contrattuali e dei relativi addendum contrattuali, in termini quali-quantitativi, e l'attività di rimodulazioni dei budget già previste negli esercizi precedenti.

Le quote trattenute per il mancato raggiungimento degli obiettivi contrattuali da parte degli erogatori vengono mantenute in capo all'ATS, per poterle ridestinare, d'intesa con la DG Welfare, per ulteriori attività erogative negli stessi territori.

Governo dei tempi di attesa delle prestazioni di ricovero programmato e ambulatoriali

La problematica dei tempi attesa è complessa e necessita di interventi su più livelli: corretto dimensionamento dell'offerta, appropriatezza della domanda, trasparenza nella disponibilità e nell'accesso alle prestazioni. Va coniugata la libertà di scelta degli assistiti e la disponibilità di accesso

equo con tempi congrui delle prestazioni richieste all'interno di un dato territorio (distretti, territorio delle ASST, territorio di ATS)

Le ATS sono tenute ad elaborare ogni anno un piano territoriale per il governo dell'attività ambulatoriale e dei tempi di attesa, sulla base dell'analisi dei fabbisogni epidemiologici realizzata a livello di distretto. Il piano riporta gli esiti delle negoziazioni con ogni erogatore (ASST ed EEPA) rispetto ad obiettivi di volume (per macro attività), di casistica, di gestione dei percorsi, di governo delle agende, di interventi per migliorare l'appropriatezza delle prescrizioni effettuate dai propri specialisti e, per le ASST, dal sistema delle cure primarie. I piani vengono sottoposti a regione per approvazione entro il mese di novembre, in modo che possano orientare l'attività contrattuale dell'anno successivo. I piani ricomprendono al loro interno i contenuti dell'attuale piano di governo dei tempi di attesa.

Le ATS inoltre favoriscono collaborazioni fra erogatori per garantire il rispetto su base territoriale dei tempi di attesa; supportano le ASST nella determinazione delle attività e dei volumi da erogare all'interno delle case di Comunità; favoriscono l'incontro fra domanda (pazienti presi in carico dalle cooperative MMG) e offerta (agende dedicate per i cronici); operano il coordinamento dei RUA e il monitoraggio continuo, delle liste di galleggiamento, del corretto equilibrio fra agende riservate e aperte e dell'utilizzo del sistema di prenotazione regionale, del rispetto dei tempi di attesa in base alla priorità prescrittiva, individuando in caso di scostamenti rilevanti possibili correttivi ed operando attività specifica di controllo, sulla base delle indicazioni condivise con l'Agenzia per il Controllo del Sistema Sociosanitario, rivolta anche alla corretta applicazione della normativa relativa alla libera professione intramuraria.

Al fine di poter mettere in atto quanto previsto nei paragrafi precedenti, è previsto che nel corso del 2022 ARIA S.p.A. possa mettere a disposizione delle ATS flussi informativi legati alla capacità delle agende disponibili e all'attività di prenotazione. L'osservatorio epidemiologico della DG Welfare definisce, di intesa con i servizi di epidemiologia e i dipartimenti PAAPS delle ATS, i contenuti di un cruscotto che permetta per ogni territorio di monitorare i principali indicatori relativi al governo dei tempi di attesa.

Attuazione del PNRR

L'attuazione del programma previsto dal PNRR e dalla riforma approvata con la L.R. 22/2021, in ordine all'avviamento di Case e Ospedali di Comunità e COT, rappresenterà il principale obiettivo di riforma del SSR e richiede competenze legate all'organizzazione, al management, alla gestione di lavori pubblici (sia tecniche che giuridiche)

Il livello regionale, avvalendosi anche di strutture dedicate, mantiene i rapporti con il livello nazionale, definisce per ogni ATS gli obiettivi attesi e monitora lo stato di avanzamento regionale, produce linee guida per la progettazione e schemi contrattuali tipo per gli aspetti realizzativi; indica tipologia e livelli dei servizi da erogare, con particolare riferimento alle aree di attività innovative non ancora consolidate (area delle cure primarie con infermiere di famiglia e comunità, COT, integrazione con il sociale, prestazioni di telemedicina ecc), trasmette gli standard da rispettare, indicandoli come requisiti di accreditamento; definisce i requisiti e mette a disposizione il sistema informativo di supporto ai processi erogativi; individua quale può essere il ruolo degli EEPA in questo quadro e con quali strumenti eventualmente avviarlo.

Le ATS hanno il compito di coordinare l'attuazione nel proprio territorio della pianificazione regionale, definendo i singoli interventi e le loro priorità attuative di concerto con le ASST. E' compito delle ATS:

- esprimere un parere circa la sostenibilità dei progetti anche in termini di rispetto dei cronoprogrammi proposti;
- verificare l'aderenza delle progettazioni rispetto alle linee guida dell'esecuzione delle opere;
- supportare le ASST nello sviluppo delle progettualità, soprattutto nei casi in cui vengano operate nuove edificazioni o ristrutturazione di immobili comunali.

Sul piano organizzativo le ATS mantengono il coordinamento con le ASST relativamente all'attivazione dei servizi, alla loro rispondenza rispetto ai livelli indicati da regione e all'uniformità di erogazione nei diversi territori e collaborano nella riallocazione di servizi territoriali da riportare entro le CDC anche attraverso i collegi dei sindaci; negozia i volumi di prestazioni da erogare sulla base della BDA e dell'offerta complessiva già disponibile sul territorio ecc.

Nel caso del Comune di Milano, l'ATS Città Metropolitana mantiene la regia degli interventi previsti nell'ambito urbano, confrontandosi con l'amministrazione comunale, per garantire un'interlocuzione unitaria dell'attuazione del PNRR, nell'ambito del protocollo di intesa e collabora con Regione per individuare un modello di CDC adatto alle esigenze delle aree urbane.

Mantenimento delle attività di gestione dell'emergenza: gestione tamponi/vaccinazioni e nel caso di ripresa epidemica, governo dei letti da mettere a disposizione in ambito TI, acuto e subacuto

Si confermano le attività che le ATS già oggi svolgono per quanto riguarda la gestione delle vaccinazioni e dei tamponi. La DG Welfare, attraverso le proprie specifiche strutture dedicate (unità di crisi e task force) definisce i fabbisogni e li negozia con le ATS, lasciando alle agenzie il compito di applicarli e monitorandone attraverso un sistema informativo centralizzato l'effettiva attuazione.

Analogo modello verrà attuato, in funzione dei livelli di impatto sul sistema ospedaliero, per le attività di messa a disposizione e gestione di posti letto secondo quanto previsto dal livello dell'emergenza. Le ATS potranno inoltre disciplinare le regole di accesso alla rete riabilitativa, subacuta, di cure intermedie per la gestione delle dimissioni da reparti per acuto di pazienti covid su base territoriale. Regione mantiene il monitoraggio complessivo dell'occupazione di letti dedicati secondo il livello di emergenza e mette a disposizione delle ATS eventuali risorse aggiuntive per aumentarne la dotazione di posti letto nella rete di cure intermedie

Predisposizione e attuazione del piano annuale dei controlli

Si conferma il ruolo dell'Agenzia di Controllo del Servizio Sociosanitario lombardo quale soggetto coordinatore dell'attività di controllo delle ATS con cui dovrà essere sempre più consolidata la collaborazione in tale ambito; l'Agenzia svolge, altresì, in collaborazione con DG Welfare, attività

di verifica documentale e in loco con l'obiettivo di rendere omogenei i comportamenti e contribuire all'efficientamento del Sistema sociosanitario lombardo.

Miglioramento dei sistemi informativi di governo

L'effettiva possibilità di realizzare gli obiettivi previsti nei precedenti paragrafi è condizionata dalla possibilità di condividere nei diversi livelli del sistema (regionale, di ATS, erogativo) adeguati sistemi informativi di governo.

Il patrimonio informativo gestito da ARIA S.p.A. per conto di Regione Lombardia mediante applicativi/portali, strumenti di acquisizione e gestione dei flussi rappresenta uno dei punti di forza del Sistema Sociosanitario Lombardo. Le ATS sono i titolari dei dati e, pertanto, è indispensabile che tale patrimonio sia reso disponibile appieno per le elaborazioni necessarie ad ATS per assolvere alle diverse funzioni preposte, tra cui il monitoraggio, la programmazione, la governance e le analisi epidemiologiche. Si prevede quindi di avviare nel 2022 un programma di miglioramento del sistema, autorizzando sperimentazioni che potranno essere proposte anche dalle ATS per rendere più tempestiva la raccolta dei dati necessari per il monitoraggio delle attività assistenziali per i diversi LEA. A tal fine verrà costituito un gruppo di lavoro che comprenderà referenti della DG Welfare, di ARIA S.p.A. e delle ATS.

CONTROLLO DI GESTIONE E HTA

Sommario

AREA CONTROLLO DI GESTIONE.....	1
HTA	2

AREA CONTROLLO DI GESTIONE

Nel corso del biennio 2020-2021, a fronte dell'emergenza pandemica, i sistemi di controllo di gestione e il flusso di contabilità analitica hanno subito sostanziali modifiche per consentire il monitoraggio, non solo dei costi e della produzione della attività ordinarie, ma anche dei costi sopportati per far fronte alla maxi emergenza. In particolare sono stati attivati tutta una serie di centri di costo standard che, popolandosi di risorse dal trasferimento delle stesse dalle attività ordinarie, hanno consentito di verificare il costo complessivo della gestione dell'emergenza pandemica, valutata sui diversi livelli di assistenza dal ricovero (ordinario ed intensivo), all'assistenza distrettuale (sub acute, adi, monitoraggio e follow up etc..) alla prevenzione (tamponi e campagna vaccinale). Questo ha avuto un forte impatto sul sistema di indicatori di performances esistenti, in quanto gli assetti organizzativi aziendali e la stessa rendicontazione dell'attività si è modificata per rispondere ai fabbisogni emergenti dalla pandemia.

In vista di un graduale ritorno all'ordinarietà si tratterà nel 2022 di rimettere a fattor comune quanto sviluppato ed implementato prima dell'avvento della pandemia e di ridefinire il quadro di riferimento del controllo di gestione e del flusso di contabilità analitica, lavorando per formalizzare un testo unico delle Linee Guida che hanno subito profondi cambiamenti nel corso del periodo di vigenza, da quando sono state adottate nel 2016.

Le aziende, quindi, nell'ambito del proprio sistema di controllo direzionale, dovranno rafforzare il processo di programmazione strategica, verificare costantemente la coerenza tra quanto programmato e quanto realizzato e perseguire gli obiettivi di efficientamento della spesa, razionalizzazione nell'utilizzo dei fattori produttivi e controllo dei fabbisogni, così da riportare i sistemi ai medesimi regimi di programmazione e valutazione precedenti alla pandemia. Ciò dovrà avvenire attraverso strumenti quali la programmazione interna aziendale (budget), la contabilità analitica, gli indicatori di performance (tra i quali, gli indicatori di ASST/IRCCS previsti dal Decreto Ministeriale del 21 giugno 2016) e report specifici (ad esempio, l'analisi per classi CND di dispositivi medici).

Come in passato anche nel 2022, la Direzione Generale Welfare proseguirà l'attività di raccolta e analisi puntuale di tali strumenti, al fine di segnalare alle aziende eventuali errori e condividere proposte per migliorare la qualità del dato complessivo e potenziare l'efficacia degli strumenti di raccolta dati, nonché fornire sia a Regione Lombardia che alle aziende del S.S.R. strumenti di valutazione e monitoraggio del trend dei costi e della correlata produzione, e della performance.

Per quanto attiene al modello CP (Conti di Presidio), che costituisce debito informativo nei confronti del Ministero della Salute ai sensi del Decreto 24 Maggio 2019, dal flusso di contabilità analitica sarà resa disponibile sul portale di governo una prima simulazione sulla base della quale gli enti potranno formulare il modello definitivo apportando, come da linee guida regionali, quelle modifiche che rendono più leggibile il dato per il Ministero, senza però stravolgere l'impostazione desunta dal flusso di contabilità analitica, per il quale è richiesta, a consuntivo, la maggiore attendibilità possibile rispetto agli effettivi accadimenti contabili e gestionali.

Anche per il consuntivo 2021 è richiesto agli enti di implementare autonomamente le fasi 3 e 4 in attesa che, come preannunciato dal Ministero della Salute, tale rendicontazione venga aggiornata. Il modello CP viene fornito in maniera differita rispetto al bilancio consuntivo e la scadenza, prevista per decreto al 30/9, sarà comunicata agli enti sulla base delle proroghe di caricamento sul portale NSIS definite dal Ministero della Salute anche per l'anno 2022.

Relativamente al modello LA lo stesso dovrà essere fornito in concomitanza con il CE consuntivo (quale allegato al bilancio di esercizio), eventualmente modificando la riarticolazione sui vari livelli di assistenza sulla base delle indicazioni fornite a seguito della valutazione del modello LA provvisorio elaborato sui dati del IV CET.

Al fine di garantire la qualità dei flussi informativi nei confronti del Ministero della Salute, è imprescindibile che la contabilità analitica sia affidabile nel rappresentare la situazione aziendale nei diversi presidi e articolazioni territoriali (intesi come aggregazioni di strutture identificate come CUDES nei flussi regionali) e nei nuovi livelli di assistenza/linee di attività (case di Comunità, COT, Ospedali di Comunità), in coerenza con le indicazioni provenienti dai referenti regionali e ferma restando la quadratura con i valori di contabilità generale. In particolare, le aziende dovranno evitare di utilizzare impropriamente i centri di costo comuni e di quadratura e dovranno valorizzare correttamente eventuali scambi di prestazioni o servizi tra presidi e i costi delle attività territoriali, con particolare attenzione al personale ospedaliero eventualmente preposto ad esse a tempo parziale.

Poiché i due modelli ministeriali devono essere coerenti tra loro non solo a livello di totali, ma anche a livello di macro livelli di assistenza, si raccomanda la massima accuratezza nella rilevazione dei dati di contabilità analitica che costituiscono le fondamenta di entrambi, al fine di prevenire qualsiasi disallineamento.

Si ricorda, altresì, che il modello CP (Conto di Presidio) è funzionale alla rendicontazione e al monitoraggio dell'equilibrio della gestione dei singoli presidi ospedalieri in rapporto alla remunerazione, tariffaria ed extratariffaria (prestazioni e funzioni), in coerenza con quanto previsto nella normativa relativa ai Piani di rientro, Decreto 21 giugno 2016.

Risulta quindi strategico che le attività di promozione dei percorsi di efficientamento e dei comportamenti virtuosi nell'utilizzo delle risorse, per garantire l'equilibrio economico-finanziario, siano correttamente rendicontate attraverso il flusso di contabilità analitica e conseguentemente attraverso i nuovi modelli ministeriali.

HTA

Con la legge regionale n. 23/2015 la Regione Lombardia si è dotata di un programma di HTA per il supporto all'uso informato e consapevole dei Dispositivi Medici e delle altre tecnologie sanitarie, realizzato da più soggetti coordinati dalla UO Acquisti SSR e Innovazione Tecnologica - con evidenza pubblica di tutte le attività svolte con la partecipazione delle Aziende Socio-Sanitarie Territoriali e degli IRCCS aventi sede in Lombardia. Tale programma è aperto alla partecipazione, secondo modalità formali e strutturate (dichiarazione degli interessi secondari, raccolta di memorie scritte, audizioni), di professionisti, produttori, cittadini, pazienti e loro associazioni con procedure formali, tempi monitorati e risultati sottoposti a consultazione pubblica.

La Direzione Generale Welfare sta riorganizzando l'attività dell'HTA regionale, estendendo ancor di più la partecipazione ai lavori a tutti gli stakeholder.

Al fine di identificare le tecnologie sulle quali effettuare attività di prioritizzazione ed eventuale valutazione l'UO Acquisti SSR e Innovazione Tecnologica prenderà in esame le richieste che perverranno dalle Reti Strutturate di Patologia, in raccordo con la UO Polo Ospedaliero.

Sulla base degli argomenti giudicati prioritari dalla DG Welfare, le ASST/IRCCS afferenti alla rete assessment potranno essere coinvolte nella stesura di una revisione normativa degli argomenti individuati.

Sulla base della DGR 5450 del 31/11/2021 viene istituito un tavolo tecnico per i sistemi robotici per supportare la definizione del protocollo di value based healthcare.

SISTEMI INFORMATIVI

Sommario

CONTESTO DI RIFERIMENTO E STRATEGIE GENERALI PER L'ATTUAZIONE DELLE INIZIATIVE IN AMBITO DI SISTEMI INFORMATIVI	1
SUPPORTO ALL'ATTUAZIONE DELLA RIFORMA E INIZIATIVE PER LA DIGITALIZZAZIONE DEL TERRITORIO	2
Sistema per la Gestione Digitale del Territorio	3
Piattaforma Regionale di Telemedicina	3
Nuova architettura per la raccolta e valorizzazione dei dati	4
Prosecuzione delle iniziative per la digitalizzazione della Cartella Clinica Elettronica di ambito ospedaliero	5
EVOLUZIONE DELL'ARCHITETTURA INFORMATICA PER LA GESTIONE DEL DEBITO INFORMATIVO DEGLI ENTI SOCIO SANITARI	5
EVOLUZIONE ARCHITETTURALE COMPLESSIVA DEI SERVIZI SISS	6
EVOLUZIONE DEL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO REGIONALE	7
NUOVO RUOLO STRATEGICO DELLA PIATTAFORMA REGIONALE DI INTEGRAZIONE	7
PREDISPOSIZIONE DEI PIANI DI MIGRAZIONE AL CLOUD DELL'INFRASTRUTTURA TECNOLOGICA DEGLI ENTI	8
INIZIATIVE PER IL MIGLIORAMENTO DEL LIVELLO DI SICUREZZA INFORMATICA	8
EVOLUZIONE DELLA RETE REGIONALE DI PRENOTAZIONE E DEI SERVIZI DI ACCOGLIENZA	9
Quesito diagnostico	9
Prenotazione nei luoghi di cura	9
Semplificazione accesso ai luoghi di cura	10
Integrazione degli Enti e esposizione delle agende	10

CONTESTO DI RIFERIMENTO E STRATEGIE GENERALI PER L'ATTUAZIONE DELLE INIZIATIVE IN AMBITO DI SISTEMI INFORMATIVI

La Missione 6 Salute del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – PNRR – promuove importanti interventi organizzativi e tecnologici attraverso i quali realizzare un modello di gestione dei servizi socio sanitari che rafforzi le prestazioni erogate sul territorio.

Il potenziamento e la creazione di strutture e presidi territoriali (Case della Comunità e Ospedali di Comunità), il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione dei servizi socio sanitari costituiscono gli interventi principali sui quali si intende realizzare il nuovo modello di gestione dei servizi socio sanitari.

Le linee di indirizzo nazionali definite dal PNRR si pongono come principi guida nel percorso di formulazione del nuovo assetto regionale con particolare riferimento al potenziamento dell'area territoriale e all'integrazione dei percorsi socio assistenziali.

La disponibilità di sistemi informativi moderni ed efficienti e l'utilizzo di tecnologie digitali innovative rappresentano elementi fondamentali per supportare la concreta attuazione dei nuovi modelli di gestione dei servizi sociosanitari, per favorire lo sviluppo dei servizi territoriali, lo sviluppo di percorsi di telemedicina e la fattiva integrazione dei servizi ospedalieri con i servizi territoriali.

In questo contesto di forte evoluzione degli scenari organizzativi, Regione Lombardia intende programmare una serie di interventi nell'ambito dei sistemi informativi per favorire il processo di trasformazione digitale presso tutti gli ambiti del sistema sociosanitario. Gli obiettivi strategici in ambito di sistemi informativi cui fare riferimento per i diversi interventi sono i seguenti:

- Rendere disponibili strumenti e tecnologie che supportino e stimolino il processo di trasformazione digitale su tutto il territorio regionale in modalità organizzata ed efficiente.
- Realizzare una nuova architettura dei sistemi informativi regionali che favorisca la diffusione organizzata e capillare di servizi digitali innovativi a supporto dei nuovi modelli organizzativi e della progressiva e sistematica introduzione dei servizi di Telemedicina.
- Realizzare una nuova architettura informatica dedicata alla raccolta e gestione dei dati prodotti presso gli Enti sociosanitari che faciliti il controllo e governo dei servizi disponibili sul territorio, supporti la programmazione e la gestione proattiva dei servizi e faciliti l'accesso ai servizi da parte dei cittadini.

Di seguito vengono descritti sinteticamente i principali ambiti sui quali verranno programmati gli interventi nel corso del 2022.

SUPPORTO ALL'ATTUAZIONE DELLA RIFORMA E INIZIATIVE PER LA DIGITALIZZAZIONE DEL TERRITORIO

Le linee di indirizzo nazionali previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza in ambito Salute prevedono forti interventi di potenziamento sui presidi di sanità territoriale che devono essere integrati con gli altri servizi e garantire la continuità del percorso di cura indipendentemente dal soggetto erogatore.

Questi principi, confermati dalle linee guida regionali, portano alla necessità di rivedere l'insieme dei sistemi informativi a supporto dei diversi soggetti coinvolti, di integrare i nuovi elementi e di garantire a tutti la disponibilità delle informazioni necessarie per la propria attività, la migliore organizzazione della prestazione verso i pazienti e la possibilità di assolvere i necessari adempimenti verso le amministrazioni centrali.

Regione Lombardia intende progettare e implementare un nuovo ecosistema digitale regionale per supportare l'erogazione dei servizi sociosanitari sul territorio e rendere disponibili strumenti informatici e tecnologie digitali per la gestione delle Case della Comunità e delle Centrali Operative Territoriali. L'ecosistema digitale è composto dai seguenti componenti principali:

- Sistema per la Gestione Digitale del Territorio: funzionalità applicative per la gestione informatizzata dei processi sociosanitari del territorio e per la digitalizzazione di dati e documenti.
- Piattaforma Regionale di Telemedicina: architettura informatica per supportare e sostenere in modo strutturato e organizzato l'attuazione delle diverse tipologie di processi e servizi di Telemedicina.
- Nuova architettura per la raccolta e valorizzazione dei dati: nuovo modello architetturale per la raccolta, condivisione e utilizzo in tempo reale dei dati prodotti presso i diversi servizi sociosanitari di ambito ospedaliero e territoriale.

Oltre agli interventi finalizzati alla messa a disposizione di strumenti per la gestione digitale dei processi territoriali, Regione Lombardia prosegue il percorso di progressivo rafforzamento della digitalizzazione delle Cartelle Cliniche Ospedaliere.

Per realizzare questi obiettivi è necessario che tutti i nuovi interventi sui sistemi informativi, soprattutto quelli locali, siano attuati tenendo in dovuta considerazione le esigenze di interoperabilità dell'intero sistema.

Sistema per la Gestione Digitale del Territorio

Regione Lombardia intende sviluppare un nuovo sistema applicativo per la Gestione Digitale del Territorio che offra a tutti gli Enti pubblici che erogano prestazioni e servizi sociosanitari le funzionalità necessarie per gestire i processi di valutazione dei bisogni assistenziali, di pianificazione e programmazione delle prestazioni e di registrazione in modalità completamente digitale delle attività svolte.

Il nuovo sistema applicativo per la Gestione Digitale del Territorio verrà implementato centralmente e rappresenterà la soluzione unica regionale per supportare gli Enti nell'attuazione dei processi sociosanitari integrati ospedale-territorio con particolare riferimento alle funzionalità necessarie al funzionamento delle Case della Comunità.

Gli Enti Sociosanitari saranno chiamati a partecipare alle attività di definizione dei requisiti funzionali e tecnologici del nuovo sistema per la Gestione Digitale del Territorio e per definire, in modalità condivisa e compatibile con i nuovi scenari organizzativi, i principali processi sociosanitari che dovranno essere gestiti con il nuovo sistema.

Piattaforma Regionale di Telemedicina

Regione Lombardia sta partecipando alle attività condotte a livello nazionale per la definizione delle caratteristiche tecniche e architetture di una Piattaforma di Telemedicina che assicuri la gestione organizzata ed efficiente delle diverse tipologie di servizi e processi di telemedicina su tutto il territorio. Sulla base delle indicazioni architetture condivise con i tavoli di lavoro nazionali, Regione Lombardia intende realizzare la propria Piattaforma Regionale di Telemedicina.

La Piattaforma Regionale di Telemedicina intende fornire una infrastruttura tecnologica centralizzata e unica di livello regionale che faciliti l'accesso ai servizi da parte degli operatori sociosanitari e dei cittadini in modalità controllata e sicura, ospiti le migliori tecnologie digitali per offrire un sempre maggior numero e tipologia di specifici percorsi

assistenziali e promuova lo sviluppo di tecnologie innovative che possano progressivamente potenziare i servizi assistenziali di prossimità.

Le diverse tipologie di servizi e i processi di telemedicina che saranno resi disponibili attraverso la Piattaforma centrale verranno attivati in modalità integrata e automatica dai sistemi informativi locali in uso presso gli Enti e dal sistema di Gestione Digitale del Territorio.

Gli Enti Sociosanitari saranno chiamati a partecipare alle attività di definizione dei requisiti funzionali e tecnologici delle diverse tipologie e processi di telemedicina al fine di programmare la loro attuazione concreta nell'ambito della Piattaforma centralizzata.

Nuova architettura per la raccolta e valorizzazione dei dati

Un sistema sociosanitario basato sull'erogazione diffusa dei servizi al cittadino presuppone una forte frammentazione delle competenze e, dal punto di vista informativo, delle fonti di dati necessari al funzionamento dell'intero sistema.

Perché i diversi servizi del territorio possano funzionare è necessario che ciascuno riceva dagli altri, nel minor tempo possibile, tutte le informazioni utili all'erogazione. Lo stesso principio vale per i livelli di coordinamento, chiamati a monitorare l'utilizzo delle risorse e a redistribuirle in base alle necessità, valorizzando la struttura flessibile del sistema distribuito.

Con queste premesse diventa fondamentale lo sforzo di tutti i soggetti, a partire dalle aziende, di rendere disponibili in tempi molto rapidi le informazioni generate durante la propria attività e conservate nei propri sistemi (situazione posti letto, prestazioni diagnostiche, utilizzo di dispositivi medici...), superando progressivamente la logica attuale della rendicontazione attraverso flussi informativi predisposti ad hoc.

Questa modalità di utilizzo dei dati abilita anche un maggiore coinvolgimento dei cittadini nella pianificazione e fruizione dei propri servizi sanitari, aumentando l'efficienza del sistema e diminuendo il carico di procedure amministrative in capo agli Enti.

A tale scopo gli Enti verranno coinvolti nel corso del 2022 per avviare le attività tecniche di progettazione e implementazione di una nuova architettura digitale per la raccolta, gestione e valorizzazione dei dati prodotti sul territorio e superare le attuali limitazioni in termini di tempestività e completezza dei dati.

La nuova architettura per la raccolta e gestione dei dati sarà implementata sfruttando le più recenti tecnologie di interoperabilità di dati in ambito sanitario e avvalendosi delle funzionalità già disponibili nell'ambito della Piattaforma Regionale di Integrazione.

L'architettura troverà la sua applicazione a livello aziendale per l'implementazione dei processi di condivisione dei dati di ambito ospedaliero e territoriale e per fornire le necessarie funzionalità di monitoraggio e governo delle risorse sociosanitarie territoriali necessarie al corretto funzionamento delle Centrali Operative Territoriali.

L'architettura verrà, inoltre, utilizzata per la raccolta di dati di interesse regionale e delle singole ATS, al fine del monitoraggio dell'andamento dei servizi sociosanitari sul territorio. In questo modo sarà possibile superare progressivamente l'attuale complesso processo di produzione e raccolta dei flussi informativi definiti per i diversi ambiti.

Prosecuzione delle iniziative per la digitalizzazione della Cartella Clinica Elettronica di ambito ospedaliero

La DGR n. XI/1725 del 10 giugno 2019 ha individuato la Cartella Clinica Elettronica di ambito ospedaliero fra le priorità di intervento in materia di investimenti sanitari. L'attuazione della parte tecnologica del progetto all'interno delle Aziende Sanitarie beneficiarie di specifico finanziamento è stata affidata ad ARIA che opera nell'ambito di un Gruppo di Coordinamento Regionale.

Le caratteristiche tecniche, funzionali ed architetture dell'intervento di digitalizzazione della CCE sono in avanzata fase di completamento e terranno conto dei nuovi scenari di evoluzione del modello di gestione sociosanitaria delineati dal PNRR, con particolare riferimento all'integrazione ospedale-territorio.

Le Aziende Sanitarie individuate dalla DGR 1725/19 dovranno porre in essere tutte le azioni tecniche, organizzative e gestionali utili a consentire l'implementazione della CCE al proprio interno e predisporre un piano per sostenerne autonomamente i costi di gestione successivi alla prima fase di implementazione.

Sulla base dell'andamento degli interventi di digitalizzazione della CCE presso i primi Enti individuati, sarà valutata la possibilità di estendere l'iniziativa ad altri Enti al fine di diffondere progressivamente un livello omogeneo di digitalizzazione dei processi di ricovero ospedaliero su tutto il territorio lombardo.

EVOLUZIONE DELL'ARCHITETTURA INFORMATICA PER LA GESTIONE DEL DEBITO INFORMATIVO DEGLI ENTI SOCIO SANITARI

Attualmente il debito informativo degli Enti sociosanitari nei confronti di Regione Lombardia viene assolto mediante l'invio periodico (in genere mensile o trimestrale) di flussi dati in formato predefinito e costituiti prevalentemente da file di testo, in alcuni casi da file excel e, più raramente, da file xml. Tale metodologia è piuttosto obsoleta e presenta una serie di svantaggi, tra i quali la necessità da parte delle Aziende di impiegare risorse che provvedano alla raccolta, normalizzazione ed invio dei dati e, da parte di Regione, la disponibilità di dati con notevole ritardo rispetto alla loro effettiva produzione.

Si ritiene, pertanto, necessario progettare e implementare un nuovo modello di condivisione dei dati che velocizzi ed ottimizzi la raccolta, elaborazione e analisi dei dati disponibili presso gli Enti senza dover attendere l'elaborazione off-line dei flussi sociosanitari e superare, pertanto, l'attuale processo di produzione dei flussi informativi che verranno progressivamente dismessi.

Lo sviluppo di un tale meccanismo comporta l'utilizzo di un'architettura ben definita e integrata che raccolga e normalizzi i dati provenienti dai diversi sistemi in uso presso gli Enti sociosanitari e li renda disponibili alla lettura da parte dei sistemi regionali. Considerato il significativo numero di flussi che costituiscono il debito informativo degli Enti Sanitari nei confronti della Regione, è necessario condividere quali possano essere oggetto di una prima fase del progetto di evoluzione, tenendo in considerazione le priorità informative e le difficoltà di implementazione.

Nel corso del 2022, sarà pertanto necessario programmare un lavoro coordinato tra Aziende Sanitarie, Regione Lombardia e ARIA al fine di definire un processo strutturato e condiviso di progressiva "migrazione" dagli attuali flussi informativi, che dovrebbe prevedere le seguenti macro-fasi:

- identificazione dei flussi informativi che presentano le informazioni di maggior interesse tra quelli sanitari (quali, a titolo di esempio, Dimissioni ospedaliere, Prestazioni ambulatoriali, Posti letto, Sala Operatoria, ...), sociosanitari (Consultori, CDD, RSA, ADI, ...) ed economici (DM, contratti, ...);
- analisi delle sorgenti dati per ciascun flusso individuato;
- definizione delle azioni necessarie alla raccolta e normalizzazione in tempo reale;
- definizione dei requisiti architetturali e tecnologici necessari alla realizzazione del sistema di raccolta e normalizzazione;
- definizione dei meccanismi di accesso ai dati;
- definizione di un cronoprogramma di massima.

Considerata la complessità tecniche ed organizzative dell'intervento, la sostituzione degli attuali flussi informativi sia di ambito sanitario che sociosanitario verrà attuata progressivamente.

EVOLUZIONE ARCHITETTURALE COMPLESSIVA DEI SERVIZI SISS

L'architettura complessiva del sistema SISS è oggetto di forte revisione al fine di semplificare le modalità di accesso ai servizi da parte degli operatori e di rinnovare l'infrastruttura tecnologica attualmente utilizzata per la condivisione dei dati e documenti su scala regionale.

L'utilizzo del sistema SISS da parte degli operatori sanitari è oggi vincolato all'utilizzo di una Smart Card personale e di componenti software installati localmente sulle postazioni di lavoro necessari a garantire un accesso sicuro e controllato ai servizi.

L'infrastruttura tecnologica per l'accesso ai servizi SISS è interamente basata sulla disponibilità di una "extranet" dedicata e sul concetto di "Porta Delegata" e "Porta di Dominio".

Al fine di semplificare l'architettura generale del SISS, Regione Lombardia e ARIA stanno progettando una nuova architettura complessiva che elimini le Smart Card operatore, non necessiti di alcuna componente software sulla postazione di lavoro e renda disponibili i servizi su rete "internet" attraverso l'accesso diretto e sicuro alla nuova componente "API Manager".

Nel corso del 2022 saranno, pertanto, avviate iniziative per la presentazione agli Enti della nuova architettura complessiva e per la definizione condivisa di un piano per la progressiva diffusione su tutto il territorio lombardo della nuova modalità di accesso ai servizi SISS.

L'implementazione della nuova architettura richiederà a tutte le strutture territoriali uno sforzo tecnico ed organizzativo per rendere operative le nuove modalità di accesso senza Smart Card, adeguare i propri sistemi alla nuova architettura e gestire il periodo di transizione verso la nuova soluzione.

EVOLUZIONE DEL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO REGIONALE

Il Fascicolo Sanitario Elettronico di Regione Lombardia nel corso del 2022 sarà oggetto di interventi evolutivi al fine di migliorare ulteriormente le modalità di accesso ai documenti e ai servizi da parte degli operatori sociosanitari e da parte dei cittadini.

Il Fascicolo Sanitario Elettronico sarà, inoltre, implementato per poter ricevere diverse tipologie di dati in formato strutturato prodotte dai sistemi degli Enti sociosanitari e disporre di funzionalità evolute per la rappresentazione e l'utilizzo delle informazioni gestite.

Regione Lombardia sta attivamente partecipando e contribuendo alla definizione delle ipotesi di evoluzione dell'architettura complessiva del Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0, promosso a livello nazionale, con introduzione di nuove tecnologie e protocolli di interoperabilità che assicurino la raccolta di una sempre più ampia tipologia e quantità di dati strutturati e consenta, in prospettiva, di valorizzarli ai fine della programmazione e della ricerca scientifica.

In tale contesto evolutivo, nel corso del 2022 gli Enti saranno chiamati a partecipare alle attività di adeguamento dei propri sistemi per produrre e rendere disponibili documenti sociosanitari in formato strutturato CDA2 sulla base delle specifiche tecniche già definite a livello nazionale.

NUOVO RUOLO STRATEGICO DELLA PIATTAFORMA REGIONALE DI INTEGRAZIONE

Per supportare l'attuazione concreta degli scenari evolutivi dell'ecosistema informativo complessivo regionale, è necessario rafforzare il ruolo strategico delle piattaforme regionali di integrazione attualmente in uso (PRI e NPRI) e di tutti gli analoghi sistemi adottati in autonomia dai singoli Enti.

La Piattaforma Regionale di Integrazione rappresenta un valore indiscutibile per assicurare la necessaria solidità e affidabilità alla complessa architettura dei sistemi informativi regionali e offre ampie garanzie per il raggiungimento degli obiettivi di evoluzione dei sistemi informativi previsti a livello regionale e nazionale.

In particolare, nel corso del 2022, verranno avviate le attività sulla Piattaforma Regionale di Integrazione per affrontare i seguenti scenari evolutivi:

- nuovo servizio "Gateway HL7 FHIR" per assicurare l'attuazione dei diversi scenari e processi di interoperabilità di dati a livello interaziendale, intra-aziendale e con il FSE.
- servizi per la produzione e la messa a disposizione del FSE di nuove tipologie di documenti strutturati in formato CDA2 quali, ad esempio, la lettera di dimissione ospedaliera e il referto di anatomia patologica.
- servizi necessari alla progressiva attuazione dei nuovi scenari architetture del sistema SISS.
- servizi per la progressiva attuazione del nuovo modello di gestione del debito informativo degli Enti sociosanitari.
- Implementazione sperimentale presso alcuni Enti di un "Data Lake" finalizzato ad accogliere dati strutturati e non strutturati, di diversa tipologia e formato, per lo sviluppo di specifici modelli predittivi.

Gli Enti saranno, pertanto, coinvolti per partecipare alle diverse attività previste e programmare gli interventi tecnici e organizzativi necessari alla progressiva attivazione dei nuovi servizi.

PREDISPOSIZIONE DEI PIANI DI MIGRAZIONE AL CLOUD DELL'INFRASTRUTTURA TECNOLOGICA DEGLI ENTI

Alla luce delle evoluzioni tecnologiche e dei programmi di sviluppo in fase di discussione anche a livello nazionale, si ritiene necessario che ciascun Ente Sanitario provveda a predisporre una valutazione dei propri asset informatici al fine di identificare le attività da pianificare in previsione del futuro passaggio in cloud dei propri sistemi.

Con la collaborazione di ARIA, che provvederà ad assicurare l'indispensabile supporto tecnico, ogni Ente Sanitario sarà chiamato a predisporre, nel corso del 2022, un documento di Gap Analysis che comprenda i seguenti aspetti:

- Analisi dello stato attuale dei sistemi e mappatura di eventuali esigenze di adeguamento tecnologico.
- Definizione della tipologia di servizi cloud ritenuti ottimali per ciascun sistema identificato.
- Identificazione dei prerequisiti di adeguamento necessari per la migrazione in cloud.
- Predisposizione di un piano di migrazione di massima e relativo cronoprogramma, unitamente ad una stima dei costi.

Al fine di meglio comprendere le esigenze e le nuove opportunità rese disponibili dalla migrazione dei sistemi su piattaforme cloud, verranno anche pianificati incontri formativi rivolti agli Enti coinvolti.

INIZIATIVE PER IL MIGLIORAMENTO DEL LIVELLO DI SICUREZZA INFORMATICA

Regione Lombardia intende proseguire il percorso avviato di un progressivo e continuo innalzamento del livello di sicurezza informatica dell'intera architettura dei sistemi informativi regionali. In particolare, si ritiene necessario programmare in modalità coordinata e condivisa interventi di miglioramento sia sui sistemi centrali che sui sistemi dei singoli Enti sanitari allo scopo di migliorare il livello generale di sicurezza dell'intero sistema.

A tale proposito, nei primi mesi del 2022, verranno programmati specifici eventi coordinati da ARIA per condividere gli obiettivi comuni e le priorità degli interventi di ambito centrale e locale sulla base dell'attuale livello di sicurezza informatica complessivo.

ARIA presenterà e renderà disponibile un catalogo di servizi tecnologici, professionali ed organizzativi cui gli Enti potranno accedere per innalzare il livello di sicurezza informatica della propria infrastruttura e per uniformare gradualmente gli strumenti, i comportamenti, le procedure e il livello di protezione su tutto il territorio.

Nel corso del 2022 gli Enti saranno, pertanto, chiamati a predisporre un piano condiviso per il miglioramento della sicurezza informatica nell'ambito del quale vengano definiti gli obiettivi di miglioramento e vengano programmati interventi tecnici ed organizzativi che

assicurino il progressivo innalzamento del livello di sicurezza informatica della propria infrastruttura tecnologica.

EVOLUZIONE DELLA RETE REGIONALE DI PRENOTAZIONE E DEI SERVIZI DI ACCOGLIENZA

La Rete Regionale di Prenotazione (RRP) è un sistema integrato che ha la finalità di migliorare la qualità dell'erogazione dei Servizi Sanitari Regionali, rendendo disponibile al cittadino la prenotazione dell'intera offerta del SSN degli Enti sanitari pubblici e privati accreditati, offrendo informazioni sul sistema sanitario e fornendo assistenza agli utenti.

Obiettivo prioritario per il 2022 è quello di incentivare i cittadini ad utilizzare sempre di più i servizi di self-booking, soprattutto nel caso di prime prenotazioni. Ciò permetterà di semplificare l'accesso alle prestazioni sanitarie, con notevoli risparmi sia dal punto di vista economico che in termini di tempo.

Ulteriore obiettivo è rappresentato dal potenziamento delle prenotazioni effettuate direttamente presso i luoghi di cura dove è stata prescritta la prestazione (ambulatori specialistici e studi dei MMG), con conseguente riduzione dell'accesso ai servizi del CCR da parte del cittadino.

Fondamentali al conseguimento di tali obiettivi sono l'implementazione della codifica del quesito diagnostico sulla prescrizione elettronica e la predisposizione di percorsi organizzativi mirati ad efficientare il processo di prenotazione.

La semplificazione del processo di prenotazione, associata alle modalità di pagamento digitali già attive, contribuisce significativamente ad agevolare le procedure di accesso ai luoghi di cura con percorsi di accettazione digitalizzata.

Quesito diagnostico

Si prevede di standardizzare il quesito diagnostico in fase prescrittiva. Verrà ripreso e perfezionato il piano di codifica regionale per il quesito diagnostico così da correlare automaticamente la prescrizione con le agende esposte. Dovranno essere codificate anche le informazioni non codificate nelle prescrizioni (distretto corporeo e metodica).

Il piano di codifica sarà condiviso con gli Enti e i professionisti coinvolti nel processo prescrittivo e dovrà integrarsi con il piano di codifica dei quesiti diagnostici già in uso presso Enti Sanitari per il processo di esposizione delle agende nella RRP.

Gli Enti dovranno adeguare i propri sistemi di prescrizione elettronica per recepire i dati codificati relativi al quesito diagnostico, al distretto corporeo e alla metodica.

Prenotazione nei luoghi di cura

Gli Enti saranno chiamati a individuare alcuni ambiti specialistici presso i quali avviare sperimentalmente la modalità di prenotazione presso i luoghi di cura.

Regione Lombardia provvederà a condividere con gli Enti le modalità di misurazione del numero di prenotazioni effettuate presso i luoghi di cura al fine di monitorare

l'avanzamento delle attività e valutare congiuntamente gli effetti sulla semplificazione del processo di prenotazione per il cittadino.

Per il raggiungimento dell'obiettivo gli Enti dovranno predisporre un piano di informazione per i soggetti coinvolti nel processo prescrittivo (MMG, specialisti, cooperative per la gestione del paziente cronico) e iniziative di comunicazione al cittadino.

Semplificazione accesso ai luoghi di cura

Ai pazienti che hanno effettuato la prenotazione attraverso i canali della RRP e sono già in regola con il pagamento del ticket, ovvero dispongono di una esenzione, sarà consentito di effettuare l'accettazione on-line. In tal modo il paziente potrà accedere direttamente al luogo di cura in quanto già in possesso di tutte le informazioni necessarie, senza dovere transitare dal CUP.

A tal fine verrà chiesto agli Enti di associare alle agende il luogo specifico di erogazione della prestazione. Tali informazioni saranno comunicate al cittadino in occasione della accettazione on-line.

Integrazione degli Enti e esposizione delle agende

Presupposto per il conseguimento dell'obiettivo di automazione del processo di prenotazione da parte del cittadino è l'integrazione di tutte le strutture pubbliche e private e l'esposizione delle agende in tempo reale.

L'obbligo per le strutture sanitarie pubbliche e private che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario nazionale di utilizzare quale unico sistema di prenotazione delle prestazioni il sistema di prenotazione regionale è stato stabilito dalla l.r. 33 del 30 dicembre 2009 "Testo Unico delle leggi regionali in materia di sanità", all'art. 21 (come modificato dall'art. 34, comma 1, lettera a) della l.r. 6 giugno 2019 n. 9 "Legge di revisione normativa e di semplificazione 2019").

Gli Enti Sanitari Pubblici e Privati accreditati devono essere integrati al Sovracup della RRP (GP++) e provvedere all'esposizione delle agende in multicanalità nella Rete Regionale di Prenotazione, favorendo il più possibile il Canale Self-care (Online sul sito di Regione Lombardia www.prenotasalute.regione.lombardia.it e tramite App). Gli Enti garantiscono una adeguata pubblicità a tali canali di prenotazione attraverso avvisi e comunicazioni presso gli uffici CUP, gli ambulatori e sui siti aziendali.

Per garantire la completa esposizione dell'offerta, le ATS, sulla base di report forniti da ARIA relativi all'analisi dei dati di rendicontazione e degli appuntamenti registrati nella RRP, dovranno svolgere attività di verifica e definire eventuali piani operativi con gli Enti Sanitari.

ACQUISTI

Sommario

1 IL SISTEMA DEGLI ACQUISTI DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE	1
2 NORMATIVA APPROVVIGIONAMENTO ENTI SANITARI E UTILIZZO DELLA PIATTAFORMA TELEMATICA SINTEL	2
3 RETE REGIONALE DEGLI ACQUISTI.....	6
4 PROGRAMMAZIONE DEGLI ACQUISTI E SCADENZE 2022	8
5 AZIONI PER L'ANNO 2022	8
6 INCENTIVI PER LE FUNZIONI TECNICHE EX. ART.113 D.LGS 50/2016.....	12

Focus sui temi principali:

- Regione/DG Welfare: coordina la rete acquisti; approva la programmazione di Enti e ARIA con un tavolo tematico Welfare di supporto al TTA (Tavolo Tecnico Appalti), in attesa di una riforma di quest'ultimo; autorizza procedure singole fuori programmazione per importi a base d'asta superiori alla soglia comunitaria;
- ARIA: assicura copertura su tutte le categorie merceologiche attribuite dal DPCM come competenza esclusiva, (la programmazione ARIA sarà prioritariamente dedicata a queste categorie); autorizza gli Enti, ove strettamente necessario, a procedure in autonomia per la copertura dei fabbisogni esclusivamente su categorie da DPCM;
- Aggregazione spesa partendo "dal territorio": si stimolano aggregazioni stabili tra Enti;
- Ove compatibile con l'organizzazione degli Enti, i RUP per acquisti di tecnologia biomedica vengono individuati preferibilmente nelle Ingegnerie Cliniche (entro le soglie previste per l'affidamento diretto);
- DGW, con il supporto operativo di ARIA: Revisione/razionalizzazione strumenti informatici per raccolta flussi informativi dalle Aziende e relative analisi e monitoraggi.

1 IL SISTEMA DEGLI ACQUISTI DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

Regione Lombardia coordina per l'anno 2022 l'organizzazione del sistema degli acquisti regionale già descritto nella Delibera n. XI/2672 del 16/12/2019 con il quadro normativo dettato dal legislatore nazionale in tema di acquisti degli Enti Sanitari.

Al fine di soddisfare al meglio i fabbisogni del SSR in termini di qualità/prezzo dei prodotti/servizi e di tempistica di approvvigionamento, la struttura della rete degli acquisti Regionale nel corso del 2022 si evolverà per integrare sempre più efficacemente i vari livelli disponibili nella rete:

- ARIA S.p.a. (di seguito anche solo ARIA), soggetto aggregatore regionale
- Unioni di Acquisto/ConSORZI, soggetti sub-aggregatori regionali
- Singoli Enti del SSR lombardo (per procedure autonome residuali).

I vari livelli della rete, coordinati dalla Direzione Generale Welfare, dovranno perseguire un ottimale equilibrio nella suddivisione della programmazione integrata al fine di evidenziare le procedure da centralizzare in termini di costo/opportunità, tenendo conto dei vincoli normativi inerenti alle competenze esclusive dei Soggetti Aggregatori (DPCM 11/07/2018). A tal fine, la programmazione ARIA e quella delle Unioni di Acquisto/ConSORZI dovrà essere coordinata e possibilmente integrata in un unico strumento a disposizione di tutti gli Enti del Sistema.

Livelli della rete acquisti – sperimentazione gestionale 2022:

LIVELLO PROGRAMMAZIONE, COORDINAMENTO E CONTROLLO

- DG Welfare (coordinamento e controllo della rete)
- Tavolo Tecnico degli Appalti (programmazione)
- Tavolo dei coordinatori dei ConSORZI di Acquisto

LIVELLI ESECUTIVI

- ARIA, ConSORZI di Acquisto (nodi principali della rete)
- Singoli Enti (solo per gestione fabbisogni residuali).

2 NORMATIVA APPROVVIGIONAMENTO ENTI SANITARI E UTILIZZO DELLA PIATTAFORMA TELEMATICA SINTEL

Si ribadisce, alla luce dei cambiamenti normativi e dei chiari indirizzi giurisprudenziali espressi, nell'ottica di una migliore programmazione degli acquisti, che:

- 1) gli Enti sanitari non possono attivare procedure di acquisto relative a beni e/o servizi già oggetto di Contratti Quadro e presenti in Convenzioni attive stipulate in loro favore da ARIA o oggetto di convenzione CONSIP, in particolare per le categorie merceologiche previste dal DPCM 11 luglio 2018 su cui sarà prioritariamente concentrata la programmazione di ARIA;
- 2) gli Enti sanitari, fatta salva espressa autorizzazione in deroga da parte di DG Welfare, non possono attivare procedure di acquisto autonome relative ad iniziative per approvvigionamenti già oggetto di programmazione sanitaria a livello regionale ed attribuite ad ARIA, **per le quali abbiano già fornito i**

fabbisogni e/o delega formale per la procedura centralizzata. Rimane ferma, nelle more di attivazione delle convenzioni ARIA, la possibilità per gli Enti di procedere in autonomia, prevedendo le opportune clausole contrattuali di recesso anticipato, al fine di soddisfare i propri fabbisogni.

In assenza della possibilità di aderire alle convenzioni di ARIA e di Consip S.p.A., gli enti sanitari dovranno ricorrere agli strumenti di acquisto e negoziazione telematici (Artt. 40 e 52 del D.Lgs. 50/2016) messi a disposizione da ARIA (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) o da Consip.

Di seguito si espongono le regole per le diverse categorie merceologiche.

2.1 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 ARIA S.p.A. o nazionale Consip S.p.a. per i 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;
- ✓ Pacemaker;
- ✓ Aghi e siringhe;
- ✓ Servizi integrati per la gestione delle apparecchiature elettromedicali;
- ✓ Servizi di pulizia per gli enti del Servizio Sanitario Nazionale;
- ✓ Servizi di ristorazione per gli enti del Servizio Sanitario Nazionale;
- ✓ Servizi di lavanderia per gli enti del Servizio Sanitario Nazionale;
- ✓ Servizi di smaltimento rifiuti sanitari;
- ✓ Vigilanza armata;
- ✓ Facility management immobili;

- ✓ Pulizia immobili;
- ✓ Guardiania;
- ✓ Manutenzione immobili e impianti;
- ✓ Guanti (chirurgici e non)
- ✓ Suture
- ✓ Ossigenoterapia
- ✓ Diabetologia territoriale
- ✓ Servizio di trasporto scolastico (N/A sistema sanitario)
- ✓ Manutenzione strade-servizi e forniture.

Fatto salvo quanto previsto in caso di carenza di Convenzioni/Contratti Quadro attivi stipulati dai Soggetti Aggregatori, l'acquisto di tali beni e servizi non può avvenire in 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 ARIA o in subordine Consip, è necessario richiedere ad ARIA, in qualità di soggetto aggregatore, l'attivazione della relativa procedura di acquisto.

Nel caso non sia possibile acquisire beni o servizi rientranti nelle categorie merceologiche individuate, da ARIA o in subordine da Consip, gli enti del SSR sono tenuti ad approvvigionarsi avvalendosi, in via esclusiva, delle centrali di committenza iscritte nell'elenco dei Soggetti Aggregatori: spetta ad ARIA l'individuazione, ai fini dell'approvvigionamento, di altra centrale di committenza.

Si richiede quindi di formalizzare le richieste effettuate al Soggetto Aggregatore regionale ARIA e di utilizzare gli indirizzi di comunicazione dedicati messi a disposizione dal soggetto aggregatore.

Qualora la Convenzione/Contratto quadro ARIA relativo alla categoria merceologica in oggetto non sia immediatamente disponibile, ma l'iniziativa sia stata avviata o sia oggetto di programmazione da parte di ARIA, e qualora tale prodotto/servizio non sia disponibile né in ARIA né in Consip, l'Ente sanitario può, previa verifica dell'economicità dell'operazione e nel rispetto delle vigenti disposizioni di legge:

- a) stipulare autonomamente un contratto per il periodo necessario all'approvvigionamento dei propri fabbisogni; tale contratto deve contenere una clausola di risoluzione anticipata espressa vincolata all'attivazione del Contratto/Convenzione da parte del soggetto aggregatore;
- b) attivare le opzioni di estensione previste nel contratto autonomamente stipulato, se esistente e se tale possibilità era prevista nel bando iniziale; l'estensione può avere efficacia fino alla data di attivazione della Convenzione/Contratto Quadro da parte del Soggetto Aggregatore di riferimento o Consip;
- c) ARIA, 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 oppure, come ipotesi residuale, valutare l'opportunità di delegare i Consorzi di acquisto a procedere per specifici ambiti merceologici.

E' obiettivo di ARIA dare la massima priorità e copertura, ove possibile anche per i periodi ponte, a tutti i fabbisogni degli Enti per gli ambiti del DPCM al fine di ridurre le proroghe e le procedure ponte autonome. Nelle autorizzazioni alle procedure ponte, ARIA dovrà indicare il periodo stimato di apertura della convenzione, mentre le modalità di esecuzione e il periodo di copertura dei fabbisogni saranno responsabilità dei singoli RUP in attuazione al percorso sopra riportato. Per le procedure ponte, in caso di convenzioni centralizzate non disponibili, trascorsi 5 giorni lavorativi dalla richiesta vale il silenzio-assenso.

Per la categoria farmaci, fermo restando l'obbligo di aderire alle convenzioni ARIA, per quanto riguarda i prezzi di acquisto i singoli Enti che vengano a conoscenza di adeguamento prezzi in ribasso formalizzato da parte di AIFA, lo comunicano ad ARIA secondo i canali di comunicazione predefiniti: laddove, in corso di approvvigionamento, il portale NECA non sia prontamente aggiornato con il nuovo prezzo dal soggetto aggregatore, gli Enti sono autorizzati a procedere ad ordini fuori NECA utilizzando gli stessi CIG e inoltrando copia dell'ordine ad ARIA attraverso i canali dedicati.

2.2 Ambiti merceologici diversi rispetto a quelli previsti all'interno del al DPCM 11 luglio 2018. Ambiti di aggregazione.

L'aggregazione – da parte di ARIA – di beni e servizi non ricompresi nelle categorie di cui al citato DPCM è definita all'interno della DGR di Pianificazione aggregata ad esito dei lavori del Tavolo Tecnico regionale degli Appalti come meglio espresso nei paragrafi successivi. Rimane fermo il principio che obiettivo principale di ARIA rimane la copertura delle categorie merceologiche attribuite dal DPCM in esclusiva al soggetto aggregatore: nella programmazione, il Tavolo Tecnico degli Appalti dovrà tenere conto di questa prescrizione prima di attribuire altre categorie ad ARIA.

Conseguentemente, gli Enti Sanitari dovranno verificare, come percorso di acquisto, che siano disponibili:

- 1) Convenzioni attive Aria e, in subordine, Consip. Qualora le Convenzioni ARIA e Consip non siano attive ma sull'ambito merceologico richiesto sia già stata programmata un'iniziativa ARIA per la quale l'Ente abbia già fornito i fabbisogni o delega formale, l'Ente stesso potrà approvvigionarsi autonomamente per i propri fabbisogni, inserendo apposita clausola di risoluzione anticipata vincolata alla data di attivazione della convenzione ARIA.
- 2) in assenza degli strumenti di cui al punto 1), gli Enti sanitari dovranno procedere prioritariamente attraverso forme di acquisizione aggregata tramite le Unioni di Acquisto/Consorzi Interaziendali di acquisto.

3) Solamente in via subordinata ai livelli di aggregazione 1) e 2) è possibile per i singoli Enti sanitari procedere ad acquisti autonomi, tenendo fermi l'obbligo di utilizzo della piattaforma Sintel a norma dell'art. 1, comma 6 ter della Legge Regionale 28 dicembre 2007, n. 33 oltre che l'obbligo di autorizzazione da parte di DG Welfare per importi superiori alla soglia comunitaria non inseriti nella programmazione approvata dal TTA.

Si ricorda l'obbligatorietà e l'importanza del ricorso alle Convenzioni e/o agli strumenti di acquisto e negoziazione telematici messi a disposizione da ARIA o in subordine 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 Delibera Giunta Regionale n. 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.

3 RETE REGIONALE DEGLI ACQUISTI

Nel corso del 2022 verrà potenziata la rete regionale degli acquisti al fine di sviluppare una più efficiente ed efficace sinergia tra ARIA, le Unioni di Acquisto/Consorzi interaziendali e i singoli Enti. In particolare, in sede di programmazione centralizzata verranno valutate, per ogni categoria merceologica, vantaggi e svantaggi inerenti alla scelta del livello di aggregazione prescelto al fine di ottenere il miglior risultato in termini di costo/qualità e tempo di corretta contrattualizzazione e approvvigionamento.

A tal fine, si confermano le figure del Referente aziendale e dei Coordinatori delle Unioni di Acquisto/Consorzio, nonché la composizione, funzioni e modalità con cui si riunirà il Comitato dei Coordinatori delle Unioni di Acquisto/Consorzi, a cui si aggiunge un rappresentante delle Ingegnerie Cliniche e delle Farmacie per i processi di acquisto delle tecnologie biomediche e dei farmaci e dei dispositivi medici.

Tale Comitato avrà un compito di supporto alla Direzione Generale Welfare per la definizione delle linee di indirizzo della rete acquisti Regionale che andrà a sviluppare il coordinamento dei vari livelli della rete stessa, dando luogo ad una programmazione "dinamica" in funzione delle difficoltà rilevate, che consenta di creare aggregazioni Regionali in capo ad ARIA, in particolare per gli ambiti del DPCM, e aggregazioni subregionali in capo alle Unioni di Acquisto/Consorzi, in un'ottica integrata e di mutua collaborazione.

È fondamentale che le Direzioni strategiche aziendali supportino il lavoro dei Coordinatori delle Unioni di Acquisto/Consorti sia in fase di programmazione che di preparazione operativa delle procedure aggregate.

L'obiettivo per l'esercizio 2022 per gli enti sanitari è di incrementare ulteriormente la spesa effettuata attraverso procedure centralizzate/aggregate rispetto allo stesso periodo 2021, riducendo il numero di proroghe effettuate su contratti esistenti.

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 garantire una tempestiva e puntuale informativa di riscontro alla Centrale di acquisto/Ente Capofila. Eventuali difettosità o carenze emergenti nella fase di esecuzione dei contratti devono essere prontamente documentati al fine di fornire alla Centrale Acquisti Regionale gli strumenti per applicazione di penali o recesso da lotti specifici.

Al fine di perseguire l'ottimizzazione della rete regionale degli acquisti, nel corso del 2022 il Comitato dei Coordinatori delle Unioni di Acquisto/Consorti ed ARIA, coordinati dalla Direzione Generale Welfare, concorderanno l'avvio di alcuni tavoli di lavoro, coinvolgendo i Direttori/Responsabili della Funzione Acquisti dei singoli Enti per argomenti specifici; i tavoli tecnici di approfondimento opereranno sui seguenti temi (oltre ad altri eventualmente proposti dal Comitato dei Coordinatori):

- a) **Programmazione:** revisione degli strumenti informatici (modulo budget) orientati ad ottimizzare la raccolta fabbisogni ARIA, possibilmente integrandola con quella delle Unioni di Acquisto/Consorti e creando uno strumento di semplice impiego e di efficace risultato anche per la raccolta delle candidature dei professionisti incaricati di partecipare a tavoli tecnici e commissioni di gara;
- b) **Monitoraggio:** razionalizzazione degli strumenti informatici necessari per la raccolta dei vari flussi informativi al fine di semplificazione delle interfacce per gli Enti e unificazione della base di dati per le analisi da parte degli uffici competenti di DG Welfare (inclusi webservice per automazione flussi verso osservatorio contratti pubblici,...);
- c) Analisi delle categorie **DPCM** al fine di consentire ad ARIA la tempestiva e completa contrattualizzazione di beni e servizi idonea a soddisfare la totalità dei fabbisogni degli Enti, valutando le strategie di acquisto più opportune e/o l'individuazione di strumenti e istituti giuridici idonei a coinvolgere le Unioni di acquisto/Consorti nell'esperimento di procedure di gara per l'aggiudicazione di contratti aventi ad oggetto le categorie DPCM per le quali sussistano gravi ragioni di urgente contrattualizzazione;

- d) Analisi delle **subaggregazioni** all'interno delle Unioni di Acquisto/ConSORZI e tra Unioni di Acquisto/ConSORZI (ad esempio per specializzazione) al fine di definire una programmazione che, unitamente a quella di ARIA, possa soddisfare in modo capillare ed esauriente i fabbisogni del Sistema;
- e) Analisi di convenzioni centralizzate che trovano difficoltà specifiche di attuazione all'interno degli Enti, valutando con ARIA le strategie di procedura centralizzata più idonee;
- f) Integrazione tra HTA e acquisti di tecnologia, grazie al supporto degli Ingegneri Clinici e di eventuali strumenti informatizzati per la mappatura delle principali tecnologie biomediche.

4 PROGRAMMAZIONE DEGLI ACQUISTI E SCADENZE 2022

Una dettagliata programmazione degli acquisti 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 degli Appalti istituito con Delibera 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.

Gli Enti sanitari, attraverso i Coordinatori delle Unioni di acquisto/ConSORZI, dovranno inviare alla Direzione Generale Welfare e ad ARIA la pianificazione degli acquisti nel rispetto delle date e delle modalità concordate con la Centrale Regionale, utilizzando il sistema Modulo Budget o sue successive evoluzioni.

Per la programmazione acquisti è prevista la seguente scadenza:

- 30 settembre 2022 - Revisione della programmazione per gli anni 2022 e 2023 e 2024.

Tale scadenza è solo indicativa e dovrà essere raccordata con la tempistica della programmazione centralizzata, coordinata dal Tavolo Tecnico degli Appalti, secondo le indicazioni che verranno fornite agli Enti da DG Welfare.

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.

5 AZIONI PER L'ANNO 2022

5.1 TAVOLI DI LAVORO ARIA-CONSORZI

Vedere quanto previsto nel precedente paragrafo "Rete Regionale degli Acquisti".

5.2 NOMINA DELLE COMMISSIONI GIUDICATRICI E DEI TAVOLI TECNICI NELL'AMBITO DELLE PROCEDURE DI ACQUISTO ATTIVATE DALLA CENTRALE DI COMMITTENZA ARIA SPA

Nel corso dell'anno 2022 la richiesta dei nominativi verrà coordinata da ARIA la quale, al fine di semplificare la procedura di raccolta e selezione dei nominativi da parte degli Enti, verificherà con DG Welfare gli strumenti più idonei per informatizzare il processo di richiesta dei nominativi stessi.

Verranno ipotizzati strumenti di "prequalifica" al fine di valutare la creazione di un elenco Regionale da cui poter acquisire in modo più rapido i nominativi richiesti, fatte salve le verifiche di incompatibilità/inconferibilità previste dalla normativa vigente.

5.3 ATTIVITÀ DI MONITORAGGIO E CONTROLLO PREVISTE

5.3.1 *Informazione di attivazione procedure di acquisto autonome*

Le richieste di procedure autonome, per importi superiori alla soglia comunitaria, se non ricomprese entro la programmazione periodica ex art. 21 D.lgs 50/2016 e non comunicate al TTA tramite lo strumento "modulo budget", dovranno essere preventivamente inoltrate a DG Welfare con una relazione del RUP contenente le informazioni di seguito descritte. A tal fine le comunicazioni preventive dovranno essere inviate almeno 30 giorni prima dell'avvio delle relative procedure (si applica il silenzio-assenso trascorso tale periodo).

Le categorie merceologiche del DPCM devono invece seguire la procedura descritta al paragrafo 2.1.

Le informazioni che devono essere contenute nelle istanze sono almeno le seguenti (nel corso del 2022 verranno individuati idonei strumenti informatici per la raccolta delle informazioni):

- Oggetto della richiesta e specifico fabbisogno
- Motivo della richiesta, della mancata programmazione e motivazione dell'eventuale urgenza
- Livello di aggregazione, capofila (in caso di gara aggregata) e tipologia di procedura
- Livello di spesa e relativa copertura economica (eventuali autorizzazioni già ricevute (ASAT, HTA))
- Verifiche effettuate per confermare l'assenza di convenzioni centralizzate (ARIA e Consip) e aggregate
- Altre informazioni ritenute utili per la valutazione.

Di seguito si riassume il percorso di autorizzazione per le varie tipologie di approvvigionamento:

Tipo di approvvigionamento	Soglia	Azione	Soggetto che autorizza in deroga
DPCM	Previste da DPCM 11 luglio 2018	Adesione convenzioni ARIA o in subordine Consip. Procedure ponte, se non gestite da ARIA, vengono autorizzate entro 5 gg (silenzio assenso), indicando la data presunta di stipula della convenzione	ARIA (DG Welfare sempre in copia)
Programmazione ARIA con delega/fabbisogno già formalmente fornito (non DPCM)	Nessuna	Attesa della convenzione ARIA	Per il periodo ponte, gli Enti sono autorizzati a procedere alla copertura dei propri fabbisogni, fatta salva la clausola di recesso in caso di aggiudicazione ARIA con condizioni migliorative
Programmazione ARIA con delega/fabbisogno non fornito (non DPCM)	Nessuna	Gara aggregata oppure procedura ponte in attesa di convenzione ARIA o Consip	RUP del singolo Ente
Programmazione Ente/Consorzio (non programmato da ARIA e non presente Consip)	Nessuna	Gara aggregata	RUP del singolo Ente
Gara non programmata (nessuno dei casi precedenti) – non DPCM	Sopra soglia comunitaria	Verifica possibilità di aggregazione o in subordine gara autonoma (solo residuale); aggiornamento della programmazione biennale secondo quanto previsto dall'art. 21 D.lgs 50/2016 e dal regolamento DM 16.11.18 e s.m.i.	DG Welfare con silenzio/assenso di 30 gg Per importi inferiori alla soglia autorizza il RUP del singolo Ente.

5.3.2 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 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 i quali 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.

5.4 SISTEMA REGIONALE MONITORAGGIO BENI E SERVIZI

5.4.1 Dispositivi medici

Viene confermato quanto previsto nelle precedenti regole di sistema (DGR 4231 del 29/01/2021 e DGR 2672 del 16/12/2019).

5.4.2 Flusso consumi Dispositivi Medici

Viene confermato quanto previsto nelle precedenti regole di sistema (DGR 4231 del 29/01/2021 e DGR 2672 del 16/12/2019).

5.4.3 Flusso Contratti

Viene confermato quanto previsto nelle precedenti regole di sistema (DGR 4231 del 29/01/2021 e DGR 2672 del 16/12/2019). Si conferma che l'attuale sistema resterà operativo almeno fino al 31.12.2022 e che ARIA sta avviando lo studio per un nuovo strumento.

5.4.4 Monitoraggio Servizi non sanitari

Viene confermato quanto previsto nelle precedenti regole di sistema (DGR 4231 del 29/01/2021 e DGR 2672 del 16/12/2019).

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

Come stabilito dal decreto del 22 aprile 2014, l'alimentazione del flusso informativo è obbligatorio per le strutture sanitarie pubbliche, private accreditate e private non accreditate.

Si richiede pertanto che le aziende procedano alla corretta alimentazione del flusso informativo NSIS ed aggiornamento delle grandi apparecchiature già inserite seguendo le istruzioni già presenti nel portale

ministeriale sia per le strutture pubbliche che per le strutture private. Le ATS verificheranno il corretto e completo caricamento delle grandi apparecchiature delle strutture private accreditate e non accreditate. Eventuali nuove categorie di apparecchiature soggette a rilevazione saranno stabilite dal Ministero della Salute.

I dati provenienti da questo flusso verranno utilizzati anche dalla commissione ASAT di DG Welfare in termini di verifica delle istanze presentate per l'acquisizione/sostituzione delle grandi apparecchiature.

5.5 SISTEMI DI VERIFICA E DI MONITORAGGIO

Viene confermato quanto previsto nelle precedenti regole di sistema (DGR 4231 del 29/01/2021 e DGR 2672 del 16/12/2019).

5.5.1 Proroghe dei contratti di appalto

Viene confermato quanto previsto nelle precedenti regole di sistema. L'obiettivo è la riduzione del numero di proroghe anche a fronte della riorganizzazione della rete degli acquisti prevista dalle presenti regole.

Direzione Generale Welfare richiederà a tutti gli Enti per l'anno 2022 una verifica semestrale delle procedure d'acquisto effettuate con proroghe di contratti esistenti in conformità al quadro normativo esistente. La stessa dovrà essere inviata, con la relazione trimestrale sugli acquisti, entro il 15 luglio 2022 e il 15 gennaio 2023 a chiusura rispettivamente del I e II semestre.

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

A partire dall'anno 2022, le assegnazioni relative agli incentivi per le funzioni tecniche previste dall'art. 113 del D.lgs 50/2016 e s.m.i. verranno verificate tramite gli strumenti di e-procurement Sintel e Neca (ad eccezione delle adesioni Consip -Mepa e di eventuali casi particolari). E' pertanto necessario che gli Enti compilino tutti i dati richiesti dal portale Sintel, che verrà opportunamente revisionato con questo obiettivo (Enti aggregati, data di aggiudicazione, durata del contratto,...).