RegioneLombardia

LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° XI / 2672 Seduta del 16/12/2019

Presidente **ATTILIO FONTANA**

Assessori regionali

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

Con l'assistenza del Segretario Enrico Gasparini

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

Oggetto

DETERMINAZIONI IN ORDINE ALLA GESTIONE DEL SERVIZIO SANITARIO E SOCIOSANITARIO PER L'ESERCIZIO 2020 - (DI CONCERTO CON GLI ASSESSORI CAPARINI, PIANI E BOLOGNINI)

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

I Direttori Generali Luigi Cajazzo Giovanni Daverio Claudia Moneta

Il Direttore Centrale Manuela Giaretta

I Dirigenti Marco Salmoiraghi Marco Cozzoli Aida Andreassi Giovanni Claudio Rozzoni Paola Palmieri Alessandro Caviglia Maria Gramegna Piero Frazzi

L'atto si compone di 306 pagine

di cui 282 pagine di allegati

parte integrante

VISTA la seguente normativa nazionale:

- il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421*";
- il D.P.R. 14 gennaio 1997 "*Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private*";
- il decreto legislativo 7 marzo 2005 n. 82 "*Codice dell'Amministrazione Digitale*";
- il decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81 "*Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro*";
- il decreto legge 25 giugno 2008 n. 112 "*Disposizioni urgenti per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività, la stabilizzazione della finanza pubblica e la perequazione tributaria*" convertito, con modificazioni, in legge 6 agosto 2008 n. 133;
- il decreto legge 7 ottobre 2008 n. 154 "*Disposizioni urgenti per il contenimento della spesa sanitaria e in materia di regolazioni contabili con le autonomie locali*" convertito, con modificazioni, in legge 6 agosto 2008 n. 133;
- il decreto legislativo 19 novembre 2008, n. 194 "*Disciplina delle modalità di rifinanziamento dei controlli sanitari ufficiali in attuazione del regolamento (CE) n. 882/2004*";
- la legge 18 giugno 2009, n. 69 "*Disposizioni per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività nonché in materia di processo civile*";
- il decreto Legislativo 3 ottobre 2009, n. 153 "I*ndividuazione di nuovi servizi erogati dalle farmacie nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, nonché disposizioni in materia di indennità di residenza per i titolari di farmacie rurali, a norma dell'articolo 11 della legge 18 giugno 2009, n. 69.*";

- 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 finanziaria*" convertito in legge dall'art. 1, comma 1, legge 15 luglio 2011, n. 111;

- il Decreto 2 novembre 2011 del Ministero dell'Economia e delle Finanze ad oggetto "*De-materializzazione della ricetta medica cartacea, di cui all'articolo 11, 1 comma 16, del decreto-legge n. 78 del 2010. (Progetto Tessera Sanitaria).*";

- il decreto legge 6 luglio 2012 n. 95 "*Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini*", convertito in legge n. 135/2012;

- il decreto legge 13 settembre 2012 n. 158, "*Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute*", convertito in legge 189/2012;

- il decreto legge 10 ottobre 2012, n. 174 "*Disposizioni urgenti in materia di finanza e funzionamento degli enti territoriali, nonché ulteriori disposizioni in favore delle zone terremotate nel maggio 2012*", convertito in legge 213/2012;

- il decreto legge 18 ottobre 2012 n. 179, "*Ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese*", convertito in legge 221/2012;

- la legge 6 novembre 2012, n. 190 "*Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione*.";

- il decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 "*Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni.*" così come modificato dal decreto legislativo 25/05/2016, n. 97 "*Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche.*";

- il decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39 "*Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190.*";

- il decreto legge 21 giugno 2013, n. 69 "*Disposizioni urgenti per il rilancio dell'economia*", convertito in legge 98/2013;

- il decreto legge 31 agosto 2013 n. 101 "*Disposizioni urgenti per il perseguimento di obiettivi di razionalizzazione nelle pubbliche amministrazioni*", convertito, con modificazioni, in legge 125/2013;

- il decreto legge 24 aprile 2014, n. 66 "*Misure urgenti per la competitività e la giustizia sociale*";

- il decreto ministeriale 2 aprile 2015, n. 70 "*Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera*";

- il D.P.C.M. 29 settembre 2015 n. 178 "*Regolamento in materia di fascicolo sanitario elettronico*";

- il decreto legge 13 novembre 2015, n. 179 "*Disposizioni urgenti in materia di*

contabilità e di concorso all'equilibrio della finanza pubblica delle Regioni";

- il decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50 "*Attuazione delle direttive 2014/23/UE, 2014/24/UE e 2014/25/UE sull'aggiudicazione dei contratti di concessione, sugli appalti pubblici e sulle procedure d'appalto degli enti erogatori nei settori dell'acqua, dell'energia, dei trasporti e dei servizi postali, nonché per il riordino della disciplina vigente in materia di contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture*";

- il D.M. 21 giugno 2016 "*Piani di cui all'articolo 1, comma 528, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, per le aziende ospedaliere (AO), le aziende ospedaliere universitarie (AOU), gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici (IRCCS) o gli altri enti pubblici.*";

- il Piano Nazionale della Cronicità di cui all'Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016;

- il DPCM 12 gennaio 2017 "*Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*";

- il decreto legislativo 19 aprile 2017, n. 56 "*Disposizioni integrative e correttive al decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50.*";

- il decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117 "*Codice del Terzo settore, a norma dell'articolo 1, comma 2, lettera b), della legge 6 giugno 2016, n. 106.*";

- il Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze 4 agosto 2017 "*Criteri di ripartizione delle risorse del Fondo per l'aggregazione degli acquisti di beni e servizi, per gli anni 2017 e 2018.*";

- il decreto legislativo 13 dicembre 2017, n. 217 "*Disposizioni integrative e correttive al decreto legislativo 26 agosto 2016, n. 179, concernente modifiche ed integrazioni al Codice dell'amministrazione digitale, di cui al decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, ai sensi dell'articolo 1 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche*";

- il decreto legislativo 2 gennaio 2018, n. 1 "*Codice della protezione civile*";

- il decreto Legislativo n. 19 del 19 marzo 2018 "*Attuazione della direttiva (UE) 2016/1214 della Commissione del 25 luglio 2016, recante modifica della direttiva 2005/62/CE per quanto riguarda le norme e le specifiche del sistema di qualità per i servizi trasfusionali*";

- il decreto legislativo 18 maggio 2018, n. 65 "*Attuazione della direttiva (UE) 2016/1148 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 6 luglio 2016, recante misure per un livello comune elevato di sicurezza delle reti e dei sistemi informativi nell'Unione*";

- il decreto legge 14 dicembre 2018 n. 135 "*Disposizioni urgenti in materia di sostegno e semplificazione per le imprese e per la pubblica amministrazione*";

- il Decreto del Ministero della Salute del 12 marzo 2019 "*Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria.*";

- il decreto legge 30 aprile 2019, n. 35 "*Misure emergenziali per il servizio sanitario della Regione Calabria e altre misure urgenti in materia sanitaria*" convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, L. 25 giugno 2019, n. 60;

- il Decreto del Ministero della Salute 24 maggio 2019 "*Adozione dei nuovi modelli di rilevazione economica Conto Economico (CE), Stato Patrimoniale (SP), dei costi di Livelli essenziali di Assistenza, (LA) e Conto del Presidio (CP), degli enti del Servizio sanitario nazionale.*";

- il Decreto del Ministero della Salute 1 agosto 2019 "*Modifiche al decreto 2 novembre 2015, recante: "Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti*"";

- il decreto legge 26 ottobre 2019, n. 124 *"Disposizioni urgenti in materia fiscale e per esigenze indifferibili";*

RICHIAMATI inoltre in tema di protezione dei dati personali:

- il Regolamento (UE) n. 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016;

- 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*";

- il decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101 "*Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 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 (regolamento generale sulla protezione dei dati)*";

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.*";

- il disegno di legge concernente il Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2020 e bilancio pluriennale per il triennio 2020-2022, in corso di approvazione;

- il nuovo Patto per la Salute 2019-2021 in corso di definizione;

VISTE le seguenti Leggi Regionali:

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

- la legge regionale 30 agosto 2008 n. 1 "*Legge Regionale statutaria*";

- la legge regionale 29 dicembre 2016, n. 34 "*Disposizioni per l'attuazione della programmazione economico-finanziaria regionale, ai sensi dell'articolo 9-ter della L.R. 31 marzo 1978, n. 34 (Norme sulle procedure della programmazione, sul bilancio e sulla contabilità della Regione) - Collegato 2017.*";

- la legge regionale 28 dicembre 2017 - n. 42 "*Legge di stabilità 2018 – 2020*";

- la legge regionale 28 dicembre 2017 - n. 43 "*Bilancio di previsione 2018 – 2020*";

- la legge regionale 10 agosto 2018, n. 12 "*Assestamento al bilancio 2018-2020 con modifiche di leggi regionali*";

- la legge regionale del 28 dicembre 2018, n. 25 "*Bilancio di previsione 2019/2021*";

- la legge regionale 6 agosto 2019, n. 15 "*Assestamento di bilancio 2019-2021*";

VISTE inoltre:

- la legge regionale 6 dicembre 1999, n. 23: "*Politiche regionali per la famiglia*";

- la legge regionale 14 dicembre 2004 n. 34 "Politiche regionali per i minori";

- la legge regionale 6 agosto 2007 n. 19 del "*Norme sul sistema educativo di istruzione e formazione della Regione Lombardia*";

- la legge regionale 12 marzo 2008, n. 3: "*Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale*";

- la legge regionale 7 febbraio 2017 n. 1 "*Disciplina degli interventi regionali in materia di prevenzione e contrasto al fenomeno del bullismo e cyberbullismo*";

VISTA in particolare la legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 "*Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità*" così come modificata, tra le altre, dalla legge regionale 6 giugno 2019, n. 9 "*Legge di revisione normativa e di semplificazione 2019*";

VISTI i seguenti Accordi ed Intese Stato Regioni che si provvede a recepire con il presente provvedimento:

- Intesa Stato Regioni 24 gennaio 2008 "I*ntesa 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 l'attuazione del Piano di*

emergenza per la sicurezza degli alimenti e dei mangimi." (Rep. Atti n. 6/CSR);

- Intesa Stato Regioni 13 novembre 2008 "*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 sulla proposta del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali di modifica dell'Intesa 15 dicembre 2005 (Rep. atti n. 2395) recante «Linee guida per la gestione operativa del sistema di allerta per alimenti destinati al consumo umano»*. (Rep. atti n. 204/CSR);

- Accordo Stato-Regioni 16 dicembre 2010 "*Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sui requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici delle attività sanitarie dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta e sul modello per le visite di verifica*" (Rep. Atti n. 242/CSR);

- Accordo Stato-Regioni 13 ottobre 2011 "*Accordo, ai sensi dell'articolo 6, comma 1, lett. c), della legge 21 ottobre 2005, n. 219, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento relativo a «Caratteristiche e funzioni delle Strutture regionali di coordinamento per le attività trasfusionali»*" (Rep. Atti n. 206/CSR);

- Accordo Stato-Regioni 25 luglio 2012 "*Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 26 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento concernente: «Linee guida per l'accreditamento dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti»*" (Rep. Atti n. 149/CSR);

- Accordo Stato-Regioni 25 maggio 2017 "*Schema tipo di convenzioni tra strutture pubbliche provviste di servizi trasfusionali e quelle pubbliche e private accreditate e non accreditate, prive di servizio trasfusionale, per la fornitura di sangue e suoi prodotti e di prestazioni di medicina trasfusionale*"(Rep. Atti n. 85);

- Accordo Stato-Regioni (ACSR) 21 dicembre 2017, "*Revisione e aggiornamento della costituzione e del funzionamento del Comitato del Buon Uso del sangue*" (Rep. Atti n. 251/CSR);

- Intesa Conferenza Unificata 10 maggio 2018 "*Intesa, ai sensi dell'articolo 4, comma 1, della legge 18 agosto 2015, n. 134, tra il Governo, le Regioni, le Province autonome di Trento e Bolzano e gli Enti locali sul documento recante "Aggiornamento delle linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nei Disturbi dello Spettro Autistico*" (Repertorio Atti n.: 53/CU del 10/05/2018);

- Accordo Stato Regioni del 13 dicembre 2018 "*Schema tipo convenzione per la cessione e l'acquisizione programmata di emocomponenti ai fini della compensazione interregionale*" (rep. Atti 226/CSR);

- Intesa Conferenza Unificata 25 luglio 2019 "*Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni, le Province autonome di Trento e di Bolzano e gli Enti locali sul documento recante "Linee di indirizzo sui disturbi neuropsichiatrici e neuropsichici dell'infanzia e della adolescenza*"(Rep. Atti n. 70/CU del 25 luglio 2019);

- Accordo Stato Regioni del 1 agosto 2019 avente ad oggetto: "*Linee di indirizzo nazionali sul Triage intraospedaliero", "Linee di indirizzo nazionali sull'"Osservazione Breve Intensiva" e "Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del Piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso*" (Rep. Atti n. 143/CSR);

VISTI i vigenti Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro e Accordi Collettivi Nazionali del personale del Comparto del Servizio Sanitario Nazionale, dell'area della Dirigenza Sanitaria, Professionale, Tecnica ed Amministrativa del Servizio Sanitario Nazionale, dell'area della Dirigenza Medico-Veterinaria del Servizio Sanitario Nazionale, dei Medici di Medicina Generale, dei Medici Pediatri di Libera Scelta e dei Medici Specialisti Ambulatoriali;

RICHIAMATI i seguenti documenti di programmazione regionale:

- la D.G.R. n. XI/154 del 29 maggio 2018 "*Programma regionale di sviluppo della XI legislatura: approvazione della proposta da inviare al Consiglio regionale*";

- la D.C.R. n. XI/64 del 10 luglio 2018 "*Programma Regionale di Sviluppo della XI Legislatura*";

- la D.G.R. n. XI/1803 del 2 luglio 2019 "*Proposta di documento di economia e finanza regionale 2019 - da inviare al Consiglio regionale*";

- la D.G.R. n. XI/2342 del 30 ottobre 2019 "*Nota di aggiornamento al Documento di Economia e Finanza regionale – DEFR 2019. Proposta da inviare al Consiglio regionale*";

RICHIAMATA inoltre la D.G.R. n. XI/2341 del 30 ottobre 2019 "*Approvazione della proposta di progetto di legge "Bilancio di previsione 2020-2022" e del relativo documento tecnico di accompagnamento*";

RICHIAMATE le seguenti deliberazioni del Consiglio regionale:

- la D.C.R. n. X/1497 del 11 aprile 2017 "*Piano Regionale di Prevenzione 2014 – 2018, ai sensi dell'Intesa Stato Regioni del 13 novembre 2014 e della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 "Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità""*";

- la D.C.R. n. XI/67 del 17 luglio 2018 - "*Proroga al 2019 del Piano regionale di Prevenzione di Regione Lombardia 2014-2018, ai sensi dell'Intesa Stato-Regioni del 21 dicembre 2017*" che ha approvato il documento di pari oggetto di cui alla D.G.R. n. XI/163 del 29 maggio 2018;

RICHIAMATE altresì le seguenti deliberazioni della Giunta Regionale:

- la D.G.R. n. VII/18853 del 30 settembre 2004 "*Sorveglianza, notifica, controllo delle malattie infettive: revisione e riordino degli interventi di prevenzione in Regione Lombardia.*";

- la D.G.R. n. IX/3465 del 16 maggio 2012 "*Determinazioni in ordine all'esercizio delle attività' sanitarie relative alla medicina trasfusionale. Recepimento dell'accordo Stato–Regioni del 16/12/2010*";

- la D.G.R. n. X/818 del 25 ottobre 2013 "*Determinazioni in ordine alle linee di indirizzo sugli acquisti delle aziende sanitarie: attuazione della legge regionale nr. 33/2007 e tipologie di procedure escluse dall'obbligo di utilizzo della piattaforma "SINTEL"*;

- la D.G.R. n. X/1632 del 4 aprile 2014 "*Determinazioni conseguenti alla D.G.R. n. X/611 del 6 settembre 2013 in ordine al modello di riorganizzazione delle attività trasfusionali regionali*";

- la D.G.R. X/3611 del 21 maggio 2015 "*Piano triennale degli interventi in materia di educazione sanitaria e zoofila, di controllo demografico della popolazione animale e di prevenzione del randagismo 2015-2017*.";

- la D.G.R. n. X/5844 del 18 novembre 2016 "*Definizione dei rapporti di debito/credito tra le aziende del sistema socio sanitario regionale e la regione e determinazioni conseguenti*";

- la D.G.R. n. X/5969 del 12 dicembre 2016 "*Politiche di conciliazione dei tempi lavorativi con le esigenze familiari: approvazione delle linee guida per la definizione dei piani territoriali biennio 2017-2018*";

- la D.G.R. n. X/6131 del 23 gennaio 2017 "*Aggiornamento del tariffario delle prestazioni consultoriali in ambito materno infantile*";

- la D.G.R. n. X/6164 del 30 gennaio 2017 "*Governo della domanda: avvio della presa in carico di pazienti cronici e fragili. Determinazioni in attuazione dell'art. 9 della legge n. 23/2015*";

- la D.G.R. n. X/6424 del 3 aprile 2017 "*Approvazione schema di convenzione con Regione Veneto per il riuso dei software Mypay e Mypivot e per la realizzazione e gestione di sistemi innovativi per gli enti locali*";

- la D.G.R. n. X/6551 del 4 maggio 2017 "*Riordino della rete di offerta e modalità di presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili in attuazione dell'art. 9 della legge n. 33/2009*";

- la D.G.R. n. X/6576 del 12 maggio 2017 "I*ndirizzi funzionali ed organizzativi per la gestione del bambino in condizioni critiche – attivazione della rete di coordinamento regionale*";

- la D.G.R. n. X/6691 del 9 giugno 2017 "*Ulteriori disposizioni in merito al modello organizzativo della rete delle cure palliative e della rete di terapia del dolore in Lombardia*";

- la D.G.R. n. X/6917 del 24 luglio 2017 "*Determinazioni in merito all'attivazione del servizio unificato di assistenza protesica e integrativa (S.U.P.I.)*";

- la D.G.R. n. X/6968 del 31 luglio 2017 "*Revisione e aggiornamento delle indicazioni in tema di sorveglianza, prevenzione e controllo delle infezioni sessualmente trasmesse (IST)*";

- la D.G.R. n. X/6969 del 31 luglio 2017 "*Approvazione dello schema di protocollo d'intesa tra Regione Lombardia e Università degli Studi di Milano in tema di laboratori di riferimento per l'attività di sorveglianza delle malattie infettive di morbillo e rosolia, poliomielite, epatiti*";

- la D.G.R. n. X/7009 del 31 luglio 2017 "*Approvazione del percorso attuativo della certificabilità dei bilanci degli enti del SSR di cui alla l.r. n. 23/2015, della gestione sanitaria accentrata e del consolidato regionale ai sensi del D.M. 1/3/2013*";

- la D.G.R. n. X/7038 del 3 agosto 2017 "*Ulteriori determinazioni e indicazioni operative per la procedura di valutazione degli idonei di cui alla D.G.R. n. X/6551 del 04/05/2017: riordino della rete di offerta e modalità di presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili in attuazione dell'art. 9 della legge n. 33/2009*";

- la D.G.R. n. X/7466 del 4 dicembre 2017 "*Requisiti minimi autorizzativi delle attività di laboratorio di genetica medica*";

- la D.G.R. n. X/7468 del 4 dicembre 2017 "*Determinazioni relative alle azioni per il contrasto all'antimicrobicoresistenza e il controllo del consumo di antibiotici in ambito umano e in ambito veterinario in Regione Lombardia: Piano regionale 2018-2020*";

- la D.G.R. n. X/7626 del 28 dicembre 2017 "*Revisione della misura comunità per minori vittime di abuso, violenza e grave maltrattamento ex DGR 5342/16: determinazioni a sostegno della qualità e dell'appropriatezza degli interventi*";

- la D.G.R. n. X/7631 del 28 dicembre 2017 "*Approvazione del documento "Linee di indirizzo per la programmazione sociale a livello locale 2018-2020"*";

- la D.G.R. n. X/7652 del 28 dicembre 2017 "*Approvazione nuovo schema di convenzione quadro tra la Giunta regionale e Infrastrutture Lombarde spa*";

- la D.G.R. n. X/7655 del 28 dicembre 2017 "*Modalità di avvio del percorso di presa in carico del paziente cronico e/o fragile in attuazione della D.G.R. n. X/6551 del 04.05.2017*";

- la D.G.R. n. X/7766 del 17 gennaio 2018 "*Tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale: stato di attuazione delle politiche regionali ed indirizzi di sistema per l'ulteriore contenimento dei tempi di attesa*";

- la D.G.R. n. X/7769 del 17 gennaio 2018 "*Interventi a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili ai sensi della D.G.R. 116/2013: terzo provvedimento attuativo – consolidamento del percorso di attivazione e monitoraggio delle misure innovative previste dalla D.G.R. 2942/2014 in funzione della qualificazione dei servizi offerti e della continuità assistenziale.*";

- la D.G.R. n. X/7770 del 17 gennaio 2018 "*Interventi di programmazione in materia di Assistenza Domiciliare Integrata*";

- la D.G.R. n. X/7776 del 17 gennaio 2018 "*Istituzione unità d'offerta del sistema sociale "comunità alloggio sociale anziani (C.A.S.A.)" - definizione requisiti minimi di esercizio*";

- la D.G.R. n. X/7820 del 29 gennaio 2018 "*Proroga della convenzione con l'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda di Milano quale centro di riferimento regionale di SBBL*";

- la D.G.R. n. XI/164 del 29 maggio 2018 "*Piano triennale straordinario di intervento in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro*";

- la D.G.R. n. XI/194 del 11 giugno 2018 "*Determinazioni in merito alla convenzione quadro tra la Giunta regionale e Infrastrutture Lombarde SpA approvata con D.G.R. 7652/2017 – approvazione atto di accertamento*";

- la D.G.R. n. XI/268 del 28 giugno 2018 "*Rete regionale per l'assistenza materno-neonatale: indirizzi per l'appropriatezza e sicurezza del percorso nascita fisiologico a gestione ostetrica*";

- la D.G.R. n. XI/373 del 23 luglio 2018 "*Determinazioni in merito alla gestione della centrale operativa integrata (COI) in capo ad AREU, per il coordinamento dei trasporti sanitari semplici (dializzati), dei trasporti sanitari e della centrale continuità assistenziale (numero europeo a valenza sociale 116.117)*";

- la D.G.R. n. XI/412 del 2 agosto 2018 "*Ulteriori determinazioni in ordine al percorso di presa in carico del paziente cronico e/o fragile a seguito delle DD.G.R. nn. X/6164/17, X/6651/17, X/7038/17, X/7655/17*";

- la D.G.R. n. XI/585 del 1 ottobre 2018 "*Approvazione programma di attività per il contrasto al gioco d'azzardo patologico – attuazione D.G.R. n. 159 del 29/05/2018 e D.C.R. n. 1497 del 11/04/ 2017*";

- la D.G.R. n. X/754 del 5 novembre 2018 "*Nuove modalità di gestione ed attuazione del percorso di presa in carico del paziente cronico e/o fragile ed approvazione del Protocollo d'intesa tra l'Assessorato al Welfare e la Federazione Regionale degli Ordini dei Medici chirurghi e degli Odontoiatri della Lombardia*";

- la D.G.R. n. XI/772 del 12 novembre 2018 "*Definizione dei requisiti minimi autorizzativi per l'attività di anatomia patologica e raccomandazioni per lo sviluppo della metodologia della tracciabilità*";

- la D.G.R. n. XI/1042 del 17 dicembre 2018 "*Approvazione del programma strategico per la semplificazione e trasformazione digitale XI legislatura*";

- la D.G.R. n. XI/1114 del 19 dicembre 2018 "*Determinazione di azioni locali di sistema nell'ambito della programmazione delle progettualità degli enti locali per la prevenzione e contrasto al gioco d'azzardo patologico in attuazione della l.r. 21 ottobre 2013, n. 8*)";

- la D.G.R. n. XI/1152 del 21 gennaio 2019 "*Interventi a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili ai sensi della DGR 116/2013: quarto provvedimento attuativo – stabilizzazione della misura "residenzialità minori disabili gravissimi" prevista dalla D.G.R. 7769/2018*";

- la D.G.R. n. XI/1153 del 21 gennaio 2019 "*Determinazioni in ordine all'applicazione della DGR IX/350 del 28 luglio 2010*";

- la D.G.R. n. XI/1179 del 28 gennaio 2019 "*Definizione dei requisiti ed individuazione dei presidi ospedalieri sede di D.E.A. di II livello nell'ambito della riorganizzazione della rete dell'emergenza-urgenza, ai sensi del decreto ministeriale 2 aprile 2015, n. 70*";

- la D.G.R. n. XI/1239 del 12 febbraio 2019 "*Indirizzi per l'organizzazione e il funzionamento del Sistema trasfusionale regionale – approvazione del Piano Sangue regionale*";

- la D.G.R. n. XI/1297 del 25 febbraio 2019 "*Costituzione del comitato di indirizzo ai sensi dell'art. 30 l.r. 30 dicembre 2009, n. 33 "Testo unico delle leggi regionali in materia di Sanità*";

- la D.G.R. n. XI/1300 del 25 febbraio 2019 "*Approvazione del progetto "Distribuzione per conto (diabetica) tramite un'unica azienda capofila Bergamo per le ATS della Regione Lombardia" e della proposta di convenzione tra Regione Lombardia e l'ATS di Bergamo per la realizzazione del progetto medesimo*";

- la D.G.R. n. XI/1403 del 18 marzo 2019 "*Maggiorazioni tariffarie a favore degli IRCCS di diritto pubblico e privato e delle strutture di ricovero e cura – poli universitari - annualità 2012-2017*";

- la D.G.R. n. XI/1421 del 25 marzo 2019 "*Approvazione degli indirizzi organizzativi e didattici per la progettazione attuativa del corso di formazione specifica in medicina generale, definizione dei massimali dei costi e del numero massimo di medici da formare nel triennio 2018/2021*";

- la D.G.R. n. XI/1445 del 25 marzo 2019 "*Approvazione della proposta di accordo regionale con le farmacie per l'erogazione di strumenti, ausili e presidi per il controllo della glicemia per i pazienti diabetici*";

- la D.G.R. n. XI/1460 del 1 aprile 2019 "*Approvazione delle modalità di utilizzo delle risorse aggiuntive pari a € 1.500.000 stanziate dalla DGR 1046/2018 per interventi relativi alle sindromi dello spettro autistico e alle disabilità complesse*";

- la D.G.R. n. XI/1496 del 8 aprile 2019 "*Approvazione delle linee-guida per la sottoscrizione di accordi di collaborazione con gli enti locali capifila di reti territoriali interistituzionali antiviolenza finalizzati al sostegno dei servizi e delle azioni per la prevenzione e il contrasto del fenomeno della violenza contro le donne - programma 2020/2021 - e dell'accordo di collaborazione tipo*";

- la D.G.R. n. XI/1591 del 7 maggio 2019 "*Approvazione della Preintesa sull'Accordo integrativo regionale MMG anno 2019*";

- la D.G.R. n. XI/1637 del 20 maggio 2019 "*Istituzione della Consulta regionale sul bullismo e sul cyberbullismo - art. 4 della l.r. 7 febbraio 2017 n. 1 "Disciplina degli interventi regionali in materia di prevenzione e contrasto al fenomeno del bullismo e del cyberbullismo*";

- la D.G.R. n. XI/1638 del 20 maggio 2019 "*Legge regionale 6 dicembre 2018, n. 18 "Iniziative a favore dei minori che frequentano nidi e micro nidi": approvazione delle modalità di attuazione e riparto delle risorse alle ATS anno 2019/2020*";

- la D.G.R. n. XI/1667 del 27 maggio 2019 "*Costituzione della Consulta regionale per interventi a favore dei minori che frequentano nidi e micronidi*";

- la D.G.R. n. XI/1694 del 3 giugno 2019 "*Linee guida per l'attivazione e l'evoluzione delle reti clinico-assistenziali ed organizzative regionali*";

- la D.G.R. n. XI/1725 del 10 giugno 2019 "*Determinazioni in ordine al programma di investimento per l'esercizio finanziario 2019*";

- la D.G.R. n. XI/1829 del 2 luglio 2019: "*Azioni per la qualità della vita e l'inclusione sociale delle persone sottoposte a terapia oncologica. Nuove modalità di attuazione*";

- la 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*";

- la D.G.R. n. XI/1865 del 9 luglio 2019 "*Recepimento dell'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 21 febbraio 2019 (rep. atti 28/csr) sul Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2019 – 2021 e approvazione della proposta di piano regionale di governo delle liste di attesa (PRGLA)*";

- la D.G.R. n. XI/1906 del 15 luglio 2019 "*Approvazione della Preintesa sull'Accordo integrativo regionale per la Pediatria di Famiglia valido per l'anno 2019*";

- la DGR n. XI/2011 del 31 luglio 2019 "*Approvazione dell'accordo regionale con le farmacie per la distribuzione dei vaccini ai Medici di Medicina Generale e ai Pediatri di Libera Scelta per conto delle ATS e delle ASST*";

- la D.G.R. n. XI/2012 del 31 luglio 2019 "*Approvazione del Piano regionale triennale degli interventi in materia di educazione sanitaria e zoofila, di controllo demografico della popolazione animale e di prevenzione del randagismo*";

- la D.G.R. n. XI/2013 del 31 luglio 2019 "*Ulteriori indicazioni in merito alle attività di cui all'articolo 8-quinquies del Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 nei termini disposti dal dl 95/2012 (art 15, comma 14) e dalla legge 208/2015 (art. 1, commi 574-577)*";

- la D.G.R. n. XI/2014 del 31 luglio 2019 "*Criteri per la definizione delle attività e servizi da finanziare con l'istituto delle funzioni di cui all'articolo 8-sexies del d.lgs. 502/1992, a decorrere dall'esercizio 2019*";

- la D.G.R. n. XI/2019 del 31 luglio 2019 le "*Prime indicazioni per l'avvio del percorso di riordino e di riclassificazione dei PRESST, dei POT e delle degenze di comunità*",

- la D.G.R. n. XI/2085 del 31 luglio 2019 "*Determinazioni in materia di esenzione dal ticket sanitario aggiuntivo (c.d. super-ticket) di cui alla l. n. 111/2011, a seguito delle disposizioni di cui alla legge n. 205/2017 "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2018 e Bilancio pluriennale per il triennio 2018 – 2020", articolo 1 commi 804-805*";

- la D.G.R. n. XI/2125 del 9 settembre 2019 "*Determinazioni inerenti il servizio*

regionale condiviso "servizi a supporto della gestione digitale della diagnostica per oggetti multimediali presso gli enti sanitari lombardi";

- la D.G.R. n. XI/2214 del 8 ottobre 2019 "*Recepimento dell'Intesa, ai sensi dell'art. 2 c. 1 lett. a) e art. 3 del d.lgs. 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sull'adozione del protocollo di sorveglianza sanitaria dei lavoratori ex esposti ad amianto (rep. atti n. 39/csr del 22/02/2018)*";

- la DGR n. XI/2314 del 28 ottobre 2019 "*Indirizzi per la progressiva assunzione di autonomia operativa e decisionale del medico in formazione specialistica ai sensi dell'art. 34, comma 2, lett. c), della l.r. 30 dicembre 2009, n. 33*";

- la D.G.R. n. XI/2464 del 18 novembre 2019 "*Interventi urgenti a contrasto del fenomeno infortunistico*";

- la D.G.R. n. XI/2468 del 18 novembre 2019 "*Programma regionale straordinario investimenti in sanità - determinazioni conseguenti alla deliberazione di Giunta regionale n. XI/1725/2019 e stanziamento contributi*";

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

- la D.G.R. n. XI/1046 del 17 dicembre 2018 "*Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2019*";

- la D.G.R. n. XI/1986 del 23 luglio 2019 "*Ulteriori determinazioni in ordine alla gestione del servizio sanitario e sociosanitario per l'esercizio 2019 – secondo provvedimento 2019*";

- la D.G.R. n. XI/1987 del 23 luglio 2019 "*Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2019 – terzo provvedimento,* macroarea unità d'offerta della rete territoriale";

RICHIAMATA da ultimo la D.G.R. n. XI/2498 del 26 novembre 2019 che ha approvato la proposta di Piano sociosanitario integrato lombardo 2019-2023 ed

avviato l'iter per l'approvazione del Piano stesso, al fine di acquisire parere consultivo da parte dell'Osservatorio Integrato del SSL ai sensi art. 5, comma 14, l.r. n. 33/2009, preventivamente alla trasmissione al Consiglio regionale;

RITENUTO, al fine di programmare l'assistenza sanitaria e sociosanitaria nel rispetto dell'equilibrio di bilancio per l'anno 2020, di approvare l'allegato "*Regole di Gestione del Servizio sanitario e sociosanitario 2020*" ed i relativi sub allegati nn. 1, 2A, 2B, 3, tutti parti integranti e sostanziali del presente provvedimento:

- Sub allegato n. 1: "*Indicazioni per la definizione del regolamento relativo all'applicazione dell'articolo 113 del D.Lgs. n. 50/2016 – Incentivi per funzioni tecniche*";
- Sub allegato n. 2A: "*Schema di contratto per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra ATS e soggetto erogatore di prestazioni di ricovero e assistenza*";
- Sub allegato n. 2B: "*Schema di contratto per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra ATS e soggetto gestore di Unità d'Offerta sociosanitarie accreditate*";
- Sub allegato n. 3 "*Indicazioni metodologiche per la partecipazione delle Farmacie al programma di screening del tumore del colon retto*";

DATO ATTO della preventiva presentazione del presente provvedimento:

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

- alla competente Commissione consiliare;

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

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

VAGLIATE ed ASSUNTE come proprie le predette determinazioni;

A voti unanimi espressi nelle forme di legge;

DELIBERA

1. di approvare l'allegato "*Regole di Gestione del Servizio Sanitario e Sociosanitario 2020*" ed i i relativi sub allegati nn. 1, 2A, 2B, 3, tutti parti integranti e sostanziali del presente provvedimento:

    - Sub allegato n. 1: "*Indicazioni per la definizione del regolamento relativo all'applicazione dell'articolo 113 del D.Lgs. n. 50/2016 – Incentivi per funzioni tecniche*";

    - Sub allegato n. 2A: "*Schema di contratto per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra ATS e soggetto erogatore di prestazioni di ricovero e assistenza*";

    - Sub allegato n. 2B: "*Schema di contratto per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra ATS e soggetto gestore di Unità d'Offerta sociosanitarie accreditate*";

    - Sub allegato n. 3 "*Indicazioni metodologiche per la partecipazione delle Farmacie al programma di screening del tumore del colon retto*";

2. di dare atto che con il presente provvedimento si recepiscono i seguenti Accordi ed Intese Stato Regioni:

- Intesa Stato Regioni 24 gennaio 2008 "*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 l'attuazione del Piano di emergenza per la sicurezza degli alimenti e dei mangimi.*" (Rep. Atti n. 6/CSR);

- Intesa Stato Regioni 13 novembre 2008 "*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 sulla proposta del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali di modifica dell'Intesa 15 dicembre 2005 (Rep. atti n. 2395) recante «Linee guida per la gestione operativa del sistema di allerta per alimenti destinati al consumo umano*». (Rep. atti n. 204/CSR);

- Accordo Stato-Regioni 16 dicembre 2010 "*Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sui requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici delle attività sanitarie dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta e sul modello per le visite di verifica*" (Rep. Atti n. 242/CSR);

- Accordo Stato-Regioni 13 ottobre 2011 "*Accordo, ai sensi dell'articolo 6, comma 1, lett. c), della legge 21 ottobre 2005, n. 219, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento relativo a «Caratteristiche e funzioni delle Strutture regionali di coordinamento per le attività trasfusionali»*" (Rep. Atti n. 206/CSR);

- Accordo Stato-Regioni 25 luglio 2012 "*Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 26 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento concernente: «Linee guida per l'accreditamento dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti»*" (Rep. Atti n. 149/CSR);

- Accordo Stato-Regioni 25 maggio 2017 "*Schema tipo di convenzioni tra strutture pubbliche provviste di servizi trasfusionali e quelle pubbliche e private accreditate e non accreditate, prive di servizio trasfusionale, per la fornitura di sangue e suoi prodotti e di prestazioni di medicina trasfusionale*"(Rep. Atti n. 85);

- Accordo Stato-Regioni (ACSR) 21 dicembre 2017, "*Revisione e aggiornamento della costituzione e del funzionamento del Comitato del Buon Uso del sangue*" (Rep. Atti n. 251/CSR);

- Intesa Conferenza Unificata 10 maggio 2018 "*Intesa, ai sensi dell'articolo 4, comma 1, della legge 18 agosto 2015, n. 134, tra il Governo, le Regioni, le Province autonome di Trento e Bolzano e gli Enti locali sul documento recante "Aggiornamento delle linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nei Disturbi dello Spettro Autistico*" (Repertorio Atti n.: 53/CU del 10/05/2018);

- Accordo Stato Regioni del 13 dicembre 2018 "*Schema tipo convenzione per la cessione e l'acquisizione programmata di emocomponenti ai fini della compensazione interregionale*" (rep. Atti 226/CSR);

- Intesa Conferenza Unificata 25 luglio 2019 "*Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni, le Province autonome di Trento e di Bolzano e gli Enti locali sul documento recante "Linee di indirizzo sui disturbi neuropsichiatrici e neuropsichici dell'infanzia e della adolescenza*"(Rep. Atti n. 70/CU del 25 luglio 2019);

- Accordo Stato Regioni del 1 agosto 2019 avente ad oggetto: "*Linee di indirizzo nazionali sul Triage intraospedaliero", "Linee di indirizzo nazionali sull'"Osservazione Breve Intensiva" e "Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del Piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso*" (Rep. Atti n. 143/CSR);

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

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

5. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino

Ufficiale della Regione Lombardia e sul sito internet della Regione Lombardia www.regione.lombardia.it.

IL SEGRETARIO

ENRICO GASPARINI

Atto firmato digitalmente ai sensi delle vigenti disposizioni di legge

“REGOLE DI GESTIONE DEL SERVIZIO SANITARIO E SOCIOSANITARIO 2020”

SOMMARIO

1. REGOLE DI SISTEMA 2019: STATO DELL’ARTE 13

1.1. Presa in carico della cronicità 13

1.2. Riduzione Tempi di attesa e accesso alle prestazioni 13

1.3. Sistemi di finanziamento 14

1.4. Negoziazione di budget e obiettivi Direttori Generali 15

1.5. Rete d’Offerta 15

1.6. Rete Territoriale 15

1.7. Farmaceutica e Protesica 16

1.8. Personale e Rapporti con le Università 16

1.9. Prevenzione 16

1.10. Sanità pubblica veterinaria 17

2. SCENARIO DI RIFERIMENTO DELLE REGOLE 2020 17

2.1. Trend demografico 17

2.2. Le attività di ricovero e di specialistica ambulatoriale 19

2.2.1. Le attività in regime ambulatoriale 19

2.2.2. Le attività di ricovero 22

2.3. Adempimenti LEA – Nuovo Sistema di Garanzia 25

2.4. Funzioni non coperte da tariffe predefinite e Maggiorazioni tariffarie 27

2.5. La presa in carico del paziente cronico 27

2.5.1. Riorganizzazione attività ambulatoriali nell’ambito della presa in carico 29

2.5.2. Attività di back office 30

2.5.3. Percorsi formativi accreditati ECM rivolti a specialisti e personale amministrativo sulla cronicità 30

2.5.4. Stampa promemoria ricette in farmacia 30

2.5.5. Adesioni alla PIC: MMG/PLS e pazienti 31

2.5.6. Elenchi Gestori ed Erogatori 31

2.5.7. Ammontare delle risorse finanziarie previste 31

2.5.8. Applicazione indicatori di controllo per l’anno 2020 e premialità 32

2.5.9. Precisazioni in merito alla fornitura di servizi di telemedicina 33

2.5.10. Pazienti in carico alle Unità Spinali 35
3. INQUADRAMENTO ECONOMICO: IL QUADRO DEL SISTEMA PER L'ANNO 2020 35
3.1. Contesto di riferimento regionale 36
3.2. Risorse per il finanziamento del Sistema Socio-Sanitario Regionale 37
3.3. Indicazioni specifiche per le Aziende del Sistema Socio-Sanitario Regionale 40
3.4. Razionalizzazione della spesa ed efficientamento del Sistema 40
3.5. Obiettivi economici dell'aggregato costi Beni e Servizi 41
3.6. Area Bilanci 42
3.6.1. Certificazioni Trimestrali 43
3.6.2. Armonizzazione dei sistemi contabili regionali e aziendali 44
3.6.3. Verifica e chiusura delle posizioni creditorie/debitorie pregresse vs Regione ed Intercompany 44
3.6.4. Pubblicazione Bilanci e Regole Trasparenza 44
3.6.5. Adempimenti relativi al percorso attuativo della certificabilità dei bilanci degli enti del SSR di cui alla l.r. n. 23/2015 45
3.6.6. Gestione finanziaria 45
3.7. Partenariato pubblico privato 48
4. AREA CONTROLLO DI GESTIONE 49
5. AREA ACQUISTI 50
5.1. Il sistema degli acquisti del servizio sanitario regionale 50
5.2. Normativa approvvigionamento enti sanitari e utilizzo delle piattaforme telematiche SINTEL e NECA 50
5.2.1. Ambiti di aggregazione derivanti dal DPCM 11 luglio 2018 51
5.2.2. Ambiti merceologici ulteriori rispetto al DPCM 11 luglio 2018. Ambiti di aggregazione. 53
5.2.3. NSO (Nodo Smistamento Ordini) - NECA (Negozio Elettronico Centrale Acquisti) 55
5.3. Nomina delle commissioni giudicatrici e costituzione dei tavoli tecnici di lavoro nell'ambito delle procedure di acquisto attivate dalla Centrale di Committenza ARIA S.P.A. 56
5.4. Attività di monitoraggio e controllo previste 57
5.4.1. Informazione attivazione di procedure di acquisto autonome 57
5.4.2. Verifica preventiva procedure di global service e facility management 57
5.4.3. Sistema regionale monitoraggio beni e servizi 57
6. AREA OSPEDALIERA E RETE TERRITORIALE 59
6.1. Governo dei Tempi di Attesa 59

6.2. Polo Ospedaliero 61
6.2.1. Indirizzi 61
6.2.2. Reti di offerta e alta specialità 61
6.2.3. Attività di Emergenza Urgenza Ospedaliera 63
6.2.4. Medicina di Laboratorio 64
6.2.5. Sistema Trasfusionale Regionale 65
6.2.6. Sistema Regionale Trapianti 67
6.2.7. Rimodulazioni Tariffarie 68
6.2.8. Accreditamento 75
6.2.9. Negoziazione 77
6.3. Rete Territoriale 81
6.3.1. Indirizzi 81
6.3.2. Degenze di comunità 83
6.3.3. Dimissioni protette 84
6.3.4. Cure Primarie 85
6.3.5. Infermiere di famiglia e di comunità 86
6.3.6. Misure innovative a favore della popolazione fragile 86
6.3.7. Accreditamento 95
6.3.8. Negoziazione 98
6.3.9. Debito informativo unità d'offerta RSA e CDI 113
6.4. Rete Materno-Neonatale e Pediatrica-Adolescenziale 114
6.4.1. Consultori Familiari 114
6.4.2. Punti nascita 116
6.4.3. Rete per l'assistenza pediatrica-adolescenziale 117
6.4.4. Gestione del bambino/adolescente in condizioni critiche e organizzazione del sistema di trasporto regionale pediatrico (STEP) 117
6.4.5. Assistenza neuropsichiatrica in età evolutiva 117
6.4.6. La transizione delle cure pediatriche alla medicina dell'adulto 121
6.5. Medicina di genere 121
6.6. Disabilità 122
6.6.1. Disabilità e fragilità: presa in carico globale della persona e percorsi integrati 122
6.6.2. Progetto D.A.M.A. (Disabled Advanced Medical Assistance) 123
6.6.3. Disabilità Psichica 123
6.6.4. Sostegno alla domiciliarità per le persone con disabilità 124

6.7. Salute Mentale (Psichiatria, Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, Psicologia), Dipendenze 124
6.7.1. Obiettivi Trasversali 125
6.7.2. Obiettivi Trasversali Sistema Informativo 127
6.7.3. Obiettivi Trasversali Accreditamento 128
6.7.4. Salute Mentale Adulti 129
6.7.5. Dipendenze 131
6.8. Sanità Penitenziaria 133
6.9. Reti delle Cure Palliative e della Terapia del Dolore 135
6.9.1. Rete Cure Palliative 135
6.9.2. Rete terapia del dolore 137
6.10. Assistenza Farmaceutica 137
6.10.1. Farmaceutica ospedaliera e acquisti diretti 137
6.10.2. Farmaceutica convenzionata e distribuzione per conto 143
6.11. Assistenza Protesica e Integrativa 151
6.11.1. Aggiornamento del Progetto Diabete e DPC 152
6.11.2. Indicazioni per prescrizione ed erogazione di calze e guaine terapeutiche anti-edema terapia compressiva 152
6.11.3. Progetto di revisione dei flussi di Protesica (ex maggiore, ex minore) e assistenza integrativa 152
6.11.4. Precisazioni sull'assistenza protesica e integrativa a pazienti extra-regione domiciliati in Lombardia 152
6.11.5. Ulteriori indicazioni sull'erogazione dei dispositivi 153
6.12. Risk Management 153
6.12.1. Area travaglio/parto 153
6.12.2. Infezioni Ospedaliere – Sepsi 154
6.12.3. Sicurezza del paziente in sala operatoria 154
6.12.4. Rischio nell'utilizzo di farmaci 154
6.12.5. Rischi in ambito di impiego delle radiazioni 155
6.12.6. Rischi in ambito territoriale 155
6.12.7. Rischio clinico negli Istituti Penitenziari 155
6.12.8. Rischio in ambito Pronto Soccorso 155
6.12.9. Gestione del contenzioso/copertura assicurativa RCT/RCO 155
6.12.10. Tavoli di Lavoro 156
6.13. Attività di controllo 156

6.13.1. Vigilanza e controllo in ambito sociosanitario 158
6.13.2. Vigilanza sulle Unità d'offerta sociali 159
6.14. Esenzioni 159
6.15. Associazionismo, Volontariato, Terzo Settore 162
7. AREA PREVENZIONE 162
7.1. Performances della Prevenzione – Sistemi Informativi 163
7.1.1. Azioni per l'anno 2020 163
7.1.2. Gruppi di lavoro da attivare 163
7.1.3. Provvedimenti di futura adozione 163
7.1.4. Temi chiave 164
7.2. Promozione di stili di vita favorevoli alla salute, prevenzione dei fattori di rischio comportamentali e diagnosi della cronicità 164
7.2.1. Azioni per l'anno 2020 164
7.2.2. Risorse finanziarie 166
7.2.3. Monitoraggio 167
7.2.4. Tavoli di lavoro 167
7.2.5. Provvedimenti di futura adozione 167
7.2.6. Temi chiave 168
7.3. Screening oncologici 168
7.3.1. Azioni per l'anno 2020 168
7.3.2. Risorse finanziarie 168
7.3.3. Monitoraggio 169
7.3.4. Tavoli di lavoro 169
7.3.5. Provvedimenti di futura adozione 169
7.3.6. Comunicazione 169
7.4. Malattie Infettive 169
7.4.1. Azioni ed interventi per l'anno 2020 169
7.4.2. Risorse finanziarie 170
7.4.3. Monitoraggio 171
7.4.4. Provvedimenti di futura adozione 171
7.4.5. Comunicazione 171
7.4.6. Temi chiave 171
7.5. Vaccinazioni 172
7.5.1. Azioni ed interventi per l'anno 2020 172
7.5.2. Risorse finanziarie 172

7.5.3. Monitoraggio 173
7.5.4. Provvedimenti di futura adozione 173
7.5.5. Comunicazione 173
7.5.6. Temi chiave 173
7.6. Vaccinazioni: categorie a rischio ed integrazione con i percorsi di presa in carico 173
7.6.1. Azioni ed interventi per l'anno 2020 173
7.6.2. Risorse finanziarie 174
7.6.3. Monitoraggio 174
7.6.4. Comunicazione 174
7.6.5. Temi chiave 174
7.7. Sicurezza degli alimenti di origine non animale e tutela del consumatore 174
7.7.1. Azioni ed interventi per l'anno 2020 175
7.7.2. Risorse finanziarie 177
7.7.3. Monitoraggio 177
7.7.4. Provvedimenti di futura adozione 177
7.7.5. Temi chiave 177
7.8. Tutela della salute e sicurezza del lavoratore 177
7.8.1. Azioni ed interventi per l'anno 2020 178
7.8.2. Risorse finanziarie 179
7.8.3. Monitoraggio 179
7.8.4. Provvedimenti di futura adozione 179
7.8.5. Temi chiave 180
7.9. Sicurezza chimica 180
7.9.1. Azioni ed interventi per l'anno 2020 180
7.9.2. Monitoraggio 182
7.9.3. Provvedimenti di futura adozione 182
7.9.4. Temi chiave 182
7.10. Ambienti di vita 182
7.10.1. Azioni ed interventi per l'anno 2020 183
7.10.2. Monitoraggio 183
7.10.3. Tavoli di Lavoro 184
7.10.4. Provvedimenti di futura adozione 184
7.10.5. Comunicazione 184
7.10.6. Temi chiave 184

7.11. Salute e ambiente 184
7.11.1. Azioni ed interventi per l'anno 2020 184
7.11.2. Monitoraggio 185
7.11.3. Tavoli di Lavoro 185
7.11.4. Provvedimenti di futura adozione 185
7.11.5. Temi chiave 185
8. AREA VETERINARIA 186
8.1. Governance della sanità pubblica veterinaria 186
8.1.1. Azioni ed interventi per l'anno 2020 186
8.1.2. Tavoli di Lavoro 186
8.1.3. Provvedimenti di futura adozione 187
8.1.4. Comunicazione 187
8.2. Gestione delle emergenze epidemiche e non epidemiche 187
8.2.1. Azioni ed interventi per l'anno 2020 187
8.2.2. Provvedimenti di futura adozione 187
8.3. Sanità animale 187
8.3.1. Azioni ed interventi per l'anno 2020 187
8.3.2. Risorse finanziarie 188
8.3.3. Tavoli di Lavoro 188
8.3.4. Provvedimenti di futura adozione 188
8.3.5. Comunicazione 188
8.4. Sicurezza alimentare 188
8.4.1. Azioni ed interventi per l'anno 2020 188
8.4.2. Tavoli di Lavoro 189
8.4.3. Provvedimenti di futura adozione 189
8.5. Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche 189
8.5.1. Azioni ed interventi per l'anno 2020 189
8.5.2. Monitoraggio 189
8.6. Temi chiave 189
9. AZIONI INTEGRATE U.O. VETERINARIA E U.O. PREVENZIONE 190
9.1. Risorse finanziarie 191
9.2. Monitoraggio 191
9.3. Tavoli di lavoro 191
9.4. Provvedimenti di futura adozione 191

9.5. Temi chiave 192
10. RICERCA, INNOVAZIONE E SAPERE SCIENTIFICO 192
10.1. Ricerca 192
10.2. Fibrosi cistica 193
10.3. Sistema Bibliotecario Biomedico Lombardo (SBBL) 193
10.4. Progetti di cooperazione internazionale ed interventi sanitari umanitari 193
10.5. Progetti Europei 193
10.6. HTA 193
10.6.1. Azioni per l'anno 2020 194
11. MEDICINA LEGALE 195
11.1. Modifiche ed integrazioni al tariffario delle prestazioni delle UU.OO di Medicina Legale delle ASST 195
11.2. Indirizzi operativi delle Commissioni Mediche Locali (CML) per idoneità alla guida 196
11.3. Monitoraggio tempi di attesa invalidità civile, handicap e disabilità 196
11.4. Accertamenti disabilità su soggetti di minore età 196
11.5. Temi chiave 197
12. ORGANIZZAZIONE E PERSONALE 197
12.1. Costi del personale e fondi contrattuali anno 2020 197
12.2. Piano di gestione delle risorse umane 2020 197
12.3. Fabbisogni di personale 198
12.4. Flussi informativi sul personale 198
12.5. Copertura Strutture Complesse ed assunzione personale Dirigenziale Area Professionale Tecnica ed Amministrativa 198
12.6. Incarichi 15 septies 199
12.7. Legge Sirchia (Legge 8 gennaio 2002 n.1 e succ.) 200
12.8. Personale gravante sulla voce di costo beni e servizi 200
12.9. Disposizioni relative ai componenti delle Direzioni Strategiche 200
12.10. Accantonamenti per rinnovi contrattuali 200
12.11. Agenzia Regionale Emergenza Urgenza- AREU 200
12.12. Procedure Concorsuali Aggregate 201
12.13. Gruppi di lavoro 201
13. PROFESSIONI DEL SSR E SISTEMA UNIVERSITARIO 201
13.1. Contratti formazione medica specialistica (art. 33 bis l.r. 33/2009) 201
13.2. Rapporti con le Università 201

13.3. ECM – Provider 202
13.4. Formazione personale Dirigenziale Area Professionale Tecnica ed Amministrativa 202
14. INVESTIMENTI 203
14.1. Principi di armonizzazione contabile e conto capitale 203
14.2. Conferimento incarichi alla società regionale ILspa da parte delle Aziende Sanitarie e Irccs pubblici 203
15. SISTEMI INFORMATIVI 204
15.1. Digitalizzazione in Sanità 204
15.1.1. Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) - Interoperabilità 204
15.1.2. Interoperabilità con cartella sociale 204
15.1.3. Referti strutturati 205
15.1.4. Ricetta dematerializzata 205
15.1.5. Patient Summary 207
15.1.6. PagoPA 208
15.2. Governo dei Sistemi Informativi degli Enti Sanitari 209
15.2.1. DGR n. XI/1725/2019 – Investimenti sanitari (Cartella Clinica Elettronica) .. 209
15.2.2. DGR XI/2125 del 9/9/2019 – Investimenti sanitari (PACS) 210
15.2.3. Provider (Fleet Management) 211
15.2.4. Piattaforma Regionale (NPRI) 211
15.2.5. Servizi Condivisi 213
15.2.6. Direttiva NIS: Attuazione del Dlgs 18 maggio 2018, n. 65 (Sicurezza delle reti e dei Sistemi Informativi) 214
15.3. Sistema di Prenotazioni ed accoglienza 214
15.4. Riepilogo costi principali 216
16. AREA FAMIGLIA 217
16.1. Introduzione 217
16.2. Attuazione Fondo Famiglia 2018 e 2019 217
16.2.1. Azioni ed interventi per l'anno 2020 217
16.2.2. Ammontare delle risorse finanziarie previste 218
16.2.3. Attività di monitoraggio e controllo previste 218
16.2.4. Gruppi di lavoro da attivare 218
16.2.5. Provvedimenti di futura adozione inerenti alla tematica 219
16.2.6. Attività di comunicazione previste e impatti sul cittadino 219
16.2.7. Temi chiave 219

16.3. Attuazione delle azioni di prevenzione a tutela della Prima Infanzia 219
16.3.1. Azioni ed interventi per l'anno 2020 219
16.3.2. Ammontare delle risorse finanziarie previste 220
16.3.3. Attività di monitoraggio e controllo previste 220
16.3.4. Tavoli di lavoro da attivare 220
16.3.5. Provvedimenti di futura adozione inerenti alla tematica 220
16.3.6. Attività di comunicazione previste e impatti sul cittadino 220
16.3.7. Temi chiave 220
16.4. Attuazione delle azioni di Prevenzione e Contrasto al bullismo 220
16.4.1. Azioni ed interventi per l'anno 2020 221
16.4.2. Ammontare delle risorse finanziarie previste 221
16.4.3. Attività di monitoraggio e controllo previste 221
16.4.4. Tavoli di lavoro da attivare 221
16.4.5. Provvedimenti di futura adozione inerenti alla tematica 221
16.4.6. Attività di comunicazione previste e impatti sul cittadino 221
16.4.7. Temi chiave 221
16.5. Interventi e servizi per la Conciliazione Vita Lavoro 221
16.5.1. Azioni ed interventi per l'anno 2020 222
16.5.2. Ammontare delle risorse finanziarie previste 222
16.5.3. Attività di monitoraggio e controllo previste 222
16.5.4. Provvedimenti di futura adozione inerenti alla tematica 222
16.5.5. Attività di comunicazione previste e impatti sul cittadino 222
16.5.6. Temi chiave 222
16.6. Azioni per la qualità della vita e l'inclusione sociale delle persone sottoposte a terapia oncologica chemioterapica 223
16.6.1. Azioni ed interventi per l'anno 2020 223
16.6.2. Ammontare delle risorse finanziarie previste 223
16.6.3. Attività di monitoraggio e controllo previste 223
16.6.4. Provvedimenti di futura adozione inerenti alla tematica 223
16.6.5. Attività di comunicazione previste e impatti sul cittadino 223
16.6.6. Temi chiave 224
16.7. Interventi e servizi per la Prevenzione e il Contrasto della violenza sulle donne 224
16.7.1. Azioni ed interventi per l'anno 2020 224
16.7.2. Ammontare delle risorse finanziarie previste 225
16.7.3. Attività di monitoraggio e controllo previste 225

16.7.4. Provvedimenti di futura adozione inerenti alla tematica 225
16.7.5. Attività di comunicazione previste e impatti sul cittadino 225
16.7.6. Temi chiave 225
16.8. Iniziativa per il concorso alle spese per l'alloggio in strutture ricettive dei familiari di pazienti minori in cura presso strutture ospedaliere 225
16.8.1. Azioni ed interventi per l'anno 2020 225
16.8.2. Ammontare delle risorse finanziarie previste 226
16.8.3. Attività di monitoraggio e controllo previste 226
16.8.4. Provvedimenti di futura adozione inerenti alla tematica 226
16.8.5. Attività di comunicazione previste e impatti sul cittadino 226
16.8.6. Temi chiave 226
16.9. Sostegno abitativo per l'integrazione del canone di locazione a favore di coniugi separati o divorziati e promozione di azioni di mediazione familiare 226
16.9.1. Azioni ed interventi per l'anno 2020 226
16.9.2. Ammontare delle risorse finanziarie previste 227
16.9.3. Attività di monitoraggio e controllo previste 227
16.9.4. Tavoli/gruppi di lavoro da attivare 227
16.9.5. Provvedimenti di futura adozione inerenti alla tematica 227
16.9.6. Attività di comunicazione previste e impatti sul cittadino 227
16.10. Interventi per migliorare la qualità della vita delle persone anziane fragili o che necessitano di caregiver professionale 228
16.10.1. Azioni ed interventi per l'anno 2020 228
16.10.2. Ammontare delle risorse finanziarie previste 229
16.10.3. Attività di monitoraggio e controllo previste 229
16.10.4. Tavoli/gruppi di lavoro da attivare 230
16.10.5. Attività di comunicazione previste e impatti sul cittadino 230
16.11. Interventi a favore di giovani e adulti disabili sia per percorsi finalizzati all'inclusione sociale sia per l'acquisto o l'utilizzo di ausili/strumenti tecnologicamente avanzati (anche per giovani con disturbi specifici dell'apprendimento) 230
16.11.1. Azioni ed interventi per l'anno 2020 231
16.11.2. Ammontare delle risorse finanziarie previste 231
16.11.3. Attività di monitoraggio e controllo previste 231
16.11.4. Tavoli/gruppi di lavoro da attivare 232
16.11.5. Provvedimenti di futura adozione inerenti alla tematica 232
16.11.6. Attività di comunicazione previste e impatti sul cittadino 232

16.12. Interventi di accompagnamento all'inclusione socio lavorativa delle persone sottoposte a provvedimenti dell'autorità giudiziaria 232
16.12.1. Azioni ed interventi per l'anno 2020 232
16.12.2. Ammontare delle risorse finanziarie previste 233
16.12.3. Attività di monitoraggio e controllo previste 233
16.12.4. Tavoli/gruppi di lavoro da attivare 233
16.12.5. Provvedimenti di futura adozione inerenti alla tematica 233
16.12.6. Attività di comunicazione previste e impatti sul cittadino 233
16.12.7. Temi chiave 234
16.13. Dipendenze e marginalità anche giovanile 234
16.13.1. Azioni ed interventi per l'anno 2020 234
16.13.2. Ammontare delle risorse finanziarie previste 235
16.13.3. Attività di monitoraggio e controllo previste 235
16.13.4. Tavoli/gruppi di lavoro da attivare 235
16.13.5. Attività di comunicazione previste e impatti sul cittadino 235
16.14. Disagio di giovani e adolescenti 235
16.14.1. Azioni ed interventi per l'anno 2020 235
16.14.2. Ammontare delle risorse finanziarie previste 236
16.14.3. Attività di monitoraggio e controllo previste 236
16.14.4. Tavoli/gruppi di lavoro da attivare 236
16.14.5. Provvedimenti di futura adozione inerenti alla tematica 236
16.14.6. Attività di comunicazione previste e impatti sul cittadino 236
17. COMUNICAZIONE 237
18. CUSTOMER SATISFACTION 237
18.1. Azioni per l'anno 2020 238
Suballegato n. 1 239
Suballegato n. 2A 251
Suballegato n. 2B 261
Suballegato n. 3 271

1. REGOLE DI SISTEMA 2019: STATO DELL'ARTE

La chiusura dell'esercizio 2019 e l'apertura dell'esercizio 2020 rendono necessaria l'evidenziazione dei principali obiettivi che erano stati fissati dalla Giunta Regionale, del loro grado di raggiungimento e delle tematiche non definite che dovranno ancora essere trattate nel 2020.
Le Regole di Sistema 2019 hanno rappresentato l'avvio della programmazione del servizio sociosanitario regionale della XI Legislatura, con una forte attenzione dunque all'implementazione degli obiettivi strategici del PRS, tra i quali:

- il completamento e diffusione del sistema di presa in carico del paziente cronico;
- la riduzione dei tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni;
- il riordino della rete di offerta.

1.1. Presa in carico della cronicità

Con la DGR n. XI/1863 del 9/7/2019 si è proceduto ad un perfezionamento del nuovo modello di presa in carico, mediante:

- individuazione della figura del clinical manager, che può anche eseguire prestazioni con l'ausilio della telemedicina;
- incremento della remunerazione del PAI e, conseguentemente, della tariffa di presa in carico;
- revisione del facsimile di patto di cura;
- revisione della disciplina dei rinnovi dei Patti di cura e dei PAI;
- rafforzamento dell'arruolamento proattivo.

Sono stati inoltre approvati **l'Accordo Integrativo Regionale dei Medici di Medicina Generale anno 2019 (DGR n. XI/1591 del 7/05/2019), e l'Accordo Integrativo Regionale dei Pediatri di Famiglia (DGR n. XI/1906 del 15/07/2019**), che prevedono progetti di governo clinico legati alla cronicità e novità in tema di remunerazione del PAI.

1.2. Riduzione Tempi di attesa e accesso alle prestazioni

È stata attivata, come previsto nelle Regole 2019, la **Negoziazione sperimentale nelle ATS della Città Metropolitana di Milano e Brescia di volumi e tipologie di prestazioni per alcuni ambiti di attività di specialistica ambulatoriale,** così articolata:

1. negoziazione mirata di tipologie e di volumi di prestazioni, almeno per le prestazioni più critiche per i tempi di attesa;
2. separazione delle attività negoziate per i pazienti PIC (cittadini stratificati come cronici con gli algoritmi di Regione Lombardia) da quelle negoziate per i primi accessi (nella sperimentazione in questo caso coinvolta solo ATS Milano).

Un decisivo contributo per la messa a sistema di questa sperimentazione e per la riduzione dei tempi di attesa verrà fornito dalle misure introdotte con la legge regionale di semplificazione n. 9 del 6 giugno 2019 che, all'art. 34, prevede che:

*"Le **strutture sanitarie pubbliche e private che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario nazionale devono utilizzare quale unico sistema di prenotazione delle prestazioni il sistema di prenotazione regionale**, pena la mancata remunerazione di ogni prestazione prenotata al di fuori di tale sistema. I costi di adesione e i costi per la prenotazione delle prestazioni da parte dei cittadini sono a carico del fondo sanitario regionale".*

La norma, inoltre, dispone di "*sostenere, con oneri a carico del fondo sanitario,* ***l'integrazione con la piattaforma regionale a supporto della presa in carico dei sistemi informativi dei MMG e dei PLS utilizzati per l'adesione al percorso di presa in carico*** *e per la redazione del piano assistenziale individuale, anche in relazione all'attuazione delle norme nazionali vigenti in materia di fascicolo sanitario elettronico e di profilo sanitario sintetico*".

L'azione di Regione Lombardia, oltre alla riduzione delle liste di attesa, si è orientata anche a favorire l'accessibilità delle prestazioni, in particolare per soggetti con condizioni di potenziale vulnerabilità che coniugano reddito medio basso con la presenza in famiglia di soggetti di minore età o soggetti disabili; **Regione Lombardia ha provveduto, con la DGR n. XI/2085 del 31/07/2019, ad esentare queste categorie** per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, **dalla quota fissa (c.d. super-ticket)** di cui alla L. n. 111/2011, così come rimodulata dalla DGR n. IX/2027/2011 e dalla DGR XI/162/2018.

1.3. Sistemi di finanziamento

Con la DGR n. XI/1986 del 23/07/2019 si è provveduto a destinare le risorse aggiuntive del Fondo Sanitario Regionale derivanti dall'assegnazione definitiva del Fondo Sanitario Nazionale pari a € 259.442.128,00 a interventi per lo sviluppo del sistema sanitario e sociosanitario, investimenti, personale, farmaceutica, esenzioni dalla compartecipazione.
Un altro importante tassello nell'attuazione delle Regole di Sistema 2019 si è concretizzato con la **DGR n. XI/2014 del 31/07/2019 "Criteri per la definizione delle attività e servizi da finanziare con l'istituto delle funzioni di cui all'articolo 8-sexies del d.lgs. 502/1992, a decorrere dall'esercizio 2019**". Con tale provvedimento è stata effettuata una complessiva rielaborazione dei criteri che individuano le attività remunerate a funzione tenendo conto degli effetti della L.R. n. 23/2015, dell'evoluzione verso un nuovo modello di contabilità di presidio, delle osservazioni formulate dall'Agenzia di Controllo e delle evidenze emerse dalla giurisprudenza amministrativa, realizzando un modello aderente allo schema normativo e contraddistinto dalla tracciabilità dei costi.

Anche l'istituto delle **maggiorazioni tariffarie ex art. 27 bis L.R. n. 33/2009** è stato oggetto di interventi. Con la DGR 1153 "Determinazioni in ordine all'applicazione della DGR IX/350 del 28 luglio 2010" del 21/01/2019 si sono fornite interpretazioni univoche dei criteri di cui alla DGR IX/350/2010, mentre con la DGR XI/1403 del 18/03/2019 "Maggiorazioni tariffarie a favore degli IRCCS di diritto pubblico e privato e delle strutture di ricovero e cura – poli universitari - annualità 2012-2017" è stato conferito alla Direzione Generale Welfare il mandato alla chiusura degli iter pendenti per le annualità tra il 2012 e il 2017 e alla determinazione dei saldi finali.

Con la DGR XI/2013 del 31/07/2019 "Ulteriori indicazioni in merito alle attività di cui all'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 nei termini disposti dal DL 95/2012 (art 15, comma 14) e dalla legge 208/2015 (art. 1, commi 574-577)" si è provveduto a recepire i rilievi e le richieste dei Ministeri competenti della Salute e dell'Economia e delle Finanze relativi alla necessità di definire tetti di spesa, per le attività di specialistica ambulatoriale e per le attività di ricovero, che prescindano dalla provenienza del paziente, anche per le **attività di alta complessità** e per quelle erogate dagli IRCCS nei termini previsti dal comma 574 della legge 208/2015.

1.4. Negoziazione di budget e obiettivi Direttori Generali

Con la DGR n. XI/1681 del 27/05/2019 sono stati approvati gli obiettivi dei Direttori Generali degli Enti del SSR per l'anno 2019, a valle di un percorso di negoziazione sviluppatosi con specifici incontri tra la Direzione Generale Welfare e le Direzioni strategiche degli enti in cui sono stati condivisi e valutati gli indicatori di performance ed economici e sono stati concordati gli obiettivi specifici per l'anno 2019.

1.5. Rete d'Offerta

Nel corso del 2019 è proseguito il processo di definizione dei requisiti organizzativi ospedalieri con particolare riguardo alla rete dell'emergenza urgenza ai sensi del D.M. 2 aprile 2015, n. 70, mediante l'approvazione della DGR XI/1179 del 28/01/2019 e l'attivazione di uno specifico gruppo di lavoro con Decreto del Direttore Generale Welfare n. 1767 del 13/02/2019.
Si sono inoltre approvate con la DGR n. XI/1694 del 3/06/2019 le "**Linee guida per l'attivazione e l'evoluzione delle reti clinico-assistenziali ed organizzative regionali",** nell'ottica di ulteriore evoluzione del modello delle reti in termini di maggiore efficientamento organizzativo e semplificazione dei meccanismi di governance.

Nell'ambito del riordino dell'offerta territoriale sono state approvate con DGR n. 2019 del 31/07/2019 le **"Prime indicazioni per l'avvio del percorso di riordino e di riclassificazione dei PRESST, dei POT e delle degenze di comunità**", che rappresenta una risposta di integrazione ospedale-territorio ai bisogni di presa in carico provenienti dal territorio e dalle stesse strutture ospedaliere. È stato quindi avviato il percorso di implementazione del nuovo modello in collaborazione con le ATS, deputate alla lettura dei bisogni territoriali.

1.6. Rete Territoriale

Con la DGR n. XI/1460 del 1/04/2019 sono state approvate le modalità di utilizzo delle **risorse aggiuntive pari a € 1.500.000 stanziate con le Regole di Sistema 2019 per interventi relativi alle sindromi dello spettro autistico e alle disabilità complesse**, in attuazione della Legge Regionale 29 giugno 2016 n. 15 "*Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche ai titoli V e VIII della LR 30 dicembre 2009 n. 33*" che al Capo I, art. 54 ha dato disposizioni in merito alla prevenzione, cura, riabilitazione delle persone affette da disturbi dello spettro autistico e della disabilità complessa, nonché al sostegno e all'assistenza per le loro famiglie con l'obiettivo di promuovere una cultura attenta ai bisogni e all'inclusione sociale degli individui con disturbi dello spettro autistico (ASD) e di costruire una rete integrata del sistema dei servizi sanitari, socio-sanitari, sociali ed educativi.
Con il Decreto del Direttore Generale Welfare n. 8546 del 13/06/2019 si è provveduto alla **istituzione di un comitato tecnico di esperti per la salute mentale e le dipendenze**, in attuazione dell'art. 53 ter comma 5 della Legge Regionale 30 dicembre 2009 n. 33, così come modificata dal capo 1 della Legge Regionale 29 giugno 2016 n. 15, al fine dello studio e dello sviluppo di linee guida per la elaborazione e gestione dei percorsi di cura, riconoscendo e valorizzando modelli di lavoro già sperimentati nell'ambito delle esperienze delle reti lombarde di patologia e dei gruppi di approfondimento tecnico, anche per lo sviluppo e la diffusione di pratiche professionali in linea con le più recenti evidenze scientifiche internazionali e rispettose della dignità della persona.

E' stato sottoscritto il **Protocollo Operativo in tema di Misure di Sicurezza Psichiatriche per il Distretto di Milano** con la Corte d'Appello di Milano, la Procura Generale di Milano, il Tribunale di Sorveglianza di Milano, il Tribunale del Distretto, le Procure della Repubblica

presso i Tribunali del Distretto, l'Ordine distrettuale degli Avvocati di Miano, le Camere Penali Distrettuali di Milano, il Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria.
Tale Protocollo contiene procedure e indicazioni relative alle modalità di collaborazione interistituzionale in materia di pazienti psichiatrici autori di reato.

Con il Decreto del Direttore Generale Welfare n. 14498 del 10/10/2019 si è provveduto all' **istituzione presso la Direzione Generale Welfare del gruppo di lavoro ADI per la verifica delle attuali forme di organizzazione e di erogazione dell'assistenza** al fine di consentire una uniforme e omogenea erogazione delle prestazioni sul territorio regionale e per uno sviluppo collegato agli effettivi bisogni sulla base di indicatori oggettivi.

1.7. Farmaceutica e Protesica

Il 2019 è stato anche l'anno dell'avvio della Distribuzione per conto dei presidi per i diabetici. Con la DGR n. XI/1445 del 25/02/2019 si è provveduto all'approvazione del progetto "**Distribuzione per conto (diabetica) tramite un'unica azienda capofila, ATS Bergamo, per le ATS della Regione Lombardia"** e della proposta di convenzione tra Regione Lombardia e ATS Bergamo per la realizzazione del progetto medesimo. Successivamente, con la DGR n. XI/445 del 25/03/2019 si è provveduto ad approvare la proposta di **accordo regionale con le farmacie** per l'erogazione di strumenti, ausili e presidi per il controllo della glicemia per i pazienti diabetici.

1.8. Personale e Rapporti con le Università

Si è provveduto, con la DGR n. XI/1297 del 25/02/2019, come previsto dalle Regole di Sistema 2019, alla costituzione del **Comitato di indirizzo** previsto dell'art. 30 L.R. 30 dicembre 2009, n. 33 "*Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità*" quale organismo di supporto agli atti di programmazione regionale. Sono ancora in corso la ridefinizione della rete regionale di cui all'art. 28 della L.R. 33/2009 ed il protocollo generale Regione-Università ai fini del riordino delle modalità di convenzionamento.
Con la DGR n. XI/2314 del 28/10/2019 si è provveduto a fornire alle strutture sanitarie **indirizzi per la progressiva assunzione di autonomia operativa e decisionale del medico in formazione specialistica** ai sensi dell'art. 34, comma 2, lett. c), della L.R. 33/2009.

1.9. Prevenzione

Le Regole di sistema 2019 hanno previsto per l'anno di vigenza numerosi interventi di indirizzo per l'area prevenzione; in particolare si richiamano le azioni più significative.
In tema di promozione della salute avviato il percorso per la definizione del profilo di salute di una comunità.

In tema di valutazione e miglioramento della qualità ed efficienza dei diversi servizi offerti: l'avvio di un percorso di audit per l'area vaccinale, audit per l'area degli screening e allargamento dell'offerta a 75 anni per colon e 45-75 per mammella.

In materia di sicurezza del consumatore la valutazione dell'efficacia e dell'appropriatezza del controllo ufficiale per la sicurezza alimentare.

In tema di prevenzione e controllo delle malattie infettive, con DGR n. XI/1986/2019 sono state fornite indicazioni in coerenza con il piano nazionale in materia di arbovirosi con la previsione di un contributo economico, riguardo la Legionellosi sono state fornite indicazioni ai Comuni per l'obbligo di predisporre e curare il registro delle torri di raffreddamento ad

umido e dei condensatori evaporativi esistenti sul proprio territorio alla luce degli aggiornamenti della l.r. n. 33/2009.

Regione Lombardia ha concluso il percorso di implementazione ed ora dispone di un unico sistema informatizzato per la registrazione dell'attività vaccinale – SIAVR ed in essere con la campagna antinfluenzale 2019/2020 l'accordo regionale con le farmacie per la distribuzione dei vaccini ai medici di medicina generale e ai pediatri di libera scelta per conto delle ATS e delle ASST.

Si è proceduto a realizzare le azioni del Piano triennale straordinario di intervento per la salute e sicurezza nei luoghi di lavoro di cui alla DGR n. XI/164/2018.

Si è provveduto al recepimento dell'Intesa (ex art. 2 c.1 lett. a) e art. 3 del D.lgs. 28/08/97, n. 281), sull'adozione del Protocollo di sorveglianza sanitaria dei lavoratori ex esposti ad amianto – DGR n. XI/2214/2019.

Da ultimo si richiama che il 2019 conclude il Piano Regionale della Prevenzione 2014 - 2019 (così come rimodulato con DCR 67 del 17/7/2018), obiettivo della certificazione LEA ed i cui risultati contribuiscono al raggiungimento degli obiettivi del Piano Nazionale Prevenzione 2014-19 ed eventuali relativi obiettivi europei.

1.10. Sanità pubblica veterinaria

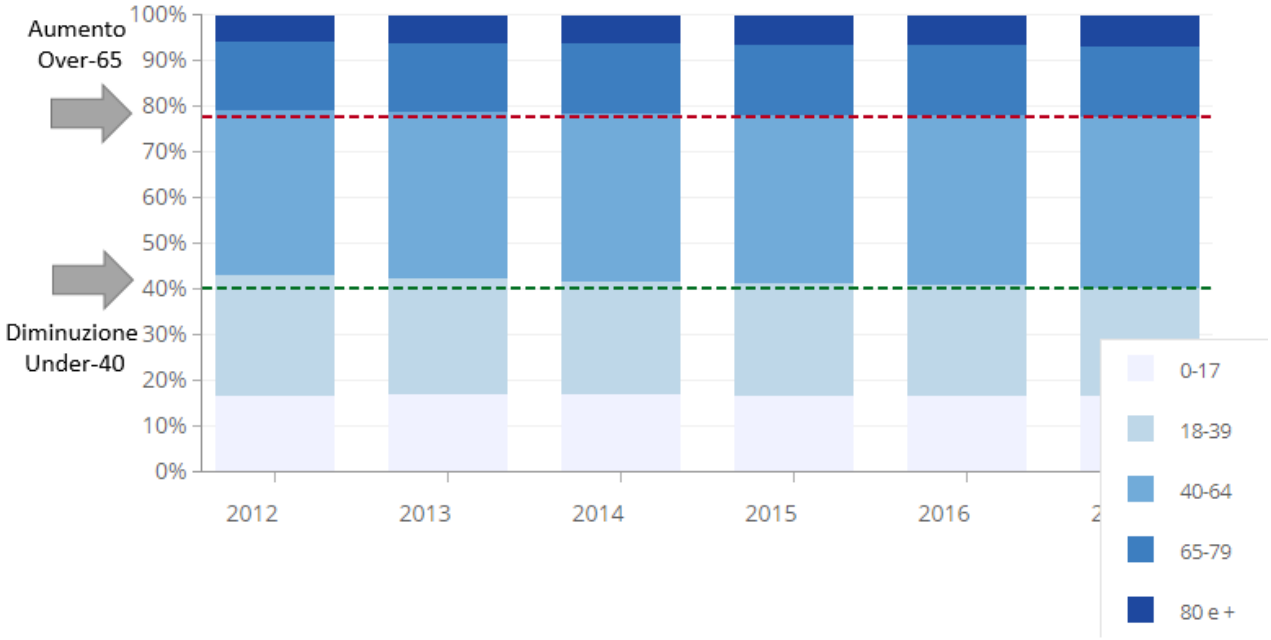
Con la legge regionale n.23 del 28 dicembre 2018 *"Disposizioni per l'attuazione della programmazione economico-finanziaria regionale, ai sensi dell'art. 9 ter della L.R. n. 34/78-Collegato 2019"* sono stati integrati gli articoli 100 e 128 della legge regionale n. 33/2009 dando la possibilità alle ATS di gestire i fondi del D. LGS. 194/08 per l'attività fuori oraria negli impianti di macellazione e per l'acquisizione di risorse umane per l'attuazione del Piano Regionale Integrato.
Con la DGR n. XI/2012 del 31/07/2019 si è inoltre provveduto **all' approvazione del "Piano regionale triennale degli interventi in materia di educazione sanitaria e zoofila, di controllo demografico della popolazione animale e di prevenzione del randagismo".**

2. SCENARIO DI RIFERIMENTO DELLE REGOLE 2020

Lo scenario di riferimento della programmazione sanitaria per il 2020 fornisce delle evidenze rispetto alla domanda potenziale ed espressa di servizi ed all'offerta di prestazioni e permette di formulare alcune proposte programmatorie nei termini seguenti.

2.1. Trend demografico

Con riferimento alla distribuzione della popolazione nelle diverse fasce d'età, oltre all'aumento degli over 65enni, si nota una diminuzione degli under 40enni.



Popolazione Lombarda per fasce d'età

Trend Indici di vecchiaia/di dipendenza

L'indice di vecchiaia rappresenta il rapporto tra cittadini con più di 65 anni e popolazione under 14.

L'indice di dipendenza strutturale dei cittadini lombardi rappresenta il rapporto tra cittadini considerati in fasce d'età non autonome (<14 anni, >65 anni) e i cittadini tra i 14 e i 65 anni. Inoltre, è visibile anche il tasso di dipendenza strutturale per la sola fascia di anziani (>65 anni).

Leggendo gli indicatori "indice di vecchiaia" e "dipendenza strutturale" risulta evidente come la quota dei giovani sul totale della popolazione sia molto contenuta, mentre il peso assoluto e relativo della popolazione anziana si fa via via più consistente, anche considerando il peso delle età più avanzate.

Leggendo il trend di questi due indici è facile prevedere che nei prossimi decenni si assisterà ad un ulteriore aumento del peso relativo ed assoluto della popolazione anziana, dovuto sia all'aumento della speranza di vita (non solo alla nascita, ma anche alle età avanzate), sia allo "slittamento verso l'alto" (ossia all'invecchiamento) delle coorti assai numerose che, oggi, si trovano nelle classi di età centrali.

Lo scenario appena descritto pone l'attenzione sui servizi che si collocano tra l'ospedale per acuti ed il domicilio o ambiti di cura ed assistenza di tipo definitivo quali le RSA e le RSD. Ci si riferisce alle degenze di comunità ed ai presidi territoriali quali i PRESST ed i POT, per i quali sono state definite con la DGR n. XI/2019/2019 le prime indicazioni per l'avvio del percorso di riordino e di riclassificazione. A questi servizi si aggiungono quelli di riabilitazione intra ed extra ospedaliera, di cure palliative, di ADI e di UCPDOM che completano lo scenario dell'offerta sanitaria e sociosanitaria disponibile sul territorio.

La programmazione e l'organizzazione di questi servizi deve coniugare la necessità di prevedere un uso più appropriato delle strutture e di fornire sul territorio servizi che garantiscano:

a) semplicità (anche tassonomica) di individuazione del tipo di unità di offerta necessaria da parte dei cittadini;
b) facilità di accesso alle informazioni quali - quantitative relative all'offerta disponibile nel territorio ed ai tempi di attesa necessari per accedere ai servizi;
c) maggiore governo e controllo della rispondenza dei servizi erogati ai bisogni individuati al momento della valutazione multidimensionale che stabilisce la necessità di accedere ai servizi;
d) riclassificazione, secondo la nuova tipologia di offerta della degenza di comunità e dei suoi due livelli di complessità, di molte unità di offerta oggi afferenti alle cure post – acute, sub – acute ed intermedie di mantenimento. Questa riclassificazione avrà come importante valore aggiunto anche una semplificazione tassonomica delle tipologie di servizi e di unità di offerta disponibili.

2.2. Le attività di ricovero e di specialistica ambulatoriale

2.2.1. Le attività in regime ambulatoriale

Tra il 2010 ed il 2018, nonostante le misure introdotte dalla legge n. 135/2012 relativa al contenimento dei costi degli Enti pubblici e dei costi sostenuti per l'acquisto delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero da erogatori privati, il valore delle prestazioni ha registrato un incremento del 4% con riferimento agli erogatori pubblici e del 9% con riferimento a quelli privati. Nella tabella seguente vengono dettagliati i valori di produzione riferibili agli Enti pubblici, mentre per gli Enti privati è solo esposta la differenza percentuale tra il 2018 e la media degli 8 anni precedenti così come viene esposta anche con riferimento agli enti pubblici (ultime due colonne della tabella):

Descr Tipo Rap SSN	DIRETTAMENTE GESTITO						
Valore_Ricetta	**Anno Erog.**						
tipo_ok	**2010**	**2012**	**2014**	**2016**	**2018**	**diff_pub**	**diff_pri**
LABORATORIO ANALISI CHIMICO-CLINICHE, MICROBIOLOGIA	332.482.579	347.348.353	353.300.353	311.616.677	327.324.787	-2,6%	11,2%
NEFROLOGIA	163.751.884	179.196.252	189.201.688	194.519.691	192.959.441	6,2%	10,3%
VISITA	185.759.466	178.358.196	182.093.375	181.748.944	170.380.236	-6,4%	1,7%
MAC		98.832.374	115.418.932	118.794.153	119.034.504	7,2%	12,8%
(TC-RM)	87.775.900	99.616.307	106.773.943	104.989.762	107.832.985	8,1%	2,0%
BIC	101.198.432	106.317.324	104.569.216	105.765.540	104.143.083	-0,3%	-1,4%
ECOGRAFIA	76.467.882	77.821.790	80.013.936	75.783.459	74.430.763	-4,0%	-2,9%
RADIOTERAPIA	35.033.168	48.042.080	52.987.939	59.226.089	62.952.139	28,9%	51,4%
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	59.940.570	59.193.642	60.592.747	58.379.587	62.058.394	4,3%	1,2%
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: MEDICINA NUCLEARE	33.165.679	37.870.404	40.671.252	39.363.267	45.198.735	19,7%	-0,4%
OCULISTICA	18.262.320	20.791.329	25.806.128	29.078.778	31.660.922	34,8%	18,8%
GASTROENTEROLOGIA - CHIRURGIA ED ENDOSCOPIA DIGE	19.845.815	20.661.104	21.511.583	21.340.151	21.358.084	2,5%	-1,5%
CARDIOLOGIA	23.938.026	23.385.914	22.702.269	21.467.593	20.413.017	-10,8%	-1,2%
MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE - RECUPERO E RIABILIT.	19.864.983	20.940.223	20.962.603	19.052.478	18.750.461	-7,2%	0,3%
PNEUMOLOGIA	8.691.245	8.671.351	9.209.195	9.033.963	9.610.471	8,0%	18,9%
ODONTOSTOMATOLOGIA - CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	8.573.620	12.130.206	15.558.312	13.038.066	6.728.877	-45,4%	-19,4%
NEUROLOGIA	6.012.530	6.496.733	6.427.013	5.812.268	6.027.830	-2,6%	18,4%
ALTRE PRESTAZIONI	7.570.515	7.980.545	7.605.030	6.010.309	6.012.704	-17,5%	30,0%
UROLOGIA	4.967.633	5.360.274	5.532.581	5.433.922	5.555.273	4,4%	8,5%
OTORINOLARINGOIATRIA	5.637.222	5.719.697	5.754.278	5.210.161	5.327.473	-4,5%	-3,8%
CHIRURGIA GENERALE	5.012.317	4.631.286	5.389.977	5.245.242	5.293.236	4,4%	13,8%
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	6.450.565	6.723.064	6.454.775	6.211.286	5.101.735	-21,0%	-17,2%
ONCOLOGIA	3.700.243	3.828.661	4.066.294	4.443.513	4.584.918	14,3%	14,5%
CHIRURGIA PLASTICA	3.414.989	3.585.496	3.845.723	3.935.234	4.510.478	22,1%	24,6%
DERMOSIFILOPATIA	4.760.581	5.317.892	4.875.201	4.252.367	4.074.598	-15,1%	2,1%
ANESTESIA	2.010.879	2.041.203	2.154.331	2.502.817	2.649.887	21,7%	-12,0%
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1.883.989	1.958.661	2.163.152	1.970.425	2.042.083	2,4%	54,3%
PSICHIATRIA	4.265.054	2.283.660	2.038.918	1.928.105	1.837.610	-30,1%	-6,9%
NEUROCHIRURGIA	310.291	518.933	693.033	655.855	576.808	5,9%	34,6%
CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLOGIA	45.482	30.263	25.613	44.601	77.151	111,4%	11,0%
tot	**1.230.793.859**	**1.395.653.214**	**1.458.399.391**	**1.416.854.303**	**1.428.508.683**	**3,9%**	**8,8%**

L'analisi dei dati evidenzia una crescita non distribuita in modo omogeneo in tutte le tipologie di prestazioni che si concentra, tra il 2010 ed il 2018, soprattutto nelle seguenti "branche":

1. Laboratorio Analisi (confermato nei primi due quadrimestri del 2019);
2. MAC (in riduzione nei primi due quadrimestri del 2019 probabilmente per non completa rendicontazione del flusso delle prestazioni cicliche);
3. Radioterapia (in riduzione nei primi due quadrimestri del 2019 probabilmente per non completa rendicontazione del flusso delle prestazioni cicliche);
4. (TC/RMN) (confermato nei primi due quadrimestri del 2019).

Al netto di queste "branche", il valore delle prestazioni resta sostanzialmente invariato, così come si evince dalla tabella seguente che contiene le stesse informazioni della precedente tabella. La sostanziale invarianza si registra a carico di tutti gli erogatori, a prescindere dalla loro natura istituzionale pubblica o privata:

Descr Tipo Rap SSN	DIRETTAMENTE GESTITO						
Valore_Ricetta	**Anno Erog.**						
tipo_ok	**2010**	**2012**	**2014**	**2016**	**2018**	**diff_pub**	**diff_pri**
NEFROLOGIA	163.751.884	179.196.252	189.201.688	194.519.691	192.959.441	6,2%	10,3%
VISITA	185.759.466	178.358.196	182.093.375	181.748.944	170.380.236	-6,4%	1,7%
BIC	101.198.432	106.317.324	104.569.216	105.765.540	104.143.083	-0,3%	-1,4%
ECOGRAFIA	76.467.882	77.821.790	80.013.936	75.783.459	74.430.763	-4,0%	-2,9%
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	59.940.570	59.193.642	60.592.747	58.379.587	62.058.394	4,3%	1,2%
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: MEDICINA NUCLEARE	33.165.679	37.870.404	40.671.252	39.363.267	45.198.735	19,7%	-0,4%
OCULISTICA	18.262.320	20.791.329	25.806.128	29.078.778	31.660.922	34,8%	18,8%
GASTROENTEROLOGIA - CHIRURGIA ED ENDOSCOPIA DIGE	19.845.815	20.661.104	21.511.583	21.340.151	21.358.084	2,5%	-1,5%
CARDIOLOGIA	23.938.026	23.385.914	22.702.269	21.467.593	20.413.017	-10,8%	-1,2%
MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE - RECUPERO E RIABILIT	19.864.983	20.940.223	20.962.603	19.052.478	18.750.461	-7,2%	0,3%
PNEUMOLOGIA	8.691.245	8.671.351	9.209.195	9.033.963	9.610.471	8,0%	18,9%
ODONTOSTOMATOLOGIA - CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	8.573.620	12.130.206	15.558.312	13.038.066	6.728.877	-45,4%	-19,4%
NEUROLOGIA	6.012.530	6.496.733	6.427.013	5.812.268	6.027.830	-2,6%	18,4%
ALTRE PRESTAZIONI	7.570.515	7.980.545	7.605.030	6.010.309	6.012.704	-17,5%	30,0%
UROLOGIA	4.967.633	5.360.274	5.532.581	5.433.922	5.555.273	4,4%	8,5%
OTORINOLARINGOIATRIA	5.637.222	5.719.697	5.754.278	5.210.161	5.327.473	-4,5%	-3,8%
CHIRURGIA GENERALE	5.012.317	4.631.286	5.389.977	5.245.242	5.293.236	4,4%	13,8%
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	6.450.565	6.723.064	6.454.775	6.211.286	5.101.735	-21,0%	-17,2%
ONCOLOGIA	3.700.243	3.828.661	4.066.294	4.443.513	4.584.918	14,3%	14,5%
CHIRURGIA PLASTICA	3.414.989	3.585.496	3.845.723	3.935.234	4.510.478	22,1%	24,6%
DERMOSIFILOPATIA	4.760.581	5.317.892	4.875.201	4.252.367	4.074.598	-15,1%	2,1%
ANESTESIA	2.010.879	2.041.203	2.154.331	2.502.817	2.649.887	21,7%	-12,0%
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1.883.989	1.958.661	2.163.152	1.970.425	2.042.083	2,4%	54,3%
PSICHIATRIA	4.265.054	2.283.660	2.038.918	1.928.105	1.837.610	-30,1%	-6,9%
NEUROCHIRURGIA	310.291	518.933	693.033	655.855	576.808	5,9%	34,6%
CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLOGIA	45.482	30.263	25.613	44.601	77.151	111,4%	11,0%
tot	**775.502.213**	**801.814.100**	**829.918.223**	**822.227.621**	**811.364.268**	**0,5%**	**1,3%**

Degli spunti interessanti, relativamente al tema della appropriatezza delle prescrizioni, sono suggeriti dall'analisi dell'andamento delle prestazioni afferenti alla branca del laboratorio analisi ed evidenziano un limitato numero di prestazioni sulle quali si concentra gran parte dell'aumento del valore della produzione.

Si tratta, soprattutto, delle prestazioni evidenziate nella tabella sottostante che registrano incrementi molto importanti e che portano ad ipotizzare le seguenti spiegazioni:

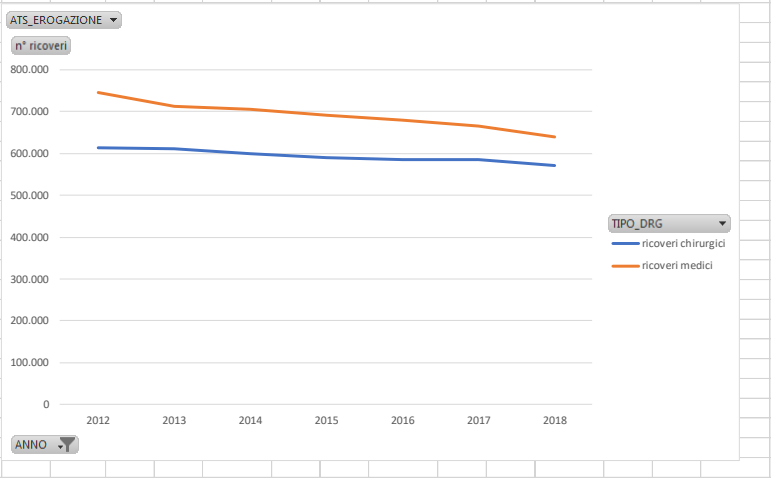
- (Vitamina D, B12 ed Omocisteina) legati alla crescente diffusione, non intermediata nell'ambito di un contesto di cura, di informazioni riguardo i "supposti" effetti benefici sullo stato di salute di alcuni complessi vitaminici e sulla loro crescente diffusione come integratori alimentari;
- (PSA) legati alla diffusione di auto – screening;
- (indagini di genetica) legati alla diffusione crescente di indagini di tipo genetico non sempre fondate su principi di adeguata appropriatezza);
- (calcio, profilo lipidico e funzionalità epatica) legati o ad un non corretto monitoraggio di determinate patologie croniche o alla tendenza di effettuare prestazioni di "controllo" in mancanza di un adeguato quesito diagnostico.

Descr Prestaz.ne Amb.le	differenza privato	differenza pubblico	totale	% cumulata
ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U]	-	13.050.910,21	13.050.910,21	12%
VITAMINA D	7.520.531	2.131.783,99	9.652.315,23	21%
ANALISI DI SEQUENZA GENICHE MEDIANTE NEXT GENERATION SEQUENCING (NGS) e tecniche assimilabili	3.434.213	3.596.101,77	7.030.314,50	28%
BILIRUBINA TOTALE	1.687.710	4.640.120,28	6.327.830,32	33%
COBALAMINA (VIT. B12) [S]	936.774	3.943.062,74	4.879.836,50	38%
COLESTEROLO HDL	-	4.133.963,63	4.133.963,63	42%
TIREOTROPINA RIFLESSA (TSH-R)TSH Incluso eventualedosaggio di FT4 e FT3	2.972.631	886.302,63	3.858.933,93	45%
CREATININA [S/U/dU/La]	664.249	3.076.337,28	3.740.586,35	49%
ANALISI DI SEGMENTI DI DNA MEDIANTE SEQUENZIAMENTO	3.593.753	-	3.593.753,10	52%
CALCIO TOTALE [S/U/dU]	451.805	3.110.785,14	3.562.589,77	56%
EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.	3.027.619	-	3.027.618,99	58%
ANTIGENE PROSTATICO SPECIFICO (PSA)	2.884.330	-	2.884.330,12	61%
Hb - EMOGLOBINA GLICATA	2.328.674	-	2.328.673,88	63%
FERRITINA [P/(Sg)Er]	766.312	1.506.341,61	2.272.653,93	65%
PARATORMONE (PTH) [S]	1.751.958	360.459,89	2.112.417,51	67%
OMOCISTEINA [S/U]	1.781.267	135.362,12	1.916.629,01	69%
ESAME COLTURALE DELL' URINA [URINOCOLTURA]	1.269.033	-	1.269.033,04	70%
ANTICORPI ANTI TRANSGLUTAMINASI (IgA o IgG) Riflessa.	840.375	383.757,62	1.224.132,17	71%
ALFA AMILASI [S/U]	-	1.097.632,15	1.097.632,15	72%
EMOGASANALISI DI SANGUE MISTO VENOSO	13.206	1.034.674,99	1.047.881,19	73%
ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Biopsia endoscopica (Sedi multiple)	419.632	611.824,34	1.031.456,35	74%
CALPROTECTINA IMMUNOMETRICO nelle feci	392.640	562.796,59	955.436,21	75%
BETA2 MICROGLOBULINA [S/U]	57.207	857.071,37	914.278,79	76%
ALBUMINA [S/U/dU]	262.559	604.643,00	867.202,44	77%
RIARRANGIAMENTI (DELEZIONI E DUPLICAZIONI) DI ALTRI GENI UMANI MEDIANTE MLPA e tecniche assimilabili (per ciascun gene)	261.782	505.411,22	767.193,27	78%
IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI	202.116	564.046,00	766.161,75	78%
COLESTEROLO LDL (determinazione diretta)	-	765.428,23	765.428,23	79%
T(9;22) TEST QUANTITATIVO	37.322	609.215,79	646.538,21	80%
BRCA1 E 2 REFLEX: SEQUENZIAMENTO COMPLETO E RIARRANGIAMENTO CON CONSULENZA GENETICA PRE-POST TEST	344.037	286.443,15	630.479,78	80%

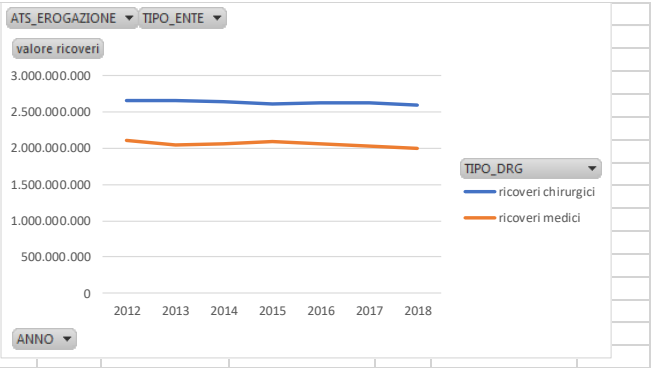
2.2.2. Le attività di ricovero

Nel periodo dal 2012 al 2018 (periodo di vigenza della legge n. 135/2012 – cd. spending review) il numero dei ricoveri nel complesso si è ridotto del 11% ed il loro valore del 4%. La riduzione del numero e del valore dei ricoveri non origina, se non in minima parte, dalla introduzione della BIC e della MAC, in quanto entrambe erano già vigenti nel 2012 (vedi tabella del paragrafo che tratta della specialistica ambulatoriale).

ATS_EROGAZIONE	(Tutto)		
n° ricoveri	tipo ricovero		
anno riferimento	ricoveri chirurgici	ricoveri medici	Totale complessivo
2012	613.117	744.897	1.358.014
2013	610.139	712.758	1.322.897
2014	599.432	705.067	1.304.499
2015	589.706	691.287	1.280.993
2016	586.185	679.424	1.265.609
2017	584.193	665.951	1.250.144
2018	571.874	640.538	1.212.412

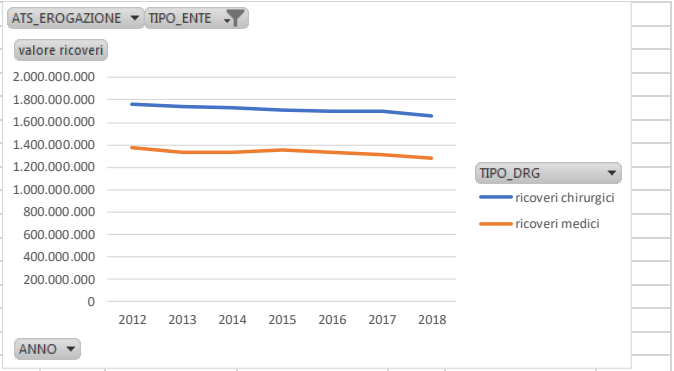


ATS_EROGAZIONE	(Tutto)		
TIPO_ENTE	(Tutto)		
valore ricoveri	tipo ricovero		
anno riferimento	ricoveri chirurgici	ricoveri medici	Totale complessivo
2012	2.667.341.130	2.106.314.777	4.773.655.907
2013	2.660.920.255	2.053.196.263	4.714.116.518
2014	2.637.473.258	2.069.518.427	4.706.991.685
2015	2.608.015.562	2.088.234.627	4.696.250.189
2016	2.623.544.730	2.056.452.474	4.679.997.204
2017	2.627.548.475	2.034.299.005	4.661.847.480
2018	2.592.026.336	1.996.465.604	4.588.491.940



Nelle strutture pubbliche questa contrazione è del 14% per i ricoveri e del 6,3% per il valore economico degli stessi.

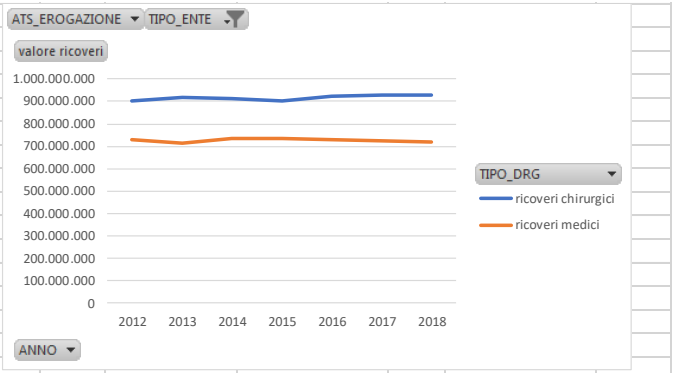
ATS_EROGAZIONE	(Tutto)		
TIPO_ENTE	PUBBLICO		
valore ricoveri	tipo ricovero		
anno riferimento	ricoveri chirurgici	ricoveri medici	Totale complessivo
2012	1.764.142.711	1.374.719.909	3.138.862.620
2013	1.743.260.262	1.337.144.313	3.080.404.575
2014	1.726.752.797	1.334.956.297	3.061.709.094
2015	1.707.378.746	1.353.507.084	3.060.885.830
2016	1.698.644.256	1.329.374.653	3.028.018.909
2017	1.696.405.499	1.310.341.959	3.006.747.458
2018	1.663.302.761	1.278.333.874	2.941.636.635



Le strutture private hanno ridotto il numero dei ricoveri del 2% ed il loro valore è rimasto sostanzialmente invariato.

ATS_EROGAZIONE	(Tutto)
TIPO_ENTE	PRIVATO

valore ricoveri	tipo ricovero		
anno riferimento	ricoveri chirurgici	ricoveri medici	Totale complessivo
2012	903.198.419	731.594.868	1.634.793.287
2013	917.659.993	716.051.950	1.633.711.943
2014	910.720.461	734.562.130	1.645.282.591
2015	900.636.816	734.727.543	1.635.364.359
2016	924.900.474	727.077.821	1.651.978.295
2017	931.142.976	723.957.046	1.655.100.022
2018	928.723.575	718.131.730	1.646.855.305



Sia gli erogatori pubblici sia quelli privati hanno aumentato la complessità del loro mix (+3% del valore medio del ricovero che è arrivato ad € 4.042) e ciò è più evidente in quelli pubblici (+10% del valore medio del ricovero che è arrivato ad € 3.654).

Questo incremento di complessità dei ricoveri è principalmente legato ad un cambio di mix (più complesso) nell'ambito della casistica chirurgica stessa che, come sopra evidenziato, si è verificato in tutte le tipologie di erogatori ed ha avuto un incremento percentuale più accentuato negli erogatori pubblici.

L'aumento della complessità dei ricoveri è un aspetto positivo che documenta un utilizzo dell'ospedale per acuti più appropriato, anche in termini di setting di erogazione delle prestazioni. Mediamente il 56% del valore economico della casistica è riferibile a quella chirurgica, e questa percentuale si attesta al 57% nelle aziende pubbliche ed al 56% nelle private (il valore del privato è molto influenzato dalle attività riabilitative che per il 75% in Lombardia sono garantite da questa tipologia di erogatore).

ATS_EROGAZIONE	(Tutto)			
TIPO_ENTE	PRIVATO			
valore ricoveri	**tipo ricovero**			
ANNO RIFERIMENTO	**ricoveri chirurgici**	**ricoveri medici**	**Totale complessivo**	**% chir su tot**
2012	903.198.419	731.594.868	1.634.793.287	55%
2013	917.659.993	716.051.950	1.633.711.943	56%
2014	910.720.461	734.562.130	1.645.282.591	55%
2015	900.636.816	734.727.543	1.635.364.359	55%
2016	924.900.474	727.077.821	1.651.978.295	56%
2017	931.142.976	723.957.046	1.655.100.022	56%
2018	928.723.575	718.131.730	1.646.855.305	56%

ATS_EROGAZIONE	(Tutto)			
TIPO_ENTE	PUBBLICO			
valore ricoveri	**tipo ricovero**			
ANNO RIFERIMENTO	**ricoveri chirurgici**	**ricoveri medici**	**Totale complessivo**	**% chir su tot**
2012	1.764.142.711	1.374.719.909	3.138.862.620	56%
2013	1.743.260.262	1.337.144.313	3.080.404.575	57%
2014	1.726.752.797	1.334.956.297	3.061.709.094	56%
2015	1.707.378.746	1.353.507.084	3.060.885.830	56%
2016	1.698.644.256	1.329.374.653	3.028.018.909	56%
2017	1.696.405.499	1.310.341.959	3.006.747.458	56%
2018	1.663.302.761	1.278.333.874	2.941.636.635	57%

L'obiettivo della programmazione regionale non è quindi quello di modificare nella sostanza questa tendenza, quanto piuttosto quello di indirizzare progressivamente, ed in modo graduale nel tempo, questo trend verso casistica di maggiore complessità clinica (non sono da confondersi la complessità clinica con quella della tecnologia utilizzata che solo in parte coincidono) e con maggiori criticità in termini di tempi di attesa, con l'obiettivo complessivo di promuovere ulteriormente l'appropriatezza e l'efficacia dei servizi.

Sarà decisivo il coinvolgimento non solo di tipo scientifico, ma anche gestionale, dei professionisti afferenti alle reti clinico assistenziali e organizzative.

Una riduzione di tipologie di interventi quali il taglio cesareo, IVG, bypass aorto coronarico, PTCA può costituire un elemento positivo sia in termini di appropriatezza (riduzione taglio cesareo), che di scenario epidemiologico più sotto controllo (riduzione PTCA e bypass) che di migliore prevenzione messa in atto sul territorio (riduzione IVG).

Non è altresì in toto condivisibile che il cambio di MIX in area chirurgica si concentri quasi completamente nell'incremento del valore dei ricoveri di tipo chirurgico registrato tra il 2012 ed il 2019 per le seguenti procedure:

- PROCEDURE SULLE VALVOLE CARDIACHE (con un trend in riduzione nel corso dei primi due quadrimestri del 2019)
- ARTROPLASTICA DEL GINOCCHIO
- SOSTITUZIONE DELL'ANCA, TOTALE E PARZIALE

- INSERZIONE, REVISIONE, SOSTITUZIONE, RIMOZIONE DI PACEMAKER CARDIACO O DEFIBRILLATORE AUTOMATICO (con un trend in riduzione nel corso dei primi due quadrimestri del 2019)
- ALTRE PROCEDURE TERAPEUTICHE DI SALA OPERATORIA DEL TRATTO DIGERENTE SUPERIORE (chirurgia bariatrica) (con riduzione sensibile delle procedure effettuate nei primi due quadrimestri del 2019)
- ARTRODESI VERTEBRALE (con una programmazione delle attività, nel terzo quadrimestre del 2019, in riduzione a seguito delle indicazioni di appropriatezza e delle correlate modifiche tariffarie stabilite dalla giunta regionale nel luglio del 2019)

Ancora con riferimento alle attività di ricovero sono state nel corso del 2019 approvate dalla Giunta Regionale delle modifiche / precisazioni sull'appropriatezza di erogazione e sulla entità dei rimborsi degli interventi di artrodesi alla colonna vertebrale e di alcune tipologie di endoprotesi (quelle rendicontate con il flusso SDO4).

Nel corso del 2019 sono stati approvati dalla Giunta Regionale due importanti provvedimenti che hanno definito:

a) con la DGR n. XI/2014 del 31/07/2019 i nuovi criteri per la definizione delle attività e dei servizi da finanziare con l'istituto delle funzioni di cui all'articolo 8-sexies del D.lgs. 502/1992, a decorrere dall'esercizio 2019 (cosiddette funzioni non tariffabili);
b) con la DGR n. XI/2013 del 31/07/2019 le modalità applicative delle previsioni della legge n. 208/2015 (art. 1 commi 574-577) con riferimento alle attività di ricovero di alta complessità erogate da soggetti erogatori di diritto privato a favore di cittadini regionali ed extraregionali e di quelle erogate dai soli IRCCS privati a favore di cittadini extraregionali, con particolare riguardo all'equità di accesso per tutti i cittadini alle prestazioni previste dai LEA.

In modo particolare le disposizioni della DGR n. XI/2013/2019 permettono di avere regole di finanziamento e di organizzazione dei servizi erogati dagli enti di diritto privato in linea con i dettami delle norme nazionali di settore e, nei termini previsti dalle stesse, di sviluppare ulteriormente nel 2020 le politiche implementate nel corso del 2019:

a) garanzia della erogazione di prestazioni ambulatoriali aggiuntive con criticità di tempo di attesa, estendendo a tutta la Regione la sperimentazione in atto nelle ATS Città Metropolitana di Milano e di Brescia che ha previsto la negoziazione mirata della erogazione di maggiori volumi, rispetto a quelli storici, riferiti a specifiche prestazioni; si rileva infatti che i risultati oggi disponibili relativamente a questo progetto sono positivi in termini di maggiore disponibilità e accessibilità per i cittadini nel circuito regionale di prenotazione di slot di prestazioni critiche (comprese le agende degli erogatori privati) e di riduzione dei tempi di attesa per poter accedere alle stesse;
b) programmare (compensando i maggiori costi con le riduzioni tariffarie del 2019 e con risparmi di sistema così come prevede la legge n. 208/2015 art. 1 commi 574-577) l'acquisto di maggiori attività di alta complessità per erogatori di diritto pubblico e privato.

2.3. Adempimenti LEA – Nuovo Sistema di Garanzia

Con decreto del Ministero della Salute del 12 marzo 2019 è stato introdotto il "Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria" che entrerà in vigore a partire dall'anno di valutazione 2020 sostituendo la cosiddetta "Griglia LEA".

Il NSG è costituito da un insieme di 88 indicatori riferiti agli ambiti di assistenza della prevenzione, dell'assistenza distrettuale e dell'assistenza ospedaliera. Tra questi, ogni anno, il Comitato Lea individua un "sottoinsieme" di indicatori, detto anche CORE, che costituiscono l'ambito di valutazione delle Regioni.

In fase di prima sperimentazione, il Comitato Lea ha individuato i seguenti 22 indicatori del sottoinsieme:

ASSISTENZA OSPEDALIERA

- Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato per 1000 residenti;
- Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui;
- Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario;
- Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni;
- Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario;
- % di Parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno;
- % di Parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno.

PREVENZIONE

- Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib);
- Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR);
- Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino;
- Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale;
- Indicatore composito sugli stili di vita;
- Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella; Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina; Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto.

ASSISTENZA DISTRETTUALE

- Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (≥ 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco;
- Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite;
- Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso;
- Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B;
- Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici;
- Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1, CIA 2, CIA 3);
- Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche;

- Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore;
- Numero di anziani con età ≥ 75 anni non autosufficienti in trattamento sociosanitario residenziale R1, R2, R3 in rapporto alla popolazione residente per 1000 abitanti.

Gli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia saranno monitorati dal Comitato Lea.
In particolare, gli indicatori del sottoinsieme costituiscono adempimento ai fini valutativi dell'erogazione dei Lea.
Gli indicatori che costituiranno obiettivi dei Direttori Generali saranno valutati con i criteri di cui alla relativa delibera.

2.4. Funzioni non coperte da tariffe predefinite e Maggiorazioni tariffarie

La deliberazione n. XI/2014 del 31.07.2019 ha introdotto nuovi criteri per l'assegnazione delle funzioni non tariffabili a valere per l'esercizio 2019 e seguenti. Per il 2020 l'obiettivo è perfezionare, laddove necessario, in modo equilibrato e progressivo il passaggio ai nuovi criteri, specie per ciò che concerne l'analisi delle componenti di costo delle diverse attività attraverso la verifica dei dati di contabilità analitica messi a disposizione da tutte le strutture – anche di diritto privato - destinatarie degli interventi.

Come sancito dalla DGR n. XI/2014/2019, verrà programmata con i competenti uffici dell'Agenzia di Controllo del SSL una attività di verifica periodica sulla raccolta e qualità dei dati necessari per l'istruttoria e, più in generale, sulla implementazione del nuovo sistema di funzioni non tariffabili.

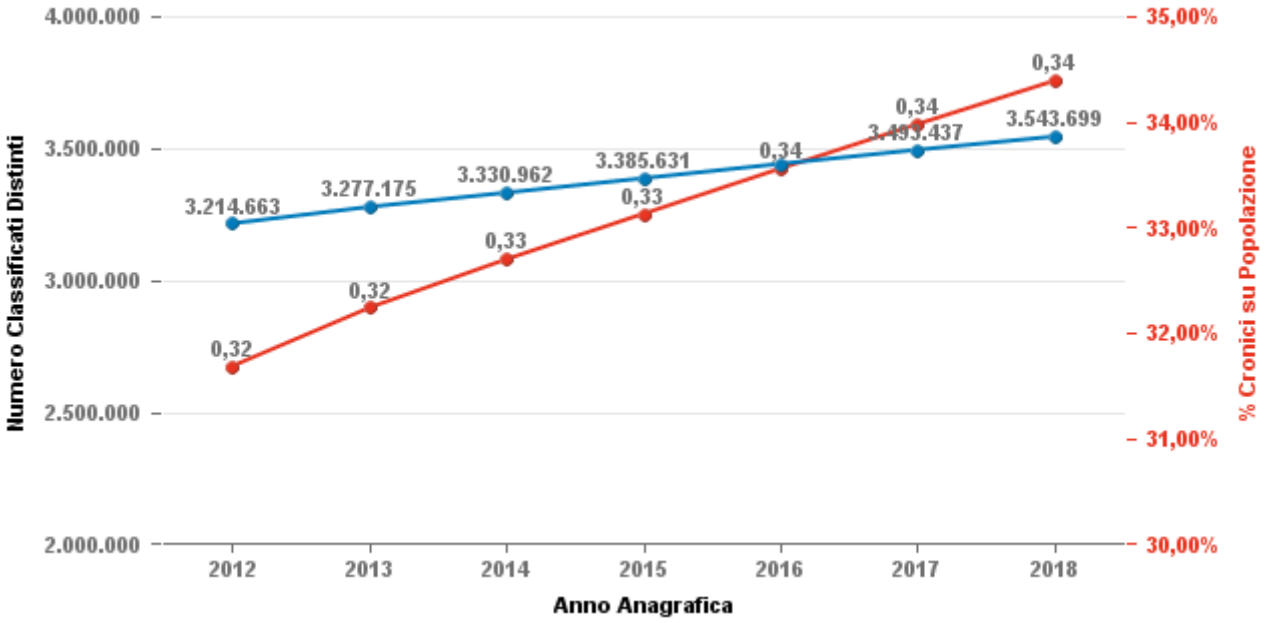
Anche per quanto concerne le maggiorazioni tariffarie, la deliberazione n. XI/1153 del 21.01.2019, nel fornire alcune direttive circa la corretta applicazione della materia, ha innovato su alcuni aspetti (indicatori e relativi punteggi; istruttoria sui bilanci) in ordine ai quali, nel 2020, si proseguirà nell'opera di valutazione finalizzata ad una maggiore semplificazione del carico istruttorio in termini di documentazione da produrre a corredo dell'istanza di accesso.

2.5. La presa in carico del paziente cronico

La medicina territoriale rappresenta il luogo centrale per le cure e il primo accesso del paziente cronico nel sistema sociosanitario regionale. Il passaggio dalla "cura" al "prendersi cura", che rappresenta un elemento cardine dell'evoluzione del modello regionale di Welfare, è finalizzato a favorire la permanenza della persona nel contesto familiare e assicurare una migliore integrazione sul territorio di tutti gli attori della rete di offerta.

Questa crescente e nuova domanda di salute richiede un cambio di paradigma anche nella programmazione delle prestazioni e dei servizi.

I soggetti individuabili come affetti da patologie croniche, che rappresentano il determinante principale di accesso ai servizi sanitari e sociosanitari e di interesse della programmazione regionale e locale sul territorio, hanno una prevalenza costante sulla popolazione attorno al 32% - 34%. Si tratta di soggetti che, per la gran parte (2 terzi circa), non hanno un rischio significativo di incorrere in eventi patologici maggiori che comportano un peggioramento irreversibile del compenso clinico raggiunto ed un maggiore rischio di mortalità nel breve medio termine.



Si tratta in questo caso di soggetti per i quali il modello di presa in carico della cronicità, più che curare, deve fornire supporto ed assistenza per promuovere corretti stili di vita, buona aderenza alle terapie farmacologiche ed alle prestazioni ambulatoriali indicate nel PAI, garantire strumenti organizzativi e tecnologici che rinforzino il rapporto di cura con il proprio medico e la corretta interazione tra il medico curante (clinical manager) e gli specialisti.

I soggetti affetti da patologie croniche infatti, salvo poche eccezioni, necessitano di avere un accesso facilitato sia al mondo territoriale sia a quello specialistico, con la garanzia che i due livelli siano integrati e si scambino tempestivamente, al bisogno, informazioni e suggerimenti a supporto e in miglioramento del percorso di presa in carico.

In questo ambito risulta essere indispensabile, e quindi di prevalente interesse:

a) nei pazienti: la promozione ed il potenziamento della consapevolezza sulla propria condizione di salute ed il supporto e rinforzo delle potenzialità e delle capacità di essere parte attiva e decisiva nell'ambito del percorso di presa in carico;
b) nei medici: la presa di coscienza che favorisca e migliori il percorso di cura non solo con riferimento agli atti clinici, ma anche alle attività di raccordo con i colleghi, all'uso di strumenti tecnologici che favoriscono la possibilità di condividere il percorso di cura con altri attori del sistema, al tempo dedicato a motivare il paziente sulla necessità di aderire ad un percorso di accompagnamento ed alla necessità di essere parte attiva nel rapporto di cura e nel percorso di presa in carico.

Il restante terzo (circa un milione) di soggetti è in una condizione di probabilità maggiore di avere necessità di servizi sanitari e sociosanitari di complessità media ed elevata. In questi casi la presa in carico richiede un maggiore coinvolgimento della componente specialistica e, di conseguenza, di mettere in atto un solido raccordo tra il MMG e lo specialista. Si tratta, in questo caso, di pazienti che già oggi frequentano con un'elevata fidelizzazione (cd. frequent users) le strutture ospedaliere e per i quali, anche in considerazione della elevata presenza di comorbidità, è indispensabile che gli ospedali rivedano i propri processi di erogazione delle attività, in modo particolare con riferimento a quelle di specialistica ambulatoriale, passando progressivamente dalla logica erogativa di "attesa" organizzata per agende di specialità a quella più proattiva organizzata in base ai

principali profili di bisogno che vengono individuati all'interno dell'utenza più fidelizzata. Per questa tipologia di pazienti sarà inoltre utile e necessario favorire ulteriormente l'utilizzo di strumenti di telemonitoraggio e di telediagnosi, con l'obiettivo di riservare l'accesso all'ospedale alle situazioni che richiedono la necessità di mettere in atto interventi di maggiore complessità clinica e tecnologica. Nel 2020 saranno disponibili, per le più frequenti prestazioni di laboratorio analisi, i referti strutturati di laboratorio e sarà un obiettivo prioritario quello di facilitare lo specialista nell'accesso al PAI per evitare sovrapposizioni prescrittive. Obiettivi prioritari da raggiungere in questo ambito sono anche:

a) la fornitura da parte dei soggetti erogatori in formato strutturato sulla piattaforma regionale di prenotazione GP++ degli slot per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, prenotabili da parte dei gestori al momento della redazione del PAI;
b) l'utilizzo della ricetta dematerializzata per semplificare a favore dei cittadini il ritiro dei farmaci in farmacia senza passare a ritirare il promemoria presso lo studio del proprio MMG;
c) l'Empowerment medico-paziente rispetto al valore aggiunto della presa in carico proattiva dei bisogni di cura e di assistenza correlati alla cronicità.

2.5.1. Riorganizzazione attività ambulatoriali nell'ambito della presa in carico

Alla luce di tutto ciò, gli enti erogatori pubblici e privati sono invitati a sfruttare l'occasione del modello della presa in carico del paziente cronico per procedere alla reingegnerizzazione delle attività ambulatoriali, organizzando ambulatori per l'esecuzione nella medesima giornata di alcune delle prestazioni sanitarie previste nel singolo PAI.

Con l'obiettivo non solo di semplificare il percorso di follow up al paziente cronico, ma anche di contribuire in modo decisivo all'abbattimento delle liste d'attesa, a titolo esemplificativo con particolare riferimento ai pazienti cronici che presentano comorbidità, si propone che gli enti gestori di intesa con gli erogatori offrano al paziente cronico la possibilità di programmare e prenotare dei cd. "pacchetti prestazionali" in un unico accesso.

La finalità è quella di concentrare l'esecuzione di alcuni accertamenti previsti nel PAI, favorendo l'integrazione e la valutazione multiprofessionale del paziente cronico da parte del case manager e dei medici specialisti. Tutto ciò anche al fine di aumentare la percezione da parte del paziente del valore aggiunto derivante dal modello della presa in carico.

In merito alla riorganizzazione delle attività ambulatoriali per la gestione dei percorsi dei pazienti all'interno della presa in carico, verrà richiesta agli erogatori dalla Direzione Generale Welfare la formalizzazione delle azioni messe in atto attraverso la predisposizione di piani attuativi con l'obiettivo di misurarne i benefici. A tal proposito verranno istituiti gruppi di lavoro che valuteranno gli esiti delle singole esperienze in termini di efficacia del modello.

Per una maggiore garanzia dell'attuazione delle prestazioni previste nel PAI, si stabilisce inoltre l'obbligo per gli enti erogatori di formalizzare annualmente specifici accordi con i propri gestori riguardo alla messa a disposizione degli slot dedicati alla cronicità e di trasmetterli all'ATS di riferimento, che interverrà in caso di mancato accordo. In tali accordi dovrà altresì essere regolamentata con specifica clausola di salvaguardia la modalità per rendere nuovamente disponibili gli slot in caso di mancato utilizzo da parte del gestore.

2.5.2. Attività di back office

Aspetto importante per la riuscita della presa in carico è che il medico specialista, prima di iniziare la valutazione clinica del paziente, disponga dell'informazione che si tratta di un paziente cronico inserito in un percorso già definito e con un PAI attivo; ciò al fine di evitare l'attivazione di due percorsi paralleli: la presa in carico da parte del MMG/PLS e la presa in carico specialistica settoriale.

A questo fine può essere utile progettare una preventiva attività di back office da parte di personale appositamente preposto che, attraverso l'ausilio del CUP per l'identificazione del paziente cronico, dia evidenza di questa informazione allo specialista in una lista di lavoro o con altra differente modalità. Lo specialista dovrà inoltre assicurare il raccordo delle prestazioni di controllo con il PAI e con le prestazioni già prenotate dal gestore, al fine di evitare la duplicazione delle prenotazioni.

A supporto dell'attività del medico specialista nella valutazione clinica del paziente, affinché egli disponga delle informazioni relative al percorso di presa in carico già programmate all'interno del PAI, si prevede la possibilità, per il medico specialista e per il personale infermieristico, di accedere in consultazione al FSE del cittadino, in qualità di operatori sanitari aventi in cura il paziente, nell'ambito di una attività di back office sia preventiva sia successiva alla visita prenotata dall'interessato: condizione abilitante è il consenso alla consultazione del FSE prestato dal cittadino.

2.5.3. Percorsi formativi accreditati ECM rivolti a specialisti e personale amministrativo sulla cronicità

Il progressivo aumento del numero dei pazienti "cronici e fragili" determina un maggiore impegno delle istituzioni ad azioni di modifica delle strategie adottate e lo sviluppo di modalità concrete di intervento.

Nella gestione operativa del percorso di presa in carico del paziente cronico riveste particolare importanza la formazione continua delle diverse professionalità coinvolte che dovrebbero possedere formazione e capacità organizzative tali da garantire al cittadino una risposta altamente differenziata ed integrata, in grado di soddisfare i bisogni rilevati connessi al tipo di patologia e di fragilità caratterizzanti la situazione specifica.

Il processo di cura non può e non deve mai essere volto soltanto alla terapia della malattia o del sintomo, quanto alla presa in carico globale della persona.

Lo strumento più significativo in questa direzione è l'implementazione di percorsi formativi accreditati ECM da parte delle ATS, atti a garantire ai professionisti sanitari, in particolare specialisti ospedalieri, MMG e case manager, una formazione continua finalizzata a migliorare il processo di attuazione del percorso di presa in carico.

2.5.4. Stampa promemoria ricette in farmacia

Al fine di facilitare ulteriormente il paziente cronico nella realizzazione dei suoi bisogni di salute e a seguito della sperimentazione avviata nei territori di ASST Rhodense, ASST Lecco, ASST Mantova e ATS Insubria che prevede la stampa, presso la farmacia scelta dal cittadino, del promemoria cartaceo necessario per ogni prescrizione dematerializzata, si

prevede per l'anno 2020, per i pazienti cronici aderenti alla PIC, l'estensione a tutto il territorio regionale del suddetto progetto, adottando soluzioni coerenti con le previsioni di cui alla norma del dossier farmaceutico.

Pertanto, premesso che il cittadino aderente alla PIC (e che ha necessariamente attivato il FSE) potrà oscurare liberamente in ogni momento le prescrizioni erogabili in farmacia, sia in autonomia, sia con il supporto del medico, il medico di medicina generale registrerà tutte le ricette dematerializzate per i farmaci previsti nel PAI, come da normativa vigente, ed il paziente potrà recarsi presso la farmacia prescelta per l'acquisto dei farmaci corrispondenti a ricette erogabili e non oscurate.

E' stato avviato specifico confronto con l'Autorità Garante della privacy al fine di poter estendere il progetto di cui sopra anche nei confronti dei pazienti non cronici, eventualmente anche mediante l'utilizzo di differenti modalità.

2.5.5. Adesioni alla PIC: MMG/PLS e pazienti

Per garantire la prosecuzione della presa in carico, si ritiene opportuno consentire l'adesione continua al modello di presa in carico sia da parte dei MMG/PLS, in forma singola o aggregati in cooperative, sia l'arruolamento dei pazienti.

2.5.6. Elenchi Gestori ed Erogatori

Si stabilisce che gli elenchi attualmente vigenti dei soggetti gestori ed erogatori idonei alla presa in carico dei pazienti cronici manterranno la loro validità, ferma restando la verifica da parte della ATS della permanenza dei requisiti.

Per l'ingresso di nuovi gestori/erogatori negli elenchi dei soggetti idonei, potrà essere presentata in qualunque momento apposita istanza alla ATS territorialmente competente.

Parimenti, i gestori/erogatori che vogliano aggiornare la filiera erogativa precedentemente comunicata e/o modificare i livelli/patologie da prendere in carico, potranno presentare in qualunque momento apposita richiesta all'ATS territorialmente competente.

Gli elenchi dovranno essere aggiornati e pubblicati sui siti delle singole ATS con cadenza almeno trimestrale.

E' fatta comunque salva la facoltà dei gestori/erogatori di comunicare all'ATS la volontà di essere cancellati dai predetti elenchi.

2.5.7. Ammontare delle risorse finanziarie previste

La quota fissa per la funzione di accompagnamento alla presa in carico è quella approvata dalla DGR n. X/6551 del 04/05/2017 successivamente modificata con DGR n. XI/1863/2019.

In sede di assegnazione delle risorse con il Bilancio preventivo 2020, il contributo relativo alla presa in carico sarà determinato tenendo conto del numero di pazienti arruolati e presi in carico nel corso degli anni 2018 e 2019 e verrà individuato con voce specifica.

I valori economici individuati per ciascuna ATS dovranno tuttavia rientrare nello stanziamento massimo stabilito dalla macroarea delle attività della presa in carico.

Allo stesso modo con voce specifica, in sede di certificazione trimestrale, le ATS rendiconteranno lo stato di avanzamento dei costi relativo alla presa in carico. In sede di bilancio consuntivo dovrà essere esposto il costo effettivamente sostenuto per la presa in carico ed evidenziato in una voce ad hoc.

Per garantire liquidità di cassa alle cooperative e per garantire il sostenimento dei costi legati all'attività di presa in carico, si invitano le ATS al rispetto delle scadenze stabilite dalla DGR n. XI/754/2018 relativamente all'erogazione degli acconti, vale a dire nel mese di luglio dovrà essere corrisposto il 75% della tariffa di presa in carico per i PAI validati da gennaio a giugno, e nel mese di gennaio dell'anno successivo dovrà essere corrisposto il 75% della tariffa di presa in carico per i PAI validati da luglio a dicembre.

Il saldo finale, pari al 25%, sarà corrisposto al termine della validità annuale del PAI previa verifica da parte della Commissione istituita, con decreto a firma del Direttore Generale Welfare n. 13492/2019, per il monitoraggio e lo sviluppo degli indicatori che diano evidenza dell'efficacia e dell'effettiva gestione del percorso di cura finalizzato ad una maggiore efficacia nell'erogazione delle prestazioni programmate nel PAI.

2.5.8. Applicazione indicatori di controllo per l'anno 2020 e premialità

Sulla base dell'esito dell'attività della Commissione di cui al decreto sopra richiamato n. 13492/2019, attività che verrà verificata semestralmente, entro il 31/03/2020 verranno specificate le modalità applicative degli indicatori previsti dalla DGR n. XI/1863/2019 al fine della valutazione dei gestori per l'anno 2020.

Alla luce inoltre di quanto stabilito dalla DGR X/6551/2017 al paragrafo 4 - Il Governo del percorso di presa in carico, punto 4.2 Aspetti economici "*Al gestore per il quale l'ATS comprovi una capacità di coniugare appropriatezza ed efficacia di presa in carico ed evidenti benefici per il singolo paziente e per l'intero sistema potrà essere riconosciuta una premialità nell'anno successivo, secondo indicatori che saranno definiti con un successivo provvedimento",* Regione Lombardia intende promuovere il merito ed il miglioramento della performance organizzativa degli enti gestori attraverso l'utilizzo di sistemi premianti selettivi, secondo logiche meritocratiche, attraverso l'attribuzione di una premialità annuale.

Le modalità saranno individuate dalla Commissione dalla cui attività emergerà la performance dei gestori esaminati e verranno definite con successivo provvedimento della Direzione Generale Welfare.

Le risorse destinate all'erogazione di tale premialità sono ricomprese nell'ambito della macroarea della presa in carico.

Si stabilisce inoltre che a parziale rettifica della DGR n. XI/1863/2019, allegato 1, paragrafo "Attività di Monitoraggio e controllo", ai fini del riconoscimento del saldo finale della tariffa di presa in carico relativa ai PAI redatti nell'anno 2018, la descrizione degli indicatori riportati con riguardo al raggiungimento del 30% è così modificata:

- P01 - Indice di congruità di programmazione
- P03.A - Indice di aderenza terapeutica
- P04 - Indice di aderenza ambulatoriale al PAI

- P05.A - Effettuazione Emoglobina Glicata in pazienti diabetici

Con il presente provvedimento si revoca infine la richiesta di invio bimestrale da parte delle ATS delle azioni di monitoraggio raccolte dai gestori, istituita con la circolare prot. n. G1.2017.0017315 del 31/05/2017 avente ad oggetto: "*DGR n. X/6551 del 4 maggio 2017 "Riordino della rete di offerta e modalità di presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili in attuazione dell'art. 9 della Legge Regionale n. 33/2009*" – prime indicazioni operative".

2.5.9. Precisazioni in merito alla fornitura di servizi di telemedicina

Nel merito di quanto disposto dalla DGR 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*", sulla base delle evidenze e delle istanze consolidate a livello regionale nei primi mesi di implementazione delle azioni dalla stessa previste, si ritiene di effettuare, con vigenza dal 1° gennaio 2020, le modifiche di seguito elencate all'Allegato n. 1 paragrafo "Prestazioni previste nei PAI erogabili dal clinical manager MMG/PLS in studio con l'ausilio della telemedicina":

Il capoverso

- Per consentire anche ai medici soci di cooperative di erogare prestazioni sanitarie con l'uso della telemedicina, poiché la cooperativa non può erogare prestazioni sanitarie, si rende necessaria la sottoscrizione di un accordo convenzionale con una struttura erogatrice accreditata per la realizzazione di progetti di telemedicina.

Viene abrogato e sostituito dal seguente:

- Per consentire anche ai medici soci di cooperative di erogare prestazioni sanitarie con l'uso della telemedicina, poiché le attività fornite dalla cooperativa finalizzate alla fornitura di servizi, tecnologie e personale idoneo a supporto dello svolgimento di attività di telemedicina per conto del MMG/PLS socio non hanno la caratteristica di essere prestazione sanitaria in sé (vedi sentenza 17 settembre 2019, n. 38485 della Corte di Cassazione), si stabilisce la possibilità che le cooperative sottoscrivano un accordo convenzionale con una struttura erogatrice accreditata per la realizzazione di progetti di telemedicina.

Il capoverso

- A tal fine le ATS predispongono un elenco sulla base delle manifestazioni di interesse ricevute da parte di erogatori accreditati che si rendono disponibili a fornire questo tipo di servizio, sia ai MMG in forma singola che in forma aggregata; il servizio è comprensivo della fornitura degli strumenti di tipo informatico e tecnologico necessari a svolgere le attività, ove necessario, al fine di garantire appropriatezza e certificazioni di qualità.

Viene abrogato e sostituito dal seguente:

- A tal fine le ATS, sulla base delle manifestazioni di interesse ricevute, predispongono un elenco di erogatori accreditati e di gestori PIC che si rendono disponibili a fornire questo tipo di servizio agli MMG in forma singola e in forma aggregata; il servizio è comprensivo della fornitura degli strumenti di tipo informatico e tecnologico necessari a svolgere le attività; laddove necessario, al fine di garantire appropriatezza e certificazioni di qualità, può essere la cooperativa stessa a fornire i predetti strumenti agli MMG in forma aggregata, a supporto dello svolgimento delle attività.

Il capoverso

- La remunerazione della prestazione svolta in telemedicina, secondo le tariffe determinate dal Nomenclatore tariffario di specialistica ambulatoriale pubblicato annualmente dalla Regione Lombardia, è definita nella percentuale del 70% a favore del medico di medicina generale e nella percentuale del 30% a favore della struttura accreditata, entro i limiti di cui alla DGR n. X/6551/2017, che gestirà la parte amministrativa relativa all'invio del flusso di rendicontazione ed eventualmente anche alla refertazione nel caso specifico che la prestazione sia svolta da parte del medico che non possiede la specializzazione nella disciplina medica per la quale viene erogata la prestazione in telemedicina. Quanto sopra in considerazione della rilevanza dell'impegno del medico che effettua la selezione del paziente eleggibile, organizza gli appuntamenti e il rilascio delle impegnative, esegue la prestazione e provvede alla relativa refertazione, e invia l'impegnativa alla struttura sanitaria accreditata per procedere alla trasmissione dei flussi.

Viene abrogato e sostituito dal seguente:

La remunerazione della prestazione svolta in telemedicina, secondo le tariffe determinate dal Nomenclatore tariffario di specialistica ambulatoriale pubblicato annualmente dalla Regione Lombardia, è definita nella percentuale del 70% a favore del soggetto che garantisce la fornitura degli strumenti di tipo organizzativo, informatico e tecnologico necessari a svolgere le attività; la restante percentuale del 30% è riconosciuta a favore del soggetto che esegue la refertazione specialistica, entro i limiti di cui alla DGR n. X/6551/2017. A titolo esemplificativo si illustrano le seguenti casistiche:

CASO COOPERATIVA: il medico socio di cooperativa che referta è remunerato al 30%; il gestore e l'erogatore che mettono a disposizione la tecnologia e l'organizzazione per l'effettuazione della prestazione in telemedicina sono remunerati al 70%; la cooperativa stipula apposita convenzione con la struttura sanitaria accreditata e a contratto ed invia il flusso di rendicontazione;

CASO MMG SPECIALISTA CON TECNOLOGIA: MMG singolo specialista che referta e ha la tecnologia è remunerato al 70%, stipula apposita convenzione con la struttura sanitaria accreditata e a contratto che invia il flusso di rendicontazione e viene remunerata al 30%;

CASO MMG SPECIALISTA SENZA TECNOLOGIA: il medico singolo specialista che referta ma non ha la tecnologia è remunerato al 30% e deve stipulare apposita convenzione con la struttura sanitaria accreditata e a contratto che gli mette a disposizione la tecnologia. La struttura sanitaria accreditata e a contratto invia il flusso di rendicontazione e viene remunerata al 70%;

L'invio del flusso di rendicontazione è sempre a carico della struttura accreditata.

La quota riservata al MMG specialista che referta viene corrisposta allo stesso con il cedolino; la quota al gestore cooperativa o gestore / erogatore viene remunerata secondo le regole vigenti per corrispondere la quota di presa in carico annuale, la quota per l'erogatore viene garantita con le modalità in atto per il pagamento delle attività di specialistica ambulatoriale: Tutte le risorse di cui al paragrafo precedente sono un di cui delle risorse stanziate per l'esercizio 2020 per le attività di specialistica ambulatoriale.

La Direzione Generale Welfare, in raccordo con ARIA S.p.A., con propri atti successivi fornirà le indicazioni tecniche ed organizzative necessarie a garantire omogeneità a livello regionale alle predette attività, anche con riferimento alle modalità tecniche ed ai requisiti minimi delle tecnologie necessarie per lo svolgimento delle prestazioni.

Le ATS sottoporranno alla Direzione Generale Welfare entro il 30/06/2020 proposte finalizzate ad implementare, per pazienti presi in carico e con PAI attivo, modalità alternative rispetto a quelle in uso per erogare al domicilio prestazioni che non permettono di utilizzare la modalità della telemedicina e che necessitano di portare al domicilio stesso apparecchiature, come può avvenire per la diagnostica radiologica tradizionale. Le predette proposte dovranno valorizzare esperienze eventualmente già in atto e saranno remunerate con la quota del 3 % di cui al paragrafo 6.2.9.

2.5.10. Pazienti in carico alle Unità Spinali

Visti i positivi risultati di alcune progettualità già sviluppate tra cui il "*Progetto Bridge: un ponte tra ospedale e territorio per le persone con disabilità motoria acquisita o congenita*" della ASST Grande Ospedale Metropolitano di Niguarda, si ritiene che i pazienti con gravi disabilità motorie necessitino di una presa in carico caratterizzata da modalità di forte integrazione tra la compente sanitaria e sociosanitaria con l'impiego di equipe multidisciplinari e multiprofessionali. Si stimano circa 200 pazienti afferenti alle Unità Spinali da prendere in carico all'anno con un investimento di risorse fino a un massimo di 600.000. La Direzione Generale Welfare fornirà alle strutture coinvolte ulteriori elementi per la gestione della presa in carico.

3. INQUADRAMENTO ECONOMICO: IL QUADRO DEL SISTEMA PER L'ANNO 2020

Il fabbisogno del Servizio Sanitario Nazionale per l'anno 2020 trova definizione in via programmatoria nella Legge di Bilancio 2019.

In particolare l'art.1 comma 514-516 ha previsto che:

"*514. Per l'anno 2019, il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato è determinato in 114.439 milioni di euro. Tale livello è incrementato di 2.000 milioni di euro per l'anno 2020 e di ulteriori 1.500 milioni di euro per l'anno 2021.*"

"*515. Per gli anni 2020 e 2021, l'accesso delle regioni all'incremento del livello del finanziamento rispetto al valore stabilito per l'anno 2019 è subordinato alla stipula, entro il 31 marzo 2019, di una specifica Intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano per il Patto per la salute 2019-2021 che contempli misure di programmazione e di miglioramento della qualità delle cure e dei servizi erogati e di efficientamento dei costi.*"

"*516. Le misure di cui al comma 515 devono riguardare, in particolare: la revisione del sistema di compartecipazione alla spesa sanitaria a carico degli assistiti al fine di promuovere maggiore equità nell'accesso alle cure;*

a) *il rispetto degli obblighi di programmazione a livello nazionale e regionale in coerenza con il processo di riorganizzazione delle reti strutturali dell'offerta ospedaliera e dell'assistenza territoriale, con particolare riferimento alla cronicità e alle liste d'attesa;*
b) *la valutazione dei fabbisogni del personale del Servizio sanitario nazionale e dei riflessi sulla programmazione della formazione di base e specialistica e sulle necessità assunzionali, ivi comprendendo l'aggiornamento del parametro di riferimento relativo al personale;*

c) *l'implementazione di infrastrutture e modelli organizzativi finalizzati alla realizzazione del sistema di interconnessione dei sistemi informativi del Servizio sanitario nazionale che consentano di tracciare il percorso seguito dal paziente attraverso le strutture sanitarie e i diversi livelli assistenziali del territorio nazionale tenendo conto delle infrastrutture già disponibili nell'ambito del Sistema tessera sanitaria e del fascicolo sanitario elettronico;*
d) *la promozione della ricerca in ambito sanitario;*
e) *il miglioramento dell'efficienza e dell'appropriatezza nell'uso dei fattori produttivi e l'ordinata programmazione del ricorso agli erogatori privati accreditati che siano preventivamente sottoposti a controlli di esiti e di valutazione con sistema di indicatori oggettivi e misurabili, anche aggiornando quanto previsto dall'articolo 15, comma 14, primo periodo, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135;*
f) *la valutazione del fabbisogno di interventi infrastrutturali di ammodernamento tecnologico.*"

Le risorse del Fondo Sanitario previste per l'anno 2020 verranno recepite a bilancio regionale solo a seguito dell'approvazione dell'atto di riparto tra le Regioni e verranno destinate e vincolate al finanziamento delle linee programmatiche individuate in sede di sottoscrizione del Patto della Salute 2019-2021.

Allo stato attuale, le risorse destinabili al finanziamento del Sistema Sanitario Regionale per l'esercizio 2020 sono determinate, in via prudenziale, sulla base delle risorse del Fondo Sanitario Nazionale Indistinto e vincolato ripartite per l'esercizio 2019, tenuto conto dei debiti per mobilità passiva internazionale e degli effetti derivanti dal riparto degli obiettivi di piano e dei Fondi Farmaci Innovativi.

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

3.1. Contesto di riferimento regionale

Le risorse destinate al finanziamento e alla governance del sistema socio-sanitario regionale devono, per l'esercizio 2020, tenere conto in particolare:

- della piena attuazione della L.r. 23/2015 relativamente al consolidamento delle attività finalizzate alla presa in carico;
- di percorsi di efficientamento delle performances, regolati dai criteri di cui al DM 21 giugno 2016 e successivi aggiornamenti normativi;
- del pieno rispetto degli obiettivi di spesa per le varie linee di attività stabiliti a livello regionale attraverso le assegnazioni di risorse compatibili con le norme nazionali. Tali obiettivi sono da ritenersi strategici per il mantenimento dell'equilibrio del sistema socio-sanitario lombardo;
- della integrazione delle attività sanitarie e socio-sanitarie, con particolare attenzione ai bisogni dei pazienti fragili e all'estensione dei servizi ai territori carenti;
- dell'adeguamento delle modalità di assegnazione del finanziamento a funzione, sulla base delle indicazioni del consiglio regionale e dell'agenzia dei controlli.

La programmazione a livello regionale del sistema socio-sanitario definisce le proprie priorità di intervento nelle more di quanto definito a livello nazionale per la destinazione delle risorse previste per l'esercizio 2020 e garantisce il perseguimento del rispetto dell'equilibrio economico finanziario di sistema attraverso percorsi di razionalizzazione ed efficientamento della spesa.

Risultano pertanto strategici gli obiettivi riguardanti il miglioramento delle performances a garanzia della sostenibilità della spesa.

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

Le risorse disponibili per il finanziamento del Servizio Sanitario Regionale, determinate sulla scorta delle fonti citate e delle considerazioni esposte in riferimento al contesto nazionale per l'esercizio 2020, sono quantificate come di seguito.

Risorse parte corrente

19.271,4 ml/Euro, comprensivi del saldo di mobilità extraregionale, ovvero delle risorse destinate al riconoscimento delle prestazioni rese a cittadini di altre regioni, cosi suddivisa:

- 18.864,8 ml/Euro quale quota di finanziamento di parte corrente indistinta compreso il saldo attivo di mobilità;
- 350 ml/Euro quale quota di finanziamento per spese vincolate;
- 30 ml/Euro quale quota stimata di payback;
- 26,6 ml/Euro quale quota stimata per finanziamento prestazioni STP e Personale Esacri.

La somma trova corrispondenza nel Bilancio di Previsione Regionale per l'esercizio 2020, come da DGR n. XI/2341 del 30/10/2019 "*Approvazione della proposta di progetto di legge "Bilancio di Previsione 2020-2022*" e del relativo documento tecnico di accompagnamento.

Risorse parte capitale

Per l'esercizio 2020 vengono destinate da Regione Lombardia risorse per investimenti in ambito sanitario pari a 200 milioni di Euro di cui 100 milioni di euro derivanti dal trasferimento al conto capitale di risorse correnti 2020. Tali risorse potranno essere destinate anche al rinnovamento del parco tecnologico ed allo sviluppo della rete dei presidi territoriali (POT e PreSST).
La somma trova corrispondenza nel Bilancio di Previsione Regionale per l'esercizio 2020.

Finanziamento del sistema

Le risorse del FSR corrente 2020 da destinare, con successivi provvedimenti della Giunta Regionale e delle Direzioni Generali competenti, ammontano complessivamente a **Euro 19.271,4 milioni** e sono definite nei seguenti importi:

Finanziamento Enti del sistema regionale a carico del S.S.R.

Il finanziamento degli Enti del Sistema Regionale è pari a complessivi **Euro 145,2** milioni di Euro:

- Fino a 80,46 ml di Euro per il finanziamento dell'ARPA (Agenzia Regionale per la Protezione dell'Ambiente);
- Fino a 36 ml di Euro per il finanziamento dei contributi di funzionamento di ARIA (Azienda Regionale per l'innovazione e gli acquisti);
- Fino a 2,8 ml di Euro per il finanziamento dei contributi di funzionamento di ILSPA (Infrastrutture Lombarde Spa);
- Fino a 26 ml di Euro per il finanziamento dei costi di Ricerca;

Finanziamento della Gestione Sanitaria Accentrata

Le risorse da destinare al finanziamento di interventi diretti regionali a carico della Gestione Sanitaria Accentrata ammontano a **230,4 ml/Euro**, così ripartite:

- fino a 30,2 ml/Euro per far fronte alle spese dirette regionali sostenute per conto del SSR, nonché per la prosecuzione delle progettualità del Sistema sanitario;
- fino a 157,5 ml/Euro per acquisti di servizi informatici del sistema sanitario, da considerare quale tetto massimo di spesa;
- 42,7 ml/Euro per rimborsi su mutui di anni pregressi per il settore sanitario;

Finanziamento della gestione per le Aziende del sistema

Per quanto attiene la quota per il finanziamento dei costi standard territoriali vengono destinati fino a **18.950,4** ml/Euro (comprensivo di risorse residuali in conto capitale e utilizzi per complessivi 54,7 ml/Euro), da ripartire tra le Aziende Sanitarie secondo le modalità di seguito indicate, tenendo conto dei livelli diretti di spesa e di quelli attribuibili agli erogatori in relazione ai livelli essenziali di assistenza. Ogni macroarea definisce le risorse massime disponibili in correlazione alle attività di cui alle linee programmatiche definite per l'esercizio 2020 con il presente provvedimento.

1. **Macroarea delle prestazioni di ricovero, di specialistica ambulatoriale:**
   è determinata per un importo **fino a 7.510,7 ml/Euro** così composto:
   - fino a **5.175,6** ml/Euro per ricoveri per acuti; Il valore è comprensivo delle risorse di cui alla legge regionale 7/2010 che per l'anno 2020, in continuità con l'esercizio precedente, sono determinate per un importo fino a un massimo di 199,3 ml/Euro, di cui 62,3 ml/Euro per i soggetti privati.
   - fino a **2.335,1** ml/Euro per prestazioni di specialistica ambulatoriale.

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

2. **Macroarea delle prestazioni di assistenza farmaceutica, assistenza integrativa e protesica, determinata per un importo fino a 3.852 ml/Euro, di cui 32 ml/Euro in parte capitale:**
   - fino a 3.485 ml/Euro relativamente all'assistenza farmaceutica territoriale e ospedaliera;
   - fino a 367 ml/Euro per l'erogazione dell'assistenza integrativa e protesica. Nello stanziamento di questa voce sono compresi 32 milioni di Euro per finanziamento con risorse di c/capitale di beni durevoli;

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

3. **Macroarea delle prestazioni di Medicina di Base, Psichiatria e Neuropsichiatria infantile, determinata per un importo fino a 1.390,8 ml/Euro di cui:**
   - fino a 868,8 ml/Euro per le attività di medicina territoriale di base, compresi i progetti per ambulatori al sabato;
   - fino a 477,7 ml/Euro per prestazioni relative all'assistenza psichiatrica e di Neuropsichiatria Infantile;
   - fino a 44,3 ml/Euro per la remunerazione dell'assistenza penitenziaria, da assegnare alle aziende sanitarie pubbliche interessate;

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

4. **Macroarea Unità di Offerta Sociosanitarie, per un importo fino a 1.785,7 ml/Euro** da finanziare a carico del FSR indistinto, destinati al finanziamento delle Unità di offerta

sociosanitarie residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali e domiciliari rivolti a soggetti fragili, anziani, disabili, alle famiglie e all'area delle dipendenze e del fine vita, comprese le cure palliative domiciliari e residenziali, gestioni dirette delle UDO, ADI e Sperimentazioni comprensive della quota finanziata attraverso utilizzi contributi.
Indicativamente il finanziamento è scomponibile nelle seguenti aree:

- Residenziale 1315,1 ml/Euro;
- Semiresidenziale 184,9 ml/Euro;
- Domiciliare 149,7 ml/Euro;
- Ambulatoriale 90,1 ml/Euro;
- Altro 45,9 ml/Euro.

5. **Macroarea delle attività della presa in carico, per un importo fino a 155,4 ml/Euro da destinare:**
   - fino a 53 ml/Euro per il finanziamento delle attività di presa in carico, di cui fino a 13 ml/Euro per la presa in carico proattiva di assistiti cronici da parte MMG/PLS aderenti al modello organizzativo regionale;
   - fino a 50,4 ml/Euro, al finanziamento delle misure istituite ex D.G.R n. X/116/2013 e s.m.i. comprensivi della quota finanziata attraverso utilizzi contributi;
   - fino a 52 ml/Euro al finanziamento delle attività per subacuti comprese le attività ai sensi dell'art. 15 comma 13 lettera c) bis della L. 135/2012;

6. **Macroarea Emergenza Urgenza, per un importo fino a 236 ml/Euro** per le spese di funzionamento, le attività di emergenza urgenza/118 di competenza dell'AREU, il soccorso alpino, le funzioni connesse alle attività del CRCC, al trasporto organi oltre ai costi di gestione per il servizio emergenza NUE 112 - Numero Unico Europeo; l'importo potrà trovare aggiornamento per effetto di eventuali provvedimenti di riorganizzazione e ridefinizione del livello di finanziamento delle attività di emergenza urgenza/118;

7. **Macroarea Obiettivi PSSR, Progetti P.S.N, Equiparazione Finanziaria, determinata per un importo fino a 1.100,5 ml/Euro**
   Il valore comprende le risorse per dare attuazione agli obiettivi PSSR e all'implementazione dei percorsi ospedale territorio. Tale valore tiene conto anche delle azioni programmate di efficientamento del sistema e razionalizzazione della spesa. Nell'ambito della macroarea sono garantite le risorse per il co-finanziamento delle Risorse Aggiuntive Regionali;

8. **Macroarea delle attività istituzionali delle ATS e ASST,** per un importo complessivo pari a **928,1 ml/Euro,** di cui fino a 844 da destinare alle attività dei Dipartimenti Veterinari, Prevenzione e altre attività territoriali (comprensivi della prosecuzione delle attività già avviate PIL, Laboratori malattie infettive e disinfestazione arbovirosi), fino a 84 milioni di Euro per l'offerta del piano nazionale vaccini e screening, fino a 0,1 milioni di Euro per supporto rete MTS città metropolitana;

ULTERIORI LINEE DI ATTIVITA', fino a **1.891,2 ml/Euro**, da destinare:

- fino **a 817,5 ml/Euro** per l'attribuzione di funzioni non tariffabili alle strutture erogatrici pubbliche e private così suddivise:
  - fino a 702 ml/Euro per erogatori pubblici;
  - fino a 115,5 ml/Euro per erogatori privati;
- **fino a 784 ml/Euro** per saldo di mobilità extra regionale, da trasferire agli erogatori del sistema, sulla base dell'effettiva produzione e coerentemente con la normativa di riferimento;
- **fino a 289,7 ml/Euro** ad un Fondo di riserva da destinare:

  - fino a 191,2 ml/Euro, ai rinnovi contrattuali delle dirigenze, comparto, MMG, MCA, PLS e Sumaisti;
  - fino a 1,4 ml/Euro, alla realizzazione della Banca Gameti;
  - fino a 0,9 ml/Euro, al finanziamento del Centro di riferimento regionale per la qualità dei servizi di medicina di laboratorio;
  - fino a 6 ml/Euro, al finanziamento delle politiche sociali volte a rafforzare le misure B1;
  - fino a 15 ml/Euro, per l'attuazione/prosecuzione di attività già programmate/avviate nell'esercizio 2019;
  - fino a 12,2 ml/Euro per il finanziamento di attività programmate per il 2020 i cui atti attuativi verranno assunti nel presente esercizio;
- **fino a 63 ml/Euro**, per mobilità passiva extra regionale e internazionale non compresa nelle linee di attività precedenti.

Il finanziamento di parte corrente 2020 sarà assegnato ad ogni singola Azienda Sanitaria con atto del Direttore Generale Welfare e del Direttore dell'Area Finanza della Presidenza tenuto fermo, per tutte le Aziende, l'obiettivo dell'equilibrio economico finanziario sulla base delle risorse assegnate con provvedimento regionale.

Si ritiene di confermare, per quanto compatibile con il presente provvedimento, ciò che è stabilito nelle determinazioni in merito al finanziamento degli anni precedenti.
A completamento del quadro di riferimento è d'obbligo precisare che l'accesso alle risorse del finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale a cui concorre lo Stato è sottoposto alla verifica positiva degli adempimenti regionali, a legislazione vigente, nelle modalità già definite, ed è relativa a circa il 1% del finanziamento complessivo, che per Regione Lombardia vale circa 180 ml/Euro.

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

Di seguito si precisano le principali linee di governance per il mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario per l'esercizio 2020.

3.4. Razionalizzazione della spesa ed efficientamento del Sistema

Le linee d'azione per l'anno 2020 riguardanti la razionalizzazione della spesa sanitaria nell'aggregato dei Beni & Servizi e per il perseguimento dell'obiettivo di efficientamento e appropriato uso dei fattori produttivi dovranno:
1. garantire, in continuità con l'anno 2019, il conseguimento di risparmi derivanti dall'adesione piena e puntuale al sistema di acquisti centralizzati (Aria S.p.a. e Consip S.p.a.) e aggregati. Nel particolare le Aziende dovranno rendere effettivi a Bilancio 2020 per l'intero esercizio i risparmi relativi alle adesioni alle convenzioni centralizzate riguardanti in particolare i servizi non sanitari aggiudicati nell'anno 2019; garantire l'applicazione di quanto previsto nell'allegato della D.G.R. n. XI/491 del 02/08/2018 riguardante: "*Procedure negoziate senza previa pubblicazione di un bando di gara nel caso di forniture e servizi infungibili e/o esclusivi*" per avere una completa adesione alle procedure centralizzate Aria S.p.a. relative ai dispositivi medici ed avere una percentuale residuale di acquisti in autonomia. In questo ambito Direzione Generale Welfare e Aria S.p.a., con gli specialisti sanitari delle aziende, lavoreranno per rendere complete le convenzioni per categoria merceologica, lavorando per una omogeneizzazione dei fabbisogni;
2. pianificare gli eventuali incrementi nell'utilizzo e spesa dei dispositivi medici ad alto costo che dovranno essere concordati preventivamente in sede di negoziazione del preventivo 2020 anche alla luce degli atti programmatori di Regione in merito all'applicazione del Decreto 2 Aprile 2015, nr. 70. Diventa sempre più determinante un'attività programmatoria

sui fattori produttivi che permetta a Direzione Generale Welfare di avere un puntuale controllo sulla spesa di Beni & Servizi.
3. supportare la funzione acquisti attraverso anche le analisi della funzione controllo di gestione, utilizzando i benchmarking regionali e nazionali per incrementare l'efficienza del singolo processo produttivo attraverso confronti con altre realtà sia pubbliche che private, nonché migliorare i costi dei processi sanitari, ragionando nella loro interezza, come presa in carico del paziente sia nella fase acuta che in quella di accompagnamento sul territorio;

Sulla base degli esiti derivanti dalle verifiche del posizionamento delle singole aziende rispetto a quanto previsto nella legge 28 dicembre 2015, n. 208 (art. 1, commi da 521 a 527) modificata dalla legge 232/2016 e successivo Decreto Ministeriale del 21 giugno 2016, nel corso dell'esercizio 2020, per le aziende i cui indicatori riflettono performance non positive, verranno affrontati, congiuntamente con gli Uffici Regionali, percorsi di efficientamento volti ad assicurare il miglioramento degli indici, al fine di garantire comportamenti virtuosi nell'utilizzo delle risorse per il rispetto dell'equilibrio economico-finanziario nel rispetto dell'erogazione dei livelli di assistenza.
I principi espressi nel Decreto Ministeriale del 21 giugno 2016, che vanno nella direzione di migliorare i ricavi o l'assorbimento dei fattori produttivi, sono i seguenti:
a) le aziende dovranno lavorare cercando di perseguire la saturazione delle risorse disponibili;
b) perseguimento dell'efficienza produttiva in termini di quantità e/o prezzo dei fattori produttivi impiegati.
Gli interventi di razionalizzazione dei fattori produttivi potranno essere effettuati agendo:
a) sulla quantità assorbita/consumata di fattore produttivo a parità di produzione;
b) sul prezzo d'acquisto unitario dei fattori produttivi, sfruttando gli esiti delle procedure centralizzate ed agendo attraverso le attività di rinegoziazione possibili, attraverso la comparazione delle esperienze d'acquisto delle altre aziende pubbliche e private;
c) sul mix di fattori produttivi assorbiti a parità di produzione. A tal fine è importante estendere l'analisi a livello di Unità Operativa/Specialità ed utilizzare gli indicatori provenienti dalle contabilità analitiche aziendali;
d) tali indicatori permetteranno alle ASST e IRCCS di definire il piano di raggiungimento del risultato previsto, indicando degli obiettivi quantitativi per classi omogenee di spesa e per singolo fattore produttivo, anche alla luce del trend storico degli stessi, andando a incidere sulle aree di minore efficienza.

Si rammenta, inoltre, come meglio specificato nella sezione relativa al controllo di gestione, che la predisposizione dei nuovi modelli dei Conti di Presidio introdotti a livello nazionale permetterà di confrontare puntualmente il livello di efficienza dei diversi presidi aziendali e l'incidenza dei singoli fattori produttivi.

3.5. Obiettivi economici dell'aggregato costi Beni e Servizi

L'assegnazione degli obiettivi economici per beni e servizi sarà effettuata partendo dall'incidenza dei fattori produttivi (suddivisi per classi omogenee) sulla produzione aziendale comparata con la media regionale.
Le classi omogenee di spesa di B&S sono così definite:
1. Area Dispositivi Medici;
2. Area Farmaci Ospedalieri;
3. Area Altri Beni e Servizi;
4. Consulenze, collaborazioni, interinali e comandi.

Per ogni azienda verrà definito un obiettivo che, per le classi di spesa omogenee di B&S sopra evidenziate, terrà conto:

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

La riduzione media di sistema prevista per ASST e IRCCS è dello 0,9% sul valore dei B&S al netto delle sterilizzazioni (AREU, utilizzi contributi, contributi dell'anno, File F, HCV, Doppio Canale e primo ciclo, Premi assicurativi RCT/RCO) – classi Dispositivi Medici e Altri Beni e Servizi – sezionale SAN. Eventuali risparmi a livello di sistema potranno essere destinati al sostenimento di costi relativi all'innovazione tecnologica.

La riduzione summenzionata non si applica sulle classi farmaci ospedalieri e consulenze, collaborazioni, interinali e comandi.
Relativamente ai costi per consulenze, collaborazioni, interinali e comandi, si rimanda alle specifiche indicazioni previste nel paragrafo relativo al costo del personale.
Per le ATS la riduzione verrà applicata rispetto al trend storico analiticamente per ogni agenzia.
La riduzione sarà calcolata sulla proiezione di chiusura dell'esercizio 2019. Gli obiettivi verranno eventualmente rimodulati, in corso d'anno, in base alla chiusura definitiva del bilancio di esercizio 2019. Il livello dei beni e servizi dovrà essere monitorato durante l'esercizio 2020 da ogni singola azienda, tenendo conto dei livelli e delle aree di produzione e rappresentato correttamente in sede di Certificazione Trimestrale.

3.6. Area Bilanci

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

Nelle more dell'approvazione aziendale del Bilancio Preventivo Economico per l'esercizio 2020 le Aziende dovranno operare in dodicesimi sulla base di quanto definito con il decreto di assestamento 2019, tenendo conto delle disposizioni contenute nel presente provvedimento.

I Bilanci preventivi economici per l'esercizio 2020 dovranno essere approvati in base alle disposizioni del D.lgs. n. 118/2011 e seguenti, e secondo gli Schemi di Conto Economico Ministeriale aggiornati di cui al DM 24/05/2019, in relazione ai contenuti del presente atto e delle linee di indirizzo operative nonché sulla base degli obiettivi economici assegnati.

Nei decreti di assegnazione delle risorse per l'anno 2020 saranno esplicitati, i valori per le varie tipologie di spesa che dovranno essere pienamente rispettati nelle allocazioni di bilancio e dovranno essere considerati vincoli gestionali, al fine del mantenimento dell'equilibrio aziendale e di sistema; come tali saranno oggetto di puntuale monitoraggio in corso d'anno.

In continuità con l'attività avviata nel 2019, anche per l'esercizio 2020, verrà istituito un Tavolo composto dagli Uffici della Direzione Generale Welfare, dalla UO Economico Finanziaria della Presidenza e coordinato dal Direttore Generale Welfare, per la concertazione degli obiettivi di attività ed economici in modo da garantire le specificità aziendali e i fabbisogni di Sistema.

Tenuto conto della tempistica di sottoscrizione dei contratti di produzione sanitaria per l'anno 2020, gli obiettivi definitivi dell'esercizio, a seguito dei Tavoli di cui sopra, verranno recepiti con un ulteriore Decreto di Assegnazione di rimodulazione delle risorse per l'anno 2020.

Anche per l'esercizio 2020, è richiesto il diretto coinvolgimento del Collegio Sindacale nelle varie fasi che accompagnano il processo di bilancio e di revisione dei processi aziendali per una maggior ottimizzazione delle risorse. In particolare ai Collegi Sindacali è richiesto, oltre a quanto stabilito dalle norme:

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

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

Con specifica circolare verranno definite le tempistiche di redazione e le modalità di invio dei bilanci preventivi 2020, che dovranno essere approvati dalla Giunta Regionale.

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

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

3.6.1. Certificazioni Trimestrali

I Direttori Generali, in occasione delle certificazioni trimestrali ai sensi della L.R. n. 33/2009, nonché dell'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005 e s.m.i., sono tenuti a rispettare puntualmente i tempi di invio dei flussi economici e ad attenersi scrupolosamente alle linee guida in materia contabile che verranno di volta in volta fornite.
In sede di monitoraggio trimestrale le Aziende socio-sanitarie sono tenute al rispetto del vincolo inderogabile definito dai valori appostati a Bilancio Preventivo.
In linea generale non saranno consentiti travasi di risorse tra le varie voci di bilancio, salvo esplicita autorizzazione da recepire con apposito decreto delle direzioni DG Welfare e Presidenza.
Come effettuato nel corso del 2018 e del 2019, a seguito di invio dei Flussi economici verranno messi a disposizione tramite la Piattaforma SCRIBA gli esiti delle seguenti verifiche derivanti dalla reportistica di controllo automatica dei Bilanci, al fine del riallineamento contabile aziendale agli obiettivi/vincoli regionali:

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

Inoltre con cadenze periodiche verranno effettuati i seguenti controlli:

- verifica della corretta allocazione dell'assegnazione per File F, HCV, Doppio Canale e Primo Ciclo;
- verifica della corretta allocazione dell'assegnazione di sangue ed emoderivati;
- andamento entrate proprie
- osservazioni specifiche per singola Azienda;

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

3.6.2. Armonizzazione dei sistemi contabili regionali e aziendali

In continuità con le regole degli esercizi precedenti saranno fornite indicazioni in attuazione alle disposizioni del D.lgs. 118/2011 per raccordare le nuove voci di CE MIN ed SPMIN con la Gestione Sanitaria Accentrata (GSA).

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

A seguito del percorso già avviato con DGR n. X/5844 del 18 novembre 2016 e con Decreto n. 6245 del 7 maggio 2019 per la redazione del Bilancio Consuntivo 2018 ("*Linee Guida per la regolarizzazione contabile delle posizioni debitorie e creditorie pregresse delle Aziende Socio Sanitarie"),* nel corso del 2020 si proseguiranno le attività per la chiusura di tali partite e correlata regolazione finanziaria.
Come indicato in dette Linee Guida è richiesto, in via prioritaria, alle ATS di procedere ad ultimare le attività di verifica ed a comunicare agli Uffici Regionali competenti della DG Welfare e della Presidenza – Area Bilancio e Finanza, entro e non oltre il 31 gennaio 2020, gli esiti di tali verifiche (importo e natura di ulteriori posizioni da stralciare su partite pregresse).
La regolarizzazione finanziaria di cui sopra, come indicato in dette Linee Guida, verrà guidata da Regione Lombardia ed avverrà per il tramite di appositi atti, con evidenza della tracciatura degli importi pagati e soggetto creditore e debitore.

3.6.4. Pubblicazione Bilanci e Regole Trasparenza

Si conferma l'obbligo di pubblicazione integrale dei dati di bilancio nel sito internet Aziendale entro trenta giorni dalla data di adozione e si richiama l'attenzione in merito ai nuovi adempimenti previsti dalla normativa sulla Trasparenza ("Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n.

33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni Pubbliche" e s.m.i.).

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

Nel corso del 2019 si sono sostanzialmente completate le aree mancanti del Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) dei bilanci degli Enti del SSR di cui alla L.R. n. 23/2015, per le quali la D.G.R. n. 7009/2017 aveva previsto l'approvazione e la progressiva implementazione delle relative procedure (Area E) Rimanenze, Area F) Crediti e Ricavi, Area G) Disponibilità Liquide e Area I) Debiti e Costi).
Parallelamente al percorso realizzato dalle Aziende sanitarie pubbliche sono stati attuati i percorsi previsti dal PAC con riferimento alla Gestione Sanitaria Accentrata (Area B) e al Consolidato del Servizio Sociosanitario Regionale (Area C).
Al termine delle diverse fasi che hanno portato tutte le Aziende e la Regione a dotarsi di procedure scritte di gestione degli aspetti amministrativo-contabili, emerge la necessità di dare continuità al percorso PAC, sia affinando le procedure stesse, sia prevedendo attività di verifica in ordine alla realizzazione dei seguenti obiettivi:
a) Consolidamento del percorso attuato da ciascuna azienda interessata con particolare riferimento alla necessaria attività di monitoraggio (interno ed esterno) dell'effettivo livello di implementazione delle procedure tramite definizione di strumenti per l'auto-valutazione;
b) Attività di "manutenzione" delle procedure aziendali approvate nel corso del PAC;
c) Indirizzamento ad un attento presidio degli aspetti amministrativo-contabili presso le funzioni di Internal Auditing, sia, in generale, presso il personale appartenente alle diverse funzioni aziendali;
d)Approfondimento di eventuali profili di criticità amministrativo-contabili connessi in particolare con alcune fattispecie e modalità organizzative e gestionali proprie della realtà lombarda (anche attraverso la costituzione di gruppi di lavoro interaziendali) al fine di affinare le relative procedure in materia;
e) Identificazione di modalità e procedure propedeutiche alla certificazione di singoli bilanci aziendali.

Si conferma che il rispetto degli adempimenti previsti nell'ambito di questa nuova fase di consolidamento del percorso PAC costituisce obiettivo strategico da valutare in sede di obiettivi dei Direttori Generali.

3.6.6. Gestione finanziaria

Si conferma il ruolo di governance finanziaria in capo alle ATS a livello territoriale precisando la responsabilità in tema di erogazione dei saldi finanziari secondo competenza temporale al fine di garantire il puntuale rispetto dei tempi di pagamento e di evitare ricorsi ad anticipazioni di tesoreria.
Per garantire una corretta programmazione finanziaria e conseguente erogazione ai soggetti interessati viene confermato lo strumento denominato "Scheda di raccordo Economico-Finanziario".
Per l'anno 2020 la percentuale di trasferimento degli acconti mensili alle aziende del sistema regionale è fissata nella percentuale massima del 95%. I saldi annuali saranno erogati a seguito delle assegnazioni definitive, della determinazione delle funzioni non tariffate nonché sulla base delle rendicontazioni per le attività relative ai progetti finanziati con risorse del FSR corrente.
Si richiama il divieto di utilizzo dell'anticipazione di Tesoreria. Eventuali oneri legati all'utilizzo di anticipazione di tesoreria verranno valutati in sede di obiettivo dei Direttori Generali.

Qualora si manifestassero esigenze straordinarie di cassa, oltre i limiti dei finanziamenti assegnati, l'Azienda dovrà inoltrare apposita e motivata richiesta alla Direzione Generale Welfare al fine di ottenere eventuali anticipazioni finanziarie da restituire secondo un piano da concordare secondo quanto disposto dalla L.R. 5 agosto 2014 n.24.
Sempre al fine di una puntuale gestione finanziaria si richiama l'attenzione delle UOC Economico Finanziarie delle aziende sanitarie a verificare che, in corso d'esercizio, vengano inoltrate con la dovuta puntualità le istanze relative agli smobilizzi dei contributi in conto capitale e degli specifici fondi accantonati, anche al fine di evitare un inappropriato utilizzo della cassa corrente, che non potrà più essere garantita a supporto di tale tipologia di pagamenti.
E' richiamata l'attenzione delle aziende ad una puntuale gestione finanziaria delle risorse compreso lo smobilizzo dei crediti verso soggetti terzi al sistema oltre che ad una puntuale verifica dello stato di indebitamento.

Trasferimenti da Regione alle Aziende Sanitarie pubbliche

I trasferimenti da Regione alle Aziende Sanitarie pubbliche avverranno attraverso acconti mensili nella percentuale massima del 95% sulla base delle linee già definite nell'apposita scheda di raccordo economico-finanziario.
In continuità con gli esercizi precedenti, per le aziende interessate da posizioni debitorie pregresse, verrà trattenuta la cassa relativa agli ammortamenti.

Trasferimenti di cassa tra ATS ed erogatori di appartenenza territoriale

Si conferma il ruolo programmatorio delle ATS previsto dalla L.r.23/2015 per favorire un innovativo modello di governance del sistema socio-sanitario anche a livello economico e finanziario.
Le ATS dovranno adottare una metodologia standardizzata e condivisa per il calcolo degli acconti mensili alle Aziende pubbliche del proprio territorio, regolando le rimesse mensili sia in base al valore contrattato che alla reale produzione del singolo erogatore, in sinergia con la programmazione regionale. Le ATS oltre a garantire un regolare monitoraggio dovranno acquisire dalle Aziende, anche attraverso il Piano dei Flussi di cassa prospettici, gli elementi necessari ad impostare un'adeguata programmazione dei flussi finanziari al fine di consentire la corretta pianificazione delle rimesse di cassa reale.

Trasferimenti verso erogatori pubblici

Per l'esercizio 2020 sarà necessario:

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

Trasferimenti verso erogatori privati

- garantire acconti mensili fino al 95% di tutte le prestazioni sanitarie a contratto/convenzione, comprese le funzioni non tariffate, ad eccezione del valore della produzione per cittadini extra regione, fissato nell'80% attualizzando quanto già disposto con specifica delibera di Giunta già emanata;
- assicurare, agli aventi diritto, gli acconti relativi alle maggiorazioni tariffarie ex L.R. n. 7/2010, in misura non inferiore al 60% del valore dell'ultima validazione formale;
- regolare i saldi infrannuali, laddove previsti, non oltre il mese successivo alle scadenze pattuite nei contratti;
- regolare i saldi definitivi entro 60 giorni dalla validazione regionale, compatibilmente con l'espletamento dei controlli di competenza, fatto salvo il contenzioso comprovato.

Pagamenti verso fornitori

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

Si richiama il rispetto degli adempimenti previsti dal D.P.C.M 22/9/2014: Indicatore di tempestività dei pagamenti.
Nel 2020 si dovranno rafforzare le attività di alimentazione dei dati da aggiornare sulla Piattaforma dei Crediti Commerciali (PCC), ponendo attenzione alla completezza delle informazioni trasmesse e all'allineamento delle stesse con le risultanze del sistema contabile.
Particolare attenzione dovrà essere prestata alla gestione del debito scaduto e delle poste in contenzioso.
Si richiamano sul punto gli adempimenti previsti dalla legge di Bilancio 2019 (L.145/2018) ed in particolare da quanto stabilito ai commi 860, 861, 865, 866 ed 867 dell'articolo 1 in materia di tempi di pagamento e debito commerciale residuo.
Il rispetto dei tempi di pagamento e la corretta e completa alimentazione della PCC saranno considerati **obiettivi strategici dei Direttori Generali**.

Ulteriori disposizioni

Flussi economici emocomponenti ed emoderivati:

Al fine di una corretta e puntuale contabilizzazione delle partite è evidenziata la necessità di acquisire a sistema i dati relativi alle cessioni tra aziende di Emocomponenti ed Emoderivati entro e non oltre la fine del mese successivo al trimestre di riferimento (es. entro il 30/4, 31/7, 31/10, 31/1). Tali dati dovranno essere raccolti ed elaborati per il tramite della Piattaforma Flussi di Regione Lombardia, sotto diretta Responsabilità della Struttura Regionale di Coordinamento e di AREU con il supporto di Aria.

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

L'attività del Nucleo operativo di Controllo Contabile si espleterà nel 2020 attraverso visite presso le ASST/IRCCS/ATS in ambiti contabili riguardanti la Contabilità generale ovvero la Contabilità analitica/Controllo di Gestione. Le aree tematiche sottoposte a controllo verranno raccordate al percorso di Certificabilità dei Bilanci verificando l'applicazione delle procedure già approvate dalle aziende.

Adempimenti LEA (Livelli Essenziali di Assistenza)

Il rispetto di tali adempimenti (Griglia Lea e Adempimenti MEF) costituirà obiettivo per le aziende sanitarie.

3.7. Partenariato pubblico privato

Il fenomeno del Partenariato Pubblico Privato (PPP) si è diffuso negli ultimi decenni come alternativa per le Pubbliche Amministrazioni per la realizzazione di opere pubbliche o di pubblica utilità o per la gestione dei servizi di interesse economico generale.

Esso include una vasta gamma di istituti caratterizzati, in generale, dalla cooperazione tra settore pubblico e settore privato, in cui il pubblico assume il ruolo di committente al quale spetta la definizione degli obiettivi della collaborazione e la supervisione, mentre il settore privato interviene per finanziare il progetto ed eventualmente gestire la fornitura dei servizi ad esso connessi.

Ancorché lo strumento presenti significative potenzialità anche in termini di crescita dei servizi ai cittadini, l'esperienza ha evidenziato che spesso, tuttavia, sono motivazioni di ordine contabile o l'assenza di risorse pubbliche a far propendere l'Amministrazione verso la scelta di forme di PPP rispetto alle forme tradizionali di approvvigionamento di servizi o di realizzazione delle opere pubbliche, magari senza un'adeguata ponderazione degli investimenti a lungo termine, complice una legislazione che sino al 2016 poco disponeva su una materia tanto delicata e complessa.

Dopo l'entrata in vigore del nuovo Codice dei Contratti (d.lgs. 50/2016 e s.m.i.) la normativa in tema di Partenariato Pubblico Privato (PPP) è stata profondamente innovata, definendo con maggior dettaglio diversi aspetti della tematica, che spaziano dalla nozione di equilibrio economico finanziario alla corretta allocazione dei rischi tra la Pubblica Amministrazione aggiudicatrice e l'operatore economico privato.

Ed è proprio il fattore "rischio" che –nelle sue varie tipologie– costituisce il tratto qualificante del partenariato pubblico privato, tanto nel suo momento genetico, quanto durante la sua esecuzione, tenuto conto che per la lunga durata che sovente contrassegna le PPP, il mantenimento del rischio in capo all'affidatario è un fattore indispensabile per garantire una corretta gestione della fase di esecuzione del contratto e l'effettivo e pieno soddisfacimento dei bisogni e degli interessi pubblici che hanno indotto la PA a percorrere tale soluzione gestionale.

La complessità di tali operazioni e la loro rilevanza economica implicano d'evidenza scelte strategiche che vanno al di là delle singole esigenze aziendali, giacché impattano non solo sul bilancio specifico dell'Azienda Sanitaria coinvolta, ma altresì, di riflesso, sui piani di investimento e sviluppo di Regione Lombardia.

Per tale ragione, affinché i bisogni che provengono dalle singole Aziende siano intercettati in un'efficace pianificazione di sviluppo e in una concreta implementazione dei Programmi pluriennali regionali, si ritiene di dare mandato alla Direzione Generale Welfare, di concerto con la Direzione Centrale Bilancio e Finanza, di istituire nel corso dell'esercizio 2020 un gruppo di lavoro multidisciplinare che approfondisca la tematica e predisponga apposite linee guida in materia di PPP, anche al fine potenziale di individuare al massimo n. 3 proposte sperimentali di partenariato meritevoli di sviluppo rispetto a forme tradizionali di approvvigionamento.

Nelle more della conclusione delle attività del Gruppo di Lavoro, le Aziende sono pertanto invitate a soprassedere dall'avvio di autonome iniziative di partenariato non ricadenti in atti programmatori regionali e, in caso di ricezione di proposte di PPP da parte di operatori economici privati, nella predisposizione della documentazione da inviare alla Regione per il necessario parere in considerazione dell'impatto pluriennale sul bilancio, ad attenersi alle indicazioni di cui all'art. 183, comma 5, d.lgs. 50/2016 s.m.i.

4. AREA CONTROLLO DI GESTIONE

Le aziende, nell'ambito del proprio sistema di controllo direzionale, dovranno rafforzare il processo di programmazione strategica, verificare costantemente la coerenza tra quanto programmato e quanto realizzato e perseguire gli obiettivi di efficientamento della spesa, razionalizzazione nell'utilizzo dei fattori produttivi e controllo dei fabbisogni. Ciò dovrà avvenire attraverso strumenti quali la programmazione interna aziendale (budget), la contabilità analitica, gli indicatori di performance (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).
Anche per il 2020, la Direzione Generale Welfare proseguirà l'attività di raccolta e analisi puntuale di tali strumenti, al fine di segnalare alle aziende eventuali errori e di condividere proposte per migliorare la qualità del dato complessivo e potenziare l'efficacia degli strumenti stessi, nonché di fornire sia a Regione Lombardia che alle aziende del S.S.R. strumenti di monitoraggio del trend dei costi e della correlata produzione.

A partire dai dati relativi all'esercizio 2019, inoltre, le aziende dovranno predisporre i nuovi modelli ministeriali CP (Conto di Presidio) e LA di cui al Decreto Ministeriale 24 maggio 2019.

Per quanto riguarda il modello LA, le aziende dovranno compilare il nuovo modello come di consueto, quale allegato al bilancio di esercizio, ferme restando le modifiche introdotte dal Ministero (tra cui, in particolare, la necessità di allocare sui Livelli di Assistenza anche una parte dei ricavi).

Per quanto riguarda il modello CP (Conto di Presidio), la Direzione Generale Welfare metterà a disposizione delle aziende un report elaborato sulla base dei dati contenuti nel flusso di contabilità analitica regionale che costituirà la base per la compilazione del modello ministeriale, da elaborare a cura delle aziende in via differita rispetto al bilancio di esercizio nel rispetto del vincolo di quadratura con il modello ministeriale CE e di coerenza con il modello ministeriale LA. Al fine di garantire la qualità di tale base, 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, 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 devono essere coerenti tra loro non solo a livello di totali, ma anche a livello di singoli livelli di assistenza (le fasi 3 e 4 del modello CP (Conto di Presidio), infatti, prevedono che, su ciascuna voce del modello, il totale di presidio sia ripartito anche sui livelli essenziali di assistenza) e visto che essi devono essere inviati con periodicità differenti (il modello LA allegato al bilancio e il modello CP (Conto di Presidio) differito), si raccomanda la massima accuratezza nella rilevazione dei dati di contabilità analitica che costituiscono le fondamenta di entrambi, al fine di prevenire qualsiasi disallineamento nei dati.

Si ricorda 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.
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 i nuovi modelli ministeriali.

5. AREA ACQUISTI

5.1. Il sistema degli acquisti del servizio sanitario regionale

Regione Lombardia coordina per l'anno 2020 l'organizzazione del sistema degli acquisti regionale, già descritto nella Delibera n. XI/1046 del 17/12/2018, con il quadro normativo dettato dal legislatore nazionale in tema di acquisti degli Enti Sanitari.

Eventuali modifiche all'organizzazione esistente potrebbero essere apportate in particolare con la Legge di Stabilità nazionale per l'anno 2020 e con la definizione dei requisiti tecnico organizzativi per l'iscrizione all'elenco di cui all'articolo 38 (qualificazione delle stazioni appaltanti e centrali di committenza) del Nuovo Codice degli Appalti Decreto Legislativo 18 Aprile 2016 n.50.

Anche al fine di promuovere l'efficienza nelle aree tecniche e nelle aree acquisti, in suballegato n. 1 "*Indicazioni per la definizione del regolamento relativo all'applicazione dell'articolo 113 del D.Lgs. N. 50/2016 – Incentivi per funzioni tecniche*" vengono fornite indicazioni per l'utilizzo degli incentivi di cui all'art. 113 D.Lgs. 50/2016.

5.2. Normativa approvvigionamento enti sanitari e utilizzo delle piattaforme telematiche SINTEL e NECA

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

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

2) gli Enti Sanitari non possono attivare procedure di acquisto autonome relative ad iniziative per approvvigionamenti già oggetto di programmazione sanitaria a livello regionale ed attribuite ad ARIA, fermo restando che detti Enti potranno **attivare sotto la propria responsabilità** procedure autonome, inviando **almeno 60 giorni prima** informazione preventiva alla Direzione Generale Welfare, solo in casi eccezionali e per una durata e quantità limitate a soddisfare il fabbisogno dell'Ente fino alla data di attivazione delle Convenzioni/Accordi Quadro programmate a livello aggregato.

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

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

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

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

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

5.2.1. Ambiti di aggregazione derivanti dal DPCM 11 luglio 2018

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

- ✓ 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.

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

L'acquisto di tali beni e servizi non può avvenire per via autonoma da parte degli Enti Sanitari se non all'interno delle soglie annuali di obbligatorietà previste.

Per le esigenze di approvvigionamento in tali ambiti merceologici, qualora non sia già attiva una Convenzione/Accordo Quadro ARIA o Consip, è necessario richiedere ad ARIA, in qualità di soggetto aggregatore, l'attivazione della relativa procedura di acquisto.

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

Nel caso non sia possibile acquisire bene o servizio, delle categorie merceologiche individuate, da Consip S.p.a o dalla centrale di committenza regionale, gli enti del Servizio sanitario nazionale sono tenuti ad approvvigionarsi avvalendosi, in via esclusiva, dalle centrali di committenza iscritte nell'elenco dei soggetti aggregatori. Spetta alla centrale regionale di committenza di riferimento l'individuazione, ai fini dell'approvvigionamento, di altra centrale di committenza.

Si richiede quindi di formalizzare le richieste effettuate al soggetto aggregatore regionale ARIA S.p.a. e di utilizzare gli indirizzi mail dedicati, come nel caso delle richieste riguardanti i farmaci: (spesafarmaci@ariaspa.it).

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

a) stipulare autonomamente un contratto ponte per lo stretto periodo necessario all'approvvigionamento fino alla data di attivazione del Contratto/Convenzione da parte di ARIA contenente la clausola di risoluzione anticipata espressa vincolata alla predetta attivazione del Contratto da parte del Soggetto Aggregatore di riferimento o Consip;

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

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

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

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

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

L'aggregazione – da parte di 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 nel paragrafo successivo. Conseguentemente gli Enti Sanitari dovranno verificare, anche in tale caso, che siano disponibili:

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

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

2) in assenza degli strumenti di cui al punto 1):
   a) per gli acquisti inerenti le categorie merceologiche presenti nella "piattaforma CONSIP", è fatto obbligo per gli Enti Sanitari di ricorrere agli strumenti di acquisto e negoziazione telematici messi a disposizione da Consip S.p.A. (SDA e MePA) o da ARIA (es. SDA e Accordi Quadro);
   b) In via residuale rispetto alle procedure centralizzate che rivestono la priorità per il sistema regionale, le Aziende sanitarie dovranno procedere attraverso forme di acquisizione aggregata - per gli acquisti inerenti le categorie merceologiche non presenti nella "piattaforma CONSIP" o ARIA – tramite le unioni formalizzate di acquisto il cui perimetro è confermato rispetto alla delibera n. X/7600 del 20/12/2016.

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

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

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

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

Si ricorda l'obbligatorietà e l'importanza del ricorso alle convenzioni e/o agli strumenti di acquisto e negoziazione telematici messi a disposizione dalla centrale di committenza regionale o da Consip in quanto il medesimo dato viene verificato annualmente dal Tavolo congiunto MEF, ANAC e CONSIP e in caso di inadempimento la Regione non può accedere alle risorse aggiuntive.

Sono confermate le tipologie di procedure escluse dall'obbligo di utilizzo della piattaforma SINTEL. A tal fine si veda DGR n. X/818 del 25/10/2013.

Nel particolare gli acquisti riguardanti l'energia elettrica, il gas, gli ausili per persone disabili e gli antisettici sono inseriti nelle verifiche degli adempimenti LEA ed ogni eventuale residuale eccezione dovrà essere motivata e documentata.

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

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

L'obiettivo per l'esercizio 2020 per gli enti sanitari è di incrementare ulteriormente la spesa effettuata attraverso procedure centralizzate/aggregate rispetto allo stesso periodo 2019, in particolare per quanto riguarda la categoria dei dispositivi medici migliorando in particolare l'adesione alle convenzioni centralizzate di ARIA S.p.a..

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.

Nelle procedure di gara è quindi indispensabile rafforzare il controllo sull'esecuzione dei contratti al fine di applicare le penali previste nei capitolati di gara e far arrivare tempestivamente, nel caso di gare centralizzate o aggregate, le corrette informazioni di riscontro alla Centrale di acquisto/Ente Capofila. Su questo punto Regione Lombardia prevederà nell'anno 2020 dei corsi di formazione che forniranno ai responsabili aziendali dei modelli di controllo delle procedure più importanti che possano facilitare le fasi di verifica dell'esecuzione del contratto.

In particolare per le Convenzioni/Accordi Quadro di ARIA la tempestiva comunicazione al soggetto aggregatore è fondamentale per permettere ad ARIA di tenerne conto nel calcolo della soglia per la risoluzione prevista dalla normativa vigente o dalla Convenzione/Accordo Quadro.

Inoltre, nel caso di Convenzioni/Accordi Quadro di ARIA in cui è previsto un collaudo, l'Ente trasmette tempestivamente copia del verbale di collaudo controfirmato dal fornitore.

Rimane imprescindibile la funzione del provveditore aziendale, oltre che nelle fasi propriamente di gara, nel coordinamento all'interno dell'azienda fra la parte sanitaria, quella economica-amministrativa e all'esterno tra azienda e centrale d'acquisto regionale.

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

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

Le Aziende attraverso i coordinatori delle unioni formalizzate d'acquisto dovranno procedere ad inviare alla Direzione Generale Welfare ed a ARIA S.p.A. la pianificazione degli acquisti nelle modalità definite dalla Centrale d'Acquisto utilizzando lo strumento Modulo Budget che diventerà la base per lo scambio di informazioni necessarie alla definizione della programmazione centralizzata ed aggregata.

La programmazione iniziale e i successivi aggiornamenti sono previsti con le seguenti scadenze:

- entro il 16 marzo 2020 – Revisione degli acquisti relativi agli anni 2020 e 2021 (gare centralizzate in ARIA, gare aggregate e da svolgere in autonomia) e prima programmazione per l'anno 2022;
- entro il 1 ottobre 2020 - Revisione della programmazione per gli anni 2020 e 2021 e 2022.

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

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

5.2.3. NSO (Nodo Smistamento Ordini) - NECA (Negozio Elettronico Centrale Acquisti)

Ai sensi del Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze del 7 dicembre 2018 e s.m.i., tutti gli ordini di beni e servizi degli Enti del SSN dovranno essere effettuati esclusivamente in formato elettronico e trasmessi dal Nodo di Smistamento degli Ordini di acquisto (NSO) per il tramite del Nodo Regionale Ordini (NRO) di Regione Lombardia. Di conseguenza, gli ordini (Richieste di Acquisto) degli Enti del SSN emessi sul NECA non verranno più trasmessi al fornitore.
Permane comunque l'obbligo di validazione dell'ordine sul NECA prima della sua trasmissione a NRO. Una volta ricevuta la validazione dal NECA, l'Azienda Sanitaria potrà trasmettere l'ordine a NRO specificando gli identificativi della Richiesta di Consegna del NECA.

A tal fine, sotto il coordinamento della Direzione Generale Welfare, ARIA e le Aziende Sanitarie svilupperanno congiuntamente iniziative e progetti finalizzati a garantire l'integrazione con i sistemi aziendali in uso al fine di automatizzare la validazione obbligatoria dell'ordine sul NECA, evitando duplicazioni di flussi informativi.

5.3. Nomina delle commissioni giudicatrici e costituzione dei tavoli tecnici di lavoro nell'ambito delle procedure di acquisto attivate dalla Centrale di Committenza ARIA S.P.A.

L'articolo 77 del D.Lgs. n. 50/2016 (Codice dei Contratti Pubblici) prevede che nelle procedure di aggiudicazione di contratti di appalti o di concessioni, limitatamente ai casi di aggiudicazione con il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa, la valutazione delle offerte dal punto vista tecnico ed economico sia affidata ad una commissione giudicatrice composta, da un numero dispari di commissari, non superiore a cinque, che siano esperti nello specifico settore cui afferisce l'oggetto del contratto.

Il terzo comma del predetto articolo ha devoluto ad ANAC il compito di istituire un Albo di esperti dal quale le Stazioni Appaltanti possano attingere per la scelta dei commissari, in ossequio ai criteri previsti dal medesimo comma, nonché dal successivo articolo 78, anche in riferimento alle procedure di aggiudicazione svolte dai soggetti aggregatori regionali di cui all'articolo 9 del decreto legge 24 aprile 2014, n. 66.

In particolare l'articolo 78 del Codice subordina l'iscrizione all'Albo al possesso, da parte dei soggetti interessati, di requisiti di compatibilità e moralità, nonché di comprovata competenza e professionalità nello specifico settore a cui si riferisce il contratto, secondo criteri e modalità che ANAC stessa ha disciplinato, unitamente alle modalità di funzionamento delle commissioni in parola, con delibera n. 1190 del 16 novembre 2016 recante "*Criteri di scelta dei commissari di gara e di iscrizione degli esperti nell'Albo nazionale obbligatorio dei componenti delle commissioni giudicatrici*".

Come noto, l'operatività delle ridette linee guida è stata, tuttavia, sospesa sino al 31 dicembre 2020 in forza del decreto legge 18 aprile 2019 n. 31, successivamente convertito nella legge n. 55 del 14 giugno 2019, sicché, di conseguenza, anche l'operatività dell'Albo in oggetto risulta sospesa, come specificato dal Presidente di ANAC nel suo comunicato del 15 luglio 2019.

Tanto premesso, nelle more di nuove eventuali indicazioni da parte del legislatore, e comunque per tutto il periodo di sospensione dell'operatività dell'Albo, si richiama, in ordine alla nomina delle commissioni giudicatrici da parte delle stazioni appaltanti, il contenuto dell'articolo 216 del Codice dei Contratti, avente ad oggetto le disposizioni transitorie, di coordinamento e le abrogazioni, il quale, al comma 12, dispone che "*fino alla adozione della disciplina in materia di iscrizione all'Albo di cui all'articolo 78, la commissione giudicatrice continua ad essere nominata dall'organo della stazione appaltante competente ad effettuare la scelta del soggetto affidatario del contratto, secondo le regole di competenza e trasparenza preventivamente individuate da ciascuna stazione appaltante [omissis.]*".

Pertanto, gli Enti (ATS/ASST/IRRCS) del Sistema Socio Sanitario Lombardo dovranno attenersi alle disposizioni ricordate al paragrafo precedente dotandosi, ove già non vi abbiano provveduto, di adeguate regolamentazioni interne per le procedure di approvvigionamento di propria competenza.

Per quanto concerne le **procedure di acquisto attivate dalla Centrale di Committenza ARIA SPA**, laddove la sua competenza sia stata stabilita dal legislatore nazionale e regionale in tema di approvvigionamento degli Enti Sanitari, ferma la competenza della società regionale nel dotarsi di propria regolamentazione ai sensi dell'art. 216, comma 12, cit., le Aziende (ATS/ASST/IRRCS) del Sistema Socio Sanitario Lombardo sono tenute a fornire la propria tempestiva collaborazione ad ARIA SpA in ordine alla segnalazione di potenziali esperti nei vari settori di approvvigionamento tra cui sorteggiare i commissari. La

tempestività e completezza dei riscontri ad ARIA verrà valutata anche per il tramite dello strumento degli obiettivi assegnati ai Direttori Generali.

5.4. Attività di monitoraggio e controllo previste

5.4.1. Informazione attivazione di procedure di acquisto autonome

Viene confermato quanto previsto nelle precedenti regole di sistema.

5.4.2. 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.

5.4.3. Sistema regionale monitoraggio beni e servizi

Dispositivi medici

Viene confermato quanto previsto nelle precedenti regole di sistema.

Flusso consumi Dispositivi Medici

Viene confermato quanto previsto nelle precedenti regole di sistema.

Gli indicatori degli adempimenti LEA prevedono che:

1) La trasmissione dei dati di tutte le aziende sanitarie riferite a tutti mesi del periodo Gennaio-Dicembre 2020.

Nel caso di non invio di consumi da parte degli enti, in una mensilità, dovrà essere inviata nota formale da parte della Direzioni Aziendale alla struttura Fattori Produttivi attestante il non invio e la motivazione.

2) La spesa rilevata nel periodo Gennaio-Dicembre 2020 copra l'85% dei costi rilevati da Modello di conto economico (voci B.1.A.3.1. Dispositivi medici e B.1.A.3.2. Dispositivi medici impiantabili attivi).

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

Flusso Contratti

Viene confermato quanto previsto nelle precedenti regole di sistema.

Gli indicatori degli adempimenti LEA prevedono che:

- l'obiettivo per l'anno 2020 sarà posto come percentuale di numeri di repertorio presenti sia nel flusso consumi per l'anno 2020, sia nel flusso contratti per tutti i contratti attivi degli anni precedenti. Il calcolo è a livello regionale e deve essere raggiunta la % del 70.
- il metodo di calcolo può essere ancora variato dal Comitato LEA.

Monitoraggio Servizi non sanitari

Viene confermato quanto previsto nelle precedenti regole di sistema.

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

Come stabilito dal decreto del 22 aprile 2014 l'alimentazione del flusso informativo è obbligatorio per le strutture sanitarie pubbliche, private accreditate e private non accreditate.

Si richiede pertanto che le aziende procedano alla corretta alimentazione del flusso informativo NSIS ed aggiornamento delle grandi apparecchiature già inserite seguendo le istruzioni già presenti nel portale ministeriale sia per le strutture pubbliche che per le strutture private. Le ATS verificheranno il corretto e completo caricamento delle grandi apparecchiature delle strutture private accreditate e non accreditate.

Eventuali nuove categorie di apparecchiature soggette a rilevazione saranno stabilite dal Ministero della Salute.

I dati provenienti da questo flusso verranno utilizzati anche dalla Commissione Apparecchiature Sanitarie ad Alta Tecnologia (ASAT).

Sistemi di verifica e di monitoraggio

Viene confermato quanto previsto nelle precedenti regole di sistema.

Proroghe dei contratti di appalto – Rinnovo – c.d. clausola di adesione

La Direzione Generale Welfare richiederà alle aziende per l'anno 2020 una verifica semestrale delle procedure d'acquisto effettuate con proroghe a contratti esistenti in conformità al quadro normativo esistente (art. 106, comma 11 del D.Lgs. n. 50/2016). La stessa dovrà essere inviata con la relazione trimestrale sugli acquisti alla fine del primo semestre e a fine anno il giorno 15 del mese successivo alla chiusura del semestre.

Saranno valutati positivamente l'utilizzo limitato delle proroghe, con particolare riferimento a quelle reiterate relative a contratti scaduti da più tempo, e la stretta osservanza delle disposizioni normative in materia.

Si ribadisce come già indicato nelle "Linee guida per prevenire il contenzioso" che la proroga è limitata al tempo strettamente necessario alla conclusione delle procedure poste in essere per l'individuazione di un nuovo contraente, deve avere un carattere eccezionale e i suoi presupposti a fondamento vanno intesi in maniera rigorosa affinché tale strumento non sia adoperato in maniera elusiva dei fondamentali principi di evidenza pubblica.

Procedure negoziate per forniture e servizi ritenuti infungibili

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

Obiettivi 2020 – Dispositivi Medici

Per quanto riguarda i dispositivi medici il tetto di spesa a livello regionale previsto dalla legge di Stabilità 2013, legge 228/2012, prevede un decremento (dal 4,8% per il 2013 al 4,4% dal 2014). Le misure atte al raggiungimento dell'obiettivo sono specificate nella sezione "Il quadro del sistema per l'anno 2020".

6. AREA OSPEDALIERA E RETE TERRITORIALE

6.1. Governo dei Tempi di Attesa

Il fenomeno dei tempi di attesa è considerato uno dei punti più critici dei moderni sistemi sanitari in quanto compromette l'accessibilità e la fruibilità delle prestazioni sanitarie erogate. L'abbattimento dei tempi di attesa pertanto costituisce uno degli obiettivi prioritari del SSN e SSR; l'erogazione dei servizi entro tempi appropriati rispetto alla necessità clinica individuata dal professionista, rappresenta infatti una componente strutturale dei livelli essenziali di assistenza (LEA), così come definiti dal D.P.C.M. del 29 novembre 2001 e dal D.P.C.M. del 12 gennaio 2017.

In ordine alle modalità di governo delle liste e dei tempi di attesa per l'anno 2020, considerato quanto disposto dal Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa 2019/2021 nonché dal Piano Regionale di Governo delle Liste di attesa approvato con DGR n. XI/1865/19 che stabilisce i tempi massimi entro cui le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate a contratto devono erogare le prestazioni per ciascuna classe di priorità, si ribadisce l'importanza dell'omogeneità di comportamento sul territorio regionale in ordine alle modalità di prenotazione delle richieste di prestazioni ambulatoriali.

In particolare, con riferimento a quanto indicato dalla circolare esplicativa della DGR n. XI/1865/2019 prot. n. G1.2019.0031891 del 27/09/2019, si conferma e si precisa che, se il cittadino presenta la richiesta di prenotazione di una prestazione nella classe B entro 20 giorni dalla data di prescrizione o, nella classe D entro 40 giorni (per le visite) e 70 giorni (per le prestazioni strumentali), la prestazione dovrà essere erogata nei tempi indicati dalla priorità indicata in prescrizione a decorrere dal momento della presentazione della richiesta da parte del cittadino; nel caso in cui il cittadino si presenti oltre i termini di cui sopra, l'erogazione della prestazione dovrà essere garantita nei tempi previsti dalla classe di priorità immediatamente successiva.
I conteggi relativi al raggiungimento del tempo obiettivo sono da intendersi basati sugli esiti della rilevazione ex ante poiché nel flusso 28/SAN non è possibile intervenire con le modifiche previste relativamente ai tempi di tolleranza più sopra esplicitati.
Nel caso la struttura a cui si rivolge il cittadino non avesse disponibilità ad erogare la prestazione entro i tempi previsti dalla specifica priorità, il Responsabile Unico Aziendale per i tempi di attesa, definito a seguito delle indicazioni della DGR X/7766/2018, si attiva per individuare altre strutture in grado di offrire la prestazione entro i tempi indicati.

Qualora sul territorio dell'ATS non fossero presenti le disponibilità richieste, la struttura scelta è tenuta ad erogare la prestazione con oneri a proprio carico chiedendo al cittadino di riconoscere il solo valore relativo al ticket se non esente. Tale opzione non è prevista nel caso in cui il cittadino non dovesse accettare la prestazione offerta dal Responsabile Unico Aziendale presso altra struttura nei tempi previsti dalla classe di priorità.

Si dà inoltre mandato alle ATS e alle ASST di verificare che, sulle prescrizioni di prestazioni sanitarie, l'indicazione relativa alla priorità clinica sia sempre riportata nell'apposito campo strutturato sia in caso di prima visita che di controllo.

Con riferimento alla necessità di identificare il Responsabile Unico per la gestione dei processi inerenti alle liste d'attesa nonché di darne congruo rilievo all'interno dell'impianto organizzativo aziendale, si ribadiscono le indicazioni riportate dalla DGR n. X/7766/2018.

A tale figura dovrà quindi essere attribuita la necessaria visibilità affinché tutte le strutture coinvolte nei processi possano collaborare al raggiungimento dell'obiettivo. I compiti del Responsabile Unico per i tempi di Attesa riguarderanno la verifica del corretto rapporto tra attività istituzionale e libero professionale, la gestione esclusiva delle agende di prenotazione in sinergia con le Direzioni strategiche aziendali, l'ottimale utilizzo delle risorse disponibili, il monitoraggio continuo attraverso l'analisi dei dati dei sistemi informativi correnti e l'esame delle criticità, per la valutazione del raggiungimento degli obiettivi posti attraverso appositi indicatori.

Il Responsabile Unico Aziendale (R.U.A.) sarà inoltre competente nella definizione di interventi formativi per garantire che l'accoglienza dei pazienti e la corretta comunicazione circa la permanenza nelle liste d'attesa siano gestite con competenze adeguate da parte degli operatori incaricati nonché la programmazione di azioni specifiche, quali l'adozione di iniziative finalizzate alla riorganizzazione dei servizi in modo da ottenere, laddove possibile, incrementi di capacità produttiva senza aggravio di spesa.

Nel corso del 2020 verranno organizzati incontri con i R.U.A. al fine di monitorare le azioni intraprese e analizzare le criticità emerse nello svolgimento dell'attività, valorizzandone il ruolo cardine che gli stessi ricoprono nelle strutture nel governo dei tempi di attesa.

Nel corso dell'anno si procederà inoltre al consolidamento del progetto di ricerca promosso e finanziato dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali – Agenas, "Applicazione diffusa priorità cliniche alle prestazioni specialistiche ambulatoriali" nonché proposto dal nuovo PNGLA e attualmente in fase sperimentale per tre ASST individuate sul territorio e precisamente ASST Sette Laghi, ASST Crema, ASST Lecco.

Ogni ATS, anche se non coinvolta nella progettualità promossa da Agenas, sarà comunque chiamata a porre in atto ogni azione utile per garantire una migliore adeguatezza delle prescrizioni alle effettive necessità dei pazienti; così come previsto dalla DGR X/7766 del 17/01/2018, dovranno ad esempio promuovere l'adozione di protocolli clinici condivisi tra gli specialisti e MMG/PLS per la prescrizione secondo le classi di priorità, soprattutto per quelle prestazioni con maggiore criticità e per le quali si registra un eccesso di richieste.

Per quanto attiene alla attività di ricovero, si ribadisce l'importanza della tenuta di registri centralizzati di ricovero da parte di tutte le ASST, che prevedano l'inserimento dei pazienti secondo la classificazione di priorità definita e di uno specifico regolamento per la tenuta degli stessi.

Le ATS sono chiamate alla verifica della tenuta dei registri secondo le modalità aziendali definite e sottoposte a controllo.

Nel corso del 2020 si provvederà all'implementazione delle attività indicate dall'Osservatorio Nazionale sulle Liste d'Attesa, istituito con DM 21/06/2019, e dai relativi sottogruppi di lavoro inerenti ai seguenti argomenti:

- implementazione delle indicazioni previste dalle Linee guida per il monitoraggio nazionale dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali erogate in ALPI;

- revisione delle prestazioni di specialistica oggetto di monitoraggio di cui al paragrafo 3.1 del Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa corredate dai rispettivi codici;
- implementazione della digitalizzazione delle infrastrutture tecnologiche legate ai sistemi di prenotazione elettronica per l'accesso alle strutture sanitarie;
- individuazione di adeguati indicatori per il monitoraggio delle attività di ricovero attraverso il contributo degli esiti delle verifiche effettuate dalle ATS sui registri aziendali.

Per il 2020 si intende estendere a tutte le ATS la sperimentazione per la riduzione mirata dei tempi di attesa di cui alla DGR n. XI/1046/2018 che nel corso del 2019 ha interessato l'ATS Città Metropolitana di Milano e l'ATS Brescia. Da tale sperimentazione si rileva un importante valore aggiunto conseguito in termini di prenotabilità mediante call center anche delle prestazioni erogate dai privati e di miglioramento dei tempi di attesa per le prestazioni più critiche.

6.2. Polo Ospedaliero

6.2.1. Indirizzi

Gli indirizzi che orienteranno la programmazione dell'offerta ospedaliera nel 2020 sono i seguenti:

- recepimento delle indicazioni contenute nel D.M. n. 70/2015, in particolare di quelle che hanno l'obiettivo di favorire l'erogazione di cure appropriate e sicure e che indirizzano le Regioni verso la programmazione degli assetti organizzativi dell'area ospedaliera;
- definizione della rete di offerta ospedaliera attraverso una visione strategica della assistenza sanitaria al cittadino concentrando competenze di alta specialità nei centri nei quali sono presenti i servizi e le discipline necessarie ad un loro adeguato funzionamento e delineando il profilo erogativo dei diversi Presidi delle ASST nella logica di una filiera erogativa coerente con le esigenze del territorio;
- sviluppo di una organizzazione a rete che deve prevedere assetti organizzativi coerenti con volumi di attività, analisi delle performance, attenzione alle criticità legate alle aree disagiate e definizione di progettualità di integrazione delle equipe;
- identificazione degli appropriati livelli di sicurezza con garanzia di trattamento delle patologie tempo dipendenti (quali STEMI e STROKE, trauma maggiore, ostetrico neonatale, ECMO,…) in funzione dell'attuazione di un modello di rete integrata che permetta razionalizzazione e rigorosa appropriatezza degli interventi anche attraverso la collaborazione fra i vari nodi della rete;
- sviluppo di progettualità legate alle degenze di comunità nell'integrazione con la rete ospedaliera per una migliore presa in carico della cronicità.

6.2.2. Reti di offerta e alta specialità

Dalla pluriennale esperienza di attivazione delle reti di patologia, si evidenza come il modello organizzativo a "rete" sia quello più funzionale alla realizzazione dell'obiettivo di garantire la continuità delle cure, l'omogeneità di trattamento sul territorio ed il governo dei percorsi sanitari in una linea di appropriatezza degli interventi e di sostenibilità economica. La possibilità che il Sistema sociosanitario regionale possa continuare ad assorbire in modo adeguato la domanda di salute dei cittadini-utenti è rappresentata dall'innovazione ed evoluzione dei modelli organizzativi attraverso cui viene articolata la rete d'offerta.

Con la DGR n. XI/1694 del 03/06/2019 è stato definito il passaggio da un modello di rete inteso principalmente come network clinico-scientifico, alla rete clinico-assistenziale con una più spiccata vocazione organizzativa, cioè un modello in grado prioritariamente di supportare la programmazione regionale nella definizione ed evoluzione dei processi organizzativi dell'intera filiera erogativa, sia dei servizi ospedalieri, che territoriali.
È stata inoltre ridefinita la *governance* delle reti attraverso la costituzione di Organismi di Coordinamento per ogni singola rete, al fine di raccordare il livello clinico assistenziale con il livello programmatorio regionale.
L'Organismo di Coordinamento di ogni rete propone alla Direzione Generale Welfare, per la successiva approvazione, un Piano di Rete costitutivo che, a seconda della tipologia di complessità organizzativa a cui appartiene la rete, deve contenere gli elementi fondamentali per la sua costituzione/evoluzione nel solco dei principi guida e degli obiettivi definiti dalla riforma del Sistema sociosanitario regionale.
Già nel corso del 2019, con decreti della Direzione Generale Welfare, è stata avviata la costituzione dei seguenti Organismi di Coordinamento:

- RETE CARDIOVASCOLARE
- RETE NEUROSCIENZE
- RETE ONCOLOGICA
- RETE NEFROLOGICA
- RETE PNEUMOLOGICA
- RETE ENDOCRINODIABETOLOGICA
- RETE REUMATOLOGICA

e nel 2020 saranno approvati con apposito provvedimento ulteriori Organismi tra i quali i seguenti:

- RETE EMATOLOGICA
- RETE EPATOGASTROENTEROLOGICA E DELLA NUTRIZIONE
- RETE UDITO
- RETE DIAGNOSTICA PER IMMAGINI.

Tra gli argomenti che saranno trattati dalla rete udito sarà prioritario individuare entro il 30/06/2020 i criteri qualitativi di tipo strutturale, tecnologico ed organizzativo che dovranno essere garantiti dalle strutture che potranno impiantare le protesi cocleari. Contestualmente alla definizione di centri di riferimento nell'ambito della rete, sarà possibile predefinire un budget, sulla base dei volumi di attività attesi, da destinare all'acquisto delle protesi cocleari da impiantare.

Nel 2020 si darà sviluppo al piano regionale demenze nell'ambito dell'Organismo di Coordinamento della rete delle neuroscienze.

In continuità con quanto stabilito dalla DGR n. XI/1046 del 17/12/2018, nel 2020 saranno aggiornate le reti delle alte specialità relative a: neurochirurgia, chirurgia toracica, chirurgia vascolare e cardiochirurgia.
Il Tavolo Tecnico-scientifico di supporto a tale attività svilupperà anche tematiche relative alle prestazioni erogate negli ambiti ad alto rischio di inappropriatezza.

6.2.2.1 Rimborso spese sostenute da cittadini residenti in Lombardia per sedute dialitiche effettuate presso navi da crociera

Al fine di agevolare i cittadini in condizioni di insufficienza renale cronica affinché possano usufruire di soggiorni in crociera su navi che offrono il servizio di dialisi a bordo, si stabilisce che gli iscritti al Servizio Sociosanitario Regionale possano ottenere il rimborso delle spese sostenute per il trattamento di dialisi su navi da crociera, previa autorizzazione da parte dell'ASST di residenza.
L'eventuale rimborso, da effettuarsi secondo le tariffe regionali, non può superare l'importo pagato.

6.2.3. Attività di Emergenza Urgenza Ospedaliera

Con il presente provvedimento si recepisce l'Accordo Stato Regioni del 1° agosto 2019 Rep. Atti n. 143/CSR avente ad oggetto: "Linee di indirizzo nazionali sul Triage intraospedaliero", "Linee di indirizzo nazionali sull'"Osservazione Breve Intensiva" e "Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del Piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso".

Per quanto riguarda il Triage intraospedaliero, le linee di indirizzo del succitato Accordo Stato-Regioni aggiornano quelle definite con l'Accordo Stato Regioni del 2001 e sviluppano le possibilità organizzative in linea con i recenti dati di letteratura internazionale, con la finalità di migliorare la presa in carico tempestiva del paziente e l'inizio del trattamento urgente.

Il documento contiene alcune novità di rilievo fra le quali la suddivisione in 5 codici di priorità con l'obiettivo di razionalizzare la ridistribuzione della popolazione che si presenta in Pronto Soccorso; in coerenza con quanto richiesto dalle Regioni in sede di Conferenza per i rapporti tra lo Stato e le Regioni, contestualmente all'introduzione del codice numerico di priorità da 5 a 1, si prevede l'affiancamento dello stesso al sistema di codice colore per il triage attualmente in uso.

Le Linee Guida sul Triage sono state elaborate contemporaneamente alle Linee di indirizzo sull'"Osservazione Breve Intensiva" (OBI) in modo da integrare i due documenti relativamente ai tempi di permanenza dei pazienti nell'ambito delle strutture di emergenza.

Infine, per quanto riguarda il fenomeno del sovraffollamento nei Pronti Soccorsi, il documento nazionale, riprendendo sostanzialmente quanto già da anni adottato in Regione Lombardia, evidenzia la necessità di un impegno di tutti i livelli istituzionali coinvolti, in quanto tale fenomeno non è di esclusiva pertinenza dei Pronti Soccorsi, ma richiede interventi di livello sistemico e locale volti alla corretta pianificazione dei percorsi assistenziali intra-ospedalieri.

Come indicato nella DGR n. XI/1986 del 23/07/2019, la Direzione Generale Welfare ha costituito un Gruppo di Approfondimento Tecnico in tema di Pronto Soccorso che ha come obiettivo prioritario l'elaborazione di linee di indirizzo per la definizione del modello organizzativo dei Pronto Soccorso in Lombardia. Contestualmente il Gruppo di lavoro sarà impegnato a supportare la Direzione Generale nell'attuazione e implementazione di quanto definito nell'Accordo Stato-Regioni n. 143/2019 in tema di Triage intraospedaliero, OBI e sovraffollamento dei Pronti Soccorsi, aggiornando le linee guida regionali alla luce delle caratteristiche organizzative del Sistema sociosanitario lombardo.

6.2.4. Medicina di Laboratorio

6.2.4.1 "Biochimica clinica e tossicologia", "Microbiologia e Virologia" ed "Ematologia ed Emocoagulazione"

Con provvedimento di Giunta di prossima emanazione, recependo le indicazioni del Comitato Regionale per i Servizi di Medicina di Laboratorio (CReSMeL), verrà definito il progetto di riordino delle prestazioni relative alle sottobranche di "Biochimica clinica e tossicologia", "Microbiologia e Virologia" ed "Ematologia ed Emocoagulazione", la cui attuazione verrà avviata nel 2020.

6.2.4.2 Anatomia Patologica

Il sottogruppo del CReSMel denominato "*Riordino rete Anatomia Patologica e applicazione requisiti DGR n. XI/772/2018 e tracciabilità*" ha definito un progetto di riordino delle strutture pubbliche che erogano prestazioni di Anatomia Patologica. Nel corso del 2020 si darà avvio al relativo riordino con una apposita deliberazione.

6.2.4.3 Genetica Molecolare e Citogenetica

Il sottogruppo del CReSMel denominato "*Riordino rete Genetica Molecolare e Citogenetica e applicazione requisiti DGR n. X/7466/2017*" sta predisponendo un progetto di riordino delle strutture pubbliche che erogano prestazioni di Genetica Molecolare e Citogenetica. Nel corso del 2020 si darà avvio al riordino con una apposita deliberazione.

6.2.4.4 Ridefinizione dei requisiti dei Servizi di Medicina di Laboratorio

I requisiti per le sottobranche di Medicina di Laboratori - Biochimica clinica e Tossicologia, Microbiologia e Virologia, Ematologia ed Emocoagulazione - non sono stati aggiornati e adeguati all'evoluzione tecnologica e scientifica che ha portato a una sempre maggiore necessità di specializzazione relative alle diverse sottobranche. Nel 2020, pertanto, si procederà a definire nuovi requisiti minimi autorizzativi, organizzativi e strutturali, nell'ottica di una concentrazione dell'attività produttiva.

6.2.4.5 Prelievi domiciliari

La DGR n. XI/1046/2018 al punto 5.5.3. "Prelievi domiciliari" limitava l'ambito dei prelievi domiciliari al solo territorio della Regione Lombardia.
Premesso che è preferibile che prestazioni di utenti extraregionali siano inviate a laboratori lombardi da strutture sanitarie insistenti nella regione di provenienza tramite l'istituto del "service" tra strutture sanitarie, si ritiene possibile – a parziale modifica della D.G.R. n. XI/1986 del 23 luglio 2019, punto 1.1. - utilizzare anche la modalità dei prelievi domiciliari. In questo caso, affinché le prestazioni possano essere poste a carico del SSR di appartenenza e quindi rimborsate alla Regione Lombardia, è necessario il rispetto delle seguenti condizioni finalizzate ad assicurare l'appropriatezza delle cure secondo il modello lombardo di presa in carico e ad evitare, per le prestazioni non comprese nei LEA, contestazioni da parte delle Regioni di appartenenza del paziente in ordine al riconoscimento del rimborso a Regione Lombardia:

- le prestazioni devono essere espressamente previste dai Livelli essenziali di assistenza (LEA) di cui al DPCM del 2017;

- la prestazione – se non rientrante nei LEA, ma solo nel Nomenclatore Tariffario Lombardo in vigore – deve essere autorizzata dall'ASL di appartenenza, salvo che l'utente accetti per iscritto che l'onere sia posto a suo totale carico;
- la prescrizione della prestazione deve rispettare le regole previste dalla Regione Lombardia (ad esempio prescrizione solo da parte di uno specialista) e così anche il regime di eventuale presa in carico (cfr. ad esempio le prestazioni di genetica molecolare ed oncologica).

Il rispetto delle condizioni di cui sopra deve essere verificato e documentato dal laboratorio che ha eseguito la relativa prestazione.
Le modalità di prelievo, conservazione e trasporto devono essere definite e verificate dal laboratorio lombardo. A tal fine i laboratori contrattualizzati con il SSR sottoscrivono apposito protocollo – secondo il modello che sarà definito con apposito provvedimento della Direzione Generale Welfare - depositato presso l'ATS di competenza cui competono le relative verifiche.

6.2.4.6 Attività di Prelievo

Con riferimento alla nota del Ministro della Salute dell'8 luglio 2002 che attribuisce la possibilità di eseguire prelievi venosi e capillari ai Biologi, si conferma detta possibilità nei seguenti termini:
- per tutto il personale con laurea in Scienze Biologiche iscritto all'ordine, in possesso di un diploma di specializzazione di laboratorio, che abbiano acquisito competenze teorico-pratiche certificate, per le Strutture Pubbliche dalla Direzione Sanitaria della ASST e per le Strutture Private dalla ATS di riferimento territoriale;
- in strutture che garantiscono la presenza, o almeno la pronta disponibilità di un medico, nella struttura sanitaria, sia nelle strutture pubbliche che in quelle private a contratto, accreditate o solo autorizzate.

6.2.5. Sistema Trasfusionale Regionale

Il complesso delle norme vigenti attesta che la complessità del governo del Sistema Trasfusionale Regionale affidato ad AREU/Struttura Regionale di Coordinamento (SRC) necessita, per il buon andamento delle attività e per l'uniformità di erogazione sul territorio regionale, che le disposizioni operative di AREU/SRC, che traducono gli indirizzi programmatici regionali definiti di concerto con la stessa SRC, siano pienamente e prontamente attuate da parte delle ASST/IRCCS.
Le attività trasfusionali sono state oggetto, negli ultimi anni, di un'ampia produzione normativa comunitaria e nazionale che ha imposto al sistema trasfusionale significativi cambiamenti, cui è seguita un'attenta programmazione regionale che ha avviato processi di riorganizzazione delle attività e una profonda riqualificazione delle stesse, 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 i principi generali di qualità e sicurezza.
Con la presente deliberazione è recepito l'Accordo Stato Regioni del 13/12/2018 (rep. Atti 226/CSR) "*Schema tipo convenzione per la cessione e l'acquisizione programmata di emocomponenti ai fini della compensazione interregionale*".

6.2.5.1 Obiettivi per l'anno 2020

1) consolidamento della riorganizzazione/centralizzazione avviato con la DGR n. X/1632 del 4/04/2014 e del rafforzamento dell'organizzazione in rete delle Strutture Trafusionali (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; appare a tale proposito strumento essenziale la 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)];
2) osservanza degli impegni di raccolta, con particolare riguardo agli adeguamenti almeno mensili dei programmi quali-quantitativi di raccolta in relazione ai fabbisogni trasfusionali, in tutti i periodi dell'anno;
3) 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. Si evidenzia a tal proposito che, negli ultimi due anni, le segnalazioni di 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 hanno determinato l'attivazione di cinque Audit del Centro Nazionale Sangue in alcune ASST della Regione.

A ciò si aggiunge una disomogenea attivazione dei programmi di Patient Blood Management nel territorio regionale. Tale programma, rivolto a pazienti candidati a interventi chirurgici elettivi, punta 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.

Sulla base delle indicazioni della SRC/AREU le Direzioni Aziendali di ASST e IRCCS pongono prontamente in atto tutte le misure per assicurare nell'ambito dei Servizi Trasfusionali di competenza un omogeneo livello tecnologico e l'afferenza al sistema informativo trasfusionale unico a livello regionale, nonché alla Titolarità unica per il trattamento dei dati personali, definito in accordo con la Direzione Generale Welfare, e l'implementazione di tutte le misure formative, organizzative e tecnologiche necessarie per rafforzare la sicurezza trasfusionale in tutte le fasi del processo trasfusionale, in particolare in fase clinico-assistenziale per quanto riguarda le procedure di gestione del sangue e degli emocomponenti una volta consegnati ai Reparti utilizzatori o per la trasfusione domiciliare, nonché le procedure di identificazione correlate alla richiesta trasfusionale.
Sarà assicurato il monitoraggio dell'applicazione delle indicazioni emesse da parte della SRC/AREU.

6.2.5.2 Temi Chiave

AZIONE/INTERVENTO	**TERMINE ATTUAZIONE**
Quality Assurance Regionale per l'armonizzazione dei Sistemi Qualità delle Strutture Trasfusionali (in capo alla SRC)	Tre anni
Utilizzo sistematico di sistemi RFID in fase di raccolta e produzione	Un anno

Sistema Informatico unico Regionale e Titolarità unica per il trattamento dei dati personali di interesse della medicina trasfusionale nella Rete Trasfusionale Regionale. [Rete trasfusionale regionale informatica unica (RTR-I)] Progetto da approvare dalla Direzione Generale Welfare	Due anni per implementazione dalla partenza del progetto + tre anni per consolidamento e parziale ammortamento dell'investimento. (Emonet 4.0-Lombardia) La titolarità procede parallelamente alla fusione sul server unico regionale di ciascuna macroarea
Sicurezza Trasfusionale: criteri applicativi e uniformi per appropriatezza e per identificazione e tracciabilità al letto del paziente; uniformi tecnologie per le barriere all'errore	Due – tre anni (in relazione anche allo sviluppo della Rete trasfusionale regionale informatica unica (RTR-I) Richiesta trasfusionale informatizzata (Emoward, integrato con Emonet), utilizzo di tecnologie informatiche come barriera all'errore di identificazione al letto del paziente integrate con la richiesta trasfusionale informatizzata (Software Bed Side, integrato con Emoward); Utilizzo di "Emoteca intelligente" per consegna remotizzata sotto controllo del SIMT, nei casi in cui è previsto l'accesso diretto di personale del reparto alla frigoemoteca

6.2.6. Sistema Regionale Trapianti

La medicina dei trapianti costituisce una pratica terapeutica ampiamente consolidata ed efficace che ha assunto nel tempo dimensioni rilevanti, sia in termini di numero di interventi, che di risultati raggiunti in conseguenza del progresso scientifico e del continuo perfezionamento delle tecniche operatorie.
Al fine di mantenere il livello di qualità e innovazione che fa della medicina dei trapianti un'eccellenza del Sistema sanitario lombardo, proseguirà, nel corso del 2020, il percorso di riorganizzazione e razionalizzazione di diversi settori del Sistema Trapianti.
In particolare, attraverso il supporto tecnico del Coordinamento Regionale Trapianti (CRT) saranno affrontati i seguenti temi:

1) implementazione delle attività di donazione di organi e tessuti a scopo di trapianto attraverso uno spettro diversificato di azioni:
    - per quanto riguarda i Coordinamenti per le attività di Donazione, gli assetti organizzativi risultano disomogenei sul territorio regionale. Pertanto, al fine di rafforzare il ruolo del Coordinamento locale della Donazione, si procederà attraverso la valorizzazione di tale ruolo nelle linee guida dei POAS;
    - nel corso del 2020 sarà avviato un censimento delle figure dedicate alla donazione, al fine di verificare la fattibilità di un eventuale aumento di risorse dedicate all'attività di donazione;
    - al fine di rafforzare la segnalazione di possibili donazioni dalle Terapie Intensive o da altri reparti ospedalieri, saranno individuati e attivati interventi all'interno delle reti clinico-assistenziali regionali, in particolar modo nelle reti tempo dipendenti; le ASST dovranno rafforzare nei professionisti che operano all'interno delle reti tempo dipendenti la sensibilità alla donazione e la conoscenza del processo di donazione;
    - al fine di favorire l'adesione alla rete di donazione delle strutture private accreditate, saranno individuate modalità di raccordo tra le strutture pubbliche e private anche attraverso la predisposizione di un fac-simile di convenzione che regoli i rapporti in tal senso tra le due tipologie di Enti sanitari;

- con l'obiettivo di fornire ad ogni struttura del Sistema Sociosanitario lombardo la possibilità di attivare il Collegio di Accertamento Morte Cerebrale (CAM) per ogni segnalazione di potenziali donatori, nel 2020 sarà avviato il percorso per individuare le strutture di riferimento per la donazione che possano mettere a disposizione la competenza del CAM alle altre strutture pubbliche o private che ne sono sprovviste e il supporto nel processo di donazione;

2) revisione e aggiornamento, del percorso procedurale e dei criteri quali-quantitativi per l'autorizzazione allo svolgimento delle attività di trapianto di tessuti da donatore cadavere.
   Le autorizzazioni in essere alle Strutture sanitarie regionali, sia per gli organi solidi che per i tessuti, si intendono prorogate fino all'approvazione del nuovo provvedimento di adeguamento dei requisiti e della procedura autorizzativa, a condizione che sia rispettato il debito informativo delle singole strutture nei confronti del Registro Regionale e Nazionale Trapianti (allineamento dei dati relativi alle liste d'attesa, ai trapianti eseguiti, al follow up post trapianto);
3) ricognizione delle strutture sanitarie che eseguono trapianti (autologhi e/o allogenici) di CSE, ai fini della pianificazione e della qualificazione del Programma Regionale di trapianto di cellule staminali ematopoietiche (CSE), alla luce dei nuovi criteri nazionali per l'accreditamento delle strutture sanitarie coinvolte;
4) revisione e aggiornamento dei criteri per l'identificazione e il controllo delle banche dei tessuti e delle modalità per il loro funzionamento.

6.2.6.1 Temi chiave

AZIONE/INTERVENTO	TERMINE ATTUAZIONE
valorizzazione del ruolo del Coordinamento locale della Donazione nelle linee guida dei POAS	31/12/2020
Avvio di un censimento delle figure dedicate alla donazione	31/12/2020
Avvio degli interventi all'interno delle reti clinico-assistenziali in particolar modo nelle reti tempo dipendenti per rafforzare la segnalazione di possibili donazioni dalle Terapie Intensive o da altri reparti ospedalieri	31/12/2020
predisposizione di un fac-simile di convenzione per favorire l'adesione alla rete di donazione delle strutture private accreditate	31/12/2020
Individuazione delle strutture di riferimento per la donazione che possano fornire il CAM e il supporto nel processo di donazione ad altre strutture pubbliche o private	31/12/2020
Revisione e aggiornamento dei criteri quali-quantitativi per l'autorizzazione ai trapianti di organi.	31/12/2020
Revisione e aggiornamento dei criteri quali-quantitativi per l'autorizzazione ai trapianti di tessuti.	31/12/2020

6.2.7. Rimodulazioni Tariffarie

6.2.7.1 Rimodulazione tariffaria per terapia di ablazione con ultrasuoni ad elevata intensità sotto guida di risonanza magnetica (MRgFUS)

La terapia di ablazione con Ultrasuoni Focalizzati ad elevata intensità sotto guida di Risonanza Magnetica (MRgFUS, *Magnetic Resonance guided Focused Ultrasound*) è oggi impiegata nel trattamento non invasivo del tremore essenziale, del tremore unilaterale nella malattia di Parkinson e del dolore neuropatico.
Il principio di funzionamento si basa sulla concentrazione di un fascio di ultrasuoni emesso da un elevato numero di trasduttori sul bersaglio a livello cerebrale, cui segue un trasferimento di energia in grado di produrre un incremento della temperatura del tessuto (60-70°C) tale da distruggerlo o comunque causare una lesione permanente. Il processo è monitorato in tempo reale, usando un protocollo di risonanza magnetica che permette di visualizzare le temperature all'interno del cervello sovrapposte alle immagini anatomiche.
L'effetto biologico degli ultrasuoni può essere termico o meccanico (cavitazione). Alle frequenze di funzionamento del dispositivo utilizzato (intorno ai 650 kHz), l'effetto lesionale è quello termico e non quello meccanico (cavitazione), prevalente a frequenze intorno ai 230 kHz. Un utilizzo a bassa potenza consente infine di ottenere un effetto neuro-modulatorio, non lesionale e totalmente reversibile.
Il sistema consiste in un casco di 30 cm di diametro, contenente 1024 trasduttori "phased-array", accoppiato ad una risonanza magnetica a 1,5 T. Il sistema è dotato di sensori in grado di rilevare e prevenire, modulando la potenza, i fenomeni di cavitazione.

A seguito degli approfondimenti condotti in tema di Health Technology Assessment nonché grazie all'ausilio di professionisti clinici esperti nel trattamento descritto e operanti presso l'IRCCS Istituto Nazionale Neurologico Carlo Besta, al fine di valorizzare adeguatamente la citata metodica MRgFUS, si definisce di introdurre una nuova differenziazione tariffaria (Tipo Tariffa "R") per il DRG chirurgico 008 *Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC*, di afferenza della casistica in questione, a decorrere dalle dimissioni 2020, come di seguito indicato:

DRG	TipTar_SDO	MDC	DesDRG	TarOrd	TarUno	ValSoA	TarSoA	ValSoNC	TarSoNC	ValSoTG	TarDH
008		01	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC	1.812	1.812	14	213	-	-		1.812
008		01	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC (con cod. di interv. principale 92.31 o 92.32 o 92.33 "Radiochirurgia …")	6.596	6.596	40	254	-	-		6.596
008	**R**	01	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC (con cod. di interv. principale 92.32 per indicare **MRgFUS**)	11.799	11.799	40	254	-	-		11.799

La suddetta valorizzazione verrà riconosciuta esclusivamente all'IRCCS Istituto Nazionale Neurologico Carlo Besta (cod. 030923), in virtù dell'esperienza maturata nel trattamento in questione, riservandosi per il prossimo futuro di valutare l'eventuale necessità di ampliare l'offerta sul territorio regionale.

6.2.7.2 Intervento di Cataratta con impianto di lente torica

Premessa

L'allegato 4b del DPCM 12 gennaio 2017 "*Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*" prevede delle precise condizioni per l'erogazione della chirurgia refrattiva, che di seguito vengono riportate.

Le prestazioni di chirurgia refrattiva sono incluse nei LEA, in regime ambulatoriale e limitatamente a:

1. Anisometropia superiore a 4 diottrie di equivalente sferico, non secondaria a chirurgia refrattiva, limitatamente all'occhio più ametrope con il fine della isometropizzazione dopo aver verificato, in sede pre-operatoria, la presenza di visione binoculare singola, nei casi in cui sia manifesta e certificata l'intolleranza all'uso di lente a contatto corneale;
2. Astigmatismo uguale o superiore a 4 diottrie;
3. Ametropie conseguenti a precedenti interventi di oftalmochirurgia non refrattiva, limitatamente all'occhio operato, al fine di bilanciare i due occhi;
4. PTK per opacità corneali, tumori della cornea, cicatrici, astigmatismi irregolari, distrofie corneali, esiti infausti di chirurgia refrattiva;
5. Esiti di traumi o malformazioni anatomiche tali da impedire l'applicazione di occhiali, nei casi in cui sia manifesta e certificata l'intolleranza all'uso di lente a contatto corneale.

La certificazione di intolleranza all'uso di lente a contatto, ove richiesta, dovrà essere rilasciata da una struttura pubblica diversa da quella che esegue l'intervento e corredata da documentazione anche fotografica.

La cataratta e le IOL toriche:

La cataratta, patologia che affligge più di frequente gli anziani, si associa all'impianto di un cristallino artificiale che sostituisce quello naturale.

Tale lente artificiale è calcolata, dal medico, in modo da ridurre il difetto di vista da correggere con occhiale secondo le preferenze del paziente: ottimizzando la visione senza occhiale o per lontano o per vicino.

Obiettivo primario del medico è evitare grandi differenze di visus tra i due occhi in quanto una differenza fra di essi superiore alle 4 diottrie genera diplopia.

I pazienti che, dopo l'intervento di cataratta, presentano uno dei difetti contemplati all'allegato 4b del sopracitato vigente DPCM sono eligibili per l'erogazione della chirurgia refrattiva a carico del SSN.

La condizione attuale

Oggi tali pazienti (quelli contemplati all'allegato 4B del DPCM LEA vigente), peraltro molto rari, o dopo l'intervento applicano lenti a contatto (difficile per gli anziani) o non correggono tutto il difetto che causa diplopia o chiedono di poter accedere all'intervento correttivo con laser ad eccimeri. In questi casi il costo delle due procedure si somma (cataratta e correzione laser), così come i costi dei controlli. A ciò si aggiunge il disagio della doppia convalescenza, della doppia lista di attesa, dei rischi che ogni singola procedura prevede e l'impegno ridondante del personale.

Nuova prestazione di cataratta con impianto di lenti toriche

Si stabilisce, solo per le condizioni previste all'allegato 4B del DPCM dei LEA per la chirurgia refrattiva, una nuova prestazione come di seguito individuata: "1341A - INTERVENTO DI CATARATTA CON IMPIANTO DI LENTE TORICA Incluso: Visita pre operatoria, determinazione delle condizioni previste dall'allegato 4B dei LEA, l'orientamento dell'asse della IOL torica, biometria, impianto di lenti toriche e le visite di controllo che si rendono necessarie entro 10 gg. dall'intervento".

Questa prestazione consente l'acquisto delle lenti toriche e considera l'impegno pre-operatorio significativamente diverso dal percorso ordinario, in quanto la determinazione delle predette condizioni e l'orientamento dell'asse della IOL torica prevede diagnostiche specifiche sia nel pre - operatorio sia durante l'intervento chirurgico.

Per la predetta prestazione, erogabile a decorrere dal 1° gennaio 2020, viene prevista una remunerazione aggiuntiva, rispetto alla prestazione 1341 "INTERVENTO DI CATARATTA CON O SENZA IMPIANTO DI LENTE INTRAOCULARE Incluso: Visita pre operatoria, biometria, impianto di lenti e le visite di controllo che si rendono necessarie entro 10 gg. dall'intervento", di € 100,00 per un valore complessivo di € 1.037,91.

Tale documentazione, predisposta nella fase di arruolamento dei pazienti, deve essere conservata nella documentazione sanitaria, la cui tenuta è già prevista per le prestazioni di tipo BIC, in modo da permettere i controlli delle ATS e quindi di non remunerare in modo aggiuntivo eventuali casi con indicazione non aderente alle predette regole.

6.2.7.3 Pazienti affetti da disturbo ossessivo compulsivo

Si dà mandato alla Direzione Generale Welfare di attivare entro il 31/03/2020 un gruppo di lavoro dedicato alla valutazione di proposte relative al trattamento dei pazienti affetti da disturbo ossessivo compulsivo grave, cronico e farmacoresistente nell'ambito della neurochirurgia funzionale.

6.2.7.4 Integrazione Rimodulazioni Tariffarie per Chirurgia Vertebrale (Artrodesi)

Ad integrazione dei contenuti della DGR n. XI/1986 del 23.07.2019 (par. 1.5), con la quale sono state rimodulate le tariffe dei DRG di *Artrodesi* (DRG 496, 497, 498, 519 e 520) in funzione dei raggruppamenti di diagnosi ad essi riferiti, si riferisce quanto segue.
La suddetta DGR ha stabilito le condizioni in cui i DRG di *Artrodesi* mantengono le tariffe previste per essi e in assenza delle quali, gli stessi sono invece equiparati alle tariffe dei DRG di *Interventi su dorso* (DRG 499 e 500).
Il confronto tutt'ora in essere con professionisti clinici esperti nel settore, referenti della Società Italiana di Neurochirurgia (SINch), e della Società Scientifica di Chirurgia Vertebrale suggerisce di integrare, a decorrere dalle dimissioni dal 1° gennaio 2020, i disposti citati, estendendo la variante tariffaria maggiormente remunerativa, prevista per i DRG di *Artrodesi* con approccio singolo (DRG 497, 498, 519 e 520), anche ai casi con diagnosi di infezione e/o di trauma, già individuati per l'approccio combinato (DRG 496), come di seguito schematicamente riassunto:

DRG 497, 498, 519, 520 (approccio singolo) con diagnosi (in qualunque posizione) di
- spondilolistesi[1]
- deformità della colonna vertebrale[2]
- tumore[3] (*)
- infezione[4]
- trauma[6]

DRG 496 (approccio combinato) con diagnosi (in qualunque posizione) di
- infezione[4]
- spondilolistesi ad alta displasia[5] (patologia in età pediatrica e dell'adolescenza)
- deformità della colonna vertebrale[2] (+ cod. procedura 81.63 o 81.64, fusione o rifusione ≥ 4 vertebre)
- tumore[3] (+ cod. procedura 80.99, artrectomia su colonna vertebrale, ossia vertebrectomia totale o subtotale)
- trauma[6] (+ cod. procedura 80.99, artrectomia su colonna vertebrale, ossia vertebrectomia totale o subtotale)

La tabella tariffaria di dettaglio riportata di seguito, integra quindi e sostituisce la tabella di cui alla DGR n. XI/1986/2019:

DRG	Descrizione	Tariffa Ord	Tariffa 0-1
496	Artrodesi vertebrale con approccio anteriore/posteriore combinato	3.266	2.450
496	Artrodesi vertebrale con approccio anteriore/posteriore combinato, con: - cod. dia. 730.xx *Osteomielite, periostite e altre infezioni ossee*[4] e/o - cod. dia. 756.1x *Anomalie della colonna*[5] (escluso cod. dia. 756.17)	19.723	14.792

* I tumori sono riferiti all'approccio singolo cervicale (DRG 519-520) ma non all'approccio singolo del resto della colonna (DRG 497-498), coerentemente con l'algoritmo di calcolo del Grouper, che attribuisce tale casistica esclusivamente al DRG 546.

	e/o - cod. dia. 731.x *Osteite deformante e osteopatie associate ad altri disturbi classificati altrove* o cod. dia. 732.x *Osteocondropatie* o cod. dia. 737.xx *Deviazioni della colonna vertebrale* o 738.5 *Altre deformazioni acquisite della schiena o della colonna vertebrale* o cod. dia. 754.2 *Della colonna*[2] + cod. proc. 81.63 *Fusione o rifusione di 4-8 vertebre* o 81.64 *Fusione o rifusione di 9 o più vertebre* e/o - cod. dia. 170.2 *Tumori maligni della colonna vertebrale, esclusi il sacro e il coccige* e/o cod. 198.5 *Tumori maligni secondari di osso e midollo osseo* e/o cod. 238.0 *Tumori di comportamento incerto di ossa e cartilagine articolare*[3] + cod. proc. 80.99 *Altra asportazione dell'articolazione di altra sede specificata* e/o - cod. dia. 805.xx-809.xx *Fratture del collo e del tronco* o cod. dia. 905.1 *Postumi di fratture della colonna vertebrale e del tronco senza menzione di lesioni del midollo spinale*[6] + cod. proc. 80.99 *Altra asportazione dell'articolazione di altra sede specificata*		
497	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale con CC	7.652	2.450
497	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale con CC, con: - cod. dia. 730.xx *Osteomielite, periostite e altre infezioni ossee*[4] e/o - cod. dia. 738.4 *Spondilolistesi acquisita*[1] o cod. dia. 756.1x *Anomalie della colonna*[5] (escluso cod. dia. 756.17) e/o - cod. dia. 731.x *Osteite deformante e osteopatie associate ad altri disturbi classificati altrove* o 738.5 *Altre deformazioni acquisite della schiena o della colonna vertebrale*[2] e/o - cod. dia. 805.xx-809.xx *Fratture del collo e del tronco* o cod. dia. 905.1 *Postumi di fratture della colonna vertebrale e del tronco senza menzione di lesioni del midollo spinale*[6]	12.431	5.782
498	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC	3.266	2.450
498	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC, con: - cod. dia. 730.xx *Osteomielite, periostite e altre infezioni ossee*[4] e/o - cod. dia. 738.4 *Spondilolistesi acquisita*[1] o cod. dia. 756.1x *Anomalie della colonna*[5] (escluso cod. dia. 756.17) e/o - cod. dia. 731.x *Osteite deformante e osteopatie associate ad altri disturbi classificati altrove* o 738.5 *Altre deformazioni acquisite della schiena o della colonna vertebrale*[2] e/o - cod. dia. 805.xx-809.xx *Fratture del collo e del tronco* o cod. dia. 905.1 *Postumi di fratture della colonna vertebrale e del tronco senza menzione di lesioni del midollo spinale*[6]	7.709	5.782
519	Artrodesi vertebrale cervicale con CC	7.652	2.450
519	Artrodesi vertebrale cervicale con CC, con: - cod. dia. 730.xx *Osteomielite, periostite e altre infezioni ossee*[4] e/o	8.256	3.599

	- cod. dia. 738.4 *Spondilolistesi acquisita*[1] o cod. dia. 756.1x *Anomalie della colonna*[5] (escluso cod. dia. 756.17) e/o - cod. dia. 731.x *Osteite deformante e osteopatie associate ad altri disturbi classificati altrove* o cod. dia. 732.x *Osteocondropatie* o cod. dia. 737.xx *Deviazioni della colonna vertebrale* o 738.5 *Altre deformazioni acquisite della schiena o della colonna vertebrale* o cod. dia. 754.2 *Della colonna*[2] e/o - cod. dia. 170.2 *Tumori maligni della colonna vertebrale, esclusi il sacro e il coccige* e/o cod. 198.5 *Tumori maligni secondari di osso e midollo osseo* e/o cod. 238.0 *Tumori di comportamento incerto di ossa e cartilagine articolare*[3] e/o - cod. dia. 805.xx-809.xx *Fratture del collo e del tronco* o cod. dia. 905.1 *Postumi di fratture della colonna vertebrale e del tronco senza menzione di lesioni del midollo spinale*[6]		
520	Artrodesi vertebrale cervicale senza CC	3.266	2.450
520	Artrodesi vertebrale cervicale senza CC, con: - cod. dia. 730.xx *Osteomielite, periostite e altre infezioni ossee*[4] e/o - cod. dia. 738.4 *Spondilolistesi acquisita*[1] o cod. dia. 756.1x *Anomalie della colonna*[5] (escluso cod. dia. 756.17) e/o - cod. dia. 731.x *Osteite deformante e osteopatie associate ad altri disturbi classificati altrove* o cod. dia. 732.x *Osteocondropatie* o cod. dia. 737.xx *Deviazioni della colonna vertebrale* o 738.5 *Altre deformazioni acquisite della schiena o della colonna vertebrale* o cod. dia. 754.2 *Della colonna*[2] e/o - cod. dia. 170.2 *Tumori maligni della colonna vertebrale, esclusi il sacro e il coccige* e/o cod. 198.5 *Tumori maligni secondari di osso e midollo osseo* e/o cod. 238.0 *Tumori di comportamento incerto di ossa e cartilagine articolare*[3] e/o - cod. dia. 805.xx-809.xx *Fratture del collo e del tronco* o cod. dia. 905.1 *Postumi di fratture della colonna vertebrale e del tronco senza menzione di lesioni del midollo spinale*[6]	4.799	3.599
546	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale con deviazione colonna vertebrale o neoplasia maligna	9.678	7.259

6.2.8. Accreditamento

Il SSL conferma, tra le proprie specificità, la prerogativa di spostare il vero momento programmatorio 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 precondizione 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 considerando i seguenti obiettivi strategici regionali per il 2020:

- revisione del sistema di accreditamento, mediante l'aggiornamento e/o l'inserimento di nuovi requisiti (Emergenza-Urgenza, Terapia del Dolore, Psichiatria);
- definizione degli ulteriori requisiti, per ambiti di assistenza di alta intensità di cura, con lo sviluppo di aree omogenee di attività, superando quanto previsto dalla DGR n. VIII/9014/2009 e successivi aggiornamenti.

Anche nelle more della revisione di cui sopra, al fine di favorire l'innalzamento del livello qualitativo degli erogatori presenti sul territorio, anche per il 2020 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 Direzione Generale Welfare al fine di garantire l'uniformità delle attività di cui sopra, previa valutazione epidemiologica positiva delle ATS, come di seguito indicato:

6.2.8.1 Attività ambulatoriali

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

6.2.8.2 Attività di degenza

E' consentito 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, nido)

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.

E' data la possibilità alle ATS, nei cui territori dovessero sussistere specifiche e documentate condizioni epidemiologiche, di proporre alla Direzione Generale Welfare progetti sperimentali di incremento dell'offerta riabilitativa corredati da indicatori di risultato al fine di consentire la successiva valutazione di efficacia, efficienza e appropriatezza dei percorsi. Tale valutazione, ai fini derogatori di cui sopra, può riguardare anche progetti sperimentali già avviati nell'esercizio 2019 e ancora in fase di implementazione.

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 presenti sul territorio lombardo.

Le ATS dovranno provvedere a trasmettere alla Regione e al soggetto gestore tutti i provvedimenti adottati nel rispetto delle tempistiche previste dalla normativa vigente.
Regione Lombardia, verificata la completezza dei provvedimenti adottati dalle ATS e la rispondenza alle indicazioni regionali, a conclusione e perfezionamento dei provvedimenti stessi, procederà all'iscrizione o all'aggiornamento nel registro informatizzato ASAN, dandone riscontro con nota di presa d'atto alle ATS interessate e ai soggetti gestori.

Si ricorda che gli effetti giuridici dell'accreditamento decorrono dalla data di iscrizione/aggiornamento al registro regionale.

I soggetti gestori di più strutture sanitarie accreditate, anche di diversa tipologia, possono chiedere il riconoscimento di ente unico gestore, attraverso la presentazione alla Direzione Generale 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.

6.2.8.3 Servizi Trasfusionali e Unità di Raccolta Sangue

In applicazione della specifica normativa vigente in materia trasfusionale si ricorda che 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 considera pertanto che tutti i VSTI afferenti a questa Regione possono partecipare alle verifiche indipendentemente dal ruolo ricoperto all'interno delle ATS/ASST. Inoltre, al fine di consentire ai competenti Uffici Regionali una adeguata distribuzione dei VSTI nei team di verifica, 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.
Si ricorda infine che i dati relativi alle visite ispettive devono essere inseriti nell'applicativo "Visite ispettive" presente nel Sistema Informativo dei Sistemi Trasfusionali (SISTRA) e che tale inserimento è a carico dei VSTI che le hanno effettuate.

6.2.9. Negoziazione

Per l'anno 2019 le attività di ricovero degli erogatori pubblici potranno essere tutte riconosciute nell'ambito delle complessive risorse assegnate alle ATS per gli erogatori dello stesso comparto (pubblico).

La procedura per la negoziazione e la sottoscrizione dei contratti con tutti gli Erogatori, anche per il 2020, prevede la seguente tempistica:

- sottoscrizione del contratto provvisorio entro il 31.01.2020;
- sottoscrizione del contratto definitivo entro il 31.05.2020;
- eventuali rimodulazioni di budget entro il 30.11.2020.

Per la sottoscrizione del contratto definitivo, l'ATS deve utilizzare lo "Schema di contratto per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra ATS e soggetto erogatore di prestazioni di ricovero e assistenza" (Suballegato 2A).

I posti letto necessari per onorare gli impegni contrattuali annualmente contratti dagli erogatori con le ATS sono i posti letto accreditati e a contratto, così come declinato nella DGR n. XI/1046/2018.

Si conferma che, in caso di non completo utilizzo delle risorse negoziate, le ATS, nel rispetto dei tetti contrattuali, potranno, con riferimento all'ultimo trimestre, previe verifiche sulla completezza dei flussi informatici, in accordo con l'erogatore e previa autorizzazione della Direzione Generale Welfare, riorientare le risorse presso altri Erogatori dello stesso comparto (pubblico su pubblico o privato su privato).
Con riferimento agli erogatori pubblici, considerati il D.M. 21/06/2016 e il D.L. 95/2012, potranno essere riconosciuti, con valutazione positiva della DG Welfare e con effetto neutro sull'equilibrio economico finanziario del sistema, ricavi derivanti da produzione superiore rispetto a quella contrattualizzata con le ATS.
Con riferimento agli erogatori di diritto privato, nel corso dell'ultimo trimestre, su base ATS, nel caso di avanzo di risorse contrattualizzate, il volume dell'importo delle stesse da poter riorientare è fissato nella percentuale massima del 10%.
Tali operazioni sono da considerarsi non storicizzabili.
Per le prestazioni ambulatoriali, sulla base della valutazione epidemiologica da parte di ATS che evidenzi il bisogno di specifiche prestazioni da parte del territorio di riferimento e successiva approvazione della Direzione Generale Welfare, è consentito l'ampliamento di nuove branche specialistiche accreditate e a contratto; tale variazione è da considerarsi a budget immodificato.
Le ATS nel corso dell'anno dovranno effettuare un attento monitoraggio delle attività, avendo come priorità di attenzione la distribuzione omogenea delle attività per tutto l'arco

dell'anno, evitando così di avere dei cali negativi di offerta nell'ultimo trimestre dell'anno. Gli enti pertanto si impegnano a programmare l'erogazione delle attività sanitarie in modo omogeneo durante tutto l'arco dell'anno, ad esclusione delle prestazioni di medicina dello sport soggette a peculiare produzione stagionale (circolare 17 dicembre 2012, protocollo n. H1.2012.0036178, Allegato B alla DGR 26 ottobre 2012, n. IX/4334).

Si confermano le disposizioni vigenti relativamente:

1) alle modulazioni tariffarie relative alla casistica afferente ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza ed agli interventi di riduzione di fratture al femore in soggetti di età superiore ai 65 anni entro i due giorni dal ricovero;
2) alle modulazioni del contratto fino ad un massimo del + 0,5 % – 0,5 % del valore del contratto stesso riconducibile alla casistica acuta in base agli indicatori di performance.

Si stabilisce di introdurre, a decorre dai dimessi dal 1° gennaio 2020, una riduzione del 30% del valore di rimborso della casistica riconducile ai ricoveri per minori con diagnosi di asma e di gastroenterite (vedi specifici indicatori della griglia LEA). Ciò al fine di incentivare lo sviluppo di setting alternativi per la gestione di questo tipo di problematiche. Ci si riferisce in questo caso alla necessità di attivare in tutte le UO di pediatria delle attività di OBI che non saranno rendicontate con le SDO ma con il flusso di cui alla circolare 28/san/1997.
Si stabilisce che per il 2020 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. L'identificazione della quota di risorse che sarà estrapolata dai contratti dei singoli erogatori avverrà su base ATS calcolando le prestazioni attese a partire dai PAI attivi al 31/03/2020. Entro il mese di ottobre, su base regionale complessiva, verrà effettuata una verifica relativamente al consumo della predetta quota del 3% di risorse e la parte non utilizzata potrà essere utilizzata per ridurre l'impatto delle regressioni tariffarie applicate tra il 97% ed il 106% della base contrattualizzata dagli erogatori con le ATS.

Alla luce del decreto fiscale in corso di approvazione che prevede una rimodulazione in aumento della spesa per acquisto di prestazioni da erogatori privati, entro il 31 gennaio 2020 verrà attivato un tavolo di lavoro al fine di individuare le modalità applicative a livello regionale, tenendo conto anche delle prestazioni maggiormente critiche in termini di attesa, dell'impatto della cronicità e dell'invecchiamento della popolazione.

6.2.9.1 Azioni per l'anno 2020

<u>a) con riferimento agli erogatori privati in attuazione delle disposizioni della DGR n. XI/2013/2019 nel 2020:</u>

- la negoziazione delle attività di ricovero prevede un contratto unico per erogatore, a prescindere dalla residenza dei pazienti, che ha come base di riferimento il finanziato 2019.
  L'attività erogabile per cittadini lombardi può arrivare fino ad un massimo su base regionale che è pari a 1.626 mln per erogatori privati e 3.064,3 mln per gli erogatori pubblici. Con riferimento agli erogatori privati si prevede che in caso di esubero del predetto tetto si applichi una regressione tariffaria, finalizzata a rientrare nello stesso, che opererà sugli erogatori che avranno prodotto in più per questa casistica rispetto al 2019.

Si prevedono incrementi programmati per alta complessità e per le prestazioni ulteriori che saranno erogate per ridurre i tempi di attesa;

- la negoziazione delle attività di specialistica ambulatoriale prevede un contratto unico, a prescindere dalla residenza dei pazienti, che ha come base di riferimento il finanziato 2019.
  L'attività erogabile per cittadini lombardi può arrivare fino ad un massimo su base regionale che è pari a 875,5 mln per erogatori privati e 1.378,5 mln per gli erogatori pubblici.
  Si prevedono incrementi programmati per radioterapia e dialisi e per le prestazioni ulteriori che saranno erogate per ridurre i tempi di attesa.

b) relativamente alle attività di negoziazione con erogatori di diritto pubblico e privato si stabilisce inoltre che**:**

entro il 31/01/2020 le ATS, a seguito di opportune valutazioni, formulano le proposte degli obiettivi da assegnare agli erogatori pubblici e privati, da sottoporre all'approvazione della Direzione Generale Welfare.

Le ATS successivamente avviano il percorso negoziale con gli erogatori privati e, contestualmente, la Direzione Generale Welfare, affiancata dalle ATS, avvia il percorso negoziale di definizione degli obiettivi con le Aziende pubbliche; tali percorsi sono funzionali alla sottoscrizione del contratto definitivo entro il mese di maggio.

Per quanto riguarda la negoziazione delle ATS con gli erogatori di Diritto Privato, si stabilisce che le stesse potranno proporre alla Direzione Generale Welfare, fino ad un massimo del 2% 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.

c) ampliamento sperimentazione riduzione mirata dei tempi di attesa a tutte le ATS

Con riferimento alla sperimentazione per la riduzione mirata dei tempi di attesa di cui alla DGR n. XI/1046/2018, che ha interessato l'ATS Città Metropolitana di Milano e l'ATS Brescia, si rileva un importante valore aggiunto conseguito in termini di prenotabilità mediante call center anche delle prestazioni erogate dai privati e di miglioramento dei tempi di attesa per le prestazioni più critiche.

DGR n. XI/1046/18 - Elenco delle 12 prestazioni critiche in termini di tempi di attesa per i primi accessi:

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

Risultati Sperimentazione ATS Città Metropolitana di Milano e ATS Brescia

I dati di confronto tra il periodo gennaio-maggio 2019 (prima dell'avvio del nuovo progetto) ed il periodo giugno-novembre 2019 indicano risultati positivi che consentono di proseguire nel 2020 estendendo il progetto a tutta la Regione:

1. le prenotazioni effettuate dal call center regionale sono incrementate del 10 % per effetto della messa a disposizione delle agende relative alle prestazioni incrementali da parte degli erogatori privati;

2. il tempo di attesa riferibile complessivamente a queste prestazioni prenotate dal call center si è ridotto del 18%;

3. le prenotazioni effettuate dai cup aziendali sono incrementate del 7% evidenziando il reale incremento dell'offerta;

4. il tempo di attesa relativo alle prestazioni prenotate dai cup aziendali si è ridotto del 5%.

Desc Prestazione SISS	gen_maggio prenotazioni call center	gen_maggio tempo attesa call center	gen_maggio prenotazioni cup aziende	gen_maggio tempo attesa cup aziende	giu_nov prenotazioni call center	giu_nov tempo attesa call center	giu-nov cup aziende	giu_nov tempo attesa cup aziende
COLONSCOPIA ENDOSCOPIO FLESSIBILE CON EVENTUALI BIOPSIE	8.203	108,7	15.581	94,6	8.485	100,4	16.695	101,6
ECOCOLORDOPPLER TRONCHI SOVRAAORTICI A RIPOSO	13.262	105,4	22.293	146,1	13.542	76,9	24.399	138,1
ECOCOLORDOPPLER TRONCHI SOVRAAORTICI DOPO PROVA FISICA	13	129,8	166	145,6	11	111,9	255	165,4
ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	14.060	94,0	33.295	110,7	18.633	68,8	40.430	103,6
ECOGRAFIA APPARATO URINARIO COMPLETO	3.313	93,4	7.805	105,1	3.930	76,4	9.796	101,9
ECOGRAFIA MAMMELLA BILATERALE	16.772	153,1	25.052	187,1	17.606	129,9	28.284	175,2
MAMMOGRAFIA BILATERALE	19.055	146,0	48.519	177,6	18.074	133,5	48.785	167,8
VISITA CARDIOLOGICA (PRIMA VISITA)	18.245	63,0	25.567	64,7	18.520	47,2	25.823	58,3
VISITA DERMATOLOGICA (PRIMA VISITA)	40.423	72,3	36.357	67,5	50.417	55,5	40.515	62,1
VISITA DIABETOLOGICA (PRIMA VISITA)	3.529	40,0	8.516	40,0	3.570	38,5	8.440	39,5
VISITA ENDOCRINOLOGICA (PRIMA VISITA)	6.149	97,7	8.360	75,1	7.480	71,4	9.022	73,1
VISITA GASTROENTEROLOGICA (PRIMA VISITA)	5.561	80,1	5.979	69,1	6.220	64,2	6.162	65,3
VISITA NEUROCHIRURGICA (PRIMA VISITA)	4.094	44,9	3.714	40,2	4.677	49,0	3.833	43,7
VISITA NEUROLOGICA (PRIMA VISITA)	15.173	63,3	15.629	67,6	17.665	52,5	16.080	60,7
VISITA OCULISTICA (PRIMA VISITA)	47.116	106,8	48.801	110,5	51.348	87,9	51.281	100,6
VISITA ORTOPEDICO TRAUMATOLOGICA (PRIMA VISITA)	33.610	46,3	32.410	45,3	36.464	44,1	33.271	45,7
VISITA OTORINOLARINGOIATRICA (PRIMA VISITA)	33.880	43,3	33.546	40,7	33.853	37,9	34.393	37,8
totali	282.458	84,0	371.590	100,9	310.495	69,2	397.464	95,5
					10%	-18%	7%	-5%

Per il 2020 si intende estendere al territorio di tutte le ATS tale sperimentazione, con riferimento alle prestazioni individuate dalla sopracitata DGR n. XI/1046/2018 fatte salve diverse proposte da parte delle ATS da sottoporre all'approvazione della Direzione Generale Welfare.

Si prevede per la predetta sperimentazione un fabbisogno annuo complessivo fino ad un massimo 30 milioni di euro, di cui circa 15 milioni di euro per il proseguimento nelle ATS della Città Metropolitana di Milano e Brescia e altrettanti 15 milioni per l'estensione della stessa nei territori delle restanti ATS. La metà delle prestazioni sono riconducibili ad erogatori privati ed anche il relativo valore, che è già esposto al netto del ticket e del superticket. Le risorse sono all'interno di quanto indicato nella relativa macro area del paragrafo sulle risorse economiche. In coerenza con l'estensione della sperimentazione, dovranno essere regolati i livelli di servizio del contratto del contact center regionale.

d) programmare (compensando i maggiori costi con le riduzioni tariffarie del 2019) maggiori attività di alta complessità per erogatori di diritto pubblico e privato

Anche per le attività di ricovero è stato calcolato il fabbisogno aggiuntivo delle prestazioni che sono soggette a monitoraggio nell'ambito del PRGLA. Questo è un dato costruito in modo automatico e quindi deve essere declinato nella realtà secondo criteri che siano determinati dai gradi di libertà consentiti dal DL 95/2012, i vincoli di riordino della rete ospedaliera ed i limiti di costo che hanno per specifici gruppi di fattori produttivi le aziende pubbliche.

Per gli erogatori di diritto privato si prevede di destinare fino ad un massimo **20 milioni** di euro da poter destinare in modo mirato tramite la negoziazione in capo alle ATS alla riduzione dei tempi di attesa sia per i ricoveri (con riferimento in modo particolare all'alta complessità) sia per la specialistica ambulatoriale.

e) Breast Unit

In Regione Lombardia sono ad oggi previste Breast Unit di presidio, aziendali e interaziendali, che devono essere formalmente autorizzate da ATS, sentita la Direzione Generale Welfare. Si rammenta che gli erogatori pubblici e privati accreditati che non hanno raggiunto il volume previsto di 150 interventi nel 2019 (con un range del 10%) di mammella individuati secondo i criteri utilizzati nell'ambito del programma PNE o che non hanno ottenuto dalla ATS di riferimento l'approvazione di un progetto operativo di attivazione / potenziamento di una breast unit, anche interpresidio o interaziendale, rispettoso delle indicazioni previste dalla normativa nazionale e regionale vigenti, con decorrenza 01/01/2020 non potranno erogare le prestazioni di cui sopra a carico del SSN; nel caso in cui le prestazioni venissero rendicontate non verranno remunerate.

Le Breast Unit per essere formalmente autorizzate da ATS dovranno prevedere un unico percorso di presa in carico della paziente, omogeneo, con il riconoscimento di una equipe multidisciplinare che faccia riferimento per l'attività specifica ad un unico Responsabile.

Si rimandano a un successivo provvedimento le indicazioni specifiche; nel corso del 2020 sarà prevista inoltre la pubblicazione sul portale di Regione Lombardia dell'elenco delle Breast Unit autorizzate per garantire la corretta informativa all'utente.

6.3. Rete Territoriale

6.3.1. Indirizzi

Nell'ambito dei servizi sociosanitari si ritiene necessario:

- migliorare-governare le modalità di accesso ai servizi e dei percorsi, nella garanzia della continuità della presa in carico, anche tramite l'attivazione di specifiche articolazioni organizzative territoriali che orientino all'utilizzo della rete di offerta, previa valutazione delle necessità sanitarie-assistenziali dei cittadini, considerando la problematica presentata, le condizioni di vita e di contesto. Promuovere l'emersione della domanda di salute (offerta attiva) per garantire risposte anticipate e precoci;
- promuovere monitoraggi dei bisogni di salute per qualificare i livelli di prevenzione della disabilità e di mantenimento delle autonomie individuali in situazioni di cronicità;
- definire reti di collaborazione che facilitino i percorsi assistenziali dei cittadini;
- superare la frammentazione delle risposte ai bisogni riportando il sistema sociosanitario alle seguenti tipologie di offerta: ambulatoriali, domiciliari, semiresidenziali, residenziali;
- procedere al primo aggiornamento dei requisiti di accreditamento di alcune Unità d'Offerta Sociosanitarie e orientare il sistema di vigilanza anche verso l'utilizzo di un sistema incentivante al fine di garantire il perseguimento dell'interesse pubblico;
- aggiornare i sistemi di classificazione dei bisogni di assistenza in gruppi omogenei per assorbimento di risorse impegnate;
- promuovere e migliorare la qualità e l'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore dei servizi sociosanitari ad alta integrazione sanitaria, tramite l'utilizzo di percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) quali strumenti per realizzare qualità ed efficienza delle cure, ridurne la variabilità e garantire cure appropriate al maggior numero di pazienti. Valutare l'esito degli interventi effettuati, adeguando l'offerta ai risultati raggiunti e ai cambiamenti dello stato di salute;
- sviluppare partnership tra professionisti e pazienti, al fine di superare il dualismo tra esperto e paziente nonché concorrere a ridurre la frammentarietà e inefficienze del sistema territoriale;
- promuovere l'empowerment del cittadino fornendo maggiori informazioni in merito ai servizi, all'utilizzo appropriato degli stessi e del setting assistenziale in relazione al mantenimento della maggiore autonomia possibile.

Nella prima parte del 2020 verrà attivato uno specifico approfondimento tematico (gruppo di lavoro), in accordo con le ATS, al fine di sperimentare, in alcune aree regionali, punti di accesso territoriali (P.A.T.), per facilitare e governare l'orientamento e l'utilizzo della rete d'offerta sociosanitaria (anche tramite l'accesso programmato), sulla scorta di alcune positive esperienze già realizzate, pur con denominazioni e modalità diversificate, in alcune realtà. Tali punti di accesso territoriale (P.A.T.) potranno favorire la valutazione multidimensionale dei bisogni clinici funzionali e sociali, la presa in carico e la definizione (in collaborazione con gli erogatori) del progetto di assistenza individuale. Il gruppo di lavoro individuerà la composizione dell'équipe di base che dovrà prevedere il coinvolgimento e la collaborazione attiva del sistema dei servizi sociali (comuni/ambiti), nonché dei medici di medicina generale, ecc.
In questa prospettiva, nella rete territoriale, potrà essere attivata l'offerta dell'infermiere di famiglia e comunità.
La fase sperimentale potrà coinvolgere le ASST che, attraverso le ATS, si candideranno per la sperimentazione dei P.A.T.
Il P.A.T. mira a rappresentare una modalità organizzativa unitaria, stabile, dotata di procedure standardizzate, e personale specificamente formato.
La presenza di punti di accesso territoriali potrà essere prevista nell'ambito dei PreSST e/o sedi territoriali che rappresentino un riferimento per i cittadini. Oltre a garantire le funzioni già declinate, in tali sedi potranno essere attivate équipe di valutazione multidimensionale con il principale obiettivo di orientare i soggetti con bisogni assistenziali complessi e/o non

autosufficienti, verso il sistema di offerta territoriale, sostenendo la famiglia, collaborando con il MMG/PLS nel garantire la continuità clinica, terapeutica ed assistenziale secondo un piano di intervento personalizzato, globale e condiviso.
Contestualmente sarà attivato un gruppo di lavoro per l'individuazione/ampliamento degli utenti beneficiari di ricoveri in RSA.

Per quanto riguarda l'integrazione con le funzioni sociali afferenti alla programmazione locale dei Piani di Zona, nel 2020 si chiude il triennio di programmazione 2018-2020. Le linee guida per la programmazione zonale degli ambiti territoriali 2018-2020 (D.G.R. n. X/7631/2017) per meglio coordinare l'integrazione tra le funzioni sociosanitarie e quelle sociali, hanno promosso e incentivato, anche introducendo specifiche premialità, l'integrazione delle funzioni, delle attività e dei modelli organizzativi a partire dall'aggregazione degli ambiti territoriali verso gli ambiti distrettuali, allineando, quindi, secondo quanto previsto dalla l.r.23/2015, gli ambiti sociali con quelli sociosanitari.
Ciò anche alla luce dell'avvio della programmazione della nuova triennalità e alla prossima scadenza dei POAS che dovranno, per quanto attiene il dimensionamento territoriale, considerare anche lo sviluppo finora delineato nei Piani di zona.
Questo processo, così come già evidenziato da provvedimenti definiti in accordo con la Direzione Generale Politiche sociali, abitative e Disabilità è stato avviato e, pur se non ancora completato, si sta evidenziando nella pianificazione zonale, finora approvata, che anche laddove non si è ancora raggiunto l'obbiettivo di aggregazione degli ambiti, sono in corso accordi di coprogettazione tra ambiti volti a realizzare gli obiettivi strategici indicati dalle linee regionali secondo criteri condivisi.
Nella programmazione dei Piani di zona sono presenti le principali tematiche su cui si progetta l'integrazione sociosanitaria: salute mentale, disabilità, dimissioni protette e continuità assistenziale, tematiche per cui occorre necessariamente pensare ad una valutazione e ad una presa in carico integrate.
Pertanto, in ottica di ricostruzione della filiera erogativa di un percorso integrato, devono necessariamente trovare collocazione anche le funzioni sociali che rispondono a bisogni di persone vulnerabili, a rischio di fragilità sanitaria o sociosanitaria.
Il modello di rete territoriale per le regole 2020 richiede necessariamente una presa in carico integrata oltre ad una valutazione multidimensionale e multidisciplinare. E' indifferibile, in tal senso, la collaborazione sinergica e coordinata dei due attori fondamentali, ATS e Comuni.
Nel 2020 ATS e Ambiti lavoreranno nel contesto della Cabina di regia, costituita nell'ambito del Dipartimento PIPSS, affinché la stessa cabina, oltre ad essere uno spazio dedicato prevalentemente all'informazione, diventi realmente un luogo strategico per l'integrazione.
E' in quest'ottica che l'obiettivo per il 2020 è definire indicazioni congiunte tra le Direzioni Generali Politiche sociali, abitative e disabilità e Welfare rivolte ad ATS e Ambiti per avviare percorsi, anche sperimentali, di presa in carico integrata della fragilità nelle aree succitate, rafforzando anche il ruolo che la cabina di regia deve necessariamente avere come luogo privilegiato per l'integrazione tra le attività sociali e quelle sociosanitarie in ordine ai modelli organizzativi, alle modalità di funzionamento e alle risorse dedicate.

6.3.2. Degenze di comunità

Con la DGR n. XI/2019 del 31/07/2019 sono state fornite le "Prime indicazioni per l'avvio del percorso di riordino e di riclassificazione dei PreSST, dei POT e delle Degenze di Comunità".
La riclassificazione delle strutture richiede un'analisi che, a partire dai dati epidemiologici, consenta di definire orientamenti programmatori che indirizzino l'evoluzione della rete di offerta in funzione dei bisogni dei cittadini, anche sulla base delle valutazioni e proposte delle ATS.

L'allegato della DGR citata prevede che siano predisposti strumenti e percorsi dal livello regionale.
Nel corso del 2020 saranno fornite alle ATS le indicazioni per la riclassificazione delle Degenze di Comunità e per l'accreditamento dei PreSST e dei POT su specifiche istanze nell'applicativo ASAN.
Nella citata DGR n. XI/2019/2019 le degenze dei progetti PRINGE e STAR, di cui alla DGR n. X/6503 del 1/04/2017 e alla DGR n. X/6766 del 22/06/2017", sono state ricondotte alle degenze di comunità.
Nelle more della riclassificazione prevista dalla suddetta DGR, si autorizzano le ATS della Città Metropolitana di Milano e di Brescia a proseguire le attività già oggetto di sperimentazione, alle medesime condizioni già in essere.
Tra le sperimentazioni attive vi è il progetto "Post Acuti Homeless" realizzato sul territorio del Comune di Milano e rivolto a persone in situazione di grave emarginazione sociale e in condizioni di precarietà sanitaria. Come già indicato l'ambito di maggiore assimilabilità a cui ricondurre la progettualità, pur con specifiche differenziazioni, è quello delle degenze di comunità (ex post acute).
Nelle more della suddetta riconduzione, nel 2020 il progetto proseguirà alle medesime condizioni già in essere, con uno stanziamento di risorse complessive a carico del FSR, già disponibili nel bilancio dell'ATS Città Metropolitana di Milano, pari a euro 700.000. L'ATS dovrà fornire ai competenti uffici regionali, a cadenza semestrale, relazione descrittiva dell'andamento della suddetta progettualità.

Al fine di migliorare l'offerta territoriale nella città di Milano, coerentemente con le sue specifiche peculiarità, si dà mandato a ATS Città Metropolitana di Milano e ad ASST Nord Milano, in collaborazione con le altre ASST insistenti nel territorio della città di Milano, di realizzare uno studio di fattibilità legato all'attuazione del sistema urbano dei PreSST (caratteristiche delle strutture, funzioni da attivare, volumi di attività da erogare, aspetti di governance) e del piano di investimenti necessario per realizzarlo e finalizzato a garantire un livello di servizi riconoscibile, uniforme, integrato, diffuso. La realizzazione dello studio dovrà trovare copertura nell'ambito delle risorse stanziate per l'anno 2020.

6.3.3. Dimissioni protette

L'attuale modello di sostegno alla fragilità delle persone anziane è basato su una rete di unità d'offerta e una serie di misure in grado di rispondere a bisogni personalizzati a cui la rete d'offerta consolidata non è in grado di rispondere. Questo modello valorizza innovazione e flessibilità dei servizi/prestazioni sociali e sociosanitari, evitando la frammentazione delle risposte a bisogni differenziati. Tutto ciò funziona se esiste una governance pubblica che riconosce e potenzia il ruolo di ATS e Comuni, a garanzia dell'appropriato impiego delle risorse, creando le migliori condizioni per assicurare integrazione sociale e sociosanitaria nei confronti del destinatario degli interventi: la persona e la sua famiglia.
Nel 2020 saranno date indicazioni, frutto di un lavoro congiunto tra Direzione Generale Welfare e Direzione Generale Politiche sociali, abitative e Disabilità per la realizzazione di un modello sperimentale di presa in carico integrata della fragilità per le dimissioni protette, con particolare riferimento agli anziani ultrasettantacinquenni. L'obiettivo è quello di definire, nelle more della conclusione del processo di sviluppo dei Punti di accesso territoriali, le modalità di attivazione e gestione del percorso di dimissioni protette per sostenere il graduale rientro al domicilio della persona fragile mediante procedure concordate/protocolli tra ospedale e territorio (es. ASST, PreSST, POT, Degenze di Comunità ecc.) che prevedano il coinvolgimento dei Comuni/ambiti.

Il modello integrato per le dimissioni protette dovrà prevedere la valutazione della persona, la programmazione concordata delle tempistiche di dimissione, l'individuazione della figura di riferimento per accompagnare la persona nel percorso di dimissioni, l'eventuale necessità di empowerment della famiglia/care giver ecc.
Tutto ciò al fine di evitare che la famiglia, che continua a rappresentare per il sistema sociale e sociosanitario la principale risorsa su cui grava il carico assistenziale dei componenti fragili, debba fare sintesi di questa complessità diventando anche il soggetto che ha il compito di connettere risorse, unità d'offerta e presidi della rete territoriale e ospedaliera.

6.3.4. Cure Primarie

Il sistema delle cure primarie è oggetto da anni di una forte trasformazione volta ad integrare il ruolo tradizionale di valutazione del paziente e richiesta di accesso al secondo livello con una maggiore offerta al cittadino; in questo senso il percorso di appropriatezza intrapreso da tempo sta portando ad una attività centrata sulla gestione del paziente a bassa e media complessità.

Ne è un esempio il processo in atto di presa in carico del paziente cronico che coniuga la formulazione di un piano di cura e il suo governo con l'erogazione di prestazioni di secondo livello anche attraverso la "telemedicina".

Presupposto di questo processo è stato lo sviluppo organizzativo che Regione Lombardia ha perseguito nel tempo per la medicina generale, incrementando l'organizzazione in gruppo e/o per sedi comuni e favorendo la presenza di personale di studio e di infermieri. Analogo sviluppo ha interessato la Pediatria di Libera scelta, sia per quanto riguarda la diffusione delle forme associative che per la maggiore presenza di personale nello studio del Pediatra di Libera Scelta. I nuovi ACN di categoria, in fase di redazione, integreranno e svilupperanno il percorso già avviato in Regione Lombardia.

Regione Lombardia nel 2020 verificherà la possibilità di supportare ulteriormente questo processo organizzativo visti gli sviluppi previsti nella DGR XI/2019/2019 recante: "Prime indicazioni per l'avvio del percorso di riordino e di riclassificazione dei PreSST, dei POT e delle degenze di comunita'".

Per quanto riguarda il settore della Pediatria di Libera Scelta e relativamente alle prestazioni ambulatoriali rivolte ai pazienti cronici in parte ricomprese nell'istituto contrattuale dell'Assistenza Programmata Ambulatoriale (APA), si provvederà nel corso dell'anno ad armonizzare queste attività di gestione di patologia cronica con il processo sulla presa in carico.

Sempre al fine di armonizzare l'attività di gestione della patologia cronica con il processo di presa in carico si cercherà di dare ulteriore visibilità all'apporto della continuità assistenziale per quanto riguarda la pubblicazione del referto della prestazione sul FSE o la sua trasmissione.

Cruciale permane, per il settore delle cure primarie, anche l'integrazione, ovvero il supporto alle attività di urgenza a bassa complessità per certi versi sovrapponibili alle prestazioni non differibili.

In questo senso le attività relative alla guardia del sabato pediatrica saranno oggetto di

puntuale valutazione di efficacia, pensando altresì a progettualità che ne prevedano la diffusione laddove la rete di offerta risulti essere meno strutturata. Infine verrà valutato sviluppando eventuali progettualità, l'apporto del settore delle cure primarie ad integrazione con quello di secondo livello deputato all'urgenza a minore complessità anche nel settore della popolazione adulta.

6.3.4.1 Corso di Formazione specifica in Medicina Generale

Gli effetti dell'emergenza originata dall'ormai prossimo pensionamento di numerosi medici di medicina generale, in maniera particolarmente accentuata in Lombardia, ha portato Regione Lombardia ed il Ministero della Salute ad assumere, a partire dal Triennio formativo 2018/2021, i provvedimenti necessari ad incrementare significativamente il contingente di borse di studio messe a concorso.
La DGR n. XI/1421 del 25/03/2019 ha approvato gli indirizzi organizzativi e didattici per la progettazione attuativa del corso di formazione specifica in medicina generale, individuando i ruoli, le responsabilità e le attività per l'attuazione del corso.

Nell'anno 2019 il corso ha avuto un numero di nuovi iscritti pari a 388 tirocinanti e nell'anno 2020 saranno reclutati 476 corsisti, con una previsione di 1.200 iscritti a regime nel 2021.

È necessario pertanto che i diversi attori del sistema collaborino, ciascuno per il proprio ruolo e la propria responsabilità, ad assicurare il regolare svolgimento delle attività, nel rispetto degli indirizzi organizzativi disposti dalla Giunta Regionale.

6.3.5. Infermiere di famiglia e di comunità

Nel potenziamento delle cure primarie e nel percorso di gestione della cronicità si inserisce anche l'attivazione dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità, professionista che agisce in integrazione con la rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali per rispondere ai bisogni di salute della popolazione di uno specifico ambito territoriale.

Entro il primo semestre 2020 è prevista la declinazione del progetto regionale da parte del tavolo tecnico istituto con decreto della Direzione Generale Welfare n. 19190 del 19/12/2018. La sperimentazione è prevista per il secondo semestre e dovrà coinvolgere almeno una ASST in ogni ATS (uno o più comuni per ogni ASST individuata).

6.3.6. Misure innovative a favore della popolazione fragile

L'obiettivo di superare la frammentazione delle risposte ai bisogni sistematizzando in modo organico l'offerta sociosanitaria nei livelli erogativi ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale e residenziale trova una prima attuazione nella decisione di avviare nel 2020 il processo di inclusione degli interventi/servizi erogati nell'ambito delle misure innovative all'interno del sistema consolidato di offerta.
Tali misure, differenziate per i target di popolazione a cui sono rivolte, possono, infatti, essere ricondotte nell'ambito della rete delle unità di offerta a regime, come si evince dalla tabella sotto riportata.
Nel 2020 prenderà pertanto avvio il percorso all'interno del quale si procederà gradualmente alla revisione delle misure innovative ed alla valutazione della collocazione delle stesse nell'ambito del sistema consolidato di offerta, confermando per la stessa

annualità la prosecuzione delle stesse al fine di garantire la continuità ai servizi/interventi erogati.

REGIME	UNITÀ DI OFFERTA TRADIZIONALI	MISURE
RESIDENZIALE	Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) Residenza Sanitaria Disabili (RSD) Comunità Socio-Sanitarie (CSS) Serv. Terapeutico Riabilitativo Minori (SRM) Cure intermedie Comunità per le dipendenze Hospice Strutture residenziali NPIA Strutture residenziali psichiatria	Residenzialità per Minori Gravemente Disabili Minori in Comunità Residenzialità assistita per anziani
SEMIRESIDENZIALE	Centri diurni Integrati (CDI) Centri Diurni Disabili (CDD) Centro Diurno Continuo (CDC) Servizi semiresidenziali per dipendenze Strutture semiresidenziali NPIA Strutture semiresidenziali psichiatria	
AMBULATORIALE	Consultori SERT/SMI Riabilitazione Servizi ambulatoriali NPIA Servizi ambulatoriali psichiatria	
DOMICILIARE	ADI Cure Palliative Domiciliari	Rsa Aperta Assistenza ai religiosi in strutture residenziali

6.3.6.1 Residenzialità per minori disabili gravissimi

La misura Residenzialità Minori Disabili Gravissimi è stata stabilizzata con la DGR n. XI/1152/2019 con decorrenza dal II trimestre 2019 in un'ottica di maggiore appropriatezza dei servizi erogati e di sostegno alla prossimità dei servizi.
Gli esiti della valutazione condotta sui dati relativi al periodo gennaio- ottobre 2019 evidenziano che i beneficiari inseriti nelle 5 strutture (RSD e CSS accreditate disponibili ad erogare la misura) sono risultati in incremento rispetto al 2018 (da n. 34 del 2018 a n. 39 alla data del 31/10/2019) con un'importante quota costituita dagli inserimenti di sollievo. Nel periodo considerato, infatti, sono stati inseriti n. 12 minori, di cui 6 provenienti dall'Ospedale e n.6 dal domicilio, e di questi n. 4 per periodi di sollievo.

6.3.6.1.1 Azioni ed Interventi per l'anno 2020

Nel 2020 la misura sarà erogata nei termini e con le modalità disposte dalla DGR n. XI/1152/2019 che ne ha disposto la stabilizzazione. Nel confermare la necessità di assicurare la prossimità dei servizi sostenuti dalla stessa misura, si ribadisce il compito delle ATS di predisporre e mantenere aggiornato apposito elenco di CSS e RSD accreditate disponibili ad erogare la misura.

Resta, altresì, fermo il vincolo previsto dalla citata DGR che per ogni inserimento deve essere effettuato un preliminare raccordo da parte di ATS con il livello regionale al fine del

monitoraggio delle risorse complessivamente messe a disposizione per la misura. Gli inserimenti nella misura possono essere pertanto effettuati soltanto previa acquisizione dell'avvallo regionale.

In considerazione dell'avvenuta stabilizzazione della misura e nell'ottica di dare attuazione all'obiettivo di superamento della frammentarietà dei servizi, a partire dal 2020 si avvierà il percorso per ricondurre la misura nell'ambito dell'attività tradizionale delle unità di offerta CSS e RSD, pur riconoscendo la specificità legata alla particolare utenza, cosi come declinato nel paragrafo 6.3.8.1 cui si rimanda.

6.3.6.1.2 Ammontare delle risorse finanziarie previste

Tenuto conto degli effetti derivanti dall'avvenuta stabilizzazione, dell'andamento della misura che si è confermata rivolta ad una casistica estremamente complessa ma numericamente limitata (dimensionata nel 2019 attorno ad una media di 28 minori), considerati i livelli di intensità assistenziale ed i relativi profili rilevati, per il 2020 si conferma un'assegnazione di risorse per un budget complessivo invalicabile pari ad euro 3.400.000, equivalente al riconoscimento della misura per l'intero anno ad almeno 35 minori.

6.3.6.2 Residenzialità assistita per anziani

La misura così come novellata con la DGR n. X/7769/2018, con decorrenza dal II° trimestre 2018, e modificata dalla successiva DGR n. XI/491/2018, ha visto nel 2019 il primo anno di applicazione continuativa.
Gli esiti della valutazione condotta sui dati relativi al I° semestre 2019 confermano che la popolazione beneficiaria della misura si compone prevalentemente di grandi anziani che costituiscono il 77% circa del totale. In merito alla dimensione numerica, dai dati rilevati si stima una sostanziale conferma rispetto al dato registrato nel 2018, pari a n. 734 beneficiari.
La rilevazione dei dati del periodo considerato conferma altresì la prevalenza degli inserimenti dei beneficiari della misura in strutture sociali. Tali inserimenti costituiscono, infatti, il 73,6% del totale a fronte del 26.4% di inserimenti in RSA. Nello specifico gli inserimenti in strutture sociali sono avvenuti in Alloggi progetti per Anziani nel 64% dei casi, in comunità alloggio nel 7.6% ed in Casa albergo nel 2%.

6.3.6.2.1 Azioni ed interventi per l'anno 2020

Viene confermata per l'anno 2020 la misura Residenzialità assistita nei termini e con le modalità disposte alla DGR n. X/7769/2018 e s.m.i.
Gli enti gestori che intendono svolgere l'attività connessa alla misura devono confermare/presentare la propria candidatura all'ATS di riferimento entro il 15 gennaio 2020.

Le ATS, verificate le candidature, sulla base delle rilevate disponibilità e dei fabbisogni territoriali, entro il 31 gennaio 2020, procedono alla sottoscrizione del contratto. In corso d'anno, valutata la possibilità di estensione dell'offerta e nei limiti delle risorse assegnate, potranno procedere ad ulteriori contrattualizzazioni.

Le ATS devono, altresì, garantire la pubblicazione degli elenchi degli enti erogatori della specifica misura sul sito aziendale, avendo cura di assicurarne i necessari aggiornamenti dandone, altresì, la massima diffusione ai medici di cure primarie, alle ASST e ai Comuni.

Le risorse destinate alla misura verranno ripartite con appositi provvedimenti alle singole ATS tenendo conto dell'attività erogata nel corso del 2019, nonché degli indici di popolazione target specifici per territorio.

Le ATS sono chiamate ad assicurare la completezza e la qualità del dato, la tempestività nonché il rispetto delle scadenze previste. Si rammenta, infatti, che le prestazioni per le quali è richiesto un flusso informativo di rendicontazione possono essere remunerate solo a seguito di corretta e puntuale trasmissione.

Nel 2020 il flusso informativo viene aggiornato e allineato alle specifiche della DGR n. X/7769/2018. Viene introdotto un nuovo tracciato per la residenzialità assistita dedicato alla scala di valutazione sociale e vengono aggiornati alcuni campi riferiti ai domini di valutazione. L'applicazione delle modifiche decorre dal 1/1/2020 per tutti gli utenti rendicontati a partire dal primo trimestre 2020, anche se già in carico da data precedente all'1/1/2020.

Nell'ottica di dare attuazione all'obiettivo di superamento della frammentarietà dei servizi, nel corso del 2020 si darà prosecuzione al lavoro del tavolo istituito ed attivato nel 2019 tra le Direzioni Generali "Welfare" e "Politiche Sociali, Abitative e Disabilità" al fine di pervenire ad una ridefinizione della misura ricalibrandola in ordine alla mission delle diverse strutture erogatrici.

In tale contesto verrà pertanto presa in considerazione l'intera filiera dell'offerta residenziale per anziani della rete sociale, interessata da una consistente ridefinizione, ricomprendendo sia l'UDO C.A.S.A (comunità alloggio sociale anziani) istituita con D.G.R. n. X/7776/2018, sia la nuova UDO residenzialità sociale a carattere comunitario, per cui è prevista l'istituzione nel 2020.

6.3.6.2.2 Ammontare delle risorse finanziarie previste

Tenuto conto dell'andamento della misura ed in considerazione del lavoro in atto in ordine alla ridefinizione della misura, per il 2020 si conferma il voucher giornaliero del valore di € 22 per l'acquisto di prestazioni sociosanitarie ed un'assegnazione di risorse per un budget complessivo invalicabile pari ad euro 5.334.000.

6.3.6.3 Residenzialità assistita per religiosi

Nel 2019 il numero dei posti messi a disposizione per la misura è stato incrementato di 80 unità, passando da n. 300 del 2018 a n. 380.
Gli esiti della valutazione condotta sui dati relativi al I semestre 2019 confermano che la popolazione beneficiaria della misura si compone prevalentemente di grandi anziani che costituiscono quasi il 90% del totale. In merito alla dimensione numerica, nel primo semestre del 2019 il numero dei beneficiari della misura è stato pari a 367 religiosi.

6.3.6.3.1 Azioni ed interventi per l'anno 2020

Viene confermata per l'anno 2020 la misura Residenzialità assistita per religiosi di cui alla DGR n. X/4086/2015 con un totale di posti pari a 380 che, a seguito delle variazioni intervenute nel 2019, risultano così distribuiti sul territorio regionale:

ATS	*N. posti 2020*

ATS CITTA' METROPOLITANA DI MILANO	64
ATS INSUBRIA	115
ATS MONZA BRIANZA	49
ATS BERGAMO	91
ATS BRESCIA	49
ATS PAVIA	12
TOTALE POSTI	380

Le risorse saranno ripartite alle ATS nei cui territori sono ubicate le comunità per religiosi/e erogatrici della misura, in proporzione al numero di posti attivati e sulla base del costo medio per posto letto di € 22,82.
Entro il 31 gennaio 2020 le ATS procedono alla sottoscrizione dei contratti con le comunità erogatrici della misura.
Le ATS sono chiamate ad assicurare la completezza e la qualità del dato, la tempestività nonché il rispetto delle scadenze previste. Si rammenta, infatti, che le prestazioni per le quali è richiesto un flusso informativo di rendicontazione possono essere remunerate solo a seguito di corretta e puntuale trasmissione.
In coerenza con l'obiettivo di superamento della frammentarietà dei servizi, considerato che la misura è rivolta a religiosi e religiose anziani che, in relazione a diverse forme di non autosufficienza, sono assistiti presso le loro dimore abituali, quali conventi e comunità religiose, nel corso del 2020 sarà costituito un gruppo tecnico con le ATS al fine di rivedere la misura nell'ottica di una visione complessiva ed unitaria dei servizi volti al sostegno della domiciliarità.

6.3.6.3.2 Ammontare delle risorse finanziarie previste

Tenuto conto dell'andamento della misura ed in considerazione del previsto lavoro in ordine alla revisione della misura, per il 2020 si confermano i voucher giornalieri del valore di:
€ 10 die – bassa intensità
€ 18 die – media intensità
€ 24 die – alta intensità

Si conferma un'assegnazione di risorse per un budget complessivo invalicabile pari ad euro 3.165.000.

6.3.6.4 RSA Aperta

La misura così come novellata con la DGR n. X/7769/2018, con decorrenza dal II° trimestre 2018, e modificata dalle successive DD.G.R n. XI/125/2018 e n. XI/491/2018, ha visto nel 2019 il primo anno di applicazione continuativa.
Gli esiti della valutazione condotta sui dati relativi al I semestre 2019 rispetto alle due tipologie di target di utenza a cui la misura si rivolge evidenziano un incremento del numero dei beneficiari affetti da demenza (il 75,3 % del totale a fronte del 70.9% del 2018). Tra questi se si conferma la prevalenza di persone affette da demenza di grado moderato e di grado

severo (69.4% nel I semestre 2019 e 68.5% nel 2018), emerge altresì un incremento di persone affette da demenza di grado lieve presi in carico dalla misura (16.4% nel I semestre 2019 a fronte del 14.2% del 2018).
In merito alla dimensione numerica, dai dati rilevati si stima una conferma del dato registrato nel 2018, pari a 15.021 beneficiari.

6.3.6.4.1 Azioni ed interventi per l'anno 2020

Viene confermata per l'anno 2020 la misura RSA Aperta nei termini e con le modalità disposte alla DGR n. X/7769/2018 e s.m.i.
Gli enti gestori che intendono svolgere l'attività connessa alla misura devono confermare/presentare la propria candidatura all'ATS di riferimento entro il 15 gennaio 2020.
Le ATS, verificate le candidature, sulla base delle rilevate disponibilità e dei fabbisogni territoriali, entro il 31 gennaio 2020, procedono alla sottoscrizione del contratto. In corso d'anno, valutata la possibilità di estensione dell'offerta e nei limiti delle risorse assegnate, potranno procedere ad ulteriori contrattualizzazioni.
Le ATS devono, altresì, garantire la pubblicazione degli elenchi degli enti erogatori della specifica misura sul sito aziendale, avendo cura di assicurarne i necessari aggiornamenti dandone, altresì, la massima diffusione ai medici di cure primarie, alle ASST e ai Comuni.
Le risorse destinate alla misura verranno ripartite con appositi provvedimenti alle singole ATS tenendo conto dell'attività erogata nel corso del 2019, nonché degli indici di popolazione target specifici per territorio.
Le ATS sono chiamate ad assicurare la completezza e la qualità del dato, la tempestività nonché il rispetto delle scadenze previste. Si rammenta, infatti, che le prestazioni per le quali è richiesto un flusso informativo di rendicontazione possono essere remunerate solo a seguito di corretta e puntuale trasmissione.
In coerenza con l'obiettivo di superamento della frammentarietà dei servizi, considerato che la misura si caratterizza per l'offerta di interventi di natura prioritariamente sociosanitaria, finalizzati a supportare la permanenza al domicilio di persone affette da demenza o di anziani di età pari o superiore a 75 anni, in condizioni di non autosufficienza, nel 2020 saranno attivati approfondimenti atti a collocare tale misura, salvaguardando e valorizzando le sue specificità, all'interno di una visione complessiva ed unitaria dei servizi di assistenza domiciliare.

6.3.6.4.2 Ammontare delle risorse finanziarie previste

Tenuto conto dell'andamento della misura con riferimento sia al numero di beneficiari che al consumo medio del budget a persona (pari nel primo semestre 2019 a € 1.022 con il minimo di € 964 registrato per gli anziani non autosufficienti ed il massimo € 1.101 per persone affette da demenza di grado severo), nel 2020 il budget annuo a disposizione di ogni beneficiario per usufruire dei diversi servizi sostenuti dalla misura viene confermato in € 4.000, al netto della valutazione multidimensionale. Il budget a disposizione di ogni beneficiario può essere utilizzato in maniera flessibile in relazione a specifici obiettivi di cura, fermo restando, comunque, il vincolo legato al periodo di presa in carico.

Si conferma un'assegnazione di risorse per un budget complessivo invalicabile pari ad euro 27.500.000 all'interno della quale sono ricomprese le risorse destinate alla sperimentazione Villaggio Alzheimer.

6.3.6.5 Villaggio Alzheimer

La sperimentazione del modello innovativo di assistenza e presa in carico delle persone affette da demenza rappresentato dal Villaggio Alzheimer nel 2019 ha registrato l'attivazione di un totale di n. 2 progetti, di cui n. 1 avviato nel 1 semestre e l'altro nel terzo semestre, per un totale di 74 posti.

6.3.6.5.1 Azioni ed interventi per l'anno 2020

In coerenza con l'obiettivo di superare la frammentarietà dei servizi, considerata l'attivazione presso la Direzione Generale Welfare del Comitato Tecnico "Demenze" nell'ambito delle Reti Clinico Assistenziali e Organizzative con particolare riferimento alle Neuroscienze, nel 2020 si dispone di dare continuità alla sperimentazione dei 2 progetti per un totale di 74 posti, attivati nel 2019 nell'ottica di valutarne l'inserimento all'interno della rivisitazione del sistema d'offerta dedicato alle persone affette da demenza.

Entro il 31 gennaio 2020 le ATS devono sottoscrivere gli accordi contrattuali con gli enti titolari dei n. 2 progetti sperimentali approvati nel 2019.

Al fine di poter operare una valutazione dell'efficacia e della qualità delle sperimentazioni attivate con una maggiore cognizione degli obiettivi di salute raggiunti e raggiungibili dagli ospiti si prevede un percorso valutativo ed una valutazione di esito omogenei per i suddetti progetti per cui verranno fornite successive indicazioni.

Ulteriori implementazioni verranno valutate sulla base degli esiti della sperimentazione.

Coerentemente al Piano Nazionale Demenze (PND-ottobre 2014), con particolare riferimento all'obiettivo n.2 "Creazione di una Rete per le Demenze e la realizzazione della gestione integrata", sarà data particolare attenzione allo sviluppo di offerte integrate in grado di garantire la diagnosi e la presa in carico tempestiva, la continuità assistenziale alla persona ed alla sua famiglia nelle diverse fasi della malattia con attenzione anche agli aspetti etici.

Si dà mandato all'ATS Brianza di attivare una sperimentazione gestionale, sui territori di Lecco e Monza, per la presa in carico dei soggetti affetti da demenze, in coerenza con la programmazione regionale, attingendo agli accantonamenti disponibili nel bilancio dell'Azienda.

6.3.6.5.2 Ammontare delle risorse finanziarie previste

In considerazione del previsto lavoro in ordine alla presa in carico delle persone affette da demenza nel 2020 si dà continuità ai due progetti approvati nel 2019 confermando che le risorse per gli stessi rientrano nell'ammontare di risorse complessivamente destinato alla misura RSA aperta, essendo la stessa rivolta prioritariamente a persone affette da demenza. Si conferma la tariffa di € 29/die.

6.3.6.6 Comunità per minori vittime di abuso e grave maltrattamento

La misura così come novellata con la DGR n. X/7626/2017, con decorrenza dal I° trimestre 2018, ha visto nel 2019 il suo secondo anno di applicazione continuativa.
Gli esiti della valutazione condotta sui dati relativi al I° semestre 2019 fanno stimare una dimensione numerica annuale sostanzialmente a conferma di quella del 2018 che è risultata pari a 1.392 beneficiari.

6.3.6.6.1 Azioni ed interventi per l'anno 2020

Viene confermata per l'anno 2020 la misura Comunità per minori vittime di abuso e grave maltrattamento nei termini e con le modalità disposte alla DGR n. X/7626/2017.
Le ATS dovranno sottoscrivere con gli enti capofila dell'accordo di programma per la realizzazione del piano di zona, ovvero con i Comuni, titolari della funzione di tutela del minore, apposita convenzione che definisce i rapporti giuridici ed economici ai fini del riconoscimento dell'importo giornaliero a carico del Fondo Sanitario Regionale.
Le ATS sono chiamate ad assicurare la completezza e la qualità del dato, la tempestività nonché il rispetto delle scadenze previste. Infatti, le prestazioni per le quali è attivo un flusso informativo di rendicontazione possono essere remunerate solo a seguito di corretta e puntuale trasmissione.
In coerenza con l'obiettivo di superamento della frammentarietà dei servizi e tenuto conto del particolare target della popolazione a cui la misura si rivolge, minori vittime di abuso e grave maltrattamento, si pone la necessità di rivedere la stessa al fine di garantire l'erogazione degli interventi terapeutici da parte del sistema sociosanitario anche laddove siano previsti allontanamenti dal nucleo famigliare.

6.3.6.6.2 Ammontare delle risorse finanziarie previste

Tenuto conto dell'andamento della misura ed in considerazione della prevista revisione della misura, per il 2020 si conferma un'assegnazione di risorse per un budget complessivo invalicabile pari ad euro 11.000.000.

6.3.6.7 Sperimentazioni Riabilitazione minori e case management

In ordine a quanto previsto dalla DGR n. XI/1046/2018, nel 2019 è stato attivato un gruppo di lavoro, con il coinvolgimento di tutti gli Enti che hanno aderito alle due sperimentazioni, a cui si sono aggiunti i referenti di tutte le ATS. Tale Gruppo, ad esito di un articolato e complesso lavoro di sintesi correlato alla necessità di caratterizzare e ritagliare l'offerta dei servizi in relazione alle peculiari problematiche di natura clinica dei minori, in funzione della loro età e sviluppo complessivo, nonché dei bisogni delle loro famiglie, è pervenuto alla definizione di un documento tecnico in cui ha indicato i modelli di intervento per la presa in carico dei minori disabili e della loro famiglia.
In particolare, sono stati indicati n. 3 modelli di intervento che, valorizzando l'esperienza svolta negli anni dall'insieme dei progetti, definiscono una modalità di presa in carico globale, continuativa, multidimensionale, modulabile, integrata dei minori/giovani adulti disabili e delle loro famiglie in tutte le fasi del percorso evolutivo. In tali modelli sono previsti interventi personalizzati e flessibili, rivolti anche ai contesti di vita, considerati quali punti di forza nella presa in carico di minori/giovani adulti affetti disabilità complesse per i quali sussiste un significativo rischio di marginalità.

6.3.6.7.1 Azioni ed interventi per l'anno 2020

Il documento tecnico prodotto dal Gruppo di lavoro contiene una proposta articolata che si compone dei seguenti modelli di intervento rivolti a minori/giovani adulti di età compresa tra gli 0 ed i 25 anni con diagnosi o sospetto diagnostico di disturbi del neuro sviluppo e disturbi della condotta (come da classificazione ICD 10 e successivi):

i. modello di intervento abilitativo/ ri-abilitativo ambulatoriale e nei contesti di vita del minore/giovane adulto disabile;

ii. modello di intervento semiresidenziale e nei contesti di vita del minore/giovane adulto disabile;

iii. modello di intervento di case management in favore del minore/giovane adulto disabile.

In particolare i primi due modelli di intervento sono stati individuati al fine di comprendere tutte le diverse tipologie di servizi da rivolgere ai minori/giovani adulti disabili in una logica di presa in carico che tenga conto delle diverse fasi di vita, delle peculiari problematiche di natura clinica, dei bisogni educativi/scolastici, di socializzazione, di inclusione sociale e di cura lungo l'intero percorso evolutivo dei minori/giovani adulti disabili nonché dei bisogni delle loro famiglie.

Entrambi i modelli, infatti, se individuano una modalità operativa prevalente – ambulatoriale o semiresidenziale – includono anche la previsione di modulare la presa in carico con interventi nei diversi contesti di vita dei minori/giovani adulti, ovvero in famiglia, nella scuola, nei contesti frequentati della rete formale e informale. Tali modelli comprendono altresì quale parte integrante il lavoro di supporto/accompagnamento alla famiglia così come il lavoro con tutti i contesti di vita dei minori/giovani adulti, ovvero interventi con la scuola, gli ambiti di inserimento lavorativo, i contesti di socializzazione.
Il terzo modello di intervento risulta distinto dai precedenti in quanto prevede esclusivamente interventi indiretti, rivolti ai care giver dei minori/giovani adulti disabili, ai loro insegnanti ed agli operatori del territorio. Si tratta di un modello che risponde a bisogni di orientamento, accompagnamento e sostegno dei riferimenti familiari e non del minore/giovane adulto disabile in quelle situazioni in cui il percorso abilitativo/riabilitativo/educativo si è concluso, ovvero non è stata ancora avviato. Tale modello contribuisce pertanto a garantire una presa in carico continua nel tempo con particolare attenzione alle fasi di transizione verso l'età adulta.
Il contenuto del documento tecnico attiene a tematiche interconnesse con l'area ambulatoriale e semi residenziale della riabilitazione minori sociosanitaria, della neuropsichiatria infantile/psichiatria nonché con le Udo sociosanitarie per disabili (CDD).
In coerenza con gli obiettivi posti per il 2020 di superamento della frammentazione delle risposte ai bisogni, dell'aggiornamento dei sistemi di classificazione dei bisogni di assistenza e di valutazione dell'esito degli interventi effettuati, si pone pertanto la necessità di operare un'integrazione dei modelli di intervento proposti all'interno del sistema dei servizi già esistenti, al fine di non perpetuare la previsione di una modalità erogativa avulsa dal contesto della rete di offerta a cui di fatto la stessa afferisce.

Alla luce degli elementi indicati, si ritiene di inserire all'interno del lavoro di revisione del sistema dell'offerta previsto per il 2020, i modelli di interventi individuati dal gruppo di lavoro nel 2019 e rivolti a minori/giovani adulti di età compresa tra gli 0 ed i 25 anni con diagnosi o sospetto diagnostico di disturbi del neuro sviluppo e disturbi della condotta (come da classificazione ICD 10 e successivi):

- modello di intervento abilitativo/ ri-abilitativo ambulatoriale e nei contesti di vita del minore/giovane adulto disabile;

- modello di intervento semiresidenziale e nei contesti di vita del minore/giovane adulto disabile;

- modello di intervento di case management in favore del minore/giovane adulto disabile.

Al fine di dare continuità agli interventi ad oggi garantiti ai minori ed alle loro famiglie, nel 2020 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 nelle more dell'inserimento di tali modelli nella rete consolidata di unità di offerta.

6.3.6.7.2 Ammontare delle risorse finanziarie previste

Tenuto conto del previsto inserimento dei modelli nella rete consolidata di unità di offerta, per il 2020 si conferma uno stanziamento di risorse complessive a carico del FSR pari a € 8.402.000.

6.3.7. Accreditamento

L'accreditamento consiste nel riconoscimento del possesso di requisiti di qualità, indispensabili per accedere alla contrattualizzazione. Il riconoscimento dello status di accreditato non determina automaticamente l'accesso al contratto.
Per il 2020, ai fini anche di un esame della rete di offerta, sarà effettuata una revisione dei requisiti per l'accreditamento delle varie tipologie di unità d'offerta sociosanitarie. I nuovi requisiti vengono comunque introdotti prevedendo tempistiche graduali per l'obbligatorio adeguamento, al fine di garantire la piena operatività delle unità d'offerta già accreditate.
Le unità d'offerta che richiedono l'accreditamento successivamente all'introduzione dei nuovi requisiti, devono possedere i medesimi all'atto della presentazione della SCIA contestuale.
Si rinvia al paragrafo 6.3.2 "Degenze di comunità" per quanto di specifica competenza.

6.3.7.1 Nuclei per stati vegetativi in RSA e RSD

Nel corso del 2020 il processo di revisione dei requisiti di accreditamento contemplerà anche la definizione di quelli relativi ai nuclei per Stati Vegetativi in RSA e RSD, che sono stati sin qui previsti dalla normativa solo a livello sperimentale.

6.3.7.2 Conclusione della fase di potenziamento dell'offerta di posti di RSA/RSD per soggetti con elevato carico assistenziale – demenze e stati vegetativi

La DGR n. XI/1046 del 17/12/2018 ha 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.
A conclusione delle procedure di riconoscimento di tali nuclei, si è determinata una residua disponibilità di posti e risorse. È necessario pertanto definire regole per una nuova messa a bando nel 2020 dei posti residui non assegnati nel 2019, al fine di consentire la conclusione della fase di potenziamento dell'offerta.

6.3.7.3 Demenze – nuovi nuclei Alzheimer

Sulla base della DGR n. XI/1046 del 17/12/2018 e successivo Decreto Struttura Accreditamento e Negoziazione rete territoriale n. 4059 del 26/3/2019 si è avviata l'integrazione dell'attuale dotazione di posti letto Alzheimer a contratto con ulteriori 1.670 posti.
I nuovi posti sono stati attivati nelle ATS con indice di dotazione inferiore a 2 posti ogni 1.000 anziani over 65, nel numero necessario a raggiungere tale indice di dotazione.
Il riconoscimento dei nuovi posti è derivato dalla conversione di nuclei ordinari, già accreditati e a contratto, in nuclei Alzheimer, tramite procedura ad evidenza pubblica avviata dalle ATS carenti, entro il 30/04/2019.

A conclusione delle predette procedure è emerso che non tutti i 1.670 posti messi a disposizione sono stati assegnati e contrattualizzati, con una disponibilità di posti residui da mettere ancora a contratto pari a 242.
Al fine di dare compiuta realizzazione alle finalità definite dalla DGR XI/1046/2018, ovvero aumentare la disponibilità per le famiglie di posti dedicati a soggetti con demenza, le ATS devono mettere a bando i posti a loro assegnati con i succitati provvedimenti, per la realizzazione e la contrattualizzazione di nuovi nuclei Alzheimer in RSA.
La realizzazione dei nuovi nuclei potrà avvenire tramite conversione di posti ordinari a contratto.
In ogni caso, l'attivazione di nuovi posti in nucleo dovrà comportare un'assegnazione di budget integrativo non superiore a quello che avrebbe comportato l'attivazione dei posti individuati dalla DGR XI/1046/2018 per ciascuna ATS.
Si precisa altresì che i nuovi posti dovranno risultare operativi e contrattualizzabili entro il 30/04/2020, atteso che per quella data dovranno essere posseduti i requisiti specifici di cui alla DGR XI/1046/2018. Non potranno comunque partecipare ai bandi le strutture che hanno già ricevuto il riconoscimento di nuovi posti/nuovi nuclei nel 2019 o coloro i quali, a seguito di formale riconoscimento, hanno successivamente rinunciato.
Con successivo provvedimento della Direzione Generale Welfare, verranno date alle ATS le indicazioni operative in merito alla distribuzione dei posti residui nei singoli ambiti territoriali e alle modalità con cui dovrà avvenire la contrattualizzazione di nuovi nuclei Alzheimer in RSA.
In questa sede si intendono integralmente richiamati e confermati i requisiti previsti dalla DGR n. XI/1046/2018.
A seguito dell'avvenuto riconoscimento, verrà applicata a carico del FSR la tariffa prevista per i nuclei Alzheimer.
In ogni caso l'operazione non può comportare oneri aggiuntivi rispetto alle risorse già stanziate con DGR n. XI/1046/2018.
Nel caso in cui, a conclusione della procedura ad evidenza pubblica, risulti una residua disponibilità di posti non assegnati, le relative risorse potranno essere impiegate per la messa a contratto di posti di Nucleo Alzheimer in RSA accreditate e non contrattualizzate mediante procedura ad evidenza pubblica avviata dalle ATS.
Si precisa che potranno essere contrattualizzati un numero di posti di Nucleo Alzheimer che comportino una spesa equivalente a quella prevista per le trasformazioni in nucleo.

6.3.7.4 Stati vegetativi

Con DGR n. XI/1046 del 17/12/2018 si è avviato il riconoscimento di nuovi nuclei dedicati per l'accoglienza di persone in Stato Vegetativo, al fine di privilegiare l'accoglienza di tali pazienti in nuclei dedicati piuttosto che su posti letto ordinari.
I nuovi posti sono stati attivati prioritariamente nelle ATS con aree distrettuali prive di nuclei dedicati e con indice di dotazione inferiore alla media regionale, sino ad un massimo di 150 posti sul territorio regionale.
Il riconoscimento dei nuovi posti doveva derivare dalla conversione di posti letto ordinari, già accreditati e a contratto, tramite procedura ad evidenza pubblica avviata dalle ATS carenti, entro il 30/4/2019.

A conclusione delle predette procedure è emerso che non tutti i 150 posti messi a disposizione sul territorio regionale sono stati assegnati e contrattualizzati, con una disponibilità di posti residui da mettere ancora a contratto pari a 23.

Al fine di dare compiuta realizzazione alle finalità definite dal provvedimento regionale con DGR n. 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 23 posti sul territorio regionale.
In ogni caso l'operazione non può comportare oneri aggiuntivi rispetto alle risorse già stanziate con DGR n. XI/1046/2018.
Non potranno comunque partecipare ai bandi le strutture che hanno già ricevuto il riconoscimento di nuovi nuclei nel 2019 o coloro i quali, a seguito di formale riconoscimento, hanno successivamente rinunciato.
Nel caso in cui, a conclusione della procedura ad evidenza pubblica, risulti una residua disponibilità di posti non assegnati, le relative risorse potranno essere impiegate per la messa a contratto di posti di nuclei dedicati per l'accoglienza di persone in Stato Vegetativo in RSA/RSD accreditate e non contrattualizzate mediante procedura ad evidenza pubblica avviata dalle ATS.
Si precisa che potranno essere contrattualizzati un numero di posti che comportino una spesa equivalente a quella prevista per le trasformazioni in nucleo.
Con successivo provvedimento della Direzione Generale Welfare, verranno date alle ATS le indicazioni in merito alla distribuzione dei posti residui, e alle modalità con cui dovrà avvenire il riconoscimento dei nuovi nuclei.

6.3.7.5 Assistenza Domiciliare Integrata: Linee Evolutive

L'obiettivo per l'anno 2020 è quello di proseguire il processo di rafforzamento delle cure domiciliari, quale setting privilegiato per assicurare interventi precoci, efficaci e capaci di promuovere sinergie di sistema (ad esempio in termini di capacità di prevenire accessi inappropriati alla rete ospedaliera).
Tale processo sarà favorito anche dall'avvio delle degenze di comunità, con l'obiettivo di promuovere l'erogazione congiunta di ADI e di cure intermedie da parte degli erogatori coinvolti.
La Direzione Generale Welfare procederà alla sintesi dei risultati dei gruppi di lavoro che hanno approfondito le cure domiciliari negli ultimi anni; in particolare sarà valutata la fattibilità, su base regionale, della sperimentazione effettuata nel 2019 dalla ATS della Brianza e dalle equipe di valutazione del relativo territorio, secondo quanto previsto dalla DGR n. XI/1046/2018; i tavoli già avviati potranno essere integrati da altre competenze specifiche.
I lavori avranno anche lo scopo di individuare un algoritmo predittivo del fabbisogno di cure domiciliari di ogni territorio, per orientare l'allocazione delle risorse, superando logiche di finanziamento basate sulla produzione storica.

Nelle more del completamento dei suddetti processi, che riguardano il merito di quanto previsto anche dalla DGR n. X/7770 del 17/1/2018 "Interventi di programmazione in materia di Assistenza Domiciliare Integrata", l'erogazione del servizio prosegue secondo le regole vigenti quanto ad accreditamento, procedure di valutazione, criteri di accesso e sistema di remunerazione (DGR IX/3541/2012 e s.m.i. e DGR IX/3851/2012). Per la sola ATS Città Metropolitana di Milano, l'organizzazione delle procedure di accesso al servizio prosegue secondo le particolarità organizzative del progetto Milano proprie del territorio, sino a nuove determinazioni.
Vengono altresì confermate le indicazioni in merito alla necessità di raccordo, ai fini del governo dell'ADI, tra ATS e ASST e i relativi strumenti operativi (sotto budget).

Si precisa inoltre che, in coerenza con una maggiore flessibilità dell'assistenza, anche verso setting comunitari, viene assicurata la continuità assistenziale delle prestazioni rivolte a minori presso istituti scolastici, che possono continuare a essere garantite dagli attuali gestori ADI.
A rafforzamento dell'attuale offerta, si prevede di avviare per il 2020 un'attività di assistenza domiciliare rivolta alle persone non vedenti. In fase di primo avvio si dà mandato all'ATS Città Metropolitana di Milano e all'ATS Insubria, che risultano potenzialmente in grado di raggiungere un più ampio bacino di utenza, di individuare, tramite apposita procedura selettiva, gestori accreditati con comprovata esperienza nell'assistenza alle persone non vedenti, ai fini della relativa contrattualizzazione con budget per un importo massimo complessivo di € 200.000.

Nel 2020 saranno altresì avviate azioni tese al miglioramento dell'appropriatezza. Ad esempio, si prevede che le ATS, sulla base di indicazioni operative comuni, avviino azioni di sensibilizzazione e formazione rivolte ai soggetti prescrittori di ADI in collaborazione con le ASST.
Si prevede inoltre il rafforzamento dei sistemi di verifica del ricorso ai prelievi domiciliari, servizio a cui possono accedere solo pazienti non autonomi nella deambulazione o con comprovata certificazione di non autosufficienza.
Tra le possibili aree di approfondimento anche quella della definizione di indicatori per effettuare periodici confronti tra i diversi territori. Il benchmarking avrà ad oggetto diverse dimensioni dell'ADI (livelli di copertura del servizio, appropriatezza, efficacia, efficienza, interazione con altri servizi).

6.3.8. Negoziazione

Il processo di negoziazione e contrattualizzazione segue le modalità previste nelle indicazioni generali sui contratti per l'anno 2020, con le specificità che seguono.

Viene confermato per il 2020 per tutte le unità d'offerta sociosanitarie il meccanismo dell'assegnazione del budget, quale fondamentale strumento che ha consentito negli anni l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza in coerenza con l'equilibrio economico finanziario aziendale e di sistema.

Gli erogatori sono tenuti a programmare la presa in carico e l'erogazione delle attività in modo omogeneo durante tutto l'arco dell'anno, evitando di avere cali negativi di offerta nell'ultimo trimestre.

La Direzione Generale Welfare, con apposita istruttoria condotta con le ATS, provvederà, entro il 31/01/2020, a comunicare l'ammontare delle risorse necessarie per la stipula dei contratti provvisori destinate all'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza garantiti attraverso la rete delle unità di offerta sociosanitarie, secondo i criteri definiti dalla presente programmazione.

A conclusione del confronto con le ATS sul fabbisogno per la stipula dei contratti, l'ammontare delle risorse di FSR 2020 verrà successivamente assegnato con specifico decreto della Direzione regionale competente. L'assegnazione delle risorse alle ATS comprenderà anche le risorse per remunerare l'eventuale necessità motivata di prestazioni fuori regione.
La Direzione Generale Welfare si riserva la facoltà di rivedere le assegnazioni a conclusione dell'invio definitivo dei flussi sociosanitari nell'ambito delle risorse definite dalla programmazione regionale per il 2020.

Con riferimento alle RSD che presentano un budget sottodimensionato rispetto ai posti a contratto e che hanno aumentato nel corso degli anni la saturazione senza corrispondente adeguamento del budget, la Direzione Generale Welfare procederà nel corso del 2020 ad un'analisi dei bisogni e, compatibilmente con le risorse che si renderanno eventualmente disponibili, procederà ad un adeguamento dei budget.

6.3.8.1 Sottoscrizione di nuovi contratti

Con DGR n. XI/1987 del 23/07/2019 si è definito un piano di interventi per assicurare, in un'ottica di integrazione fra gli ambiti sanitario e sociosanitario, il rafforzamento dei percorsi integrati di presa in carico a favore dei cittadini cronici, fragili e vulnerabili, attraverso lo sviluppo della rete d'offerta territoriale, semiresidenziale, residenziale, domiciliare e ambulatoriale, al fine di garantire un processo di cura e assistenza appropriata e di qualità in ogni fase della cura, dell'assistenza e della riabilitazione. A tal proposito si è proceduto a adeguare conseguentemente l'offerta territoriale alla crescita dei bisogni legati alla fragilità, in un'ottica di prossimità, andando a rafforzare quei territori la cui offerta risulta attualmente sottodimensionata rispetto alle dotazioni medie regionali. In particolare, si è proceduto al potenziamento dell'offerta territoriale, compatibilmente con le risorse che si sono rese disponibili, incrementando i posti a contratto della rete della disabilità, delle cure palliative, e della rete dei centri diurni per anziani. Lo sviluppo avviato con la DGR XI/1987/2019 andrà a pieno regime nel 2020 attraverso la prosecuzione dei contratti già sottoscritti.

La possibilità di sottoscrivere nuovi contratti/ampliamento della contrattualizzazione è limitata alle fattispecie di seguito elencate:

1. <u>Unità d'offerta sociosanitarie realizzate con fondi pubblici</u>

È consentita la messa a contratto delle unità d'offerta sociosanitarie realizzate mediante finanziamenti pubblici statali o regionali assegnati prima del 01/01/2017 alle seguenti condizioni:

a) per i casi di finanziamento statale: che il medesimo sia espressamente finalizzato allo sviluppo della rete sociosanitaria e, in particolare, alla realizzazione della specifica unità d'offerta da mettere a contratto; la stipula di un contratto di mutuo, anche se finalizzato, non può essere assimilabile alla condizione sopra richiamata;
b) per i casi di finanziamento regionale: che il medesimo sia espressamente finalizzato allo sviluppo della rete sociosanitaria e, in particolare, alla realizzazione della specifica unità d'offerta da mettere a contratto, che risulti assegnato dalla Direzione Generale Welfare o, per i finanziamenti assegnati prima del 27/10/2015 (data della sua istituzione) dalla Direzione Generale competente per la programmazione della rete sociosanitaria e che il numero di posti da mettere a contratto non superi quello previsto dall'intervento ammesso a finanziamento;
c) che risultino concluse sia la realizzazione dell'intervento oggetto di finanziamento che la liquidazione del corrispondente contributo, con il saldo dello stesso.

In ogni caso, la messa a contratto è subordinata alla rinnovata valutazione, da parte della Regione, della compatibilità dell'intervento finanziato con la programmazione sociosanitaria, sulla base della valutazione del fabbisogno assistenziale da parte dell'ATS territorialmente competente, nel limite delle risorse disponibili.
Le assegnazioni di finanziamenti pubblici statali o regionali successive al 1° gennaio 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.

2. Unità d'offerta in piano programma

Per le unità d'offerta che concludono, nel corso del 2020 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.

3. Accordi territoriali

Le ATS, nell'ambito delle loro competenze programmatorie, con la partecipazione degli enti gestori e con il consenso preventivo della Direzione regionale competente, possono promuovere degli accordi tra gestori della stessa tipologia di unità d'offerta, purché ubicate sul territorio della stessa ATS, finalizzati al miglioramento della rete d'offerta, alla migliore copertura assistenziale di tutti i distretti sociosanitari, alla intercettazione di bisogni assistenziali dei vari ambiti territoriali.
Il parere preventivo rilasciato dalla competente Direzione Generale dovrà tener conto delle dotazioni medie regionali per specifica unità d'offerta e delle specificità dei singoli distretti territoriali.
Tali accordi si concretizzano nello spostamento, da parte di unità d'offerta accreditate ed a contratto di volumi contrattualizzati e dei relativi budget, verso unità d'offerta accreditate della medesima tipologia, senza incremento del budget complessivo a livello di ATS.
Lo spostamento di posti a contratto tra diverse UDO è precluso nei casi in cui una delle UDO interessate sia gestita sulla base di una concessione comunale.
È altresì necessario preventivamente verificare che le UDO che cedono posti non siano 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.
I nuovi posti attivati con DGR XI/1987/2019 e il relativo budget non posso essere oggetto di trasferimento nei territori diversi da quelli per i quali sono stati attribuiti in ragione del fabbisogno territoriale.

4. Determinazioni in materia di Servizi Multidisciplinari Integrati

Per fronteggiare l'incremento ingente di bisogno di interventi ambulatoriali per le dipendenze, a completamento del potenziamento di risorse avviato con DGR n. XI/1987/2019 e in continuità con le previsioni del medesimo provvedimento, si prevede la messa a contratto dal 2020, a seguito di valutazione delle ATS territorialmente competenti, degli SMI accreditati alla data del 30/04/2019 e non a contratto, per un budget di € 150.000 per struttura.

A corredo del suddetto processo, al fine di migliorare il governo delle risorse dedicate a questi servizi, sarà avviato un confronto tra le modalità operative di rendicontazione delle prestazioni per le dipendenze in regime ambulatoriale (SerT e SMI), anche attraverso eventuali chiarimenti e interpretazioni normative, per pervenire ad un modello armonizzato del sistema di remunerazione.

Tutto ciò anche al fine di estendere, anche a queste strutture, il percorso di rilevazione dei costi per l'acquisto delle prestazioni sociosanitarie tramite i dati presenti nei sistemi

informativi regionali, processo già a regime nelle restanti tipologie di servizi della rete sociosanitaria.

5. Posti letto dedicati all'accoglienza di Minori Gravemente Disabili

In considerazione dell'avvenuta stabilizzazione della misura con DGR n. XI/1152/2019, richiamati gli obiettivi di superamento della frammentarietà dei servizi, a partire dal 2020 si stabilisce la riconduzione dell'attività a favore dei "Minori Gravemente Disabili" nell'ambito del contratto ordinario delle unità di offerta CSS e RSD. Pertanto, non sarà più necessario procedere alla sospensione di tali posti letto. Le medesime condizioni si applicano alle strutture che si dichiarano disponibili a erogare ex novo la misura nel 2020 su posti già a contratto, fermo restando le condizioni previste in tema di accesso dei singoli ospiti.

Sarà compresa nel contratto ordinario anche l'eventuale attività sinora erogata su posti accreditati e non a contratto, prendendo a riferimento l'occupazione al 30/09/2019; il contratto definirà il numero di posti da contrattualizzare con specifica destinazione per la misura.

Le strutture che sono disponibili a erogare la Misura, inseriti nell'apposito elenco predisposto dalle ATS, dovranno sottoscrivere apposita clausola contrattuale che regolerà l'accoglienza di questa tipologia particolare di ospiti.

Fermo restando le tariffe previste dalla DGR n. XI/1152/2019, sarà remunerata a titolo di budget la quota corrispondente alla classe di fragilità SIDI per utenti tipici, mentre sarà riconosciuta extra-budget la differenza tra le tariffe della DGR n. XI/1152/2019 e la classe SIDI. Tali tariffe saranno riconosciute solo per l'inserimento di minori avvenuto nel rispetto delle procedure previste dalla DGR di cui sopra.

6. Assistenza domiciliare integrata

Si rimanda al paragrafo 6.3.7.5 per la peculiarità prevista in materia di assistenza alle persone non vedenti.

7. Messa a contratto di posti di nuclei per Alzheimer in RSA e Stati Vegetativi in RSA/RSD eventualmente residuati a seguito della conclusione delle procedure di evidenza pubblica

Si rimanda a quanto previsto nei paragrafi 6.3.7.3. e 6.3.7.4.

6.3.8.2 Determinazioni in materia di contrattualizzazione di cure intermedie

Nel 2020 le unità d'offerta che hanno aderito al sistema di cure intermedie ai sensi della DGR n. X/3383/2015 proseguono l'attività con le medesime regole definite da tale atto, sino a eventuali nuove indicazioni.

6.3.8.3 Determinazioni in materia di contrattualizzazione di ADI

Si confermano le indicazioni in vigore nell'esercizio 2019 adottate con DGR n. XI/1046/2018 circa le strutture che possono essere messe a contratto.

Come anticipato nel paragrafo sulle linee evolutive dell'ADI, per il 2020 si prevede un incremento di risorse per euro 2.000.000, che verrà ripartito dalla Direzione Generale Welfare secondo i principi individuati a tale proposito.
In base agli esiti del tavolo di lavoro tecnico istituito presso la Direzione Generale Welfare di revisione del modello organizzativo ADI, potrebbero essere introdotti degli affinamenti al processo di gestione del meccanismo di finanziamento, compatibilmente con le risorse disponibili. Nelle more del completamento di tale processo, che dovrà concludersi entro il 30/09/2020, rimangono in vigore le regole contenute nel presente provvedimento.

Regressioni tariffarie ADI

Considerato l'andamento della produzione ADI del 2019 e, in analogia con quanto previsto per l'assistenza specialistica ambulatoriale, per l'anno 2020 vengono applicate all'assistenza domiciliare integrata le regole di regressione tariffaria di seguito dettagliate.
Le ATS provvedono ad assegnare ai singoli gestori un budget annuale pari al 100% del budget definitivo riconosciuto nel 2019 (al netto della quota non storicizzabile e della quota riconosciuta a titolo di regressioni), in base alle indicazioni fornite per la contrattualizzazione.
La produzione realizzata tra il 100% e il 106% del budget assegnato viene finanziata per un valore pari al 40%. Non viene garantita la remunerazione delle prestazioni che eccedono il 106% del budget.

6.3.8.4 Determinazioni in materia di Cure Palliative

Si riconfermano le indicazioni della DGR n. XI/1046/2018 in materia di contrattualizzazione e di armonizzazione delle risorse dell'ambito sociosanitario e di quelle dell'ambito sanitario.
Per il 2020 si prevede un incremento di risorse per euro 3.000.000, che la Direzione Generale Welfare provvederà a ripartire secondo i principi individuati a tale proposito.

Regressioni tariffarie

Anche per l'anno 2020 vengono confermate alle cure palliative domiciliari le regole di regressione tariffaria di seguito dettagliate.
Le ATS provvedono ad assegnare ai singoli gestori un budget annuale pari al 100% del budget definitivo riconosciuto nel 2019 (al netto della quota non storicizzabile e della quota riconosciuta a titolo di regressioni), in base alle indicazioni fornite per la contrattualizzazione.
La produzione realizzata tra il 100% e il 106% del budget assegnato viene finanziata per un valore pari al 40%. Non viene garantita la remunerazione delle prestazioni che eccedono il 106% del budget.

6.3.8.5 Adeguamento sistema tariffario e di rette sociali per gli utenti disabili di cui alla DGR n. VIII/5000/2007

Con DGR n. VIII/5000/2007 Regione Lombardia ha garantito continuità assistenziale alle persone disabili già assistite in Strutture di Riabilitazione ex art 26 legge 833/78. La medesima DGR ha definito tariffe, retta sociale e stabilito anche gli standard assistenziali specifici.
Al 30/6/2019 gli ospiti disabili storici ex DGR VIII/5000/2007 erano complessivamente 1160, di cui 768 in RSD, 136 nelle Strutture di Riabilitazione/Cure Intermedie, 58 in RSA, 14 nelle CSS e 184 nei CDD.
L'ultimo aggiornamento delle tariffe e delle rette sociali è stato disposto con DGR n. IX/399/2010.

In considerazione dell'incidenza ancora importante di questa casistica su un numero circoscritto di RSD, CSS e CDD e considerato il lasso di tempo intercorso dall'ultima revisione tariffaria per detti ospiti, si rende necessario prevedere un adeguamento tariffario come segue:

tipo udo	Tariffa base	Tariffa differenziata
RSD	103,50€	118,50€
CSS	103,50€	118,50€
CDD	63,00€	66,50€

L'adeguamento tariffario è applicato solo per le unità di offerta che effettivamente praticano agli ospiti la retta sociale definita dal presente provvedimento, come di seguito aggiornata in allineamento alle dinamiche inflative:

18,50€ per i ricoveri residenziali (RSA, Cure Intermedie, RSD e CSS);
17,50€ per il regime diurno (CDD).

Per far fronte a tale modalità di remunerazione per il 2020 si prevede un incremento di risorse fino ad un ammontare massimo di 500.000€.

6.3.8.6 Le fasi del processo negoziale nel 2020

In rapporto alle singole fasi del processo negoziale 2020 si definiscono le seguenti indicazioni. Si precisa che non è consentito sottoscrivere contratti con riserva generica e generale e comunque relativa ai principi fondamentali del regime di regolazione dei rapporti con il SSL. Le ATS non dovranno sottoscrivere eventuali clausole di riserva generica proposte dai gestori sociosanitari.
La Direzione Generale Welfare, con apposita nota e dopo la conclusione dell'istruttoria condotta con le ATS, provvederà a comunicare le indicazioni e l'ammontare delle risorse di FSR 2020 destinate alla stipula dei contratti provvisori, definitivi e della fase di rimodulazione per la rete delle unità di offerta sociosanitarie:

- entro il 31 gennaio 2020 sottoscrizione contratti provvisori;
- entro il 31 maggio 2020 sottoscrizione contratti definitivi;
- entro il 30 novembre 2020 rimodulazione.

6.3.8.7 Contratto provvisorio

Le ATS stipulano con gli enti gestori entro il 31 gennaio 2020 i contratti provvisori con valore a tutto il 30/04/2020 e le relative schede di budget provvisorio pari al valore di 4/12 dell'ultimo budget sottoscritto nel corso dell'anno 2019. Si precisa che la scheda budget costituisce documento obbligatorio da allegare al contratto e far sottoscrivere.

Per le unità d'offerta messe a contratto, in tutto o in parte, nel corso del 2019, il budget provvisorio potrà essere definito rapportando al periodo 1/01/2020 - 30/04/2020, il budget riferito solo ad una parte dell'anno 2019.
Per le unità d'offerta messe a contratto per la prima volta ai sensi della DGR XI/1987/2019, il budget provvisorio dovrà corrispondere al budget 2019.

Anche i protocolli negoziali provvisori con gli enti gestori di assistenza residenziale post acuta di cui alla DGR n. X/3363/2015, devono essere sottoscritti entro il 31/01/2020, con valore al 30/04/2020.

Per le unità d'offerta di nuova contrattualizzazione nel 2020 si procede alla stipula di un contratto provvisorio con valore a tutto il 30/04/2020, sulla base degli schemi di riferimento di cui alla nota prot. G1.2019.16783 del 10/05/2019, e alla sottoscrizione della corrispondente scheda di budget provvisoria da calcolarsi prendendo a riferimento la tariffa e la saturazione media della ATS di ubicazione per la medesima tipologia di unità d'offerta, rapportata al periodo temporale di validità del contratto (ovvero al 30/04/2020).

6.3.8.8 Contratto definitivo

La determinazione del budget 2020 comprende l'eventuale quota derivante dalla rimodulazione tra unità d'offerta della stessa tipologia, mentre non comprende l'eventuale quota derivante dalla rimodulazione tra unità di offerta di differente tipologia, salvo diversa previsione espressa.
Il budget definitivo 2020 comprende quanto assegnato a titolo di budget provvisorio ed è definito in applicazione dei seguenti criteri, fermo restando il limite massimo del budget di produzione assegnato con Decreto della DG competente per tipologia di unità di offerta.
Per la sottoscrizione del contratto definitivo, l'ATS deve utilizzare lo "Schema di contratto per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra ATS e soggetto erogatore di prestazioni sociosanitarie" (Suballegato 2B).

Criteri di assegnazione del budget:

a) unità d'offerta o nuovi posti messi a contratto nel 2019: rapportando ad anno intero le prestazioni riferite solo ad una parte del 2019, valorizzate sulla base della tariffa media giornaliera e della saturazione media riconosciuta dell'anno 2019 della ATS di ubicazione, in relazione all'utenza tipica, con riferimento alla stessa tipologia di unità di offerta (compresa l'eventuale quota di rimodulazione storicizzabile e al netto della quota di eventuale rimodulazione non soggetta a storicizzazione); per i nuovi posti messi a contratto ai sensi della DGR n. XI/1987/2019 rapportando ad anno la quota assegnata nel 2019;
b) contrattualizzazione di nuove strutture o di nuovi posti nel 2020 (secondo i criteri e nei limiti definiti nel quadro della presente programmazione): tariffa media giornaliera e saturazione media riconosciuta dell'anno 2019 della ATS di ubicazione, in relazione all'utenza tipica, per la medesima tipologia di unità d'offerta;
c) riduzione dei posti contrattualizzati: tariffa media giornaliera del 2019 per saturazione definiva riconosciuta nel 2019 rapportata al numero dei posti messi a contratto da ciascuna unità d'offerta (compresa l'eventuale quota di rimodulazione storicizzabile e al netto della quota di eventuale rimodulazione non soggetta a storicizzazione);
d) RSA e RSD: per le RSA e le RSD che nel 2019 non abbiano avuto variazione di posti a contratto: produzione riconosciuta per l'anno 2019 (compresa l'eventuale quota di rimodulazione storicizzabile e al netto della quota di eventuale rimodulazione non soggetta a storicizzazione);
e) CDI, CDD, CSS, Cure intermedie derivanti da ex post acuta che nel 2019 non abbiano avuto variazione di posti a contratto: produzione riconosciuta per l'anno 2019, considerando le effettive giornate di apertura 2020 (compresa l'eventuale quota di

rimodulazione storicizzabile e al netto della quota di eventuale rimodulazione non soggetta a storicizzazione);

f) cure palliative residenziali: il budget è determinato sul budget riconosciuto nel 2019 (compresa l'eventuale quota di rimodulazione storicizzabile e al netto della quota di eventuale rimodulazione non soggetta a storicizzazione); considerate le novità prodotte dall'avvio del nuovo flusso di rendicontazione la Direzione Generale Welfare si riserva la facoltà di dare ulteriori indicazioni operative una volta consolidati i dati definitivi 2019;
g) hospice pediatrico: considerata la specificità e l'esclusività dell'offerta caratterizzata da alto contenuto assistenziale, rivolto ai minori, il budget è determinato considerando una saturazione del 100% nel corso del 2020;
h) servizi residenziali e semiresidenziali per le dipendenze: tariffa media riconosciuta nell'ultimo trimestre 2019 (a seguito dell'aumento delle tariffe con DGR n. 1987/2019) per saturazione assicurata nel 2019 con DGR n. XI/1987/2019;
i) servizio residenziale a media intensità per minori (STRM): produzione riconosciuta per l'anno 2019 (compresa l'eventuale quota di rimodulazione storicizzabile e al netto della quota di eventuale rimodulazione non soggetta a storicizzazione);
j) consultori privati a contratto: il budget è determinato sul budget assegnato in sede di contratto definitivo del 2019. Il pagamento delle prestazioni erogate verrà in ogni caso effettuato al netto dell'importo derivante dall'incasso dei ticket vigenti nonché delle quote fisse aggiuntive previste dalla l. n. 111 del 15/07/2011 e definite con provvedimenti regionali; resta inoltre confermato per le prestazioni indicate nella DGR n. XI/1987/2019 la possibilità di superamento del tetto assegnato fino a un massimo del 3% del budget sottoscritto;
k) riabilitazione, comprese cure intermedie ex riabilitazione residenziale: il budget è determinato sul budget assegnato in sede di contratto definitivo del 2019. Il pagamento delle prestazioni erogate verrà in ogni caso effettuato al netto dell'importo derivante dall'incasso dei ticket vigenti nonché delle quote fisse aggiuntive previste dalla l. n. 111 del 15/07/2011 e definite con provvedimenti regionali;
l) servizi multidisciplinari integrati (SMI) dell'area dipendenze: il budget è determinato secondo le disposizioni previste dalla DGR n. XI/1987/2019;
m) soggetti gestori di ADI: budget annuale pari al 100% del budget definitivo riconosciuto nel 2019 (al netto della quota non storicizzabile e della quota riconosciuta a titolo di regressioni);
n) soggetti gestori di cure palliative domiciliari: budget annuale pari al 100% del budget definitivo riconosciuto nel 2019 (al netto della quota non storicizzabile e della quota riconosciuta a titolo di regressioni); considerate le novità prodotte dall'avvio del nuovo flusso di rendicontazione la Direzione Generale Welfare si riserva la facoltà di dare ulteriori indicazioni operative una volta consolidati i dati definitivi 2019;
o) CSS e RSD che erogano la Misura Minori Disabili Gravissimi: il budget annuale viene calcolato comprendendo nel numero dei posti a contratto anche quelli dedicati alla erogazione della misura per la quota a budget.

Si applicano, inoltre, le seguenti determinazioni:

1. in ordine all'utenza non tipica (Stati Vegetativi, SLA, soggetti provenienti da ex ospedali psichiatrici e disabili a cui sono stati riconosciuti i benefici della DGR n. VIII/5000/2007, Minori Disabili Gravissimi) viene riconosciuta extra-budget la differenza tra la tariffa di tale utenza e quella relativa all'utenza tipica dell'unità d'offerta con maggiore livello di fragilità (classe Sosia 1 e Sidi 1);
2. anche per il 2020 la remunerazione di prestazioni rese a favore di persone agli arresti domiciliari o affidati in prova in comunità terapeutiche o in unità d'offerta di bassa

intensità assistenziale, è compresa, sia nel budget di ciascuna ATS, che in quello di ciascuna struttura accreditata ed a contratto dell'area dipendenze;

3. anche per il 2020 il budget di produzione ricomprende:
   - le prestazioni erogate a favore di cittadini residenti in altre regioni rese nei consultori familiari privati e nei servizi multidisciplinari integrati;
   - le prestazioni erogate a favore di stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno ed indigenti rese da servizi residenziali e semiresidenziali per le dipendenze, dai servizi multidisciplinari integrati dell'area dipendenze, dai consultori familiari privati, in ADI e nelle cure palliative, che in base alla normativa vigente in materia di immigrazione, rimangono a carico della ATS nel cui territorio vengono assistiti;
   - le prestazioni erogate a favore di cittadini privi di residenza anagrafica rese dai servizi residenziali e semiresidenziali per le dipendenze e dai servizi multidisciplinari integrati dell'area dipendenze. I costi di tali prestazioni rimangono a carico dell'ATS nel cui territorio vengono assistiti;
4. i budget assegnati alle ATS e negoziati con gli enti gestori nel contratto si riferiscono alle prestazioni erogate dalle unità d'offerta ubicate sul territorio di competenza a favore di tutti i cittadini lombardi e non solo alla quota relativa ai consumi dei propri residenti;
5. al cittadino extracomunitario, privo di assistenza familiare e di regolare titolo di soggiorno, in condizioni di gravissima disabilità intesa come condizione di dipendenza vitale ai sensi delle DGR n. X/2655/2014 e DGR n. X/4249/2015, ricoverato presso un'unità d'offerta sociosanitaria, è garantito il riconoscimento della tariffa a carico del FSR nei limiti previsti dalle vigenti normative. I costi del ricovero sono a carico dell'ATS di residenza al momento del verificarsi dell'evento indice;
6. per la remunerazione delle prestazioni con oneri a carico del Fondo Sanitario Regionale devono essere applicate le tariffe definite con gli specifici provvedimenti regionali attualmente in vigore. Le tariffe regionali si applicano anche alle prestazioni erogate a favore di utenti non lombardi e con oneri a carico delle loro Regioni di residenza; in relazione alle tariffe si conferma il principio generale di cui al punto 6 del dispositivo della DGR n. VII/12622 del 7/4/2003;
7. in applicazione delle regole vigenti sulla mobilità sociosanitaria (vedi Atti 15/CSR del 2 febbraio 2017, Conferenza delle regioni e delle province autonome) le prestazioni di Assistenza Domiciliare Integrata e le Cure Palliative non rientrano nell'ambito di quelle soggette a compensazione interregionale e richiedono pertanto l'applicazione del sistema di fatturazione diretta della prestazione all'ASL fuori regione di residenza dell'assistito. Al fine di concorrere a garantire omogeneità nella gestione a livello territoriale di tale casistica, si richiede pertanto alle ATS e alle ASST (per ADI) di raccordarsi ai fini della comunicazione all'ASL fuori regione della necessità di presa in carico di un cittadino suo residente, in conformità a quanto previsto dal sopracitato accordo interregionale;
8. i posti messi a disposizione per le cure intermedie ex assistenza residenziale post acuta, collocati nell'ambito dei posti di unità di offerta già a contratto per altra tipologia, devono risultare sospesi da altri contratti. Nel caso di rinuncia a proseguire l'attività, si prevede che:
   a. l'ente gestore comunica alla ATS, nei termini previsti per la cessazione dell'attività dalla DGR n. X/2569/2014, la volontà di rinunciare nel 2020 all'erogazione di cure intermedie ex assistenza residenziale post acuta;
   b. l'ATS procede a sottoscrivere con detto ente gestore la scheda di budget in applicazione delle stesse regole valide per la tipologia di unità di offerta di origine, comprendendo nel budget complessivo anche la quota relativa ai posti a contratto precedentemente sospesi. Tale quota deve rimanere entro

i limiti dell'ultimo budget sottoscritto nel 2019 per le cure intermedie ex assistenza residenziale post acuta;

c. ai fini dell'allineamento dei decreti di assegnazione delle risorse di FSR alla dinamica in oggetto, le ATS chiedono ai competenti uffici della Direzione Generale Welfare lo spostamento della quota di FSR dal budget per le cure intermedie ex assistenza residenziale post acuta al budget di produzione della tipologia di unità di offerta cui si riferiscono i posti oggetto di riattivazione;

9. Consultori Familiari: con decorrenza 1/1/2020, sulla base di quanto previsto in ambito di prevenzione, relativamente allo "Sviluppo azioni integrate con Consultori" per gli specifici programmi ivi previsti, ad integrazione di quanto contenuto nella DGR n. X/6131/2017 – Allegato 1 – la prestazione "Incontri di gruppo di prevenzione e promozione della salute anche fuori sede" può essere rendicontata anche per interventi rivolti a Dirigenti Scolastici e Insegnanti, sulla base del numero di utenti finali che compongono i gruppi classe.

6.3.8.9 Fase di rimodulazione

Nel quadro del finanziamento di FSR 2020 assegnato, le ATS possono procedere ad effettuare eventuali rimodulazioni di budget, previa comunicazione alla Regione, entro il termine massimo del 30 novembre 2020, con le seguenti indicazioni:

- i soggetti gestori possono segnalare le esigenze in termini di rimodulazione del budget alla ATS competente entro e non oltre il 31 ottobre;
- senza prevedere assegnazioni di ulteriori risorse aggiuntive di FSR da parte di Regione;
- considerando i livelli di iperproduzione e ipoproduzione delle unità di offerta;
- considerando i singoli budget di produzione assegnati per le differenti tipologie di unità di offerta della rete consolidata dei servizi, compreso il budget definito per l'assistenza post acuta residenziale in quanto tipologia rientrante nelle cure intermedie in conformità a quanto stabilito con DGR n. X/3363/2015, consentendone il relativo spostamento trasversale a ISO risorse complessive di ATS;
- tenendo conto, nel quadro delle risorse assegnate, delle dinamiche di avvio ed utilizzo di posti di nuova contrattualizzazione, facendo riferimento, dove possibile, alla tariffa media giornaliera e alla saturazione media per l'anno 2019 della ATS di afferenza e con riguardo all'utenza tipica;
- consentendo agli Enti gestori unici un riposizionamento, rispetto agli importi già negoziati, di quote di budget nell'ambito della stessa tipologia d'offerta e nella stessa ATS;
- considerando anche il budget "Altri costi", previo soddisfacimento degli oneri dovuti per gli interventi finanziati con tale budget (inclusi gli oneri "fuori regione");
- escludendo le risorse necessarie per finanziare i ricoveri "fuori regione" a carico del budget delle specifiche udo;
- escludendo l'utilizzo della quota di risorse relativa alla "Produzione extra budget stimata" in quanto finalizzata alla remunerazione dell'ulteriore onere a carico del FSR per l'utenza non tipica (SLA, SV, disabili ex DGR n. VIII/5000/2007 e soggetti dimessi da ex OP);
- eventuali spostamenti di budget tra unità di offerta differenti, finalizzati alla rimodulazione, non sono storicizzabili, ma legati esclusivamente all'andamento contingente della produzione dell'anno; tale indicazione deve essere esplicitamente riportata nella scheda di budget di nuova sottoscrizione;
- eventuali rimodulazioni compensative di budget tra l'assegnazione di FSR finalizzata al finanziamento dell'area di offerta della rete consolidata dei servizi e quella delle misure

di cui alla DGR n. X/7769/2018 devono essere autorizzate dalla competente Direzione Generale Welfare, tenuto conto dei target di bisogno specifici;
- non sono ammessi spostamenti di posti a contratto in fase di rimodulazione;
- prima di procedere allo spostamento di risorse tra UDO diverse, occorre dare priorità al riconoscimento della produzione per la specifica UDO per la quale era stato assegnato l'originario budget.

La Direzione Generale Welfare provvederà, entro il 30/10/2020 con apposita nota, a fornire successive indicazioni attuative delle presenti determinazioni in materia di rimodulazione.
Le ATS garantiscono in ogni caso ai competenti uffici della Direzione Generale Welfare la rivalorizzazione dei livelli di produzione sulle diverse tipologie di unità di offerta derivanti dal processo di rimodulazione. Le ATS procedono a caricare nel portale SCRIBA le schede di budget eventualmente rimodulate in applicazione dei criteri sopra definiti.

6.3.8.10 Spostamento di volumi di posti a contratto e del relativo budget

Gli spostamenti possono avvenire nei seguenti casi:

a) da parte di Enti Unici gestori di più unità di offerta che 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.

Le proposte di spostamento dovranno essere presentate alla tramite ATS, già corredate da parere della medesima ATS. La Direzione Generale Welfare, acquisito il parere delle ATS interessate in ordine alla dotazione del proprio territorio e verificati gli indici di dotazione medi regionali, fornirà le opportune indicazioni alle ATS.
Tutti gli spostamenti devono, in ogni caso, essere garantiti ad iso-risorse e nell'ambito del budget complessivo assegnato al soggetto erogatore interessato.
Gli spostamenti di budget tra unità d'offerta diverse o tra ATS diverse sono subordinati al provvedimento regionale di allineamento dei budget di produzione.
La rimodulazione dell'assetto si conclude con la sottoscrizione di una nuova scheda di budget e, nei casi in cui sia necessario, di un nuovo contratto.

Lo spostamento di budget tra UDO è precluso nei casi in cui una delle UDO interessate sia gestita sulla base di una concessione comunale.

È altresì necessario preventivamente verificare che le UDO che cedono posti non siano 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.

I nuovi posti attivati con DGR n. XI/1987/2019 e il relativo budget non posso essere oggetto di trasferimento nei territori diversi da quelli per i quali sono stati attribuiti in ragione del fabbisogno territoriale.

b) Nell'ambito delle strutture di riabilitazione, per i soggetti che erogano sia prestazioni in regime di ricovero/ciclo diurno che in regime ambulatoriale e/o domiciliare, fermo restando il budget complessivamente assegnato contrattualmente, è possibile richiedere lo spostamento di volumi contrattualizzati e delle relative quote di budget dal regime residenziale/ciclo diurno al regime ambulatoriale e/o domiciliare. Tale rimodulazione deve essere autorizzata dalla ATS territorialmente competente, deve essere comunicata alla Direzione Generale Welfare.

6.3.8.11 Disciplina del contratto unico

I soggetti gestori di più unità d'offerta nell'ambito della stessa ATS, nell'ottica della semplificazione amministrativa, possono sottoscrivere un unico contratto, con le seguenti precisazioni:

1. il contratto unico è una mera misura di semplificazione amministrativa, che non presuppone il riconoscimento di ente unico gestore di cui alla DGR n. X/2569/2014;
2. al contratto unico vengono allegate distinte schede di budget, tante quante sono le unità d'offerta gestite dal soggetto contraente.

6.3.8.12 Ulteriori regole di remunerazione

Per i servizi residenziali e semi-residenziali deve essere pagata solo la giornata di accettazione e non quella di dimissione. Analogamente, per i periodi di assenza, deve essere pagata solo la giornata di rientro e non quella di uscita. Non viene, quindi, remunerata la giornata di dimissione, neanche in caso di decesso in struttura. Se tuttavia il decesso o la dimissione per altra causa interviene nello stesso giorno dell'ammissione al servizio, la giornata è riconosciuta a carico del FSR.

Il gestore di RSA o RSD è tenuto alla cancellazione degli ospiti dagli elenchi dei rispettivi medici di medicina generale a partire dal giorno dell'ingresso o dalla data di sottoscrizione del contratto se successivo alla data di ingresso.

Per le unità d'offerta residenziali che, in applicazione alle vigenti norme, sono tenute ad assicurare le funzioni del medico di medicina generale (RSA e RSD), con la conseguente cancellazione dell'utente dal proprio medico di medicina generale, è possibile per i ricoveri temporanei non procedere, nel limite massimo di 60 giorni annui per utente, a tale cancellazione, fermo restando l'obbligo, da parte dell'unità d'offerta, di assicurare a proprio carico la fornitura dei farmaci e degli ausili come previsto dalle delibere di riferimento.

Nei CDI si conferma la regola della remunerazione legata alla frequenza effettiva degli utenti e non solo all'orario di apertura della struttura. La tariffa giornaliera a tempo pieno è riconosciuta per remunerare le prestazioni erogate ad utenti che frequentano i CDI a tempo pieno (presenza per almeno 6 ore al die), a condizione che l'orario di apertura del CDI sia di almeno 8 ore; per gli utenti frequentanti il CDI part-time (presenza per almeno 3 ore al die), la tariffa giornaliera è pari alla metà della tariffa intera.
Per i CDI e i CDD, qualora le giornate di apertura settimanale eccedano i cinque giorni, il gestore deve garantire un aumento proporzionale dello standard minimo di personale previsto dalla normativa di accreditamento.

Per il 2020 si forniscono le seguenti indicazioni relative al trattamento delle assenze nelle unità d'offerta sociosanitarie, che superano ogni altra precedente disposizione:

- per quanto riguarda RSA, RSD, CDI, CDD, CSS e Ciclo Diurno Continuo (Riabilitazione), SRM, servizi residenziali e semiresidenziali per le dipendenze è prevista la remunerazione a carico del FSR delle assenze dell'utente, nell'ambito del budget assegnato all'unità d'offerta, per un massimo di 20 giorni annui per utente, a condizione che venga garantito all'ospite il mantenimento dello stesso posto, con le seguenti precisazioni:
  - per gli utenti maggiorenni di unità d'offerta residenziali per disabili (RSD e CSS), il limite di assenze remunerabili con oneri a carico del FSR può essere incrementato sino ad un massimo complessivo di 50 giorni su base annua, ove trovi specifiche e articolate motivazioni nell'ambito del Progetto Educativo Individuale;
  - per gli utenti minorenni di unità d'offerta residenziali per disabili (RSD, CSS), il limite di assenze remunerabili con oneri a carico del FSR può essere incrementato sino ad un massimo complessivo di 90 giorni su base annua, ove trovi specifiche e articolate motivazioni nell'ambito del Progetto Educativo Individuale;
  - per gli utenti di unità d'offerta semi-residenziali per disabili (CDD), il limite massimo di assenze remunerabili con oneri a carico del FSR può essere incrementato sino ad un massimo complessivo di 30 giorni su base annua, ove trovi specifiche e articolate motivazioni nell'ambito del Progetto Educativo Individuale. In tale limite non rientrano i 4 giorni previsti per le attività di programmazione educativa sotto descritti;
  - per gli utenti minorenni di unità d'offerta semi-residenziali per disabili (CDD e Ciclo Diurno Continuo di riabilitazione), è possibile rendicontare la frequenza scolastica come assenza remunerata a carico del FSR esclusivamente per le giornate di presenza del personale educativo presso la scuola e a condizione che tale presenza superi le 4 ore giornaliere. Le attività scolastiche devono essere indicate nel Piano di Assistenza Individuale e tra la struttura e la scuola frequentata dal minore deve essere definito un apposito protocollo nel quale vengano precisate le modalità con cui viene assicurata la presenza dell'educatore;
  - per gli utenti di unità d'offerta residenziali e semiresidenziali per le dipendenze, il limite massimo di assenze remunerabili con oneri a carico del FSR può essere incrementato sino ad un massimo complessivo di 40 giorni su base annua, ove trovi specifiche e articolate motivazioni nell'ambito del Progetto Assistenziale Individuale;
  - sempre per gli utenti di unità d'offerta residenziali per le dipendenze, sono escluse dal tetto massimo dei 20 giorni annui le assenze per permessi fino a 45 giorni concessi agli utenti in esecuzione penale;
- per le unità d'offerta residenziali e semiresidenziali, al superamento del budget annuale di produzione, gli eventuali posti a contratto non occupati possono essere utilizzati in regime di solvenza oppure per accogliere cittadini di altre regioni, con quota sanitaria a carico delle regioni di residenza dell'assistito. In ogni caso, gli ospiti già inseriti in regime di SSN devono rimanere tali e non possono divenire solventi;

- per i CDD, considerata l'obbligatorietà della progettazione educativa individuale e la collegialità della stesura dei progetti di intervento che li caratterizza, è prevista la remunerazione per le attività di programmazione delle attività educativa personalizzata e per la verifica delle attività programmate, per un massimo di quattro giornate annue. La valorizzazione delle giornate riferite alle attività di programmazione è determinata sulla base della tariffa media di struttura del trimestre di riferimento. Tale remunerazione comporta che nel Fascicolo di ogni singolo utente per il quale viene riconosciuta risulti chiaramente evidenziata la progettazione e la verifica dei progetti educativi individuali;

- per tutte le unità d'offerta sociosanitarie le assenze dovute a soggiorni climatici organizzati per gli utenti non concorrono alla determinazione del limite dei giorni di assenza massimi remunerabili a carico del FSR, purché anche durante il soggiorno sia garantito lo standard assistenziale previsto per l'unità d'offerta. Per gli ospiti CSS che frequentano anche CDD e partecipano a soggiorni climatici, si conferma che durante il soggiorno climatico viene riconosciuta la quota a carico del FSR per la struttura che organizza il soggiorno e garantisce l'assistenza all'ospite: ovvero se il soggiorno è organizzato dal CDD la remunerazione va al CDD e non al CSS e viceversa;

- per gli utenti di unità d'offerta per le dipendenze, non è prevista la remunerazione a carico del FSR in caso di assenze per rientri in carcere.

Le ATS, nello svolgimento delle proprie funzioni, hanno il compito di effettuare i necessari controlli di appropriatezza, al fine di garantire che sussistano le condizioni previste per il superamento del limite dei 20 giorni complessivi annui di assenza e che tali condizioni siano documentate nel FaSAS.

Non possono essere pagate prestazioni per la fruizione contemporanea di più unità di offerta sociosanitarie.
Fanno eccezione i casi in cui:

- la persona assistita in RSA/RSD/CDI/CDD, a causa di un repentino deterioramento delle condizioni di salute, necessiti di prestazioni riabilitative, escluse quelle di mantenimento. In tal caso è necessario che vi sia un piano riabilitativo predisposto dal fisiatra e condiviso tra la struttura riabilitativa e la struttura sociosanitaria di provenienza dell'ospite;
- la persona assistita in CDI/CDD con frequenza part-time, a causa di un repentino deterioramento delle condizioni di salute, necessiti di prestazioni riabilitative;
- la persona assistita in CSS fruisca anche di prestazioni rese in ADI, riabilitazione o in CDD;
- la persona assistita in CDD fruisca anche di prestazioni rese in CSS.

Al fine di garantire una migliore qualità di vita, mantenendo le relazioni personali create negli anni, è consentito che persone accolte in RSD che provengano da un CDD possano continuare a frequentare il CDD di provenienza. Tale frequenza deve essere regolata da una apposita convenzione che garantisce la continuità del progetto e del piano assistenziale, definisce lo standard che il CDD deve assicurare, in linea con la classe SiDI definita dalla RSD, e norma gli aspetti economici tra le due strutture, ovvero l'eventuale remunerazione che la RSD assicura al CDD (comprensiva della tariffa sanitaria e della retta sociale). L'ospite rimane in carico alla RSD, che lo rendiconta e che percepisce sia la quota a carico del FSR che la retta a carico dell'ospite. Per il CDD l'ospite va considerato analogamente ad un ospite solvente, senza oneri a carico dello stesso e di Regione.

Tenuto conto dell'esigenza di garantire la piena integrazione dei servizi territoriali in funzione della risposta appropriata al bisogno dell'assistito, si ritiene, inoltre, che l'ADI sia compatibile con la frequenza part time nei CDD/CDI, solo ove valutato dall'ASST strettamente necessario e appropriato in esito alla valutazione del bisogno dell'assistito e con esclusivo riferimento al profilo prestazionale.

Si confermano per l'anno 2020 le seguenti ulteriori indicazioni a valere per prestazioni rese in cure intermedie e strutture di riabilitazione.
È possibile utilizzare i posti letto a maggiore intensità riabilitativa per accogliere persone che necessitino di prestazioni di minore complessità, fermo restando che le tariffe riconoscibili sono quelle delle prestazioni effettivamente erogate.

Per quanto riguarda le visite di presa in carico (prima visita/visita generale), è prevista la remunerazione della prima visita, sia nel caso in cui non ne scaturisca alcuna presa in carico riabilitativa, sia qualora ne esiti una presa in carico anche in altro regime o presso altra struttura.

Come stabilito dalla DGR n. VIII/10804/2009, le prestazioni ambulatoriali cosiddette "indirette" (colloquio con i familiari, riunioni con operatori di altri enti, stesura di relazioni), potranno essere remunerate, nell'ambito del budget assegnato, fino ad un massimo del 20% di quanto rendicontato per tutte le prestazioni ambulatoriali. All'interno di questo tetto di budget, vanno inclusi gli oneri a carico del FSR per la remunerazione delle visite di presa in carico.

Con riguardo alle prestazioni in regime ambulatoriale e domiciliare, potrà essere erogato e remunerato un numero di prestazioni fino al 130% dell'assetto contrattualizzato, riferito alla singola tipologia, purché venga garantito il rispetto dei requisiti di accreditamento per queste prestazioni aggiuntive e compatibilmente con il budget assegnato.

Con riferimento alla durata della seduta per riabilitazione ambulatoriale, per pazienti in età evolutiva (con età inferiore ai 18 anni), si riconferma quanto riportato nella DGR n. VIII/4438/2007 che ha stabilito in 45 minuti la durata convenzionale di una singola seduta, con la possibilità di un massimo di 2 sedute (o trattamenti) per giornata a prescindere dalla tipologia di prestazione ricevuta.
Con riguardo invece ai trattamenti ambulatoriali rivolti a pazienti adulti, potrà essere erogato e rendicontato solamente un trattamento per giornata.

La tariffazione definita nei provvedimenti regionali, con riguardo alle prestazioni ambulatoriali, è riferita ad una seduta per cui possono essere previste più prestazioni. Al fine del conteggio delle sedute/trattamenti erogati, una seduta di gruppo viene considerata una sola prestazione a prescindere dal numero di partecipanti al gruppo (da un minimo di tre ad un massimo di cinque persone).

6.3.8.13 Regressioni tariffarie in materia di ADI e cure palliative domiciliari anno 2019

Con D.G.R. n. XI/1046/2018, al fine di garantire l'equilibrio economico di sistema stante il quadro delle risorse disponibili, erano stati assegnati dei valori economici regressivi sino alla soglia del 106% di produzione per ADI e Cure Palliative Domiciliari; oltre quella soglia si prevedeva di non riconoscere alcuna remunerazione aggiuntiva, non disponendo a quel tempo di risorse destinate a remunerare la produzione superiore a tale soglia.
Considerato che, dall'analisi dei flussi economici al terzo trimestre 2019 emerge una disponibilità di risorse rispetto al budget originariamente assegnato alla misura RSA Aperta,

e richiamata la possibilità contemplata dalla D.G.R. n. XI/1046/2018 di compensazione, in fase di rimodulazione, tra risorse destinate alle unità di offerta tradizionali e Misure, si procederà a utilizzare le suddette disponibilità per incrementare il valore riconosciuto alla produzione realizzata per l'ADI e le Cure Palliative domiciliari, servizi che rispondono alla stessa esigenza di mantenimento delle persone a domicilio, secondo i seguenti criteri:

- la produzione tra il 100 e il 106% del budget viene riconosciuta per il 40%;
- la produzione tra il 106 e il 160% del budget viene riconosciuta per il 38%;
- non è prevista alcuna remunerazione oltre tale soglia.

La suddetta modifica garantisce, in ogni caso, il rispetto dei valori di spesa definiti dalla DGR n. XI/1046/2018, successivamente aggiornati con DGR n. XI/1987/2019 per la gestione sociosanitaria.

6.3.9. Debito informativo unità d'offerta RSA e CDI

6.3.9.1 Debito Informativo unità d'offerta RSA – Dismissione dei servizi applicativi SOSIA-WEB

Nell'ambito dell'Area Sociosanitaria, in riferimento alle unità di offerta RSA, le DDGR n. VII/7435/2001 e n. VII/12618/2003 hanno stabilito la revisione del sistema di classificazione degli ospiti, superando le tre categorie esistenti (NAP – Non Autosufficienti Parziali, NAT – Non Autosufficienti Totali, ALZHEIMER - nucleo Alzheimer) ed hanno introdotto la rilevazione della "Scheda di Osservazione Intermedia dell'Assistenza" (S.OS.I.A.) per tutti gli ospiti presenti nella struttura nel periodo di rilevazione, introducendo il Flusso SOSIA all'interno del debito informativo delle Residenze Sanitarie Assistenziali.
Le Circolari DG Famiglia e Solidarietà Sociale n. 7 del 20 febbraio 2006 e n. 12012 del 4 agosto 2008 hanno apportato delle variazioni al debito informativo delle RSA, tra cui il Flusso SOSIA, e fornito delle indicazioni per una corretta e puntuale trasmissione dei flussi informativi. In particolare, le suddette circolari, hanno previsto la possibilità di elaborare e trasmettere il Flusso SOSIA in due modalità alternative:

a) attraverso procedure e programmi di proprietà dell'Ente Gestore con estrazione dei dati e successiva trasmissione come previsto dal tracciato;

b) elaborando i dati attraverso il sistema regionale SOSIA-WEB con estrazione automatica dei flussi e conseguente trasmissione degli stessi alle ASL.

Le stesse Circolari hanno ribadito quindi che ogni Ente Gestore non è vincolato all'utilizzo del sistema regionale SOSIA-WEB e può produrre il flusso del proprio debito informativo utilizzando procedure direttamente gestite.

Allo stato attuale, da una analisi effettuata sulle strutture presenti nel territorio regionale, risulta che l'utilizzo dei servizi applicativi SOSIA-WEB è limitato al 20% delle strutture pubbliche e private accreditate e quindi soggette all'assolvimento del debito informativo, mentre le restanti strutture utilizzano sistemi di terze parti disponibili sul mercato.

6.3.9.2 Debito Informativo unità d'offerta CDI – Dismissione dei servizi applicativi CDI-WEB

Nell'ambito dell'Area Sociosanitaria, in riferimento all'unità di offerta CDI, le DDGR n. VII/7434/2001, n. VII/8494/2002 e n. VII/12903/2003 hanno stabilito i requisiti per l'autorizzazione al funzionamento e l'accreditamento dei Centri Diurni Integrati, gli indirizzi e i criteri per la loro remunerazione regionale ed hanno introdotto anche per questa

tipologia di UdO la rilevazione della "Scheda di Osservazione Intermedia dell'Assistenza" (S.OS.I.A.), prevedendo il Flusso SOSIACDI all'interno del debito informativo dei Centri Diurni Integrati.
La Circolare della Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale n. 12012 del 04 agosto 2008 detta le modalità di invio del debito informativo delle Strutture Socio-Sanitarie accreditate e individua le principali modifiche ai tracciati record dei flussi, tra cui il Flusso SOSIACDI.

In analogia alle altre Strutture Socio-Sanitarie accreditate gli Enti Gestori di CDI, nel corso di questi anni, hanno elaborato e trasmesso il Flusso SOSIACDI in due modalità alternative:

a) attraverso procedure e programmi di proprietà dell'Ente Gestore con estrazione dei dati e successiva trasmissione come previsto dal tracciato;
b) elaborando i dati attraverso il sistema regionale CDI-WEB con estrazione automatica dei flussi e conseguente trasmissione degli stessi alle ASL.

6.3.9.3 Azioni per l'anno 2020

A seguito dell'approvazione del Regolamento UE n. 2016/679 sulla protezione dei dati personali, meglio noto come GDPR ("General Data Protection Regulation"), i servizi applicativi SOSIA-WEB e CDI-WEB attualmente in uso necessiterebbero di un importante intervento di reingegnerizzazione tecnologica e di interventi relativi alla protezione e sicurezza dei dati al fine di uniformarsi alla nuova regolamentazione europea.
Considerati, quindi, i costi di reingegnerizzazione e adeguamento del servizio applicativo alle nuove normative in materia di protezione e sicurezza dei dati si ritiene opportuno procedere alla dismissione del servizio applicativo CDI-WEB e del servizio applicativo SOSIA-WEB (per quest'ultimo anche in considerazione del suo limitato utilizzo a livello regionale da parte delle strutture presenti sul territorio, circa il 20% come indicato nell'analisi di contesto) con decorrenza 01.01.2021.

Al fine di consentire agli Enti Gestori di CDI e RSA di provvedere in tempo utile ed in autonomia al passaggio verso altre soluzioni/servizi applicativi di terze parti ad oggi disponibili sul mercato, i sistemi CDI-WEB e SOSIA-WEB resteranno in esercizio fino al 31/12/2020.

6.4. Rete Materno-Neonatale e Pediatrica-Adolescenziale

La transizione epidemiologica del XXI secolo, la rivoluzione epigenetica e la teoria delle origini embrio-fetali delle malattie complesse rafforzano la necessità di investire precocemente in salute nelle donne, nei bambini e nelle persone nel periodo pediatrico-adolescenziale. Tali azioni hanno un'elevata rilevanza per il riflesso sulla qualità del benessere nella popolazione attuale e futura.
Le azioni, la tipologia degli interventi, i livelli dei servizi, le strutture e i professionisti, la trasversalità degli interventi sulla comunità, sulle donne e sui bambini, vanno modulate nel rispetto della fisiologia, nel riconoscimento delle condizioni di vulnerabilità e di malattia, con la tempestiva attivazione della rete, e nel rispetto delle preferenze delle persone.

Nello specifico sono previste le seguenti azioni che devono essere coordinate da forti strategie di integrazione sanitaria, sociosanitaria e sociale.

6.4.1. Consultori Familiari

Viene definito un modello di azione integrato che rappresenta un fondamentale tassello del sistema della prevenzione nei servizi territoriali e che declina appieno una capacità di offerta attiva, l'empowerment del cittadino, la genitorialità consapevole e responsiva quale presupposto per l'adozione di una serie di comportamenti positivi. In particolare, si adottano azioni per:

- promuovere la salute della donna attraverso programmi di screening oncologici e di vaccinazioni in età fertile, percorsi di supporto a *skills* relazionali, pianificazione familiare, e problematiche in menopausa, *counselling* stili di vita, interventi per prevenire e trattare la depressione post partum, ecc.;

- rafforzare il Percorso Nascita Fisiologico per consolidare il capitale di salute a partire dal periodo preconcezionale, con la gravidanza e il puerperio, secondo la DGR n. XI/268/2018 e successivi decreti della Direzione Generale Welfare n. 14243/2018 e n. 13039/2019. Si completa la progettazione informatizzata dell'Agenda Percorso Nascita e si avvia l'informatizzazione delle prescrizioni degli esami di laboratorio e strumentali secondo il DPCM 12 gennaio 2017 (LEA);

- attivare l'Ostetrica/o di Famiglia e di Comunità. Viene promossa l'attivazione dell'Ostetrica di Famiglia e Comunità per garantire una appropriata implementazione delle azioni raccomandate nel Percorso Nascita, anche attraverso il programma home visiting (in collaborazione con le altre professionalità psicologiche, sociali, educative), per promuovere azioni sugli stili di vita, screening, vaccinazioni e sulla depressione post partum - stato emotivo perinatale attraverso il modello OMS "Pensare Positivo", counselling e sicurezza in auto e in ambienti domestici. Questo investimento produce ricadute lungo l'arco della vita in termine di salute, competenze cognitive, sociali, sanitarie e riguarda il singolo individuo e la comunità nel suo insieme;

- garantire la continuità e la presa in carico delle donne e dei nascituri con fattori di rischio in collaborazione agli specialisti, per erogare le cure addizionali, sempre con i servizi in rete e un ritorno assistenziale presso i servizi consultoriali;

- attivare e mantenere gli standard Breastfeeding Friendly, secondo il Modello OMS-Unicef, in tema di protezione-promozione-mantenimento dell'allattamento nella comunità, nel punto nascita e nella formazione;

- investire nei primi mille giorni di vita di un bambino per promuovere il suo pieno potenziale di sviluppo ("un buon inizio dura tutta la vita"), con interventi sulle diverse aree tematiche per ridurre le disuguaglianze nell'accesso ai servizi, in un modello a rete con i professionisti coinvolti, quali il MMG, il PLS, le professionalità dei Consultori Familiari e ove necessario altre professionalità. In tale ambito dovranno essere implementati i percorsi di formazione delle professionalità in relazione alle competenze genitoriali e la relativa offerta di buone pratiche quali, ad esempio, la lettura ad alta voce, sulla base di quanto già avviato (Rete Consultorio - Biblioteche – Nati per Leggere);

- adottare azioni e percorsi di *empowerment* dei giovani (*skills* su relazioni-affettività, infezioni a trasmissione sessuale e HIV, contrasto al bullismo, ecc.) anche attraverso l'allestimento di offerte dedicate ("Spazio adolescenti") integrate ai programmi regionali di prevenzione offerti alle Scuole (a governance DIPS – ATS) e da quanto proposto da specifici gruppi di lavoro trasversali (da attivarsi e costituiti da operatori della salute mentale adulta e infantile, dei Sert, degli Ambiti Sociali), offerti alle famiglie,

così da concorrere alla strutturazione di un reale contesto di Rete Territoriale della Prevenzione;

- attuare programmi di Parent Training per sviluppare e potenziare le abilità genitoriali, anche per la diminuzione dei problemi di maltrattamento (es. Triple-P; Supporting Father Involvement); di Coping Power per bambini che necessitano il potenziamento di abilità finalizzate alla modulazione dei segnali fisiologici della rabbia, ecc.; di Parent Group per figli adolescenti con problematiche comportamentali; di Parenting After Separation e Parenting After Separation High Conflict, nell'interesse dei figli dei genitori che si separano (in collaborazione con i centri per le famiglie, il servizio sociale).

Si richiama e si ribadisce quanto affermato dall'art. 1 della legge 184/2001 e la giurisprudenza della Corte Europea dei Diritti dell'Uomo (C. EDU) in cui viene stabilito che gli interventi, del sistema sociosanitario, hanno anzitutto il compito dell'aiuto alla famiglia del bambino o dell'adolescente in difficoltà evitando che la funzione di controllo abbia prevalenza su quella di aiuto (il primo compito della 'tutela', è tutelare i legami famigliari). A tal fine, anche per adeguatamente corrispondere alle richieste provenienti dai Tribunali e dai servizi sociali, andranno attivate equipe multidisciplinari che dovranno valutare le richieste d'intervento che garantiscano omogenei protocolli basati sulle linee guida internazionali e sulle evidenze scientifiche.

In collaborazione con la Direzione Politiche per la Famiglia, Genitorialità e Pari Opportunità, si procederà alle ulteriori specificazioni e progettualità a sostegno dei programmi sopra richiamati e di ulteriori eventuali azioni a sostegno della famiglia.

6.4.2. Punti nascita

Si procederà all'avvio del percorso nascita fisiologico intraospedaliero a conduzione ostetrica secondo le linee di indirizzo definite del Decreto della Direzione Generale Welfare n. 13039/2019, rafforzando anche l'implementazione e il raccordo con il percorso nascita territoriale.
Nell'obiettivo di garantire e di agevolare alle donne l'organizzazione di tutti gli aspetti assistenziali, comprensivi degli accertamenti di laboratorio e strumentali delimitati per il controllo della gravidanza fisiologica organizzati in pacchetti specifici per età gestazionale definiti dal DPCM 12.01.2017, e al fine di dare completa operatività alla D.G.R. n. XI/268/2018, si avvia un modello regionale sperimentale di prescrizione informatizzata a cura dell'Ostetrica di famiglia nel corso dei Bilanci di Salute Ostetrici.
Verranno individuati criteri e livelli di ammissione intraospedaliera, in relazione alla classificazione delle Strutture ospedaliere prevista dal D.M. 70/2015 e secondo checklist condivise e validate.
L'operatività sarà coordinata dal Comitato Percorso Nascita e Assistenza Pediatrica-Adolescenziale mediante l'attivazione di uno specifico Gruppo di Lavoro multiprofessionale.
Poiché la corretta compilazione dei flussi informativi è la base indispensabile per la valutazione dell'attività dei Servizi e per le conseguenti azioni programmatorie, verranno attivati un monitoraggio ed interventi di miglioramento e implementazione dei flussi relativi all'area materno-infantile-pediatrica nel Portale di governo clinico materno infantile.

Prosegue l'implementazione degli indicatori di area materno-neonatale (portale regionale di governo clinico).

Gli aspetti relativi all'area del risk management sono dettagliati nello specifico capitolo.

6.4.3. Rete per l'assistenza pediatrica-adolescenziale

Viene attivato il processo di riqualificazione dei punti di offerta pediatrica, articolati secondo il sistema hub e spoke, con differenziazione delle funzioni (identificazione dei Centri di Riferimento per patologie ad elevata complessità e specificità) e definizione di appropriati modelli organizzativi atti a garantire una adeguata risposta, integrata ospedale-territorio, ai mutati bisogni in età evolutiva, (es. patologie croniche, malattie rare e complesse ad interessamento multiorgano, disturbi del neuro sviluppo). La rete deve pertanto integrare le cure pediatriche territoriali (compresa la Pediatria di Libera Scelta, la Neuropsichiatria Infantile e i Consultori Familiari) e tutti i Servizi che effettuano interventi in età evolutiva, anche attraverso la realizzazione delle aggregazioni funzionali territoriali (Presidi Socio Sanitari e Presidi Ospedalieri Territoriali). La riorganizzazione viene attuata in relazione ai requisiti qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi individuati dal D.M. 70/2015 e dalle specifiche Linee di indirizzo dell'Accordo Stato Regioni del dicembre 2017, alla tipologia e appropriatezza delle prestazioni erogate, all'aggregazione con i Punti Nascita, ai bacini di utenza e alle differenti situazioni orografiche del territorio.
Un particolare impegno è orientato alla valutazione dell'appropriatezza del ricovero, poiché risultano elevati tassi di ospedalizzazione, con significativa variabilità nel territorio regionale.
Vengono inoltre identificati specifici indicatori per il monitoraggio dei processi organizzativi e assistenziali di area pediatrica-adolescenziale.
L'operatività è coordinata dal Comitato Percorso Nascita e Assistenza Pediatrica-Adolescenziale mediante l'attivazione di uno specifico Gruppo di Lavoro multiprofessionale.

6.4.4. Gestione del bambino/adolescente in condizioni critiche e organizzazione del sistema di trasporto regionale pediatrico (STEP)

Un aspetto fondamentale delle cure pediatriche è rappresentato dalla gestione delle urgenze/emergenze che necessita di un sistema strutturato e dedicato che garantisca l'assistenza più appropriata al minore in condizioni critiche, in Strutture dotate di area di Terapia Intensiva Pediatrica e di tutte le competenze e servizi altamente specialistici. Modello organizzativo e Centri Hub sono definiti nella DGR n. X/6576 del 12/5/2017. Previa analisi dei bisogni in età evolutiva, viene attivata una valutazione degli attuali assetti organizzativi e operativi, con particolare attenzione alla disponibilità di posti letto intensivi e sub intensivi di area pediatrica
Quale indispensabile supporto alla rete, con la collaborazione operativa di AREU, verrà progettato e attivato un Servizio Regionale di Trasporto Pediatrico (STEP), gestito da equipe dei Centri Hub.
Verrà attuata l'analisi dei bisogni e delle prestazioni erogate in ambito di supporto extracorporeo in età neonatale e sarà individuato il centro Hub e gli assetti organizzativi ed operativi compresa la gestione del trasporto da centro Spoke a centro Hub, garantito da team di esperti.
L'operatività è coordinata dal Comitato Percorso Nascita e Assistenza Pediatrica-Adolescenziale mediante l'attivazione di uno specifico Gruppo di Lavoro multiprofessionale.

6.4.5. Assistenza neuropsichiatrica in età evolutiva

I disturbi neuropsichici dell'età evolutiva hanno registrato nell'ultimo decennio un costante aumento dal punto di vista epidemiologico e richiedono per questo una attenzione particolare: le nuove conoscenze nell'ambito delle neuroscienze e del neuro-sviluppo permettono infatti diagnosi sempre più tempestive e interventi terapeutici e riabilitativi efficaci che possono modificare l'evoluzione della patologia e la vita delle persone coinvolte.
Risulta quindi indispensabile rendere tali interventi sempre più disponibili al maggior numero di persone, anche al fine di prevenire o ridurre il carico emotivo, sanitario e sociale dei disturbi e di migliorare la qualità di vita degli utenti e delle loro famiglie.

Prestazioni di neuropsichiatria erogate da strutture a contratto e non a contratto (43/SAN NPIA)

La Direzione Generale Welfare, con apposita nota e dopo la conclusione dell'istruttoria condotta con le ATS, provvederà a comunicare alle medesime l'ammontare delle risorse di FSR 2020 e i criteri di assegnazione dei budget destinati alla stipula dei contratti provvisori e definitivi per l'anno 2020.

Prosecuzione e stabilizzazione dei progetti di NPIA

Proseguono anche per il 2020 i progetti di NPIA con la medesima destinazione di risorse, non soggetta all'abbattimento previsto per beni e servizi e con il vincolo di raccordo trasversale tra progetti della medesima area.
Nel corso del 2020 le ATS effettueranno un'attenta valutazione degli esiti di tali progettualità e - in stretto raccordo con la Direzione Generale Welfare e con le ASST/IRCCS di riferimento - struttureranno dei piani per la progressiva stabilizzazione dei progetti.
Con le disposizioni della DGR n. X/7600/2017 (cpv 3.4.1 NPIA) che stabilizzava le risorse assegnate alla sperimentazione della DGR n. X/4981/2016, non si rende più necessario siglare le prestazioni con il codice G52.

Monitoraggio della residenzialità

L'utilizzo di soluzioni di tipo residenziale (compresi i ricoveri ospedalieri) andrà rivisitato al fine di valutarne l'effettiva valenza trattamentale in relazione ai bisogni di salute dei minori e delle loro famiglie e di diminuirne il più possibile gli aspetti istituzionalizzanti.
Dovranno essere attivate modalità che consentano il monitoraggio approfondito e la valutazione dettagliata:

- delle richieste di inserimento e delle motivazioni della accettazione o non accettazione
- delle ammissioni, degli accessi in pronto soccorso e dei ricoveri avvenuti per gli utenti inseriti
- delle dimissioni e delle loro motivazioni, con particolare riguardo alle dimissioni non concordate
- degli esiti.

In caso di dimissione non concordata, trattandosi di utenti minorenni, deve essere garantito un tempo di almeno 30 giorni per il reperimento di una nuova adeguata collocazione, tempo che potrà essere aumentato in situazioni di particolare complessità.
Non è possibile dimettere utenti in modo unilaterale nel corso dell'inserimento residenziale.

Spesa relativa a prestazioni residenziali extra-contratto/extra-regione (Flusso 43/San)

Tutte le ATS hanno rilevato consistenti aumenti della spesa relativa a prestazioni residenziali extra-contratto/extra-regione per minori (Flusso 43/San).
Risulta di conseguenza opportuno valutare la possibilità di prevedere:

- lo spostamento di una quota del valore di assegnazione 2019 sulla spesa a contratto per contrattualizzare posti residenziali e semiresidenziali accreditati o per l'erogazione di prestazioni ambulatoriali/domiciliari, con impegno della ATS a garantire una contestuale e stabile diminuzione di corrispondente quota della spesa 43/San.
- l'incremento del 10% della spesa 43/San rispetto al tetto 2019 esclusivamente per inserimenti disposti dall'Autorità Giudiziaria che non abbiano trovato collocazione in Strutture a contratto regionali.

Per quanto riguarda la possibilità di contrattualizzare una quota del valore di assegnazione 43/San, si conferma, in coerenza con quanto disposto dalla DGR n. XI/1046/2018:

- che le ATS possono stabilire accordi tra loro per cedere parte della propria quota extra-contratto ad altra ATS per la contrattualizzazione di posti di strutture che insistano sul territorio di quest'ultima.
- che la cessione della quota di assegnazione extra-contratto deve corrispondere a documentata diminuzione della spesa 43/San e si intende definitiva;
- che l 'accordo sottoscritto dai Direttori Generali delle due ATS deve essere validato dalla Direzione Generale Welfare, dopo disamina della documentazione inviata.

Su valutazione delle ATS, all'interno del budget 43/SAN viene inoltre mantenuta per il 2020 la possibilità di integrare la retta delle Strutture sociali di Accoglienza residenziale con finalità educative per inserimenti di minori con bisogni sociali a cui si affiancano bisogni anche sanitari per i quali vi sia l'indispensabilità di un intervento mirato nell'ambito della salute mentale ma non vi siano criteri di appropriatezza per la residenzialità terapeutica. Ciò consente inoltre di dedicare i posti terapeutici di NPIA ai minori con bisogni di maggiore complessità.
Nel richiamare le indicazioni operative declinate dalla DGR n. X/7600/2017, si conferma che l'integrazione non potrà superare il 40% della retta totale e in ogni caso non potrà essere superiore a 60 euro die.

Tutti i provvedimenti di cui sopra dovranno essere oggetto di attenta valutazione da parte delle ATS e concordati con i competenti Uffici Regionali.

Deve inoltre proseguire un'attenta valutazione relativa all'appropriatezza degli inserimenti e alla loro durata.

Disturbi dello Spettro Autistico (ASD)

I Disturbi dello Spettro Autistico si manifestano generalmente nei primi 3 anni di vita, sono disturbi permanenti dello sviluppo che si caratterizzano con problematiche nell'area della socializzazione, della comunicazione verbale e non verbale, dei comportamenti, degli interessi e delle attività.

Diagnosi Precoce e Interventi Tempestivi sono fondamentali per migliorare la crescita e lo sviluppo dei bambini affetti da tali Disturbi, modificandone la prognosi in modo significativo e migliorando la qualità della loro vita e di quella dei loro familiari.

Programmazione e attuazione delle indicazioni contenute nel Piano regionale Autismo

Nel corso del 2020 verrà programmato l'avvio delle iniziative volte a dare attuazione alle disposizioni del **Piano Regionale Autismo,** esito di un lavoro di gruppo interassessorile e multidisciplinare che ha coinvolto professionisti delle diverse discipline e membri delle Associazioni, così da considerare tutte le complesse sfaccettature del problema.

Il Piano ha identificato quali aree di azione prioritariamente strategiche:

- **Diagnosi precoce**: potenziamento delle azioni finalizzate all'individuazione tempestiva dei Disturbi dello Spettro Autistico;
- **Presa in carico dei minori e degli adulti**: promozione di percorsi riabilitativi e assistenziali che siano in grado di rispondere con modalità integrate ai bisogni delle persone con ASD o disabilità complessa e delle loro famiglie nelle diverse età della vita, in particolare anche nella fase di transizione al compimento della maggior età.

L'obiettivo prioritario delle azioni che verranno implementate sarà quello di sviluppare una maggiore omogeneità di risposte trasversalmente al territorio regionale.
In particolare:

- estendendo progressivamente a tutto il territorio gli interventi di screening, attualmente limitati al territorio di alcune ATS, con l'obiettivo di abbassare l'età di prima diagnosi;
- promuovendo in tutti i territori una presa in carico tempestiva, continuativa e completa dei minori volta a garantire l'appropriatezza dell'intervento in raccordo con i comuni;
- estendendo e diffondendo i modelli di case/clinical management.

Questo processo di progressiva omogeneizzazione degli interventi sarà facilitato anche dall'importante impegno nell'area della formazione che nel corso del 2019 ha coinvolto tutte le ASST e ha reso disponibili agli operatori impegnati sul tema conoscenze e modelli di intervento in merito a tematiche in cui si erano evidenziate particolari criticità, quali, per esempio, la transizione verso l'età adulta e l'accesso e la gestione delle emergenze comportamentali in pronto soccorso. Alla luce, in particolare, dell'azione formativa effettuata in merito a quest'ultimo punto, si prevede che nel primo semestre del 2020 vengano individuati alcuni PS/DEA di Ospedali Regionali che garantiscano la presenza di operatori preparati a gestire, in un'ottica interdisciplinare, la valutazione e il trattamento dei soggetti con ASD.

Si prevede una destinazione aggiuntiva di risorse pari a 2 milioni di euro da finanziarsi nel corso del 2020.

Spostamento al 2020 del budget assegnato nel 2019 per la realizzazione di interventi relativi alle sindromi dello spettro autistico (ASD) e disabilità complesse di cui alla DGR XI/1460/2019

Il budget previsto per la realizzazione degli interventi individuati dalla DGR n. XI/1460/2019 (diagnosi precoce dei ASD, interventi precoci, interventi intensivi per persone adulte con ASD ad alto funzionamento ed emergenze comportamentali o disturbi psicopatologici secondari, audit e miglioramento continuo di qualità, sviluppo di sistema informativo per i servizi di NPIA e i servizi di riabilitazione dell'età evolutiva) pari complessivamente a € 1.500.000 viene spostato sul 2020, dato che l'espletamento delle procedure relative all'assegnazione dei finanziamenti si è concluso in tempi non compatibili con la realizzazione dei progetti nel 2019.
Gli esiti di tali progettazioni costituiranno la base per la loro estensione nel 2020 anche ad altre realtà con l'intento di potenziare e migliorare ulteriormente l'intervento per i soggetti con ASD e per le loro famiglie.

Recepimento documenti nazionali – Ministero della Salute della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nei Disturbi dello Spettro Autistico

Vengono recepiti – come da indicazioni del Ministero della Salute - i seguenti documenti:

- Linee di indirizzo per i disturbi neuropsichiatrici e neuropsichici dell'età evolutiva - Intesa CU 25 luglio 2019;
- Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nei Disturbi dello Spettro Autistico – Intesa CU 10 maggio 2018.

6.4.6. La transizione delle cure pediatriche alla medicina dell'adulto

In relazione ai significativi progressi della medicina e degli standard di cura, che hanno modificato l'evoluzione delle patologie croniche e delle malattie rare, la transizione delle cure pediatriche alla medicina dell'adulto rappresenta un aspetto peculiare e tuttora critico dell'assistenza all'adolescente. Essa si configura come un delicato processo multidimensionale e multiprofessionale, volto non solo alla necessità di cura, ma anche agli aspetti psico-sociali, educativi e professionali, la cui strutturazione risulta non ancora adeguata. Il processo deve attuarsi in modo flessibile, non solo in rapporto al raggiungimento dell'età adulta, ma anche alle condizioni cliniche, alla maturità raggiunta e alla capacità di auto gestione dell'adolescente; si tratta pertanto di un processo individualizzato, realizzabile con differenti modelli operativi. Con la collaborazione dei professionisti di riferimento verranno formulate linee di indirizzo per l'attivazione dei modelli organizzativi più idonei, in rapporto alle differenti patologie e contesti operativi. Saranno inoltre individuati i Centri dell'adulto che possano garantire la continuità delle cure, per patologie particolarmente complesse e rare.

6.5. Medicina di genere

La medicina di genere indaga i meccanismi attraverso i quali le differenze legate al genere agiscono sullo stato di salute, sull'insorgenza e il decorso di molte malattie, nonché sugli outcomes delle terapie.
Donne e uomini, pur essendo soggetti alle medesime patologie, presentano sintomi, progressione di malattia e risposta ai trattamenti molto diversi tra loro.
Le differenze biologiche e socio-culturali tra uomo e donna sono riconosciute come fondamentali determinanti di salute per garantire equità e appropriatezza dei percorsi di prevenzione, diagnosi e cura. (fonte: OMS); per tali motivazioni si declinano i seguenti indirizzi:

1. **Area dei Percorsi Clinici di Prevenzione, Diagnosi, Cura e Riabilitazione**: attuare percorsi di presa in carico della persona in ottica di genere, al fine di favorire maggiore appropriatezza e personalizzazione dei percorsi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, anche mediante appositi gruppi di lavoro a livello aziendale.
Obiettivo: Predisporre e implementare PDTA in un'ottica di genere su determinate patologie, che consentano a livello aziendale e territoriale un approccio multidisciplinare e multiprofessionale alla malattia, promuovendo il lavoro di equipe attraverso l'integrazione e la comunicazione trasversale tra tutti gli operatori sanitari e sociosanitari coinvolti e monitorando e valutando gli effetti degli stessi mediante report contenti indicatori di processo ed esito genere-specifici che permettano la valutazione e il monitoraggio delle azioni di miglioramento avviate.

2. Area informazione e formazione: realizzare iniziative formative ed informative sulla medicina di genere, rivolte ai Dirigenti e agli operatori sanitari / sociosanitari e alla popolazione.
Obiettivo: Prevedere nel Piano formativo Regionale ed aziendale la formazione in Medicina di Genere mediante pianificazione di attività formative trasversali finalizzate alla promozione e alla diffusione della cultura della Medicina di Genere attraverso iniziative rivolte al personale. A ciò occorre affiancare momenti di sensibilizzazione della popolazione dei territori di riferimento.

3. **Area della ricerca e dell'innovazione:** promuovere la ricerca biomedica, farmacologica e psico-sociale basata sulle differenze di genere.
Obiettivo: Sviluppare la ricerca 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 genere.

6.6. Disabilità

6.6.1. Disabilità e fragilità: presa in carico globale della persona e percorsi integrati

Il tema della disabilità richiede un approccio trasversale capace di promuovere l'integrazione delle politiche e la ricomposizione delle risorse.
Il PRS, documento di programmazione strategica dell'XI legislatura, ha previsto la costituzione di un Fondo Unico per la disabilità per superare la frammentarietà delle competenze e delle risorse attuali all'interno di una programmazione complessiva, anche attraverso la costruzione di percorsi personalizzati e integrati nelle risposte a bisogni sociali, sociosanitari, sanitari, di inserimento lavorativo e più in generale di inclusione e accessibilità, intesa non solo come accesso/fruibilità dei servizi ma anche come esigibilità degli stessi, a tutela dei diritti delle persone con disabilità e delle loro famiglie e della loro qualità di vita, con particolare riguardo alle situazioni caratterizzate da grave disabilità o a rischio di emarginazione.
Regione Lombardia si propone cioè di diventare disability friendly sviluppando politiche e azioni trasversali con particolare riferimento all'ambito sociosanitario e del lavoro.
Nell'ambito delle politiche sociosanitarie, il sistema complessivo dell'offerta di servizi ed interventi in Lombardia a favore delle persone con disabilità, spesso anche in condizione di fragilità, e delle loro famiglie è ricco ed articolato, fortemente orientato a mantenere il più possibile la persona nel proprio contesto di vita e a supportare la famiglia nell'azione quotidiana di assistenza. L'offerta di servizi ed interventi per persone con disabilità risulta ampia e differenziata, articolata per tipologia ed intensità di intervento - sanitario, sociosanitario e sociale.
Le misure previste dai programmi FNA e "Dopo di Noi", che rispondono all'obiettivo concreto di mantenere nel proprio contesto di vita le persone con disabilità grave/gravissima e di accompagnarle all'autonomia o verso la residenzialità in vista del venir meno del sostegno familiare devono pertanto essere integrate e raccordate con l'insieme degli interventi sanitari e sociosanitari, affinché risorse e sostegni siano orientati a sostenere il Progetto individuale predisposto per i diversi cicli di vita della persona con disabilità, quale reale ed appropriata modalità d'intervento.
La sostenibilità del sistema è, infatti, determinata dai costi complessivi dei diversi interventi, di cui le Misure FNA sono solo una parte che va ricondotta all'interno di un progetto complessivo di presa in carico della persona con disabilità per rispondere in maniera appropriata ed efficace ai suoi bisogni.

L'offerta di servizi ed interventi per persone con disabilità necessita dunque di essere aggiornata nel quadro della prospettiva che colloca al centro la persona con disabilità ed il suo contesto di vita, ponendo particolare attenzione al tema del «diritto alla vita» più che del semplice «diritto alle cure».
Le politiche di intervento a favore delle persone con disabilità grave e gravissima, che hanno forte caratterizzazione a rilevanza sanitaria, così come previsto dai livelli essenziali di assistenza, devono orientare il focus dalla dimensione di «cura e protezione» al tema della «inclusione e delle scelte», dalla valutazione dei bisogni di protezione alla condivisione dei percorsi di vita, dalle abilità funzionali ai cicli di vita. Questo rinnovato approccio è particolarmente evidente per quanto attiene i livelli di integrazione tra ambito sociale e sanitario, e pertanto rende necessaria una forte sinergia tra attori istituzionali (Stato, Regione, Ambiti territoriali/Comuni, ATS e ASST) e azioni afferenti al comparto sanitario, sociosanitario e sociale, mettendo in campo 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 cura sono gli strumenti per promuovere percorsi integrati di presa in carico globale della persona con disabilità e del suo contesto familiare. Il Progetto individuale in particolare contempera l'appropriatezza degli interventi con le scelte della persona ed è finalizzato a sostenere la permanenza al domicilio a realizzare una vita piena e di qualità, nonostante i limiti che la condizione di disabilità pone, fino a quando permangono le condizioni.

6.6.2. Progetto D.A.M.A. (Disabled Advanced Medical Assistance)

In considerazione delle positive esperienze realizzate in alcuni ospedali lombardi di coordinamento di equipe multidisciplinari che gestiscano le problematiche di assistenza ai pazienti disabili, e a seguito di quanto emerso da una ricognizione effettuata nel 2016 riguardante le iniziative svolte anche in modo meno strutturato nei diversi presidi lombardi, si intende aggiornare la ricognizione ed avviare un confronto con gli specialisti del settore per implementare l'attivazione di equipe D.A.M.A. nelle province che ancora ne sono sprovviste.

6.6.3. Disabilità Psichica

Servizio accesso unico Disabilità

Al fine di migliorare la funzione di orientamento ed accompagnamento della persona disabile e della sua famiglia nella creazione e realizzazione del progetto di vita nel rispetto delle tre principali direttrici individuate dal "Piano d'Azione Regionale per le politiche in favore delle persone con disabilità" (DGR n. IX/983/2010) - continuità di risposta lungo tutto l'arco della vita, reale accessibilità `e fruibilità e rete integrata dei servizi - le ATS forniscono indicazioni programmatorie alle ASST affinché venga garantita nell'ambito di uno stretto raccordo e connessione con i compiti e le funzioni in capo agli Ambiti territoriali/Comuni:

- l'utilizzo, nell'ambito delle sperimentazioni, di centri di riferimento per la persona disabile, sia minore che adulta, e la sua famiglia;
- la facile ed immediata identificazione di tali centri da parte dei cittadini;
- la continuità della presa in carico nella fase di transizione dall'età evolutiva all'età adulta;
- un percorso di presa in carico strutturato e continuativo che comprenda lo sviluppo della funzione e del ruolo di case management;

- una gestione integrata della presa in carico mediante il coinvolgimento diretto e la collaborazione con le diverse strutture della rete che erogano servizi unitamente all'integrazione con i servizi sociali dei Comuni che consenta una razionalizzazione degli interventi evitando vuoti e/o duplicazioni (ad esempio: valutazione multidimensionale).

In quest'ottica diventa pertanto significativo il lavoro svolto nel 2019 dal gruppo "Percorsi integrati", con particolare riferimento ai dati delle persone disabili gravissime beneficiarie della Misura B1 Fondo Non Autosufficienze dell'ATS Brianza, coordinato dalla Direzione Generale Politiche Sociali Abitative e Disabilità in accordo con la Direzione Generale Welfare e rappresentanti ATS, finalizzato alla costruzione di un modello che tenga conto del consumo di servizi afferenti al sistema sanitario, sociosanitario e sociale da parte di taluni target specifici per condizione di disabilità gravissima (es. autismo/deficit motorio/demenza/dipendenza vitale) e suddiviso per età.
Nel 2020 il lavoro svolto dal gruppo "Percorsi integrati" attivato nel 2019 sarà esteso alle altre ATS, sempre con il coordinamento della Direzione Generale Politiche Sociali Abitative e Disabilità ed il coinvolgimento della Direzione Generale Welfare.

6.6.4. Sostegno alla domiciliarità per le persone con disabilità

Assume rilevanza fondamentale il raccordo tra la Direzione Generale Welfare e la Direzione Generale Politiche Sociali Abitative e Disabilità, al fine di un più forte coordinamento tra i Voucher per la Misura B1 sostenuti con il Fondo non autosufficienza ed i Voucher dell'Assistenza Domiciliare Integrata, in ottica di migliore utilizzo delle risorse e maggiore efficacia dell'intervento complessivo a favore della persona con gravissima disabilità.
Va qui evidenziato che i Voucher, nel contesto dell'FNA, relativi ad interventi di natura sociosanitaria, volti a sostenere la "qualità della vita" delle persone con disabilità gravissima sono da intendersi come integrativi ai tradizionali servizi sociosanitari, finalizzati a rispondere a specifici bisogni che non trovano risposte da parte dei servizi destinati alla generalità delle persone disabili.
Dall'analisi dei dati 2019 della misura B1 si osserva la tendenza in atto in alcuni territori, seppur in misura diversa, a considerare la Misura B1 FNA (Buono ed eventuale Voucher) come una misura sostitutiva dei tradizionali interventi di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), ponendo il problema della sostenibilità finanziaria della Misura B1.
A quanto sopra si aggiunge la problematica posta dall'erogazione dei Voucher Misura B1 nell'area dei minori con particolare riferimento ai minori affetti da Disturbo dello spettro autistico.
Nel 2020 sarà sviluppato un lavoro condiviso tra Direzione Generale Welfare e Direzione Generale Politiche Sociali Abitative e Disabilità che, attraverso l'analisi dei dati sia dell'ADI sia della misura B1, sia finalizzato a sostenere il percorso di vita, di inclusione sociale e di sostegno al domicilio delle persone con disabilità, nel rispetto delle disponibilità stanziate per l'anno 2020 relative al finanziamento delle politiche sociali volte a rafforzare la misura B1.

6.7. Salute Mentale (Psichiatria, Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, Psicologia), Dipendenze

Vengono inizialmente declinati alcuni Obiettivi trasversali alle diverse aree che devono risultare fortemente connesse tra loro, con l'obiettivo di offrire interventi sempre più integrati e in continuità nel passaggio dall'età adolescenziale a quella adulta e nei pazienti che

presentano quadri multiproblematici. E' inoltre necessario diffondere una cultura meno stigmatizzante, ma più positiva e fiduciosa nelle possibilità di cure sia per l'ambito della salute mentale che per quello delle dipendenze.

Come previsto dai LEA (DPCM 12 gennaio 2017), le Strutture di Psicologia garantiscono trattamenti scientificamente attendibili e coerenti rispetto ai bisogni, non solo o prevalentemente con la dimensione "psicoterapeutica", bensì con tutte le attività psicologiche riconducibili agli standard assistenziali qualitativi-quantitativi e secondo le modalità dei Percorsi Diagnostico Terapeutici con il monitoraggio sistematico degli esiti.
Le Strutture di Psicologia devono garantire la trasversalità organizzativa e clinica, coordinandosi con l'operatività delle altre discipline.

6.7.1. Obiettivi Trasversali

Comitato Salute Mentale e Dipendenze e stesura Piano Regionale Salute Mentale e Dipendenze

Il Comitato Tecnico di esperti per la Salute Mentale e le Dipendenze, istituito con Decreto n. 8546 del 13/6/2019, costituirà l'Organismo consultivo a supporto della Struttura Regionale ed avrà, tra i principali compiti, la collaborazione con la Direzione Generale Welfare nella stesura del Piano Regionale Salute Mentale e Dipendenze che considererà in particolare l'innovativa integrazione delle diverse aree. Il Comitato avrà anche il compito di supportare la Struttura nella formulazione di nuove Unità d'Offerta sempre più aderenti ai bisogni espressi e all'evoluzione dei fenomeni.

Pubblicazione di un report epidemiologico da parte di ciascuna ATS con l'obiettivo di evidenziare i bisogni sanitari, sociosanitari e socioassistenziali del proprio territorio per le aree salute mentale/dipendenze/disabilità/psicologia clinica/sanità penitenziaria

Ciascuna ATS deve elaborare e pubblicare entro la fine del 2020 - in collaborazione con le rispettive ASST/IRCCS – un report epidemiologico relativo alle aree salute mentale/dipendenze/ disabilità/psicologia clinica/sanità penitenziaria focalizzandosi in particolare su:

- i bisogni della popolazione del territorio in relazione alle aree sopracitate con una attenzione privilegiata a situazioni di particolare fragilità;
- le risposte fornite dagli specifici servizi pubblici e privati accreditati e contrattati (Servizi Psichiatrici e Neuropsichiatrici, Servizi per le Dipendenze, Servizi di Psicologia Clinica, Interventi per l'Area della Disabilità, Interventi all'interno degli Istituti Penitenziari).

Tale report costituirà la base per la programmazione e la valutazione del sistema di intervento e per eventuali riorganizzazioni ed evoluzioni in accordo con la U.O. Rete Territoriale Direzione Generale Welfare.

Promozione di processi di collaborazione e integrazione tra i diversi ambiti afferenti al DSMD (Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze)

Nella piena attuazione di quanto previsto dalla L.R. n. 15/2016 , dalla L.R. 23/15 e in continuità con la DGR n. XI/1046/2018, le ASST devono promuovere lo sviluppo di processi di collaborazione e integrazione tra i diversi ambiti afferenti al DSMD (NPIA, Psichiatria, Dipendenze, Psicologia), anche attraverso la costituzione di equipe formate da operatori

provenienti da aree diverse, in modo da effettuare valutazioni multidimensionali del bisogno e fornire risposte coordinate a problematiche che nella pratica clinica appaiono sempre più frequentemente interconnesse.

Diffusione in tutti gli ambiti di un approccio orientato alla diagnosi precoce e all'intervento tempestivo

La letteratura scientifica evidenzia come, sia per l'ambito della salute mentale che per quello delle dipendenze, diagnosi precoci e interventi tempestivi migliorino in modo statisticamente significativo il numero delle guarigioni e il decorso delle patologie.
In continuità con la DGR n. XI/1046/2018 e con quanto già avviato, ogni ASST deve prevedere modelli di intervento che anticipino il più possibile la diagnosi, anche realizzando punti unici di accesso ai diversi servizi che permettano trattamenti tempestivi.

Ruolo delle ATS e integrazione delle dipendenze negli Organismi di Coordinamento

Le ATS devono favorire i processi di connessione tra i diversi ambiti e le azioni volte all'intervento precoce attraverso specifiche azioni in tal senso.
Gli Organismi di Coordinamento, integrando le diverse discipline (psichiatria, NPIA e dipendenze) costituiscono la sede di programmazione degli interventi per i pazienti e i loro familiari, secondo una modalità congiunta di presa in carico e non più frammentata tra le diverse aree.
Le valutazioni relativamente alle richieste di nuove e diverse organizzazioni dei Servizi e di accreditamento di strutture, pubbliche e private, devono essere effettuate ed approvate nell'ambito di tali Organismi.
In considerazione delle specificità delle diverse problematiche sarà opportuno prevedere, accanto ai necessari momenti di integrazione programmatoria e operativa, anche lo sviluppo di Tavoli tecnici tematici.

Diffusione informazioni relativamente al sistema di cura nell'area salute mentale, dipendenze, psicologia e disabilità da parte di ogni ATS e promozione di una visione meno stigmatizzante e negativa

La diffusione di informazioni corrette e puntuali relativamente alla rete dei Servizi esistenti e il potenziamento della fiducia nelle possibilità di intervento sono considerate fattori cruciali nel determinare l'arrivo dei pazienti al sistema di cure.
Le ATS – in collaborazione con le ASST/IRCCS del territorio - devono avviare iniziative per diffondere il più possibile le informazioni logistiche relative ai Servizi, per aumentarne la facilità d'accesso e per rinnovare la fiducia nella possibilità di cura attraverso una visione meno stigmatizzante e più positiva e ottimista.
Lo stigma e il pregiudizio che connotano l'area della salute mentale e delle dipendenze sono considerati tra i fattori più rilevanti che contribuiscono al ritardo con cui i pazienti arrivano al sistema di cure.
Ciascuna ATS, in raccordo con le ASST, gli IRCCS, gli Erogatori Privati Accreditati e Contrattati e le Associazioni di Volontariato e di Advocacy presenti sul territorio deve organizzare eventi di sensibilizzazione e lotta allo stigma negli ambiti della NPIA, della psichiatria, delle dipendenze e della disabilità.

6.7.2. Obiettivi Trasversali Sistema Informativo

Adeguati flussi informativi costituiscono la base essenziale per avere **corrette informazioni sul funzionamento del sistema di cure,** in particolare per alcune aree di particolare criticità (NPIA, Sanità Penitenziaria) e non del tutto integrate tra loro (Salute mentale, Dipendenze).

Miglioramento/ implementazione dei flussi relativi all'area salute mentale e dipendenze e conseguenti ipotesi per differenti forme di remunerazione

La corretta compilazione dei flussi informativi è la base indispensabile per la valutazione dell'attività dei Servizi e per le conseguenti azioni programmatorie.
Alcune aree risultano particolarmente carenti (NPIA, Sistema Penitenziario ecc.) e alcune informazioni (es. completezza/aggiornamento fino alla 3 cifra della diagnosi principale e registrazione della seconda diagnosi in Psicheweb) sarebbero cruciali per una più puntuale analisi del bisogno e una più coerente programmazione degli interventi.
Sarà compito delle ATS vigilare sull'assolvimento dei debiti informativi di tutti gli Erogatori Pubblici e Privati Accreditati e Contrattualizzati.
Con successiva nota verranno date specifiche disposizioni in merito alla gestione dei permessi e alla loro registrazione nel sistema informativo.
In collaborazione con le ATS sarà inoltre possibile ipotizzare forme di remunerazione meno centrate sulla singola prestazione, ma più strutturata come "pacchetto di cure" o "DRG territoriale".

Obbligo di utilizzo del nuovo sistema informativo regionale per la Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza

Le ASST/IRCCS i cui Servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza regionali avranno disponibilità - nel corso dell'anno - del nuovo sistema informativo regionale NPIA, hanno l'obbligo di utilizzarlo.
Le ATS hanno l'obbligo di monitorare il corretto utilizzo e la completezza delle informazioni inserite.

Aggiornamento dei sistemi informativi utilizzati dai Servizi per le Dipendenze (SerD/SMI) anche in vista della valorizzazione delle prestazioni dei SerD

L'Osservatorio Dipendenze Regionale – in collaborazione con le ATS - dovrà esaminare la correttezza dell'utilizzo dei sistemi informativi utilizzati dai Servizi per le Dipendenze.
Il Sistema attualmente non prevede la valorizzazione e la contrattualizzazione delle prestazioni erogate dai SerD, in quanto tali Servizi afferivano alle ex ASL; è quindi necessario procedere in tal senso.
La disamina di tali flussi sarà anche l'occasione per ridefinire la valorizzazione delle prestazioni erogate dagli SMI, anche ipotizzando una retribuzione meno centrata sulla singola attività, ma più pensata come "pacchetto di cure" o "DRG territoriale".

Compilazione del registro delle contenzioni con particolare riferimento alla completezza ed accuratezza delle informazioni.

L'utilizzo delle contenzioni deve continuare ad essere attentamente monitorato, con la finalità di diminuire ulteriormente, fino al suo superamento, il ricorso a tale metodologia.
Le ASST devono assicurare che i DSMD e le REMS introducano in Psicheweb regolarmente e con accuratezza i dati richiesti, le cui informazioni devono essere coerenti con quelle riportate nella cartella clinica del paziente. Verrà anche inviata alle ASST una check-list per

verificare l'applicazione delle misure organizzative, atte alla riduzione della contenzione, contenute nel documento "Indicazioni regionali per la riduzione della contenzione meccanica nei reparti di psichiatria e di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza lombardi".
Le ATS hanno l'obbligo di monitorare il corretto utilizzo e la completezza delle informazioni inserite nel sistema informativo e di segnalare tempestivamente qualsiasi anomalia alle ASST coinvolte e alla Struttura Regionale preposta.

Obbligo di assolvimento del debito informativo relativamente ai Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA)

Le ASST/IRCCS e gli Erogatori Privati Accreditati e Contrattati devono trasmettere alla ATS competente i dati relativi all'attività di prima certificazione DSA svolta annualmente.
Le ATS hanno l'obbligo di monitorare la completezza delle informazioni fornite dagli Erogatori Pubblici e Privati Accreditati e Contrattati.

Adeguamento declinazione del nomenclatore tariffario di NPIA e di 28/SAN

Le variazioni intervenute nell'erogazione delle prestazioni a favore dei soggetti afferenti e il processo di implementazione della prescrizione dematerializzata, rendono necessarie azioni di adeguamento degli attuali nomenclatori per le quali nel corso del 2020 verranno fornite specifiche indicazioni.

6.7.3. Obiettivi Trasversali Accreditamento

Revisione/implementazione dei criteri di accreditamento delle differenti Unità d'Offerta

I criteri di accreditamento necessitano di una revisione e ottimizzazione in ragione della flessibilità che le nuove situazioni di multiproblematicità richiedono.
E' inoltre necessario prevedere nuove modalità di sperimentazione di attività finalizzate a diagnosi precoci e interventi tempestivi multidimensionali presso sedi più orientate alla quotidianità e alle necessità del target di popolazione (es. Centro Giovani).
A tal fine verranno attivati Gruppi di lavoro che – congiuntamente alle Strutture preposte all'accreditamento regionale – riesaminino i criteri esistenti e la possibilità di ipotizzare nuove forme di offerta e "DRG" territoriali.

Per quanto riguarda il sistema della residenzialità/semiresidenzialità si pongono alcune nuove esigenze:

Residenzialità minori e giovani
L'abbassamento dell'età di inizio dell'uso delle sostanze porta alla necessità di prevedere strutture a valenza terapeutica che accolgano anche minori, comprensive anche della possibilità della Residenzialità Leggera.
Il circuito giudiziario segnala ripetute situazioni di minori che necessitano un inserimento in specifica Comunità Terapeutica in grado di far fronte sia alle problematiche psicopatologiche che all'uso di sostanze.
Nel 2020 verrà attivata almeno una Struttura Residenziale per minori e verrà posta particolare attenzione ai minori coinvolti nel circuito giudiziario.

Residenzialità pazienti anziani

Risulta inoltre necessario attivare programmi per la "deistituzionalizzazione" degli utenti che usufruiscono di residenzialità da diversi anni, in particolare nel caso dei pazienti anziani per i quali sarebbero più idonee altre soluzioni, valorizzando e utilizzando le unità d'offerta già presenti nel territorio.

Ciò favorirebbe anche il turnover dei posti in residenzialità necessari per i pazienti più giovani e nelle fasi più attive della patologia.

Circuito giudiziario

Anche il circuito giudiziario necessita ipotesi di innovazione a fronte delle nuove tipologie di pazienti autori di reato. In tal senso la ASST di Mantova ha individuato, per la struttura per l'Esecuzione delle misure di sicurezza in regime di licenza esperimento e per l'esecuzione penale esterna della libertà vigilata (cosiddetta SLIEV) di Castiglione delle Stiviere, specifici requisiti strutturali e organizzativi in coerenza con le disposizioni in materia di residenzialità psichiatrica, ponendo attenzione all'appropriatezza degli standard in coerenza con la tipologia di utenza accolta nella struttura.

Tale ipotesi verrà attentamente esaminata nel 2020.

6.7.4. Salute Mentale Adulti

In attuazione alla LR 23/15 e alla LR 15/2016 prosegue nel 2019 l'impegno volto alla promozione della salute mentale e allo sviluppo di una costruttiva integrazione tra i diversi attori (formali e informali) operanti nei territori, anche attraverso l'implementazione di modelli gestionali e operativi innovativi.

Particolare attenzione verrà rivolta alle iniziative finalizzate a spostare il baricentro della cura dalla dimensione ospedaliera e residenziale a quella territoriale, incentivando gli interventi nei contesti naturali di vita delle persone.

Prestazioni di psichiatria erogate da strutture a contratto (46/SAN) e non a contratto (43/SAN)

La Direzione Generale Welfare, con apposita nota e dopo la conclusione dell'istruttoria condotta con le ATS, provvederà a comunicare alle medesime l'ammontare delle risorse di FSR 2020 e i criteri di assegnazione dei budget destinati alla stipula dei contratti provvisori e definitivi per l'anno 2020.

Spostamento dell'asse delle cure e delle risorse dalla residenzialità al territorio

La residenzialità continua ad assorbire la maggior parte delle risorse dedicate all'area della Psichiatria, generando situazioni istituzionalizzanti.

In continuità con quanto previsto dalla DGR n. XI/1046/2018, le ATS si faranno promotrici di ogni possibile azione da parte delle ASST/IRCCS che contribuisca a una progressiva riduzione della residenzialità a vantaggio dell'attività territoriale, tramite l'utilizzo di qualificati protocolli riabilitativi e risocializzanti già sperimentati e validati dalla letteratura (anche formulando ipotesi riorganizzative relative alla riallocazione di personale dalle strutture residenziali pubbliche al territorio).

Spesa relativa a prestazioni residenziali extra-contratto/extra-regione (Flusso 43/San)

Tutte le ATS hanno rilevato consistenti aumenti della spesa relativa a prestazioni residenziali extra-contratto/extra-regione per minori (Flusso 43/San).

Risulta di conseguenza opportuno valutare la possibilità di prevedere:

- lo spostamento di una quota del valore di assegnazione 2019 sulla spesa a contratto per contrattualizzare posti residenziali e semiresidenziali accreditati o per l'erogazione di prestazioni ambulatoriali/domiciliari, con impegno della ATS a garantire una contestuale e stabile diminuzione di corrispondente quota della spesa 43/San;
- l'incremento del 1,50% della spesa 43/San rispetto al tetto 2019 esclusivamente per inserimenti disposti dall'Autorità Giudiziaria che non abbiano trovato collocazione in Strutture a contratto regionali.

Per quanto riguarda la possibilità di contrattualizzare una quota del valore di assegnazione 43/San, si conferma, in coerenza con quanto disposto dalla DGR n. XI/1046/2018:

- che le ATS possono stabilire accordi tra loro per cedere parte della propria quota extra-contratto ad altra ATS per la contrattualizzazione di posti di strutture che insistano sul territorio di quest'ultima;
- che la cessione della quota di assegnazione extra-contratto deve corrispondere a documentata diminuzione della spesa 43/San e si intende definitiva;
- che l 'accordo sottoscritto dai Direttori Generali delle due ATS deve essere validato dalla Direzione Generale Welfare, dopo disamina della documentazione inviata.

Tutti i provvedimenti di cui sopra dovranno essere oggetto di attenta valutazione da parte delle ATS e concordati con i competenti Uffici Regionali.
Deve inoltre proseguire un'attenta valutazione relativa all'appropriatezza degli inserimenti (ad es. pazienti con età anziana) e alla loro durata.

Prosecuzione e stabilizzazione dei programmi innovativi di salute mentale

Per il 2020 i programmi innovativi di salute mentale andranno stabilizzati, dopo averne valutata l'efficacia, prevedendo la medesima destinazione di risorse, non soggetta all'abbattimento previsto per beni e servizi, con il vincolo di raccordo trasversale tra progetti della medesima area e con una attenzione particolare ai progetti che si occupano di aree di multi-problematicità e che coinvolgono nella progettazione i diversi attori (NPIA, psichiatria, dipendenze, ecc.).
È raccomandato che le ATS tengano conto della valutazione dell'aspetto innovativo delle proposte a loro inviate e di conseguenza autorizzate.

Estensione della sperimentazione del budget di salute

Il budget di salute rappresenta una forma di riorganizzazione delle risorse finanziarie disponibili per la realizzazione degli interventi di tutela della salute mentale e al tempo stesso una risposta clinica ai bisogni del paziente: flessibile, non più centrato sulla remunerazione delle singole prestazioni, il budget individuale di salute si presenta come uno strumento di finanziamento innovativo che aspira a rispondere in maniera più integrata e unitaria ai bisogni degli utenti, includendo al suo interno tutte le prestazioni erogate per conto del SSR dalle strutture private e pubbliche accreditate a contratto e dalle strutture afferenti al DSMD (indipendentemente dalla sede di trattamento).
Nel 2019 sono state realizzate in alcuni territori le attività preliminari all'avvio delle sperimentazioni disposte dalla DGR n. XI/1046/2018, finalizzate a migliorare la qualità dei servizi, diminuendo le risorse impiegate nella residenzialità a vantaggio degli interventi territoriali di gruppo e/o multifamiliari.

Nel 2020 tali sperimentazioni dovranno essere rese pienamente operative prevedendo, nel caso di raggiungimento dei risultati attesi, una loro messa a sistema e un'estensione anche ad altre aree territoriali, sia nella forma di riconversione del budget assegnato per la residenzialità verso altre forme di intervento, sia in quella di definizione di pacchetti/percorsi di cura.

Programmazione e attuazione delle indicazioni contenute nel Piano regionale Autismo

Come richiamato nella sezione dedicata all'assistenza neuropsichiatrica in età evolutiva, nel corso del 2020 verrà programmato l'avvio delle iniziative volte a dare attuazione alle disposizioni del Piano regionale autismo con attenzione specifica all'attività rivolta agli adulti con ASD e alle modalità di interazione e integrazione tra gli interventi erogati nell'area della disabilità e quelli offerti dai servizi psichiatrici del DSMD.

Diffusione e implementazione dei protocolli d'intesa Direzione Generale Welfare - Magistratura, costituzione equipe forensi

I protocolli d'intesa sottoscritti con la Magistratura di Brescia (Decreto della Direzione Generale Welfare n. 9958 del 10/7/2018) e recentemente con la Corte d'Appello di Milano per la gestione dei soggetti autori di reato a seguito della legge per il superamento degli OPG (L. 81/2014), devono avviare /completare la loro operatività procedendo anche all'avvio di tavoli di lavoro locali tra gli enti coinvolti.
È richiamato in tal senso il ruolo delle equipe forensi dei DSMD (DGR n. XI/5340/2016) così come previsto dalle indicazioni per il loro funzionamento.
Le ATS dovranno promuovere, predisporre, coordinare, monitorare, in accordo con le ASST i protocolli e la loro applicazione.

Definizione di criteri per la gestione delle ammissioni e dimissioni dalle REMS e tempi di accesso

In riferimento alla gestione dei soggetti con disturbi psichici e autori di reato risultano elementi di particolare criticità tanto il tempo di attesa per l'accesso in REMS, quanto il processo di dimissione, azioni tra di loro interdipendenti. Tali aspetti sono emersi anche nel corso dei lavori di stesura dei protocolli operativi specifici tra la Direzione Generale Welfare e la Magistratura dei due distretti della Corte d'Appello di Brescia e Milano.
Regione Lombardia, in collaborazione con le ASST e ATS di riferimento, individuerà criteri di gestione delle liste d'attesa per l'accesso in REMS e azioni ad essi conseguenti.

Valorizzazione del ruolo degli Esperti in Supporto tra Pari

L'attivazione degli utenti, i percorsi formativi effettuati, lo sviluppo delle loro competenze e la messa a disposizione dei loro saperi, l'importante ruolo svolto negli ultimi anni dagli Esperti in Supporto tra Pari (ESP) all'interno dei servizi psichiatrici rappresentano una risorsa che deve essere valorizzata nell'ambito dei DSMD, anche coinvolgendoli nella lotta allo stigma e al pregiudizio che ancora connotano le malattie psichiche.

6.7.5. Dipendenze

Le Dipendenze costituiscono uno degli ambiti più attenzionati dalla popolazione generale: è una patologia che colpisce le giovani generazioni, che diminuisce l'aspettativa di vita dei ragazzi coinvolti e per la quale ogni famiglia - a fronte della larga diffusione delle sostanze – si sente "a rischio".

Sulla base delle esperienze promosse dalla Direzione Generale Welfare nel 2019 e delle indicazioni della letteratura internazionale in materia, si vuole promuovere un approccio maggiormente proattivo , che studi attentamente le possibilità di intercettare i giovani nelle prime fasi del consumo, prima che la situazione sia troppo compromessa per ottenere risultati: una diagnosi precoce e un intervento tempestivo possono infatti cambiare completamente la vita delle persone coinvolte e delle loro famiglie.

Le scuole, i luoghi di aggregazione, formali e non, saranno oggetto di interventi che – in stretto rapporto e sinergia con l'area della Prevenzione – avranno quale obiettivo l'individuazione precoce delle situazioni a rischio.

Interventi proattivi nei luoghi di aggregazione giovanile

La rapida evoluzione dei fenomeni di diffusione delle sostanze - che ha visto nel 2018/2019 alcune aree del territorio lombardo (Rogoredo, Groane ecc) interessate da pericolose attività di spaccio/prostituzione/violenze con il coinvolgimento anche di soggetti molto giovani - ha portato alcune ATS (Milano, Monza e Brianza) a implementare specifici Progetti in collaborazione con tutti gli attori del contesto (Prefetture, Forze dell'Ordine, Erogatori Pubblici e Privati, CRI, Volontari e altri).
Tali Progetti, parzialmente finanziati con DGR n. XI/1987/2019, proseguiranno nel 2020 e saranno oggetto di particolare attenzione e valutazione, anche nella loro dimensione predittiva rispetto all'evoluzione del fenomeno stesso.

L'emergenza creatasi ha inaugurato nuove modalità di intervento che hanno visto le Istituzioni connettersi tra loro e collaborare strettamente: l'interistituzionalità è diventata una metodologia di intervento che verrà replicata nel 2020 anche in altri ambiti.
La complessità dei problemi posti dalla diffusione delle sostanze presso i giovani e i giovanissimi richiede che la Prevenzione e i Servizi di Cura Pubblici e Privati Contrattati, le Scuole, le Forze dell'Ordine, il mondo del Volontariato e del Terzo Settore si alleino per affrontare in modo coordinato e continuativo le diverse sfaccettature del problema.
Verrà per questo posta particolare attenzione a tutti i luoghi di aggregazione dei giovani in modo da svolgere azioni proattive che anticipino l'arrivo dei ragazzi e delle loro famiglie ai Servizi, consapevoli che anche per il Disturbo da Uso di Sostanze il fattore tempo gioca un ruolo fondamentale nella prognosi e nelle possibilità di risoluzione del problema.
In tale ottica verranno sviluppate azioni affinché anche i Pronti Soccorsi siano attrezzati a individuare i giovani che accedono per motivi legati all'uso di sostanze o per cause correlate (incidenti stradali, violenze, ecc.) così da effettuare interventi adeguati e soprattutto da accompagnarli ai Servizi di Cura in modo efficace.

Avvio validazione Strumento Valutazione Multidimensionale

Nel 2019 un Gruppo di Lavoro Regionale si è occupato della definizione di uno Strumento Valutazione Multidimensionale che ponesse in particolar modo l'attenzione rispetto 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.
Nei primi mesi del 2020 tale strumento verrà validato attraverso una diffusione a un campione statisticamente significativo della popolazione afferente ai Servizi e quindi proposto nel suo utilizzo.

Ponendosi come strumento differente anche nella tempistica di valutazione, verranno date indicazioni alle ATS, in particolare relativamente ai Servizi di Vigilanza, e alle ASST per la loro diffusione presso i Servizi per le Dipendenze.

Ruolo Osservatorio Epidemiologico Dipendenze

L'Osservatorio Epidemiologico Dipendenze avrà un ruolo chiave – in stretta collaborazione con le ATS – nel monitorare un fenomeno in continua evoluzione, utilizzando i dati come base epidemiologica e scientifica per la programmazione delle future iniziative.
Particolare importanza verrà data alle rilevazioni relative al tempo di latenza (tempo che intercorre tra i primi sintomi e l'arrivo ai sistemi di cura) nell'ottica di approntare nuove forme di intervento più precoci e tempestive, rivedendo l'idea di cronicità che connota tale area di intervento.

Piani Contrasto GAP (Gioco d'Azzardo Patologico)

L'utilizzo delle risorse assegnate alle ATS con DGR XI/585/2018 potrà essere prorogato nel 2020, qualora non completamente utilizzate.

La valutazione delle ATS relativamente alle attività svolte in applicazione ai Piani GAP del precedente anno costituirà la base per l'attivazione dei Piani nel 2020.

La novità relativamente all'introduzione della patologia nell'ambito dei LEA e la sperimentalità delle azioni avviate, in particolare in relazione alla residenzialità/semi residenzialità, saranno oggetto di attenta analisi per ridefinire la futura programmazione.

Per il 2020 si prevede di erogare le risorse 2017-2018 già assegnate dallo Stato a Regione Lombardia.

Screening and Linkage to care

I dati nazionali e regionali mettono in evidenza la bassa percentuale di tossicodipendenti sottoposti a screening dell'infezione da HIV e d HCV. Come sappiamo la popolazione che utilizza droghe per via endovenosa rappresenta un serbatoio importante delle infezioni. Il trattamento di questa popolazione con i farmaci attualmente a disposizione permette l'eradicazione della malattia (epatite C) o il totale controllo della stessa (HIV) annullando il rischio di diffondere l'infezione nella popolazione generale.
Va anche considerato che l'utilizzo di sostanze, prima di tutto l'alcol, spesso porta a comportamenti sessuali disinibiti con il rischio di diffusione di malattie a trasmissione sessuale.
È pertanto obiettivo di salute pubblica incrementare lo screening e facilitare l'accesso al sistema di cure
A tale proposito le aziende dovranno intervenire nei percorsi dei laboratori analisi (test con modalità reflex), a livello organizzativo implementando collaborazioni efficaci fra i servizi delle dipendenze e malattie infettive/epatologie, ma anche con modalità proattive che rivedano le tradizionali strategie di intervento dei servizi.

6.8. Sanità Penitenziaria

La Sanità Penitenziaria costituisce un ambito particolarmente critico e "recente" in quanto solo da qualche anno le competenze sono state trasferite al SSR: fondamentale in questa area è la costruzione di specifici e adeguati flussi informativi che diano la dimensione dei volumi di attività necessari e adeguati.

Obbligo di utilizzo del Sistema Informativo Regionale della Sanità Penitenziaria /REMS

Le ASST nei cui Istituti Penitenziari è stato reso disponibile il Sistema Informativo Regionale della Sanità Penitenziaria hanno l'obbligo di procedere con l'utilizzo dello stesso per la compilazione della cartella clinica del detenuto.
L'utilizzo della cartella clinica informatizzata, dove implementata, è obbligatorio anche nelle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS).
Tale lavoro è anche propedeutico all'implementazione di specifici flussi informativi per la Sanità Penitenziaria.
Il sistema polimodulare REMS di Castiglione delle Stiviere avvierà la registrazione delle attività di natura psichiatrica erogate ai soggetti in esse residenti tramite il sistema Psiche Web a far tempo dal 1° gennaio 2020; ciò consentirà di mantenere un raccordo anamnestico e di percorso terapeutico tra il sistema polimodulare e i DSMD che devono garantire la presa in carico dei pazienti ad essi afferenti.
Le ATS hanno l'obbligo di monitorare il sistematico utilizzo della cartella clinica informatizzata, ai fini della valutazione dei bisogni di salute e dei relativi interventi preventivi.

Prosecuzione del progetto di stratificazione per patologia dei detenuti degli Istituti Penitenziari della Lombardia

Gli uffici della Direzione Generale Welfare, con il supporto della Cabina di Regia della Sanità Penitenziaria, si attivano per la prosecuzione del progetto di stratificazione per patologia dei detenuti presso gli Istituti Penitenziari della Lombardia, attraverso:

- la creazione di un circuito regionale per l'allocazione degli anziani ultrasettantenni nella casa di reclusione di Bollate;
- la previsione di un intervento su patologie acute e croniche prevalenti nell'ambito penitenziario (ad esempio creazione di poli per la diagnosi e cura di malattie respiratorie come le bronchite cronica e la TB, di malattie cardiovascolari, anche attraverso la estensione alla attività cardioriabilitativa del polo fisiochinesioterapico di Busto Arsizio), interventi su trattamenti educativi/trattamentali e riabilitativi (ad esempio estensione a tutto il circuito penitenziario regionale del polo milanese sulle dipendenze rappresentato dal reparto Nave di S. Vittore e Vela di Opera).

Attuazione del protocollo operativo Doppia Diagnosi negli istituti penitenziari di Milano

La necessità di adottare un approccio integrato al problema delle dipendenze in carcere ha condotto alla sottoscrizione del protocollo operativo Doppia Diagnosi tra il SERD (Area Penale e Penitenziaria) e il Servizio Psichiatrico per pazienti detenuti presso le case di reclusione di Bollate e Opera e la casa circondariale di S. Vittore. L'applicazione del protocollo, favorita anche dall'utilizzo della cartella clinica informatizzata, dovrà essere effettuata in tutti gli istituti penitenziari di Milano e sottoposta a verifica da parte di ATS.

Adozione del prontuario terapeutico regionale negli istituti penitenziari della Lombardia

Per uniformare l'accesso alle terapie, è in corso la stesura del prontuario terapeutico regionale, che contiene la lista dei farmaci che ciascun istituto penitenziario dovrà mettere a disposizione dei detenuti.
Le ASST dovranno garantire l'adozione del prontuario da parte di tutti gli Istituti, dando disposizioni per l'inserimento nella cartella clinica informatizzata.

Istituzione della Commissione di supervisione per il disagio psichico

In relazione alla situazione di grave disagio psichico che si registra nella popolazione detenuta con ripercussioni sul personale sanitario e penitenziario, è istituita una Commissione di supervisione, composta dal referente UOSP, da un professionista psichiatra, da uno psicologo e da un rappresentante dell'amministrazione penitenziaria. La Commissione viene convocata dal referente UOSP, in accordo e su richiesta del Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria, dei Direttori degli Istituti penitenziari e dei Coordinatori sanitari, al verificarsi di eventi indicativi di un disagio psichico presente nella popolazione detenuta e non dell'Istituto (ad esempio, gesto auto/etero lesivo).

Collaborazione delle ATS per collocazione autori di reato

Gli Uffici della Direzione Generale Welfare individueranno le possibili azioni delle ATS in supporto alle ASST per la collocazione degli autori di reato in strutture territoriali quale misura alternativa alla detenzione.

Prosecuzione del monitoraggio dei posti letto disponibili presso il reparto di Medicina Protetta dell'Ospedale S. Paolo di Milano

Il coordinatore infermieristico del reparto di Medicina Protetta dell'Ospedale S. Paolo di Milano dovrà continuare a comunicare giornalmente alla propria Direzione Sanitaria, al referente dell'Unità Operativa di Sanità Penitenziaria e al Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria il numero di posti letto disponibili, anche al fine di valutare la possibilità di incrementare la capacità di accoglienza dei detenuti presso il reparto medesimo.

6.9. Reti delle Cure Palliative e della Terapia del Dolore

6.9.1. Rete Cure Palliative

Nel corso dell'anno 2020, la Direzione Generale Welfare, anche avvalendosi dell'Organismo di Coordinamento della Rete regionale di Cure palliative, promuove e avvia i seguenti processi:

- in considerazione dei cambiamenti socio-demografici indicati dai più recenti dati epidemiologici, per quanto riguarda il bisogno di salute dei pazienti cronici e fragili, si rende necessaria una forte sinergia tra la Rete di Cure Palliative e le Reti Clinico Assistenziali;
- saranno date indicazioni per stimolare l'istituzione di Gruppi di lavoro intraospedalieri (interdipartimentali) allo scopo di favorire cure simultanee e condivise (shared) con il compito di intercettare precocemente il bisogno di Cure Palliative nei malati non oncologici;
- sarà promosso l'uso degli strumenti regionali adottati con la DGR n. XI/1046/2018, per l'identificazione del bisogno e della complessità di cure palliative da parte delle equipe di cure palliative e, progressivamente, dei MMG e degli specialisti ospedalieri;
- in un'ottica di efficientamento del sistema, verrà implementato il modello erogativo della Rete di cure palliative per garantirne uno sviluppo armonico attraverso la piena attuazione della DGR n. X/5918/2016; verrà avviato un percorso di analisi per il progressivo potenziamento, sostenendo in particolare:
    - lo sviluppo del livello ambulatoriale per le strutture accreditate della Rete di Cure palliative a partire dalle esperienze in atto, anche attraverso l'identificazione di

uno o più codici di prestazione specifici, al fine di monitorare questo profilo in termini di bisogno espresso nei territori;
    - la definizione delle modalità relative alle prestazioni di consulenza di Cure Palliative multiprofessionale medico specialistica e infermieristica in favore dei pazienti con bisogni di cure palliative assistiti nelle strutture sanitarie, nelle RSA, e sul territorio (MMG e PLS);
- realizzazione di percorsi formativi al fine di soddisfare il bisogno formativo di Cure palliative;
- Implementazione di setting residenziali e domiciliari; previsione della possibilità di implementare unità di offerta residenziali nella Lombardia orientale, dando mandato all'ATS Brescia di avviare una ricognizione dei bisogni nei primi mesi del 2020 e fare proposte sull'attivazione di posti residenziali, in particolare per quanto concerne le cure palliative pediatriche.

A partire dall'analisi dei dati relativi ai nuovi flussi informativi di Cure Palliative, nel corso del 2020 la Direzione Generale Welfare, anche con il coinvolgimento dell'Organismo di Coordinamento regionale di Cure Palliative, avvia un percorso finalizzato all'evoluzione delle modalità di rendicontazione e valorizzazione dei percorsi di presa in carico in cure palliative attualmente previste a tariffa giornaliera, attraverso l'identificazione di profili tariffari definiti "per percorso di cura".

Al fine di migliorare il governo dei percorsi assistenziali promossi dalla DGR n. X/5918/2016 sarà valutata l'opportunità di prevedere un ruolo di orientamento tramite i PAT (Punti di accesso territoriali) in corso di avvio sperimentale.
Il precedente modello ha fatto emergere la necessità di presidiare i percorsi più incisivamente, per evitare fenomeni indesiderati di classificazione della casistica (ad esempio erogazione di cure palliative a pazienti per i quali sarebbe stato più appropriato ricorrere all'ADI).

In particolare, sarà dedicata particolare attenzione al monitoraggio dei percorsi di lunga durata. A tal fine si prevede che, decorsi sei mesi dalla presa in carico, sia necessario:
- procedere alla chiusura anticipata della cartella, anche ai fini di imputare i costi delle prestazioni nel rispetto del principio di competenza economica dei costi, con conseguente determinazione del Coefficiente di intensità assistenziale (CIA) per l'arco temporale di riferimento della chiusura;
- procedere ad una rivalutazione del livello assistenziale, con il coinvolgimento delle ATS/ASST, al fine di una verifica dell'appropriatezza rispetto ai bisogni del paziente in carico (appropriatezza rispetto alla necessità di cure palliative o di altre tipologie di assistenza e coerenza con i livelli assistenziali sinora erogati).

A tal riguardo saranno emanate apposite indicazioni operative, in accordo con il gruppo di lavoro regionale competente, per un monitoraggio uniforme a livello regionale.

Per ciò che riguarda la Rete delle Cure Palliative e della Terapia del Dolore Pediatriche, anche grazie al contributo del GdL dedicato, dell'Organismo di Coordinamento, verranno avviate le seguenti azioni:
- analisi del bisogno;
- monitoraggio delle risorse esistenti;
- definizione del modello organizzativo di riferimento, con la valutazione della possibilità di individuare, a isorisorse, ambulatori per la terapia del dolore cronico – pediatrica;
- definizione e programmazione di percorsi formativi specifici.

6.9.2. Rete terapia del dolore

Il DM 70 del 2015 identifica i posti letto standard per la branca Terapia del Dolore.

La DGR n. X/2563/2014 e la successiva DGR n. X/4983/2016 hanno identificato i Centri Specialistici di Terapia del Dolore di Secondo Livello (CTDSL) e i Centri Specialistici di Terapia del Dolore di Primo Livello (CTDPL), e hanno dato mandato:

- di procedere alla definizione delle modalità di riclassificazione dell'assetto accreditato dei Centri di Terapia del Dolore di Primo e di Secondo Livello;
- di avviare la funzione di coordinamento della rete d'offerta, posta in capo alla Direzione Generale Welfare e ai Centri specialistici di Terapia del Dolore di Secondo Livello, al fine di sviluppare strategie operative e favorire sinergie tra tutti i nodi della rete di Terapia del Dolore per pervenire ad una proposta condivisa di governo clinico che ponga il paziente e la sua famiglia al centro della Rete di Terapia del Dolore;
- di avviare un monitoraggio mirato alla rilevazione puntuale della rete locale di offerta di cura anche attraverso la sopracitata funzione di coordinamento;
- di identificare, a seguito del monitoraggio sopra citato, altri eventuali Centri di terapia del Dolore di Primo livello per una ulteriore implementazione della rete di terapia del dolore.

La DGR n. X/6691/2017 "Ulteriori disposizioni in merito al modello organizzativo della Rete delle Cure Palliative e della Rete di Terapia del dolore in Lombardia" e il successivo Decreto della Direzione Generale Welfare n. 5223/2019 rispettivamente identificano e nominano i componenti dell'Organismo di Coordinamento della Rete regionale di Terapia del dolore.

Anche attraverso le funzioni dell'istituito Organismo di Coordinamento della Rete regionale di Terapia del dolore, nel corso dell'anno verranno avviati i seguenti processi:

- Riordino dei Centri Specialistici di Terapia del Dolore di Secondo Livello (CTDSL) e dei Centri Specialistici di Terapia del Dolore di Primo Livello (CTDPL), con particolare riguardo agli standard già indicati dalla DGR n. IX/4610/2012 in coerenza all'Intesa in Conferenza Stato Regioni del 25 luglio 2012, sia per quanto riguarda gli standard strutturali, che di esercizio di tipo organizzativo e gestionale; questa azione permetterà la piena attuazione dell'inserimento del Codice 96 di disciplina, in coerenza del Decreto del Ministero della Salute del 22/11/2018 "Modifica dell'elenco delle specialità cliniche e delle discipline ospedaliere";
- Avvio del monitoraggio ai fini dell'aggiornamento puntuale dell'offerta di cura in Regione Lombardia, in coerenza al DM n. 70/2015 in relazione ai bacini di utenza e geografici per l'identificazione di eventuali ulteriori 5 Centri (CTDPL);
- sviluppo delle Reti locali di Terapia del dolore al fine di facilitare il governo di sistema secondo i "Piani di Rete" e le strategie messe in campo dalla Direzione Generale Welfare in sinergia con i CTDSL e l'Organismo di coordinamento regionale.

6.10. Assistenza Farmaceutica

6.10.1. Farmaceutica ospedaliera e acquisti diretti

L'assistenza farmaceutica è composta da due principali voci di spesa (convenzionata e acquisti diretti) che sono sottoposti a due tetti definiti a livello nazionale sul FSN:

- il tetto della spesa farmaceutica convenzionata è stato definito pari al 7,96% del FSN;

- il tetto degli acquisti diretti, fino al 2018, è stato definito pari al 6,89% del FSN. A partire dal 2019, a seguito della Legge n. 145 del 30 dicembre 2018, commi 574 e successivi, il tetto per gli acquisti diretti è stato è rideterminato in diminuzione nella misura pari al 6,69%, poiché si è sottratta la voce dei Gas medicinali (stimati pari allo 0.2% del FSN).

Risulta sempre più urgente definire una "nuova governance del farmaco" a livello nazionale come già previsto dalla legge di Stabilità 2019 ed è importante indicare che:

- nel corso dell'anno 2019 AIFA ha ammesso alla rimborsabilità importanti farmaci anche innovativi che hanno prodotto, come si osserva dai dati di monitoraggio della spesa, un impatto rilevante a livello nazionale;
- in Lombardia si è osservato nel 2019 un andamento che può essere valutato come "virtuoso", considerando che la spesa storica di acquisto di farmaci, esclusi i farmaci innovativi, in ambito strettamente ospedaliero (sia per somministrazione intra-ospedaliera che per consegna a livello domiciliare) non segue la crescita nazionale, che di fatto sta registrando un superamento del tetto maggiore a quello dell'anno 2018.

Ciò premesso, considerato l'impegno, sia da parte degli enti pubblici che dei privati accreditati, nel sostenere e promuovere azioni nazionali e regionali in ambito del farmaco (esempio: biosimilari, costo effettivamente sostenuto dei farmaci, completezza dei dati dei registri AIFA), come anche il confronto attivo con la Direzione Generale Welfare e con le ATS, si confermano e si sostengono anche per l'anno 2019 le seguenti attività:

- consolidamento del progetto di gestione tra pubblico e privato dei farmaci innovativi che accedono ai due fondi nazionali;
- promozione dell'appropriatezza prescrittiva anche con la valorizzazione del ruolo del farmaco biosimilare in ambito intra ed extra-ospedaliero;
- ottimizzazione della gestione dei farmaci all'interno delle strutture, verso un sistema avanzato di magazzino;
- capacità di rispondere alle esigenze regionali e nazionali (farmacie ospedaliere preparatrici di galenici sterili).

Al fine programmatorio, è necessario ricordare che i farmaci anti-HCV rimarranno nel fondo nazionale dei farmaci innovativi fino ad aprile 2020 e che i dati di monitoraggio nazionale e regionale mostrano un andamento nel corso dell'anno 2019 meno rilevante, che porta ad una valutazione di raggiungimento quasi totale dell'obiettivo posto a fine 2014.

Si conferma anche per l'anno 2020 l'obiettivo sui biosimilari di uso intraospedaliero come condiviso con le ASST per l'anno 2019.

Infine relativamente al "Progetto Simultaneous home care del paziente oncologico fragile in fase avanzata di malattia", attivato ai sensi della d.g.r. n. X/3858 del 17/7/2015 dall'ASST Sette Laghi che ha gestito più di 200 pazienti sul territorio di competenza, si dispone che, alla luce dei risultati clinici ottenuti e del gradimento dimostrato per tale servizio dai pazienti, nel corso del 2020 lo stesso non rivesta più il carattere di sperimentazione, ma sia integrato, a isorisorse, come attività dell'ASST; contestualmente verrà valutata la possibilità di estendere tale modalità su tutto il territorio lombardo.

6.10.1.1 Contesto economico e definizione risorse per File F 2020

Considerando le risorse economiche assegnate, per quanto riguarda il File F riferito ai cittadini lombardi si dispone che:

- per le tipologie 1, 2, 3, 4, 5, 8, 9, 14, 30 e 40 considerati i bisogni assistenziali sia in termini di incidenza epidemiologica, che di scelta terapeutica appropriata, per l'anno 2020 sono assegnate risorse pari all'importo finanziato nell'anno 2019, con un incremento massimo di sistema fino all'8% su base dati omogenea, a cui dovrà essere sottratto l'importo relativo alle note di credito per MEA (Managed Entry Agreement) con conseguente riduzione dei relativi costi sostenuti nell'anno di competenza;
- per la tipologia 16, premesso quanto indicato nel presente provvedimento, per l'anno 2020 sono assegnate risorse pari all'importo finanziato nell'anno 2019;
- per la tipologia 20 per l'anno 2020 sono assegnate risorse pari all'importo finanziato nell'anno 2019.

Si conferma, inoltre, quanto disposto dalla D.G.R. n. IX/4334/2012 con l'applicazione anche per l'anno 2020 del tetto di sistema regionale sulle tipologie di File F 1, 2, 3, 4, 5, 8, 9, 14, ,16 per cittadini lombardi, il cui eventuale superamento verrà ripartito tra tutti i soggetti erogatori.

In considerazione delle disposizioni regionali e nazionali sui farmaci innovativi, per l'anno 2020 si conferma:
- l'esclusione dal calcolo dell'abbattimento delle tipologie 30 e 40 che di fatto concorrono alla spesa nazionale di cui ai fondi nazionali per farmaci innovativi oncologici e non oncologici;
- l'acquisto dei farmaci innovativi oncologici e non a carico alle strutture pubbliche per l'erogazione/somministrazione da parte delle strutture private.

Infine si procede ad aggiornare, come obiettivo prioritario per l'anno 2020, la corretta rendicontazione in File F da parte delle strutture pubbliche e private di tutte le tipologie legate a meccanismi di rimborso (note di credito, MEA, ecc.) e cioè le tipologie 15, 19, 31 e 41.

6.10.1.2 Riorganizzazione dei tracciati File F e File R con quadratura con le fatture elettroniche

La DGR n. XI/1986/2019 ha disposto l'evoluzione del Debito Informativo File F, a partire dal 2020, legandolo ad un modello "Distinta Contabile" mensile (simile ad una fattura) che accompagna i record inviati al sistema centrale.
Al fine di poter attivare la sperimentazione del nuovo modello, la Direzione Generale Welfare ha già istituito un gruppo, che vede la partecipazione di diverse figure, sanitarie e non, per aggiornare il Flusso File F, superando il sistema basato sulle tipologie (che rimane valido solo per i farmaci innovativi) e valutando la possibilità di inserire le indicazioni di utilizzo previste dalla Tracciabilità del sistema nazionale (somministrato in ambulatorio, Mac, Dh o erogato/consegnato per consumo a domicilio), utile anche per confronti a livello nazionale per i modelli organizzativi.

Le criticità emerse negli anni relativamente al controllo dei dati del File F sono, in particolare, le seguenti:
- riconciliazione del costo rendicontato in file F con la fatturazione e con i relativi sconti o note di credito;
- possibilità di inserire nel campo unità di misura anche frazioni, o altro non riconducibile poi ad una corretta unità posologica (necessaria per il controllo sia dell'appropriatezza che dei costi).

A tal fine si dispone l'attivazione dal mese contabile di gennaio 2020 del flusso di cortesia delle fatture elettroniche dei medicinali con AIC (relativamente sia al costo, che alle note di credito di ogni genere e a sconti) sia da parte delle strutture pubbliche che private accreditate verso la Direzione Generale Welfare, che la stessa poi condividerà con le ATS.

Successivamente la Direzione Generale Welfare da una parte, grazie anche alla partecipazione al progetto Ministeriale sulla fatturazione elettronica dei medicinali, prevede nel corso del 2020 di sviluppare con ARIA SpA un sistema di controllo basato sulla fatturazione elettronica, che consenta da una parte di superare il Flusso File R, dall'altra valuterà, con il gruppo di lavoro, gli impatti in termini di maggiore costo nel passaggio da una rendicontazione "*a frazione*" rispetto ad una rendicontazione "*a unità posologica*".

Nel contesto del File F rientra la **tipologia 16** - emocomponenti e relative lavorazioni di cui all'accordo Stato Regioni del 20/10/2015. Tale tipologia è stata introdotta dal CNS (Centro Nazionale Sangue) sul flusso della mobilità interregionale 2016 per poter seguire i costi e attivata dalla Direzione Generale Welfare con due note (protocollo n. G1.2016.0015637 del 04/05/2016 e n. G1.2016.0024731 del 20/07/2016) anche per lo scambio intraregionale.
In attesa della revisione del flusso File F regionale, e nella consapevolezza che gli emoderivati e gli emocomponenti e le relative tariffe non sono medicinali che concorrono al tetto di spesa nazionale dell'assistenza farmaceutica, per gli anni 2018, 2019 e 2020 si conferma la validità dell'attuale rendicontazione degli emocomponenti in tipologia 16 e come tale per gli stessi anni il riconoscimento economico della stessa del flusso corretto.

6.10.1.3 Farmaci innovativi: aggiornamento e attivazione di progetto

Nel corso del 2020 si prevede di attivare un progetto per valutare i costi sostenuti ed evitati con l'introduzione o meno dei farmaci innovativi in campo oncologico.

6.10.1.4 Definizione requisiti accreditamento delle farmacie ospedaliere e sostegno per l'ammodernamento delle farmacie ospedaliere delle strutture pubbliche

Nel 2019, con nota protocollo n. G1.2019.0018771 del 29/05/2019, è stato istituito il Gruppo di lavoro sulle Farmacie Ospedaliere per aggiornarne i requisiti di accreditamento, considerando anche la valutazione delle problematiche inerenti ai titoli del personale attualmente in servizio, anche al fine di definire un cronoprogramma di adeguamento ai requisiti strutturali di cui alla DGR n. X/4702/2015 (protocollo n. G1.2018.0034146 del 06/11/2018).

La preparazione dei medicinali e un'attività essenziale per garantire l'assistenza farmaceutica, come ribadito recentemente anche dal Consiglio dei Ministri del Consiglio d'Europa (Risoluzione CM/ResAp (2011)), che può essere effettuata, sulla base della normativa nazionale e comunitaria, esclusivamente da parte dei farmacisti presso una Farmacia formalmente istituita e che richiede personale preparato e strutture adeguate; come previsto dalla Risoluzione stessa e dalle norme tecniche nazionali (Norme di Buona Preparazione, Farmacopea Ufficiale Italiana XII ed.), considerato inoltre i recenti provvedimenti di AIFA (quali Bevacizumab in AMD e la Raccomandazione 14 emessa dal Ministero della Salute "Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici"), si dispone che nel corso del 2020 il Gruppo di lavoro andrà ad aggiornare i requisiti di accreditamento per la gestione e l'organizzazione del servizio di farmacia nelle strutture, considerando anche la valutazione delle problematiche esistenti

sul territorio. Conseguentemente, il termine di presentazione dell'istanza di accreditamento della U.O. Farmacia Ospedaliera è prorogato al **31 dicembre 2020**.

6.10.1.5 Progetto di coinvolgimento delle Carceri e Sert/Serd per la prescrizione ed erogazione di farmaci anti-HCV, anti-Fumo, anti-HBV in stretta collaborazione con la UO Rete Territoriale

Nel mese di ottobre 2019 AIFA ha definito, sulla base del parere espresso dalla Commissione Tecnico Scientifica, nell'ambito del Piano di eradicazione dell'HCV, al fine di favorire l'accesso alle cure per i pazienti che siano impossibilitati ad eseguire la biopsia epatica e/o il fibroscan per motivi socioassistenziali, un nuovo criterio di reclutamento.

Nei Registri AIFA dei farmaci ad azione antivirale diretta di ultima generazione (DAAs) per il trattamento dell'epatite C cronica è stato perciò introdotto il nuovo criterio di trattamento - "**criterio 12**" così formulato:

- "Epatite cronica o cirrosi epatica in pazienti che non possono accedere alla biopsia epatica e/o al fibroscan per motivi socio-assistenziali". Solo per questo criterio sarà possibile utilizzare dei punteggi clinico-laboratoristici quali l'APRI (AST to Platelet Ratio Index) o il Fib-4 (Fibrosis 4 Score) per la valutazione preliminare della compromissione epatica (cirrosi/non cirrosi).

Inoltre, AIFA ha anche modificato il "**criterio 10**":

- da "Epatite cronica o cirrosi epatica in pazienti con insufficienza renale cronica in trattamento emodialitico" a "Epatite cronica o cirrosi epatica in pazienti con insufficienza renale cronica in trattamento dialitico".

Nelle Regole di Sistema per l'anno 2019 era già stato disposto che il progetto di microeliminazione dell'HCV dovesse essere esteso agli istituti penitenziari ed ai SERD.
Una parte della progettualità è stata realizzata nelle carceri di Milano - SERD territoriale ASST Santi Paolo e Carlo; è stato programmato un intervento presso ASST Fatebenefratelli Sacco - SERD territorio, ASST Papa Giovanni XXIII di Bergamo -SERD carcere - SERD esterno e ASST Monza -SERD carcere - SERD esterno - Malattie Infettive.
Negli altri centri, in modo particolare quelli che hanno più elevato numero di pazienti da trattare, si evidenzia che i medici prescrittori non riescono a coprire il fabbisogno.
Il percorso che la Direzione Generale Welfare con i suoi esperti vuole perseguire per l'anno 2020 è il seguente:

1. Implementazione della rete territoriale per la microeradicazione dell'HCV comprendenti le unità territoriali SERD, CPS (Centri Psicosociali), le Unità Ospedaliere di Epatogastroenterologia/Malattie Infettive;
2. Utilizzo di una fast track, anche alla luce dell'introduzione del criterio AIFA 12, che elimina la necessità del fibroscan e, laddove possibile utilizzando test salivari per gli anticorpi; HCV-RNA reflex (già utilizzato per Casa Circondariale San Vittore), HCV-RNA fingerprick;
3. Incremento dei medici prescrittori delle varie ASST, valutando anche la possibilità di attivare come i medici del territorio (es. SERD) dopo formazione.

L'obiettivo di microeliminazione dell'HCV dovrà essere comunque perseguito, anche a seguito dell'uscita dei farmaci DAAs dal fondo dei farmaci innovativi a partire da aprile 2020.

6.10.1.6 Sperimentazione clinica e Comitati etici

La legge n. 3 dell'11 gennaio 2018, «*Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute*», all'art. 2 co. 7 ha previsto che sia adottato, tra l'altro, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della stessa, con decreto del Ministro della Salute, previa intesa con le Regioni, un ulteriore riordino dei comitati etici territoriali che non potranno essere più di 40 (almeno uno per ciascuna Regione).
Inoltre, il Consiglio Regionale della Regione Lombardia con D.C.R. 11 settembre 2018 n. XI/152 recante "Risoluzione concernente determinazioni in merito ai comitati etici e alla sperimentazione clinica", ha invitato, tra l'altro, la Giunta a costituire un gruppo di lavoro finalizzato a valutare ed approfondire le problematiche di maggiore rilevanza nazionale e regionale in relazione alla ricerca e alle sperimentazioni cliniche.
Ad oggi l'unico provvedimento nazionale adottato è il Decreto Legislativo 14 maggio 2019, n. 52 avente per oggetto "*Attuazione della delega per il riassetto e la riforma della normativa in materia di sperimentazione clinica dei medicinali ad uso umano, ai sensi dell'articolo 1, commi 1 e 2, della legge 11 gennaio 2018, n. 3*." che ha, tra gli obiettivi, quello di "dare disposizioni per la razionalizzazione, riordino e coordinamento delle disposizioni vigenti in materia di CE prevedendo successivi atti e provvedimenti attuativi di carattere nazionale".

La mancata attuazione della legge rende non più procrastinabile l'aggiornamento delle seguenti disposizioni regionali inerenti alle sperimentazioni cliniche:

- scadenza dei Comitati Etici: i Comitati Etici lombardi scadranno il 15 gennaio 2020 a seguito della proroga definita con nota dalla Direzione Generale Welfare;
- aggiornamento e approvazione dello schema di contratto regionale, risalente al 2012, per la conduzione di sperimentazioni cliniche;
- adozione di indicazioni di coordinamento tra il DM 19 marzo 1998 e la normativa regionale inerente all'autorizzazione e l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie per il riconoscimento dei Centri Sperimentali.

Poiché è obiettivo della Direzione Generale Welfare confermare le strutture lombarde sanitarie come competitive in ambito della sperimentazione clinica ma anche di massimo interesse per la parte dei promotori privati, al fine di ridurre e rendere uniformi in ambito lombardo i tempi di approvazione delle sperimentazioni, si indicano di seguito gli obiettivi del gruppo di lavoro per l'anno 2020:

- proposta di schema di contratto sperimentazioni cliniche entro **aprile 2020**;
- proroga dei Comitati Etici lombardi fino al riordino nazionale previsto dalla legge: nelle more del riordino previsto dalla legge, si dispone di prorogare la scadenza degli attuali Comitati Etici **fino al 31 dicembre 2020**. La Direzione Generale Welfare potrà disporre una proroga di ulteriori sei mesi in funzione dello stato di attuazione della legge. I membri dei Comitati/sezioni attualmente in carica potranno essere modificati/sostituti in conformità alla normativa nazionale e regionale vigente al momento della modifica/sostituzione;
- proposta di aggiornamento delle disposizioni regionali inerenti all'idoneità dei Centri di Sperimentazione clinica dei medicinali: si dà mandato alla Direzione Generale Welfare di adottare, entro febbraio 2020, le necessarie indicazioni di coordinamento tra quanto previsto dal DM 19 marzo 1998 e la normativa regionale inerente all'autorizzazione e l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie.

Inoltre si pone come ulteriore obiettivo anche il monitoraggio della attività relative alla sperimentazione clinica in Lombardia con eventuale raccordo con l'Osservatorio Nazionale gestito da AIFA.

6.10.2. Farmaceutica convenzionata e distribuzione per conto

L'assistenza farmaceutica territoriale è definita annualmente da una programmazione sia nazionale che regionale, in continuità con quella degli anni precedenti.
Gli obiettivi che il sistema nazionale e regionale oggi persegue sono:

- garantire a tutti cittadini l'accesso a terapie appropriate e sostenibili;
- semplificare il percorso del paziente, riducendo i tempi necessari per l'accesso alle terapie;
- rendere più trasparente la pubblica amministrazione e le sue attività, oltre che i risultati ottenuti;
- coordinare le attività del territorio e degli ospedali con tempestività e continuità.

Le azioni che vengono di seguito declinate sono interpretabili in tale contesto e dimostrano che l'assistenza farmaceutica è uno dei Livelli essenziali di assistenza imprescindibile e trasversale.

Inoltre, già dal 2019, è emerso in modo chiaro il superamento del concetto di medicinale classico (di origine chimica o biologica) con l'introduzione delle terapie geniche che stanno rivoluzionando il concetto di cura e terapia.

Questo pone il sistema nazionale e quelli regionali di fronte alla forte necessità di una riorganizzazione che dovrebbe essere il tema principale a partire dal 2020 da discutere sui tavoli nazionali.

I dati attuali di monitoraggio nazionale e regionale hanno evidenziato per la Lombardia una crescita di spesa convenzionata che non si riscontra nelle altre regioni.

Considerato che il progetto di presa in carico del paziente cronico in atto in Regione Lombardia persegue, tra gli altri, l'obiettivo di assicurare una maggiore aderenza alla terapia farmacologica e, conseguentemente, un possibile incremento di consumi di farmaci, al fine di consentire il rispetto dell'equilibrio economico, si rende necessario promuovere ogni possibile azione intesa a contenere la spesa farmaceutica complessiva. A tal fine si dà mandato alla Direzione Generale Welfare di mettere in atto tutte le azioni necessarie per dare avvio alla distribuzione per conto, entro il primo trimestre del 2020, delle due classi di farmaci quali i farmaci NAO e i farmaci antidiabetici, con riserva di implementare ulteriormente l'elenco dei farmaci in DPC a fronte di eventuali ed importanti trend incrementali legati a specifiche classi terapeutiche.

<u>Ruolo delle ATS</u>

La Legge regionale n. 23/2015 e la legge regionale n. 33/2009, così come modificata dalla legge regionale n. 6/2017, hanno disposto una forte integrazione tra ATS e ASST.

Le ATS devono garantire uniformità metodologica e prestazionale rispetto alla complessità della rete d'offerta erogativa per l'assistenza farmaceutica, protesica ed integrativa, potenziando il loro ruolo di programmazione e di governo sul sistema oltre che le funzioni di monitoraggio, vigilanza e controllo.

Le ASST, nelle quali sono confluite la distribuzione dei farmaci ospedalieri e l'attività di erogazione diretta territoriale, devono assicurare fattivamente la continuità ospedale-territorio, potenziando il processo di presa in carico del paziente, sia acuto che cronico.

In quest'ottica si prevede di istituire una "cabina di regia" tra servizi farmaceutici delle ATS e Direzione Generale Welfare, al fine di programmare e condividere interventi diversi, ma sinergici in grado di garantire il governo del sistema.

Si confermano come attività prioritarie delle ATS:
- orientamento prescrittivo: promozione percorsi per corretto uso dei farmaci;
- coordinamento modalità erogative: concorso nelle scelte relative alla via distributiva e nella predisposizione delle attività dispensative;
- vigilanza e controllo sulla corretta applicazione delle norme in materia farmaceutica, con programmazione di un piano dei controlli rivolto a prescrittori, erogatori, farmacie, grossisti, negozi convenzionati.

Affinché le ATS possano procedere in tali attività, è prevista un'ottimizzazione dei database e della loro accessibilità relativi ai flussi messi a disposizione delle stesse Agenzie.

6.10.2.1 Diffusione a tutto il territorio e per tutti i cittadini lombardi del progetto che vede oggi solo gli assistiti cronici potersi recare in farmacia senza il promemoria stampato ma con la sola TS-CNS, consentendo così la consegna dei farmaci con la lettura della sola TS-CNS

Al fine di agevolare la presa in carico di cittadini cronici e fragili, Regione Lombardia ha avviato nel 2019 una sperimentazione con il coinvolgimento attivo delle farmacie e dei medici, verso un percorso di semplificazione per il cittadino con la possibilità per quest'ultimo, a fronte di prescrizioni mediche dematerializzate registrate dal medico, di recarsi in Farmacia per il ritiro dei farmaci senza il promemoria.
In sintesi, il Servizio odierno è fruibile ai soli cittadini cronici in possesso di un Piano Assistenziale Individuale redatto dal Medico che li ha "presi in carico", all'interno del progetto di gestione della cronicità oggi attivo in Regione Lombardia ed è limitato alle prescrizioni presenti nel PAI.

Regione Lombardia dal 1 gennaio 2020 prevede di allargare la sperimentazione (i.e. visualizzazione delle ricette erogabili per il cittadino a prescindere dall'esistenza di un PAI) estendendo i benefici della semplificazione a tutta la popolazione.

Considerato che ad oggi la norma nazionale che ha disposto il promemoria è ancora vigente e di conseguenza non può essere abolita (DM 2 Novembre 2011), dopo confronto tecnico con l'Autorità Garante della Privacy, la soluzione oggi adottabile per i cittadini lombardi , in attesa del provvedimento nazionale, che garantisce il rispetto del diritto alla Privacy dello stesso cittadino , è l'utilizzo dell'applicazione "**APP Salutile ricette",** che **permette al cittadino** di presentare al Farmacista il codice NRE della singola ricetta dematerializzata, scegliendo cosa vuole far vedere al farmacista. Con questa soluzione di fatto il livello di garanzia della privacy è sovrapponibile alla presentazione della ricetta o del promemoria.

L'avvio del nuovo Servizio nel corso del 2020 dovrà essere sostenuto da una diffusa informativa utilizzando tutti i canali disponibili (farmacie, ambulatori medici, ex -distretti) rivolta ai cittadini.

6.10.2.2 Piani Terapeutici AIFA: attivazione di un gruppo di lavoro per rendere uniformi su tutto il territorio lombardo le regole di prescrizione e attivazione entro fine 2020 che consentirà di integrarli al sistema web regionale.

Al fine di garantire la tracciabilità e la correttezza nella redazione dei Piani Terapeutici, la Direzione Generale Welfare favorirà la diffusione web-based dei Piani Terapeutici (PT) Online.
Saranno previste più fasi, che dovranno essere condivise all'interno del gruppo di lavoro, che vedrà coinvolte le ATS ed alcuni rappresentanti delle strutture erogatrici (ASST e IRCCS), nonché almeno un esperto in capitolati/gare di prodotti informatici e di un esperto in integrazione digitale.

Fase 1
Da gennaio 2020 - mappatura delle piattaforme attualmente operative nelle ATS per la redazione dei PT on line, completa del livello di coinvolgimento/notifica del/al MMG.
Fase 2
Da febbraio 2020 – avvio del gruppo di lavoro.
Fase 3
da marzo- aprile 2020 – stesura capitolato/possibilità di estensione della piattaforma prevalente a tutta Regione Lombardia ed integrazione con il SISS
Fase 4
Aggiudicazione e collaudo della piattaforma regionale – fine 2020
Fase 5
Diffusione in tutto il territorio lombardo a partire dal 2021.

Tale strumento supporterà le UO/ i centri autorizzati a formulare i PT di propria competenza specialistica, attenendosi alle indicazioni e limitazioni AIFA.
Il Medico di Medicina Generale e il Pediatra di Libera Scelta infatti, può dar seguito alla prescrizione dei farmaci su ricettario SSN, se il PT verrà redatto da UO/Centro di riferimento autorizzati e se il PT risulta conforme a quanto previsto nella relativa determinazione AIFA.
Nelle more di un sistema unico regionale, è fatto obbligo agli erogatori di utilizzare la piattaforma informatizzata, ove predisposta dalle ATS di afferenza territoriale, che contribuisca alla dematerializzazione dei processi sanitari, in ottica di semplificazione dell'accesso ai servizi da parte del cittadino.

In ogni caso gli erogatori dovranno assicurare l'invio dei piani terapeutici cartacei, redatti dai propri specialisti, alle differenti ATS in base alla residenza dei pazienti in carico.

6.10.2.3 Diffusione della ricetta elettronica per prescrizioni farmaceutiche da parte dei medici specialisti in regime SSN

Come indicato dalla DGR n. X/7655/2017, Regione Lombardia fin dal 2009 (con DGR n. VIII/9581 del 2009 e DGR n. IX/397 2010) ha previsto che il ricettario rosso per le prescrizioni di farmaci e di attività ambulatoriali fosse messo a disposizione ed utilizzato non solo dagli MMG e PLS, ma anche dai medici specialisti delle strutture di ricovero e cura pubbliche e private accreditate, anche al fine di semplificare i percorsi e ridurre gli accessi di tipo puramente burocratico delle persone affette da patologie croniche.
A ciò si sono progressivamente aggiunti nuovi soggetti autorizzati alla prescrizione come UCP-DOM e poliambulatori accreditati.
Tenuto conto della numerosità dei prescrittori, la Direzione Generale Welfare, in collaborazione con le ATS ed ARIA SpA, svilupperà un piano di diffusione della ricetta elettronica che supporti l'attuale obbligo per tutti i prescrittori specialisti di integrazione ai sistemi SISS e ai sistemi di prescrizione informatizzata ospedalieri, al fine di consentire una

corretta identificazione del medico e della struttura di appartenenza, dell'assistito e delle eventuali esenzioni.

- Fase 1 – gennaio 2020 – per ogni ATS mappatura delle strutture abilitate a redigere prescrizioni farmaceutiche con indicazione dei limiti degli specifici vincoli di accreditamento e di autorizzazione all'effettuazione di tali prescrizioni, così come previsti da Regione Lombardia;
- Fase 2 – da febbraio 2020 – censimento dei flussi necessari a tracciare in modo univoco l'abbinamento ricettario/prescrittore/struttura;
- Fase 3 – da marzo 2020 – messa a sistema delle informazioni e relativo aggiornamento;
- Fase 4 – entro il mese di giugno 2020 – messa a regime di idonea infrastruttura informatica da parte di tutti i soggetti autorizzati alla prescrizione
- Fase 5 – da luglio 2020 – monitoraggio da parte delle ATS e congrua formazione del prescrittore in collaborazione con le strutture accreditate

Le ricette potranno essere stampate sul Ricettario Unico personale del SSN o divenire Ricetta Elettronica Dematerializzata (DEM) a seconda delle caratteristiche del farmaco oggetto della prescrizione.

6.10.2.4 Farmaci equivalenti: adeguamento obiettivo 2019 per ATS e nuovo obiettivo 2020

Considerato l'andamento in incremento della spesa farmaceutica convenzionata 2019, determinato anche dalla scarsa numerosità di farmaci che hanno perso il brevetto, si conferma per l'anno 2020 in capo alle ATS l'azione di monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva, attraverso la pianificazione di efficaci azioni di orientamento prescrittivo nei vari livelli di cura (MMG, PDF, strutture di ricovero e cura, cure intermedie, …), con specifica indicazione del costo sostenuto dal SSN (evidenziando i diversi canali distributivi previsti in Lombardia).
Si conferma che:

- l'obiettivo della spesa farmaceutica convenzionata verrà definita per ogni ATS all'interno dell'attuale quadro normativo nazionale e nei limiti della complessiva compatibilità del sistema e del rispetto del tetto complessivo nazionale;
- l'eventuale risparmio rispetto all'obiettivo definito nei criteri di assegnazione 2020 sarà indisponibile per le aziende sanitarie in quanto vincolato alle necessità complessive del sistema secondo le indicazioni della Direzione Generale Welfare.

Alla luce di quanto indicato in premessa, l'obiettivo 2019 dato alle ATS in merito alla prescrizione dei farmaci a brevetto scaduto sarà aggiornato, in riduzione, entro febbraio 2020.

Per l'anno 2020, sperimentalmente, si introduce come obiettivo una percentuale differenziata e misurata per singola ATS come incremento relativo alla prescrizione di farmaci a brevetto scaduto, partendo dai dati dell'anno 2019.
Al fine di monitorare con cadenza mensile tale obiettivo e mettere a fattore comune le esperienze che verranno attivate nei diversi territori, sarà necessario individuare una specifica ATS cui le stesse ATS affideranno tale monitoraggio.

In ambito di farmaci biosimilari di classe A o A/PHT, la cui prescrizione incide sulla spesa territoriale è obiettivo comune, sia delle ASST (prescrizione) che delle ATS (erogazione e

rimborso), l'aggiornamento del Prontuario alla dimissione, entro il primo semestre 2020, fortemente condiviso e promosso anche dalle Direzioni sanitarie.

6.10.2.5 Carenza e indisponibilità dei medicinali

Si evidenzia che negli ultimi anni episodi di carenza e indisponibilità di medicinali si sono moltiplicati e che la normativa nazionale (art. 34, comma 6, del D.Lgs. n. 219/2006, come modificato dal Decreto Calabria) ha individuato disposizioni aggiornate a carico delle ditte in materia di comunicazione dell'interruzione, temporanea o definitiva, della commercializzazione di un medicinale nel territorio nazionale.
Si tratta di un tema che impatta sul cittadino e che non garantisce allo stesso l'accesso alle cure e quindi deve essere all'attenzione del territorio regionale sia intra-ospedaliero (consumo in ospedale) che extra-ospedaliero (ricetta in farmaci).
Nel corso del 2020 si istituirà uno specifico flusso tra Direzione Generale Welfare, ASST e ATS, oltre che farmacie del territorio, per monitorare con attenzione sia il fenomeno della carenza che dell'indisponibilità. Il coordinamento di questo sistema sarà in capo alla Direzione Generale Welfare.
Tutto ciò premesso, al fine di dare regole uniformi a tutti gli operatori e non creare "canali alternativi di acquisto" dei medicinali, nel caso di carenza certificata da AIFA, ma non indisponibilità, poiché le ASST hanno funzione di acquisto farmaci, sarà a carico delle stesse l'importazione e l'erogazione dei farmaci disponibili.
Il costo sarà a carico del SSR e non del cittadino, e potrà essere rendicontato in file F (tipologia 6).

6.10.2.6 Progetto riconciliazione dati di erogazione farmaci con i dati contabili

Il progetto, già descritto nel provvedimento di luglio 2019 (DGR XI/1986), è avviato a partire da gennaio 2020, secondo due fasi, che dovranno essere condivise con le ATS e OO.SS. di farmacia pubblica e privata.

La Fase 1 prevede:
- di individuare le ATS sulle quali avviare sperimentalmente il nuovo processo; a partire da gennaio 2020 saranno resi disponibili da parte di ARIA S.p.A. i dati inerenti alla ritariffazione e controllo delle ricette del mese contabile di ottobre 2019. Tali dati verranno messi a disposizione prima alle ATS per i necessari controlli di qualità. Le ATS saranno supportate nella gestione del "*data quality*" da ARIA S.p.A. e da opportuna reportistica resa disponibile e predisposta per l'evidenziazione delle squadrature contabili;
- a partire da febbraio, sarà resa disponibile alle farmacie aperte al pubblico opportuna documentazione sul Portale unico della Farmaceutica – PUF - con la finalità di giustificare e rendere trasparente le differenze contabile contestate. Il lavoro di contro-verifica ad opera delle Farmacie dovrà completarsi entro il mese di febbraio;
- le ATS provvederanno ad addebitare/accreditare le differenze contabili non eccepite dal Farmacista; per quelle oggetto di eventuale contestazione da parte del Farmacista, le singole ATS decideranno il calendario dei tavoli di confronto nei quali discutere e sanare i contradditori, fermo restando l'obbligo di ricomposizione del contenzioso entro quattro mesi dalla pubblicazione dei dati su PUF.

La Fase 2 prevede che:
- Entro la fine del 3 trimestre 2020, sarà completato il sistema informativo a supporto della gestione del contenzioso che prevederà:

- Fruizione da PUF/Farma2017 per gli operatori ATS e Farmacisti della ritariffazione con supporto documentale, ovvero link a immagine della ricetta rossa o a modulo web care per il confronto sulle eventuali squadrature rilevate dal sistema di controllo;
- Disponibilità su PUF per il Farmacista di una funzione certificata con firma digitale per poter eccepire sulle predette squadrature;
- Disponibilità agli operatori di ATS di funzioni per effettuare in autonomia modifiche alla ritariffazione;
- Disponibilità agli operatori di ATS di funzioni per la gestione contabile degli addebiti/accrediti.

Le singole ATS, decideranno il calendario dei tavoli di confronto nei quali discutere e sanare i contradditori sospesi.

6.10.2.7 Attività di vigilanza e controllo in capo alle ATS (territorio e File F)

Si confermano per l'anno 2020 le azioni di vigilanza a carico delle ATS verso farmacie, grossisti, depositi e parafarmaci.
Relativamente all'attività di controllo che le ATS devono svolgere verso sia gli erogatori pubblici che privati accreditati del File F, si individuano come obiettivi per l'anno 2020:

- il controllo incrociato tra prezzo esposto in File F e fatturazione (su una percentuale di record pari al 20% di ogni struttura);
- la corretta rendicontazione in tipologia 15 delle note di credito e sconto;
- il controllo puntuale su tutte le somministrazioni dei farmaci intravitreali, rendicontati in file F, con il supporto dei NOC aziendali per la parte clinica.

A tale attività si aggiunge anche la pianificazione della vigilanza e controllo sulle Strutture sociosanitarie accreditate. Poiché è necessario uniformare le procedure di vigilanza nelle Strutture sociosanitarie accreditate (RSA, RSD e IDR), la Direzione Generale Welfare prevederà con gli operatori del territorio specifiche azioni comuni, ponendo particolare attenzione alla prevenzione/trattamento dell'antibiotico-resistenza.

6.10.2.8 Attivazione entro l'anno 2020 di sistemi di open data per i dati di spesa convenzionata e Distribuzione per conto

La Direzione Generale Welfare d'intesa con ARIA S.p.A., al fine di permettere a tutti gli operatori e anche ai cittadini di accedere ai dati di prestazioni farmaceutiche, entro la fine dell'anno 2020 attiverà un sistema di open data per i dati di erogazione di medicinali attraverso i canali della convenzionata e della Distribuzione per conto (oltre che di File F).

6.10.2.9 Gestione aggiornata delle ricette mediche per gli assistiti SASN (Servizio di Assistenza Sanitaria per Naviganti)

La Direzione Generale Welfare d'intesa con il Ministero della Salute e ARIA sta rivedendo il processo di gestione della fase di rendicontazione delle ricette farmaceutiche del personale navigante, affinché possa essere operativo a far data da gennaio 2020.

Il nuovo processo prevede che:

- dal mese contabile di gennaio 2020 tutte le farmacie lombarde inseriranno nel flusso "Distinta Contabile Riepilogativa", in aggiunta alle ricette cartacee erogate nel mese di competenza, anche le ricette SASN. Tali ricette si differenziano dalle altre ricette rosse in

quanto i primi tre caratteri del "codice identificativo ricetta" contengono i valori "001" o "002" ed il campo "tipo ricetta" i valori NA o ND rispettivamente per ricetta ambulatoriale o domiciliare e NE o NX per soggetti naviganti stranieri europei o extraeuropei;
- le ricette SASN vengono tariffate dalle farmacie con gli stessi criteri adottati per le altre ricette, calcolando gli sconti in relazione alla tipologia di farmacia e al fatturato della stessa;
- le ATS, a valle dei controlli e delle verifiche previste, effettueranno la liquidazione delle prestazioni farmaceutiche erogate nel mese di competenza comprensive di quelle erogate a favore del personale navigante;
- le ATS dovranno chiedere il rimborso delle ricette al Ministero della Salute.

Le modalità saranno concordate con il Ministero della Salute sulla base di quanto già operativo con le altre regioni.

6.10.2.10 Centro regionale di Farmacovigilanza: anno 2020 fase di consolidamento del centro e della rete territoriale

Il Centro Regionale di Farmacovigilanza (CRFV) di Regione Lombardia, formalmente istituito con DGR n. VII/8501 del 22.03.2002 ed organizzato con successivi provvedimenti secondo le linee di indirizzo di cui all'Accordo Stato-Regioni del 28.10.2010 e ss.mm.ii, è funzionalmente dipendente dalla D.G. Welfare - U.O. Programmazione, Struttura Farmaco e Dispositivi Medici e svolge funzioni di indirizzo e coordinamento operativo della Rete dei Responsabili Locali di Farmacovigilanza (RLFV) di ATS, ASST, Fondazioni IRCCS ed Enti sanitari accreditati e a contratto con il SSR.

Con specifico riferimento ai nuovi adempimenti definiti da AIFA nel giugno 2018, relativi al controllo di qualità e alla corretta codifica delle segnalazioni di ADR (segnalazione di reazioni avverse), sono definite in dettaglio le seguenti macro-aree di attività del CRFV, ulteriormente declinate in specifici obiettivi per i quali è prevista una valutazione da parte di AIFA ai fini del mantenimento dei requisiti di qualità del CRFV:

- Coordinamento regionale delle attività di farmacovigilanza;
- Gestione delle segnalazioni in Rete Nazionale Farmacovigilanza (RNF);
- Collaborazione con AIFA – Analisi dei Segnali;
- Attività Complementari dei CRFV tra le quali il monitoraggio e coordinamento dei progetti di farmacovigilanza attiva.

Nel 2020 sotto il coordinamento del CRFV, le strutture sanitarie dovranno consolidare le seguenti azioni:
- integrazione con i progetti di Risk Management per la Raccomandazione n. 17 "Riconciliazione terapeutica";
- prevenzione delle interazioni farmacologiche e degli errori terapeutici nelle popolazioni a maggior rischio;
- partecipazione al sistema di segnalazione delle sospette ADR a preparazioni magistrali a base di Cannabis inviate all'Istituto Superiore di Sanità tramite l'apposita scheda, garantendone l'inoltro al CRFV per il tramite dei RLFV;
- dimostrazione da parte dei Centri coordinatori dei progetti di Farmacovigilanza attiva finanziati da AIFA (fondi 2010-2011 e 2012-2013-2014), a seconda dei casi, della conclusione/avvio/stato di avanzamento dei progetti mediante n. 2 rendicontazioni (scientifica ed economico-finanziaria), con cadenza semestrale e annuale, secondo le modalità previste nei relativi provvedimenti nazionali e regionali.

6.10.2.11 Farmacia dei Servizi: attuazione dell'accordo Stato Regioni

La previsione per le Farmacie di fornire nuovi servizi in ambito sanitario ai cittadini nasce con la Legge n. 69 del 18 giugno 2009, recante disposizioni per lo sviluppo economico in differenti settori strategici per l'economia e il commercio. All'interno di questa Legge, precisamente all'articolo 11, è stata definita la normativa di previsione di un nuovo modello di Farmacia dei Servizi. La Legge n. 69/2009, tuttavia, demanda a un successivo Decreto Legislativo la definizione di questi servizi. Così, con l'emanazione del D.Lgs. n. 153 del 2009, il Governo, in ottemperanza ai dettami della Legge n. 69/2009, ha definito i "nuovi compiti e funzioni assistenziali delle Farmacie".
Nei nuovi ruoli riconosciuti alla Farmacia dei Servizi, l'intercomunicabilità e la cooperazione tra i vari soggetti della rete professionale è determinante per l'efficacia degli interventi in termini di esiti e di partecipazione di tutti gli attori e dei cittadini *in primis*.
Tali ruoli sono intesi nel senso del più ampio rispetto delle competenze e delle autonomie di ogni figura professionale rafforzando la complessiva produttività delle singole funzioni mediante la sinergia che dà qualità e merito a una vera e propria rete della gestione territoriale del paziente. Rete che deve abbracciare la completa presa in carico del paziente in continuità assistenziale ad iniziare dal processo di dimissione con l'avvio dei nuovi programmi terapeutici, definiti anche con la consulenza del farmacista ospedaliero, fino alla sua gestione complessiva e permanente tramite i farmacisti che agiscono a livello territoriale.
La Farmacia assume anche la funzione di snodo del sistema mediante compiti di registrazione, classificazione, sportello per la persona assistita a domicilio, con il coinvolgimento di altre figure professionali nel rispetto della normativa vigente.
Il Gruppo di lavoro nazionale ha individuato un set ristretto di servizi da monitorare nelle Regioni sottoposte a sperimentazione.
Il Gruppo di lavoro ha anche individuato un set di indicatori finalizzati al monitoraggio dei servizi e alla valutazione della sperimentazione. Infatti, l'obiettivo è quello di monitorare l'implementazione, lo svolgimento e gli esiti (clinici ed economici) dei servizi sociosanitari erogati dalle Farmacie di Comunità.
Con decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, sono state così individuate nove regioni interessate da tale sperimentazione, di cui tre per l'anno 2018 (Piemonte, Lazio e Puglia), ulteriori tre per l'anno 2019 (Lombardia, Emilia-Romagna e Sicilia) e ulteriori tre per l'anno 2020 (Veneto, Umbria e Campania).
È stata altresì prevista la ripartizione delle risorse complessive in favore delle nove Regioni, e per l'anno 2020 circa 9 milioni di euro in favore delle tre Regioni (Lombardia, Emilia Romagna e Sicilia) divise sulla base della quota capitaria di accesso al Fondo Sanitario Nazionale (FSN).

I servizi presi in considerazione ai fini della sperimentazione sono stati divisi in tre macro-categorie:
1. Servizi cognitivi (monitoraggio aderenza alla terapia farmacologica; Riconciliazione della terapia farmacologica);
2. Servizi di front-office (Fascicolo Sanitario Elettronico - FSE);
3. Servizi relativi alle prestazioni analitiche di prima istanza (Telemedicina; partecipazione alle campagne di screening).

È intenzione di Regione Lombardia attivare nel corso del 2020 due macro-attività così suddivise:
- per **i servizi di front office**, l'attività si concentrerà specificatamente sull'adesione da parte dei pazienti al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e relativa attivazione in Farmacia;

- per le **prestazioni di prima istanza**, verranno presi in considerazione i servizi di Telemedicina (holter pressorio, holter cardiaco, auto- pirometria, ECG) e la partecipazione delle Farmacie alle campagne di screening per il Tumore del Colon retto (raccolta campioni per l'esame del sangue occulto nelle feci).

La Direzione Generale Welfare attiverà un gruppo specifico con la partecipazione di tutte le figure coinvolte (OO.SS. delle farmacie, ordine dei farmacisti, ATS e ASST) per definire un cronoprogramma necessario per dare avvio alle due sperimentazioni.

6.11. Assistenza Protesica e Integrativa

Le attività già in atto con ARIA sono confermate in attuazione di quanto previsto nel D.P.C.M. del 12/01/2017.

Alle ASST viene richiesta la definizione e relativa applicazione di procedure aziendali tese all'effettuazione di controlli sulle prestazioni erogate contestualmente o in abbinamento al processo di liquidazione delle fatture, in particolare:

1. controlli sulle prestazioni rese dai fornitori di servizi per la ventiloterapia meccanica domiciliare ovvero sulla corretta e compiuta esecuzione del servizio in coerenza alle condizioni contrattuali;
2. controlli sulla corretta e completa compilazione nel SW AssistantRL e congruità con le codifiche ISO indicate nella prescrizione.

Alle ATS vengono richiesti:

- un piano specifico per il controllo dei requisiti per le sedi di tutti gli esercizi di nuova attivazione e il controllo del mantenimento dei requisiti di almeno il 5% delle sedi delle aziende fornitrici di Elenco 1 già registrate nell'Elenco Fornitori dell'ATS; è fatto obbligo alle ATS di attivare detti controlli anche su specifiche richieste dell'ASST contabile in seguito ad eventi critici. Si chiede inoltre la verifica e l'aggiornamento dell'Elenco Fornitori di dispositivi protesici di Elenco 1 pubblicato nel sito web ATS con cadenza almeno semestrale;
- una programmazione per la gestione e il controllo dell'elenco dei prescrittori con verifica della correttezza delle credenziali estese rilasciate, in base all'attività svolta, alla Struttura Sanitaria (Pubblica, Privata accreditata, Istituti di Riabilitazione e RSA) e al Centro di afferenza in collaborazione con le Direzioni delle ASST/Strutture Sanitarie private accreditate/IRCCS/SRE. Ciò assume particolare rilevanza per i medici prescrittori appartenenti a specifici centri di prescrizione.

Si richiama la DGR n. X/6917 del 24/07/2017 che ha previsto l'identificazione di una ASST contabile e di un SUPI (Servizio Unificato di Protesica e Integrativa) nell'ambito territoriale di ciascuna ATS.
Con riferimento all'organizzazione contabile e di SUPI tra l'ASST Valcamonica e l'ASST Spedali civili di Brescia, poiché la stessa comporta anche una rideterminazione dei costi e ricavi a carico delle due ASST, la Direzione Generale Welfare conferma come data di attivazione il 1 gennaio 2020.

Per poter valutare i risultati del progetto di cui alla DGR n. X/6917 del 24/07/2017, alle ASST verrà richiesta una specifica relazione che evidenzi i punti di forza e di debolezza del modello.

6.11.1. Aggiornamento del Progetto Diabete e DPC

In continuità con quanto indicato nella deliberazione n. XI/1046/2018, si prevede di concludere le attività finalizzate all'attivazione della nuova piattaforma Regionale ASSIST@NT per la gestione dell'Assistenza Diabetica in Automonitoraggio.
L'intervento risulta funzionale al miglioramento del modello organizzativo per la regolamentazione dei Servizi di Assistenza Integrativa sul territorio.
La piattaforma ospiterà i Piani Terapeutici prescritti per i cittadini Diabetici e sarà integrata con i sistemi gestionali delle Farmacie WEBCARE/WEBDPC, abilitati quest'ultimi alla sola fase di "erogazione" degli ausili. Lo scambio di flussi dati tra i sistemi consentirà di dematerializzare i controlli amministrativi in capo alle ATS.
Con l'avvio del Servizio, previsto a Giugno 2020, sarà attivata la fase in cui l'erogazione avverrà con le attuali modalità di attestazione dell'Assistito.
Nella fase di migrazione delle Basi Dati, è richiesta una necessaria e importante attività di analisi dei dati afferenti agli Assistiti ad opera delle ASST, per evitare disservizi nella fase di start up del nuovo sistema regionale.

6.11.2. Indicazioni per prescrizione ed erogazione di calze e guaine terapeutiche anti-edema terapia compressiva

In considerazione delle indicazioni riportate nelle Regole SSR 2019 in riferimento alle calze e guaine terapeutiche anti-edema (terapia compressiva) e a seguito delle segnalazioni pervenute dai centri di prescrizione di tali dispositivi, si riconferma quanto riportato nel DPCM 12/01/2017 all'allegato 5, Elenco 2B.
Nel corso del 2020 la Direzione Generale Welfare definirà le corrette indicazioni da fornire per la prescrizione da parte dei SUPI e la corretta fornitura.

6.11.3. Progetto di revisione dei flussi di Protesica (ex maggiore, ex minore) e assistenza integrativa

Il DPCM 12 gennaio 2017 apporta importanti modifiche agli elenchi delle protesi, ortesi ed ausili tecnologici per le persone disabili che erano allegati al DM 332/1999.
Il flusso istituito in Regione Lombardia relativamente alla classificazione degli ausili di cui al DM 332/99 oggi non è più attuale e necessita di un'importante revisione che permetta sia alla Direzione Generale Welfare che alle ASST e ATS di poter monitorare l'appropriatezza prescrittiva, i tempi dell'erogazione e il corretto costo della prestazione.
La Direzione Generale Welfare insieme a ARIA attiverà nel corso del 2020 uno specifico gruppo al fine di definire entro dicembre 2020 una proposta di nuovi flussi coerenti con la classificazione degli ausili ai sensi del DPCM 12 gennaio 2017.

6.11.4. Precisazioni sull'assistenza protesica e integrativa a pazienti extra-regione domiciliati in Lombardia

Considerato che in ambito di mobilità interregionale non esiste un flusso informatico condiviso tra le regioni per l'assistenza protesica e integrativa, al fine di un'applicazione uniforme su tutto il territorio regionale, per tutte le voci relative all'assistenza protesica, comprese la ventiloterapia e ossigenoterapia e assistenza integrativa (compresi il diabete e la celiachia), si dispone che per la presa in carico degli assistiti extra-regione domiciliati in Lombardia, le ATS o ASST dovranno, a partire dal 2020, chiedere l'autorizzazione preventiva alla ASL di residenza del paziente e fatturare alla stessa ASL. Nel flusso di rendicontazione regionale l'erogazione dovrà essere valorizzata a zero.

6.11.5. Ulteriori indicazioni sull'erogazione dei dispositivi

Preso atto che sia il DPCM 12 gennaio 2017 che le disposizioni regionali hanno disposto per i pazienti affetti da malattia rara l'erogazione dei presidi e dispositivi prescritti nel Piano Terapeutico dai centri che li hanno in carico per la malattia, si specifica che anche i soggetti affetti da Sindrome di Treacher Collins (codice esenzione RNG040) o da Sindrome di Goldenhar (spettro oculo-auricolo-vertebrale – codice di esenzione RN0910) devono essere garantite le prestazioni relative all'impianto di idonei Dispositivi acustici impiantabili ad ancoraggio osseo, e anche il "Processore Esterno" di impianto cocleare incluso nel DPCM 12/01/2017 Allegato 5 (Elenco 2A).

6.12. Risk Management

L'istituzione del *Centro Regionale per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente* (delibera IX/1824 del 2/07/2019), con funzioni di coordinamento delle attività di gestione e prevenzione delle attività di rischio clinico, ha sottolineato la volontà di Regione Lombardia di favorire la sinergia fra tutti i professionisti coinvolti in tale tematica, con l'obiettivo della diffusione di una cultura inerente la sicurezza del paziente, già attuata negli anni attraverso i progetti in tema di rischio clinico e la formazione dei Risk Managers.

Anche per l'anno 2020, si considera pertanto prioritaria l'implementazione di progetti interaziendali, che consentano l'omogeneizzazione dei modelli comportamentali individuati dalle singole Aziende in tema di Risk Management in un'ottica di riduzione dei rischi connessa con l'erogazione di prestazioni sanitarie.

La stesura del Piano Annuale di Risk Management per l'anno 2020, in continuità con il Piano precedente, dovrà essere elaborata con riferimento ai contenuti delle 18 Raccomandazioni Ministeriali in materia di rischio clinico. Implementazione da effettuarsi nelle strutture pubbliche, ma anche in tutte le strutture private, prevedendo la condivisione fra esperti delle esperienze e delle buone pratiche nella gestione dei rischi e condividendo le tematiche di intervento nelle aree più rilevanti di seguito riportate.

6.12.1. Area travaglio/parto

In quest'area verranno consolidate le attività già promosse da Regione Lombardia, che hanno portato alla formazione dei responsabili di sala parto, sia medici che ostetriche e dei risk manager, con lo sviluppo di strumenti di rilevazione analitici.
Tale formazione necessita di un aggiornamento continuo, che proseguirà attraverso il rilievo dei principali trigger e l'analisi dei nuovi dati sulla sorveglianza della mortalità e dei near miss materni e perinatali.

Nel particolare verrà prevista la formazione sulle principali cause emorragiche (distacco di placenta, rottura d'utero, emoperitoneo spontaneo) ed emboliche (embolia da liquido amniotico e tromboembolia) anche attraverso la simulazione.

Regione Lombardia sta, inoltre, partecipando a diversi progetti in collaborazione con ISS-Ministero della Salute per i quali è fondamentale la partecipazione attiva di tutte le strutture ospedaliere:

- Near miss ostetrici in Italia: la sepsi, l'eclampsia, l'embolia di liquido amniotico e l'emoperitoneo spontaneo in gravidanza; questo progetto si concluderà a marzo e verrà organizzato un convegno di presentazione dei dati.
- Sorveglianza della mortalità materna: progetto che prevede la segnalazione e la raccolta prospettica in modo anonimo di tutti i casi di morte materna. I casi vengono segnalati dai referenti dei punti nascita e sottoposti ad indagine confidenziale da parte di un comitato regionale.

6.12.2. Infezioni Ospedaliere – Sepsi

In continuità con le iniziative di Regione Lombardia sviluppate in condivisione con la struttura regionale della U.O. Programmazione, il Gruppo di Lavoro Regionale che opera all'aggiornamento delle "Strategie integrate per ridurre la mortalità ospedaliera associata a Sepsi grave", predisporrà un documento i cui obiettivi specifici sono:

- proporre elementi clinico-organizzativi per definire un percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale in grado di garantire l'applicazione di raccomandazioni e strategie di provata efficacia per ridurre in modo significativo la morbilità e la mortalità associate alla sepsi nei vari setting di cura;
- proporre le azioni per l'applicazione delle strategie descritte;
- facilitare l'adozione di specifici PDTA contestualizzati alle singole strutture sanitarie.

6.12.3. Sicurezza del paziente in sala operatoria

L'approvazione del decreto 1275 del 4/02/2019 "Check List Chirurgia Sicura 2.0", che integra in maniera complementare la check list ministeriale, rafforza la necessità di proseguire con l'applicazione di tali strumenti efficaci nel migliorare la qualità e sicurezza del paziente da sottoporre a procedure invasive. Le aziende dovranno verificare l'utilizzo di check list per migliorare la sicurezza in ambito chirurgico non solo nel blocco operatorio, ma anche per le procedure svolte negli ambiti di emodinamica, radiologia interventistica ed elettrofisiologia.

6.12.4. Rischio nell'utilizzo di farmaci

Gli enti sanitari dovranno individuare strategie in grado da una parte di definire, agevolare e promuovere l'appropriatezza delle prescrizioni, dall'altra l'aderenza terapeutica dei pazienti alle raccomandazioni di impiego indicate. Alcuni ambiti richiedono la creazione di nuovi gruppi multidisciplinari, per realizzare quanto previsto nella DGR 4/12/2017 - n. X/7468 "*Determinazioni relative alle azioni per il contrasto all'antimicrobicoresistenza e il controllo del consumo di antibiotici in ambito umano e in ambito veterinario in Regione Lombardia: Piano Regionale 2018-2020*". Le attività specifiche, si riferiscono al monitoraggio dell'uso di antibiotici e dell'appropriatezza prescrittiva per le attività di ricovero e ambulatoriali.
Inoltre, per il rischio farmaci, proseguono gli obiettivi generali di seguito elencati:

1. necessità di aumentare la consapevolezza nei professionisti degli errori prevenibili attraverso iniziative di formazione specificamente rivolte all'aumento della

appropriatezza prescrittiva e delle interazioni nelle politerapie, con particolare attenzione agli over 65;
2. monitoraggio dell'implementazione della Raccomandazione Ministeriale n. 17 "Riconciliazione della terapia farmacologica", attraverso l'individuazione di indicatori di processo e della nuova Raccomandazione Ministeriale n. 19: "Raccomandazione per la manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide".

6.12.5. Rischi in ambito di impiego delle radiazioni

Regione Lombardia ha iniziato nel 2019 un'attività di valutazione dei rischi in ambito di impiego delle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti, costituendo 4 gruppi di lavoro riguardanti le esposizioni diagnostiche nel periodo della gravidanza di donne in età fertile, le radiazioni in età pediatrica, i dispositivi RM "conditional" e gli errori presenti nei trattamenti che utilizzano radiazioni ("near missing errors"). Saranno pertanto implementate le attività previste dai gruppi di lavoro tra cui: indicazioni specifiche sui rischi per specialisti e prescrittori, diffusione di documenti per la gestione in sicurezza dei dispositivi RM "conditional "(oltre ai "Pace Maker"), l'analisi dei rischi di esposizione ad esami RX del paziente nei settori dove essa è più elevata e l'individuazione di una casistica di eventi correlata ad errori nell'utilizzo delle radiazioni.

6.12.6. Rischi in ambito territoriale

Prosegue il progetto interaziendale delle ATS, mirato all'individuazione delle criticità nelle sedi di Continuità Assistenziale, con particolare attenzione alla gestione dei farmaci ed alle conseguenti azioni di miglioramento. Sempre nell'ottica della prevenzione dei rischi legati all'utilizzo dei farmaci, sono da prevedere attività per la valutazione della gestione farmacologica nelle RSA, con avviamento e monitoraggio di progetti specifici.

6.12.7. Rischio clinico negli Istituti Penitenziari

A seguito di quanto previsto al punto 5.2.17.3 delle Regole di Sistema 2019, è stato costituito il gruppo di lavoro regionale per la gestione del rischio clinico presso gli Istituti Penitenziari il quale, partendo dalla disamina delle criticità comuni presenti nei diversi Istituti, ha predisposto un progetto triennale interaziendale per l'individuazione delle azioni necessarie atte a gestire il rischio clinico nelle carceri, in condivisione con l'Unità Operativa Sanità Penitenziaria Regionale. Si prevede pertanto l'implementazione degli strumenti di gestione del rischio partendo dall'analisi del risk assessment di tutti gli Istituti Penitenziari.

6.12.8. Rischio in ambito Pronto Soccorso

In attesa del recepimento delle nuove Linee di indirizzo nazionali sull'Osservazione Breve Intensiva- OBI e sul Triage intraospedaliero, è necessario attivare misure di prevenzione e monitoraggio del rischio clinico a seguito dell'applicazione dei nuovi codici triage nonché dei criteri di accesso all'OBI. Inoltre, è prevista la prosecuzione delle attività congiunte con l'UO di Prevenzione, per l'individuazione delle misure atte a prevenire la violenza a danno degli operatori sanitari.

6.12.9. Gestione del contenzioso/copertura assicurativa RCT/RCO

Non essendo ancora stati emanati i decreti attuativi della legge 24/2017 che potranno cambiare gli assetti oggi esistenti di copertura assicurativa e gestione del contenzioso si ribadisce quanto già definito per l'anno 2019:

- le procedure pubbliche riguardanti la copertura assicurativa RCT/RCO rientrano nel progetto regionale e verranno effettuate attraverso la Centrale d'Acquisto Regionale;
- i Comitati Valutazione Sinistri devono essere adeguatamente strutturati ed organizzati per la valutazione e gestione dei sinistri. A tal fine diventa essenziale un'organizzazione che permetta un coordinamento funzionale fra le figure legali, medico legali ed amministrative che gestiscono il sinistro, nonché un collegamento diretto con la direzione aziendale che deve prendere le decisioni finali in merito alle attività da svolgere;
- verranno effettuate specifiche attività per promuovere e migliorare i processi di ascolto/mediazione all'interno delle aziende con la possibilità di sfruttare la rete regionale di mediatori attivando scambi di operatori nel caso di necessità nelle équipe di ascolto e mediazione dei conflitti.

Tutte le ATS/ASST/IRCCS pubbliche dal primo Gennaio 2020 dovranno aderire a "GEDISS", strumento per la gestione digitalizzata dei sinistri.

6.12.10. Tavoli di Lavoro

In continuità con l'anno 2019 di prevede di attivare i seguenti gruppi di lavoro.

- Gruppo di lavoro regionale per la programmazione delle attività di Risk management nelle strutture sanitarie lombarde.
    - Obiettivo: definizione delle linee operative annuali, verifica dei piani di Risk Management aziendali per la gestione del rischio.
- Gruppo di lavoro regionale per la verifica dell'implementazione delle buone pratiche per la sicurezza dei pazienti.
    - Obiettivo: Visite presso le strutture sanitarie (pubbliche e private) per la verifica dell'applicazione delle raccomandazioni ministeriali in tema di sicurezza dei pazienti.

6.13. Attività di controllo

In riferimento al Decreto Ministeriale del 10 dicembre 2009 "*Controlli sulle cartelle cliniche*" (Gazzetta Ufficiale Serie Generale n.122 del 27.05.2010) e alle quote minime di attività in esso individuate, nonché al fine di garantire la piena sostenibilità del sistema dei controlli, favorendo al contempo il mantenimento della qualità degli stessi, si dispone quanto segue.

1. L'esercizio di controllo ad opera dei NOC delle ATS si svolgerà **dal 1° gennaio 2020 al 31 dicembre 2020**.
2. La chiusura del debito informativo su piattaforma SMAF per le suddette attività di controllo, prevista, per l'esercizio 2020, entro il 10 gennaio 2021, potrà usufruire di un ulteriore mese da utilizzare per eventuali correzioni di errori, da effettuarsi quindi entro il 10 febbraio 2021.
3. La quota di controllo attesa per le **prestazioni di ricovero**, per l'anno 2020, sarà di almeno il **12,5%**.
   Precisamente, una quota fino a 6,5 punti percentuali (fino al 3% di qualità documentale e fino al 3,5% di congruenza ed appropriatezza generica) dei 12,5 sopra previsti potrà essere riferita ad attività di autocontrollo effettuate a cura dei soggetti erogatori

secondo le modalità di selezione del campione e di successiva verifica dell'autocontrollo da parte delle ATS, stabilite dalla DGR n. X/1185/2013.
Per i restanti 6 punti percentuali si conferma la priorità da riservarsi, da parte delle ATS, alla selezione di tipo mirato della casistica per le conseguenti verifica di congruenza.
La tipologia di controllo "endoprotesi", introdotta nel 2019 e riferita esclusivamente alla quota del mirato (6%) in capo alle ATS, proseguirà anche per il 2020 con le modalità finora individuate.

4. La quota di controllo attesa per le **prestazioni di specialistica ambulatoriale**, per l'anno 2020, sarà di almeno il **3,5%** delle pratiche.
Dal 2020, la quota citata potrà essere riferita, fino a 1,5 punti percentuali dei 3,5 sopra previsti, ad attività di autocontrollo di congruenza e appropriatezza generica effettuata a cura sia dei soggetti erogatori di ricovero e cura sia delle strutture ambulatoriali territoriali, secondo le medesime modalità di selezione del campione e di successiva verifica dell'autocontrollo da parte delle ATS, stabilite dalla DGR n. X/1185/2013 per l'autocontrollo di congruenza dei ricoveri.

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 2020, le disposizioni per le attività di autocontrollo da parte degli Erogatori, come da sintesi riportata di seguito.

1. Autocontrollo qualità documentale Ricoveri (3%)
dimessi dal 1° gennaio 2020

ATS:
- campionamento casuale (numerosità = 3% produzione 2019) su gennaio-marzo 2020;
- invio ad Erogatori elenchi cartelle cliniche campionate.

Erogatore:
- invio esiti autocontrollo solo in ATS (no correzioni in Regione su campione) entro il 30 giugno 2020.

ATS:
- campionamento quota parte del 3% iniziale, per verifica di concordanza;
- in concordanza, no sanzionamento per errore;
- in discordanza, estensione a intero campione autocontrollo e sanzionamento per errore (se decurtazione economica ≥ 5%);
- invio esiti quota parte controllo ATS ed autocontrollo Erogatore in Regione entro il 10.01.21 (con possibilità di correggere errori fino al 10.02.21).

2. Autocontrollo congruenza e appropriatezza generica Ricoveri (3,5%)
dimessi dal 1° gennaio 2020

Erogatore:
- Piano di Controllo aziendale (invio in ATS entro 31 gennaio 2020);
- campionamento mirato o casuale o misto (numerosità = 3,5% produzione 2019) su gennaio-aprile 2020;
- invio mensile in ATS elenchi cartelle cliniche campionate;
- invio esiti autocontrollo solo in ATS (NO correzioni in Regione su campione) entro il 30 giugno 2020.

ATS:

- segnalazione criticità Piano di Controllo aziendale;
- campionamento quota parte del 3,5% iniziale, per verifica di concordanza;
- in concordanza, no sanzionamento per errore;
- in discordanza, estensione a intera produzione disponibile e sanzionamento per errore (se decurtazione economica ≥ 5%);
- invio esiti quota parte controllo ATS ed autocontrollo Erogatore in Regione entro il 10.01.21 (con possibilità di correggere errori fino al 10.02.21).

3. Autocontrollo congruenza Specialistica Ambulatoriale (1,5%)
prestazioni erogate dal 1° gennaio 2020

Erogatore:
- Piano di Controllo aziendale (invio in ATS entro 31 gennaio 2020);
- campionamento mirato (numerosità = 1,5% produzione 2019) su gennaio-aprile 2020
- invio mensile in ATS elenchi pratiche campionate;
- invio esiti autocontrollo solo in ATS (NO correzioni in Regione su campione) entro il 31 luglio 2020.

ATS:
- segnalazione criticità Piano di Controllo aziendale;
- campionamento quota parte dell'1,5% iniziale, per verifica di concordanza;
- in concordanza, no sanzionamento per errore;
- in discordanza, estensione a intera produzione disponibile e sanzionamento per errore (se decurtazione economica ≥ 5%);
- invio esiti quota parte controllo ATS ed autocontrollo Erogatore in Regione entro il 10.01.21 (con possibilità di correggere errori fino al 10.02.21).

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

Le modalità di trasmissione degli esiti dell'autocontrollo di specialistica ambulatoriale da parte dell'Erogatore all'ATS di pertinenza e da parte dell'ATS alla DG Welfare su piattaforma SMAF, saranno fornite con successiva nota tecnica di dettaglio.

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

Le descritte funzioni di controllo saranno condotte dalle ATS integrandosi e coordinandosi con il contenuto del Piano dei Controlli e dei Protocolli Quadro 2020 dell'Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario Lombardo.

6.13.1. Vigilanza e controllo in ambito sociosanitario

Nell'ambito dell'avvio del processo di miglioramento dell'efficacia e della qualità degli interventi, nel primo trimestre verranno attivati dalla Direzione Generale Welfare dei gruppi di lavoro per l'analisi degli esiti dei controlli effettuati negli ultimi anni, finalizzati alla revisione delle attività di vigilanza e controllo.

6.13.2. Vigilanza sulle Unità d'offerta sociali

In aggiunta a quanto già previsto dalla DGR Regole dello scorso anno nel merito delle attività di verifica dei requisiti che si conferma, si precisa che nel 2020, a seguito dell'entrata in vigore delle DGR di modifica dei requisiti di esercizio di alcune unità d'offerta sociali, dovrà essere previsto un piano di vigilanza delle ATS sulle tipologie d'offerta interessate dalla revisione dei requisiti.
Nel primo trimestre del 2020 la Direzione Generale Politiche Sociali, Abitative e Disabilità e la Direzione Generale Welfare attiveranno un gruppo di lavoro inter-direzionale in cui saranno coinvolte anche alcune ATS per definire modalità di verifica più snelle e attente agli esiti e strumenti condivisi che semplifichino, pur nel rispetto del requisito, le procedure di raccolta delle informazioni e dei dati uniformando sul territorio le modalità per l'effettuazione della vigilanza anche in ottica di promozione di azioni di miglioramento che superino logiche di carattere esclusivamente sanzionatorio.

6.14. Esenzioni

Si conferma per il 2020 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);
- cittadini in cassa integrazione guadagni straordinaria 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). Al riguardo si precisa che la Cassa integrazione guadagni in deroga in Lombardia è terminata e che il contratto di solidarietà è divenuto una causale della Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria.

Si confermano inoltre per l'anno 2020, per i soggetti iscritti al SSR:

- limitatamente alla specialistica ambulatoriale, l'esenzione regionale dalla compartecipazione alla spesa sanitaria per i soggetti con età superiore ai 65 anni e reddito familiare fiscale inferiore o uguale a 38.500 euro (codice di esenzione: E05);
- limitatamente alla specialistica ambulatoriale, l'esenzione dal solo ticket sanitario aggiuntivo (c.d. super-ticket) di cui alla Legge n. 111/2011, così come rimodulato dalla D.G.R. n. XI/162 del 29/05/2018, per i cittadini e i loro familiari a carico con un reddito familiare fiscale annuale non superiore ad euro 18.000 (E15);
- limitatamente all'assistenza farmaceutica, l'esenzione dalla compartecipazione alla spesa sanitaria (fermo restando il pagamento della differenza di prezzo nel caso in cui la scelta prescrittiva si indirizzi sul farmaco di marca al posto dell'equivalente "generico" o su un "generico" con prezzo differente da quello di riferimento, ai sensi di quanto disposto dall'articolo 7 della Legge n. 405/2001) per i soggetti con età uguale o superiore a 66 anni fino ad un reddito familiare fiscale annuale pari a Euro 18.000 (codice di esenzione: E14);
- limitatamente all'assistenza farmaceutica, esenzione dalla compartecipazione alla spesa sanitaria per i soggetti affetti da patologie croniche (codice di esenzione: E30) o rare (codice di esenzione: E40) appartenenti ad un nucleo familiare con reddito complessivo non superiore a 46.600 euro, incrementato in funzione della composizione

del nucleo familiare secondo i parametri desunti dalla scala di equivalenza della tabella 2 al D. Lgs. n.109/1998 e successive modifiche, per i farmaci correlati alla patologia.

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

A partire dall'anno 2020 le esenzioni **E12, E13**, avranno una durata massima biennale, non automaticamente rinnovabile, con scadenza al 31 marzo di ogni biennio (salva precedente variazione dello stato di diritto come ad esempio la perdita dello status di disoccupato). 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. Per agevolare i cittadini e per evitare code agli sportelli, gli aventi diritto potranno provvedere al rinnovo delle citate esenzioni anche prima della scadenza, a partire dal 1° gennaio di ogni anno (come già avviene per tutte le esenzioni da reddito e per le quali l'utente ha caratteristiche che non lo includono nelle modalità di rinnovo automatico). Le esenzioni E12 ed E13 registrate quindi nell'anno 2020 avranno scadenza 31/03/2022; l'esenzione nazionale E02 (disoccupazione) mantiene la durata annuale.

A partire dal 1.4.2020, le esenzioni relative all'assistenza farmaceutica **E30** ed **E40** saranno 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** saranno 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 31.03 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: la stessa 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.

I titolari invece di esenzioni E30 ed E40 che non rientrano nei 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 e che hanno presentato l'autocertificazione nel corso dell'anno 2019, avranno le esenzioni assegnate da Regione Lombardia, a seguito dello scorporo degli esenti certificati dal MEF; è onere e responsabilità del cittadino comunicare l'eventuale variazione dello stato di diritto, in qualsiasi momento, anche antecedente alla scadenza di cui sopra.

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

Nel corso dell'anno 2020 sarà avviato un percorso volto alla sottoscrizione di accordi di collaborazione con gli interlocutori istituzionali, come ad esempio CAF/patronati, INPS, eccetera, al fine di attivare ogni soluzione possibile volta a semplificare l'accesso ed il mantenimento del diritto all'esenzione per chi è in possesso dei requisiti indicati.

Per agevolare i cittadini ad affrontare le ulteriori novità introdotte per favorire un processo di semplificazione e mettere a regime i nuovi flussi automatizzati ed al contempo assicurare sia agli esclusi dai rinnovi automatici delle E30 ed E40, sia per coloro che devono comunque presentare l'autocertificazione necessaria per beneficiare dell'esenzione E30 ed E40, si procede a posticipare al 30 settembre 2020 le scadenze di tutte le autocertificazioni attualmente fissate al 31 marzo 2020. Tale proroga è da intendersi come regime transitorio per l'anno 2020, quale periodo temporale necessario sia per garantire la corretta entrata in vigore delle novità introdotte dal presente documento, sia per consentire la definizione di ulteriori meccanismi di collaborazione con enti preposti (ad esempio CAF/patronati, INPS, eccetera) che possano comportare nuovi benefici di semplificazione a favore degli utenti.

Sarà necessario infine assicurare supporto informativo e comunicativo al progetto condiviso con Aria SpA per la realizzazione di servizi automatizzati di notifica verso il cittadino attivabili su smartphone per l'invio di remind sulla scadenza delle esenzioni e per il rinnovo delle stesse: si tratta di un servizio innovativo finalizzato ad evitare il passaggio del cittadino presso gli sportelli ASST per ripresentare l'autocertificazione per le esenzioni da reddito.

6.15. Associazionismo, Volontariato, Terzo Settore

Associazionismo, Volontariato e Terzo Settore rappresentano oggi fondamentali stakeholders e al tempo stesso possibilità di collaborazioni che aggiungono valore e completezza all'intervento sanitario, sociosanitario e sociale.
Nello specifico, inoltre, con la riforma introdotta con l'approvazione del D. Lgs. 117/2017 (Codice del Terzo Settore) al Terzo settore si riconosce un profilo giuridico unitario e una governance omogenea su tutto il territorio nazionale con l'istituzione, del Registro Unico Nazionale del terzo settore (RUNTS) che vedrà un'articolazione e la gestione operativa su base territoriale.

La riforma riconosce agli Enti del Terzo settore la facoltà di esercitare attività di interesse generale in diversi settori tra i quali interventi e servizi sociali e per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone disabili, interventi e prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, educazione, istruzione e formazione professionale ecc.

Regione Lombardia sotto diversi aspetti ha anticipato di molto il quadro che si è venuto delineando con la riforma del terzo settore perché attraverso il sistema dell'accreditamento ha coinvolto enti del mondo non profit nella programmazione e gestione delle reti offerta sociale socio-sanitaria e sanitaria, anche attraverso forme di co-programmazione e co-progettazione riconoscendo ad essi un ruolo fondamentale.

Il 2020 è anno di importanza cruciale per le organizzazioni del terzo settore in vista dell'operatività del RUNTS e della ulteriore legittimazione istituzionale nel sistema sociosanitario e sociale. In tal senso nel 2020 si prevede una revisione delle forme di partecipazione e consultazione nell'ambito della programmazione sociale e sociosanitaria regionale.

7. AREA PREVENZIONE

Nell'area della prevenzione e della medicina legale gli obiettivi da perseguire fanno riferimento (oltre a specifiche normative di settore) ai Livelli Essenziali di Assistenza, al Piano Regionale della Prevenzione (PRP), e sono ridefiniti annualmente attraverso le regole di sistema del SSR.
In particolare, con il DPCM 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'art. 1, comma a) "Prevenzione collettiva e sanità pubblica" vengono garantite, attraverso i servizi del SSN/SSR, le attività di sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali, la tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati, la sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro, la sicurezza alimentare - tutela della salute dei consumatori, la sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening, la sorveglianza e prevenzione nutrizionale e le attività medico legali per finalità pubbliche.
Il PRP rappresenta il più importante atto di indirizzo programmatorio regionale per tutta l'area della prevenzione, perseguendo un approccio il più possibile intersettoriale e per setting, in relazione agli obiettivi fissati nel Piano Nazionale della Prevenzione (PNP), così come indicato nel Patto per la Salute. Il 2019 è l'anno che vede la conclusione del PRP 2014-2019 (Delibera di Consiglio 2018 n. XI/67/2018 "Proroga al 2019 del PRP di Regione Lombardia 2014-2018, ai sensi dell'Intesa Stato-Regioni del 21.12.2018" – Intesa SR del 10/07/2014 "Patto per la Salute 2014-2016") con cui Regione Lombardia ha concorso al

raggiungimento dei 10 Macro Obiettivi nazionali ad elevata valenza strategica fissati nel PNP.
Ai sensi dell'Intesa SR del 21/12/2017, art. 7, sarà definito il nuovo PNP 2020-2025 che sarà il riferimento per la definizione del prossimo PRP 2020-2025: la lr n. 33/2009, individua infatti nel PRP lo strumento di programmazione regionale quinquennale per quest'area e stabilisce, all'art. 4 bis, comma 3, che il Consiglio regionale, in coerenza con gli obiettivi regionali, lo approva.
Il PRP 2020-2025 verrà elaborato in stretta collaborazione con i Dipartimenti di Igiene e Prevenzione Sanitaria - DIPS delle ATS.
Gli indirizzi che seguono indicano le innovazioni/priorità significative per l'area della Prevenzione nel 2020, in relazione a specifiche aree di interesse, ai fini del mantenimento a sistema di quanto avviato con l'attuale PRP e a garanzia di erogazione dei LEA.
L'attività dell'area della prevenzione sarà monitorata attraverso il Sistema Informativo della Prevenzione e valutato attraverso la rilevazione delle Performance della Prevenzione.

7.1. Performances della Prevenzione – Sistemi Informativi

Le "Performances nell'area della prevenzione" sono uno strumento attivato del 2015 in maniera condivisa con le ATS per garantire modalità di valutazione in grado di avere contestualmente caratteristiche di completezza e capacità di sintesi. Tale strumento utilizza i sistemi informativi della prevenzione che garantiscono una molteplicità di informazioni sia a record singolo sia in modalità aggregata.

7.1.1. Azioni per l'anno 2020

Per il 2020 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.
Inoltre, fermo restando per l'area della prevenzione il mantenimento ed il miglioramento degli applicativi e dei flussi informativi in essere, si ritiene per il 2020 di attivare la sperimentazione di un applicativo gestionale per la rendicontazione delle attività di promozione della salute, e lo sviluppo di modalità integrate di lettura del dato (georeferenziazione, integrazione sistematica dei dati della prevenzione con altri flussi del DWH).

7.1.2. Gruppi di lavoro da attivare

Attivazione di un tavolo di lavoro dei DIPS per lo sviluppo di modalità condivise di analisi delle performances di prevenzione valutando contestualmente l'utilizzo delle risorse umane.

7.1.3. Provvedimenti di futura adozione

Nel corso del 2020 verranno fornite indicazioni per la rendicontazione delle attività di prevenzione.

7.1.4. Temi chiave

AZIONE/INTERVENTO	TERMINE ATTUAZIONE
Performance Prevenzione: Attivazione di un tavolo di lavoro DIPS	Aprile 2020

7.2. Promozione di stili di vita favorevoli alla salute, prevenzione dei fattori di rischio comportamentali e diagnosi della cronicità

Lo sviluppo territoriale delle attività in questo settore evidenzia punte di elevata qualità ma contestualmente anche aree di criticità, pertanto sono confermati gli indirizzi forniti con le Regole 2017, 2018 e 2019 con il mandato a implementare processi e interventi attesi quale presupposto per la nuova programmazione regionale (PRP 2020 -2025).
Dal punto di vista dei processi, l'area della Promozione della Salute, nell'ambito delle funzioni che la norma regionale assegna al DIPS, è chiamata a perseguire fattivamente il ruolo di governance multilivello mediante:

- specifica modulazione della propria struttura organizzativa e dotazione tecnico-professionale;
- integrazione interna al DIPS e con i diversi altri settori dell'Agenzia;
- coordinamento e supporto alle ASST e altri soggetti territoriali;
- raccordo con Comuni (Ambiti Sociali, Piani di Zona);
- collaborazione e confronto (anche attraverso la formalizzazione di Accordi, Procedure, Protocolli ecc.) con il Terzo Settore, Università, Società scientifiche, Associazioni professionali, Associazioni Pazienti-Cittadini che a livello locale possono concorrere al raggiungimento degli obiettivi di salute.

L'elevato grado di complessità insito nel processo di governance multilivello in tali processi, affermati dalla l.r. 33/09 *(integrazione funzionale, intersettoriale e interistituzionale tra tutti i sottosistemi articolati del sistema sanitario e sociosanitario e in particolare l'integrazione territoriale, indispensabile per la programmazione di interventi di prevenzione primaria "(…) di responsabilizzazione e partecipazione di tutti gli operatori, indispensabili per promuovere ai diversi livelli il perseguimento di obiettivi di salute e favorire la convergenza dei piani di azione dei singoli soggetti e l'integrazione dei diversi settori (…)", di promozione della salute che attivino il ruolo delle politiche non sanitarie (…)")* richiede un investimento specifico di accompagnamento, orientamento e di supporto tecnico – metodologico di carattere regionale. Il modello operativo sperimentato in questi anni e la destinazione di risorse dedicate alle ATS per questo ambito e alla ATS Milano per l'attività di coordinamento, monitoraggio, ecc. di specifico interesse regionale, è pertanto confermato.

7.2.1. Azioni per l'anno 2020

Diffusione dei Programmi regionali di promozione della salute e prevenzione nei diversi setting (Scuola, Luoghi di lavoro, Comunità Locali, sistema sociosanitario), mediante l'opportuna integrazione interna al DIPS e con gli altri Dipartimenti delle ATS, e, nell'ottica di strutturare una rete Territoriale della Prevenzione, in sinergia con ASST e Comuni (Ambiti Sociali, Piani di Zona), e con approccio intersettoriale, in collaborazione con Terzo Settore, Associazioni, UST, Università, ecc..
Viene confermato, inoltre, lo sviluppo di processi di *Equity Audit* di tutti i programmi attività.

7.2.1.1 Setting "sistema sociosanitario"

- Governance e supporto metodologico ad azioni integrate con i Consultori con particolare riferimento a target adolescenti/interventi nelle scuole, competenze

genitoriali (Nati per Leggere, ecc.), salute donna, in coerenza con gli indirizzi forniti in coerenza con gli indirizzi forniti al Capitolo 6.3 "Rete Territoriale";

- per i Consultori Privati che aderiscono - d'intesa con le ATS – ai Programmi Life Skills Training e Unplugged è consentita, senza variazioni di budget, la rendicontazione degli interventi previsti (rivolti a Dirigenti Scolastici e Insegnanti) nella tipologia "Incontri di gruppo di prevenzione e promozione della salute anche fuori sede" di cui alla DGR n. 6131 del 23/01/2017 ottenendo il corrispettivo economico e tariffario previsto per il numero di alunni che compongono il gruppo classe sul quale ricade l'intervento (Rif. Capitolo 6.3 "Rete Territoriale" Paragrafo 6.3.8.8 "Contratto definitivo");
- partecipazione e supporto alla sperimentazione locale del progetto regionale "Infermiere di famiglia e di Comunità" (Rif. Capitolo 6.3 "Rete Territoriale" Paragrafo 6.3.5) in relazione alle attività inerenti la diagnosi precoce e la prevenzione dei fattori di rischio comportamentali della cronicità, l'invecchiamento attivo e la prevenzione delle cadute nella popolazione over 65 e i processi di patient engagement;
- piena attuazione, in un'ottica di messa a sistema, del Programma "Luoghi di lavoro che promuovono salute – WHP Lombardia" nei presidi ospedalieri.

7.2.1.2 Setting "Luoghi di lavoro"

Implementazione del Programma "Luoghi di lavoro che promuovono salute – WHP Lombardia". In tale contesto: sinergia con le misure di "Conciliazione" promosse dalla DG Politiche per la famiglia, Genitorialità e Pari opportunità; proseguo della modellizzazione delle Buone Pratiche per i settori del Pubblico Impiego (percorso sperimentazione Sedi territoriali Ragionerie dello Stato - MEF).

7.2.1.3 Setting "Scuola"

- Sviluppo della governance intersistemica finalizzata ad orientare al modello "Scuola che Promuove Salute - SPS" tutti gli interventi proposti alle Scuole da tutti i soggetti del SSR;
- supporto all'implementazione della Rete delle Scuole che Promuovono Salute di cui all'Accordo di Rete luglio 2019 e supporto al network europeo SHE-WHO;
- avvio sperimentale nuovo programma regionale per promuovere l'attività fisica (piedibus, *marked playgrounds* e *breaks* attivi) secondo il modello SPS;
- analisi dei risultati raggiunti e rinnovo del "Protocollo di intesa finalizzato allo sviluppo e al consolidamento di buone prassi per la piena applicazione in ambito scolastico del t.u. delle leggi in materia di tossicodipendenze – DPR n. 309/90 tra Regione Lombardia Prefettura di Milano e Ufficio Scolastico regionale per la Lombardia".

7.2.1.4 Setting "Comunità locali"

Sviluppo di azioni fondate sul modello "*Urban Health* ", in particolare mediante l'attivazione dei Comuni su politiche/iniziative validate per incrementare l'attività fisica, sostenere l'"invecchiamento attivo e in buona salute", ridurre situazioni di rischio (dipendenze, GAP, ecc.).
Diffusione dei risultati del Progetto CCM "*Urban health*: buone pratiche per la valutazione di impatto sulla salute degli interventi di riqualificazione e rigenerazione urbana e ambientale".

7.2.1.5 Contrasto al gioco d'azzardo patologico

In relazione a quanto previsto dalla DGR XI/585/2018: avvio monitoraggio e valutazione dei Piani operativi locali ATS (OG 2 - Prevenzione e contrasto nei setting Scuola, Luoghi di Lavoro, Comunità Locali).
In considerazione della complessità del fenomeno e dell'impegno regionale in questi anni, occorre che i finanziamenti destinati alla realizzazione di nuove o ulteriori azioni per la prevenzione e il contrasto al GAP confluiscano in un assetto programmatorio e

organizzativo locale capace di fare "sistema" rispetto all'esistente, assicurando i raccordi con gli strumenti di programmazione e le iniziative già presenti. In tale contesto, le ATS dovranno svolgere, nel modello di governance definito dalla DG Politiche Sociali, Abitative e Disabilità, che con la XI legislatura ha assunto la competenza sulla tematica, in raccordo con la DG Welfare, un ruolo di presidio e monitoraggio per garantire:

- il raccordo e il coordinamento con gli Ambiti distrettuali per l'implementazione di azioni di prevenzione e contrasto del gioco d'azzardo patologico, in modo da creare sinergie e integrazione tra obiettivi ed azioni oggetto dei Piani GAP e obiettivi ed azioni oggetto della programmazione locale, in prosecuzione ed ampliamento della DGR XI/1114/2018. Saranno ricondotti alla cornice programmatoria degli Ambiti distrettuali anche le azioni di informazione, sensibilizzazione e prevenzione nel setting "Scuola", veicolando la loro implementazione attraverso la Rete delle Scuole che Promuovono Salute;
- l'individuazione di modalità di raccordo organizzativo tra il Dipartimento per la Programmazione per l'Integrazione delle Prestazioni Sociosanitarie con quelle Sociali (PIPSS) e il Dipartimento di Igiene e Prevenzione (DIPS);
- la costruzione di percorsi facilitanti l'accesso ai servizi specialistici e la presa in carico del giocatore d'azzardo con profilo problematico, anche attraverso la definizione di modalità operative con i punti informativi e di orientamento a valenza sociale, in modo da affrontare la criticità messa in evidenza dai primi esiti della DGR XI/1114/2018 sulla distanza tra i giocatori che presentano problemi di GAP e quelli che effettivamente si rivolgono ai servizi specialistici. ATS e Ambiti distrettuali dovranno lavorare congiuntamente con le ASST per individuare e adottare protocolli condivisi per la presa in carico globale della persona e della famiglia, che pongano attenzione ad affrontare in modo integrato le problematiche sanitarie, sociali, legali e finanziarie (sovra-indebitamento) GAP- correlate;
- la condivisione di azioni formative e campagne informative e promozionali, in raccordo con gli Ambiti distrettuali (in particolare gli Uffici di Piano), i Comuni e le forze produttive del territorio, per valutare congiuntamente le strategie da adottare in funzione degli obiettivi da raggiungere. Le ATS dovranno altresì rendere disponibili agli esercenti di sale da gioco e di locali in cui sono installati apparecchi per il gioco d'azzardo lecito il materiale informativo sui rischi correlati al gioco d'azzardo e sui servizi di assistenza alle persone con patologie correlate al GAP, così come previsto dall'art. 4 comma 3 della lr.8/2013.

7.2.2. Risorse finanziarie

È confermata l'assegnazione 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".

ATS	Importo euro
ATS Bergamo	60.000
ATS Brescia	60.000
ATS Brianza	60.000
ATS Insubria	60.000
ATS Milano CM	140.000
ATS Montagna	40.000
ATS Valpadana	60.000

ATS Pavia	40.000
Tot.	520.000

È confermata anche l'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 Tabacco Survey – GYTS* ", "OKkio alla Salute" e della "Banca Dati Prosa".

7.2.3. Monitoraggio

- Flusso "Survey Stili di vita" (in corso attività con ARIA per applicativo che allinea denominatori con DWH e si interfaccia con "Profilo di Salute di Comunità").
- Banca Dati "PRO. SA".
- Proseguirà il percorso avviato con ARIA per l'allestimento dello strumento "Profilo di comunità" finalizzato alla descrizione del contesto regionale in tema di "stili di vita" e offerta di prevenzione (LEA DPCM 12.01.2017 "Profilo di Salute di Comunità"), mediante una modalità integrate di lettura del dato (georeferenziazione, integrazione sistematica dei dati della prevenzione con altri flussi del DWH e del Sistema regionale).
- Sistema Performance della Prevenzione – Area Stili di vita: saranno individuati nuovi indicatori che traccino i fattori di processo sottesi al raggiungimento delle coperture attese, nonché elementi in tema di *Equity Audit, Urban Health* ed in coerenza con gli indirizzi del prossimo PNP 2020 – 2025.

7.2.4. Tavoli di lavoro

Formalizzazione tavolo di lavoro con le Università lombarde e Ufficio Scolastico Regionale per utilizzo condiviso dei dati delle sorveglianze regionale "HBSC" e "OKkio alla salute" (stili di vita e comportamenti a rischio di giovani e bambini) e Rete Scuole che Promuovono Salute – Lombardia.

7.2.5. Provvedimenti di futura adozione

- DGR di recepimento dell'Accordo Stato Regioni 7 marzo 2019 *"Linee di indirizzo sull'attività fisica per le differenti fasce d'età e con riferimento a situazioni fisiologiche e fisiopatologiche e a sottogruppi specifici di popolazione";*
- DGR nuovo Piano GAP (in attesa di indicazioni da Ministero);
- DGR di recepimento dell'Accordo Stato Regioni 19 gennaio 2019 "Indirizzi di policy integrate per le scuole che promuovono salute" e contestuale rinnovo dell'Intesa 2011 con MIUR – USR 2011 "Scuole che promuovono salute";
- DGR per la programmazione e attuazione di azioni di sistema per la prevenzione e il contrasto al gioco d'azzardo patologico, finalizzata al proseguimento e all'ampliamento dell'esperienza avviata con la DGR n. XI/1114/2018 (della Direzione Generale Politiche sociali, abitative e Disabilità in raccordo con la Direzione Generale Welfare);
- DGR per rinnovo "Protocollo di intesa finalizzato allo sviluppo e al consolidamento di buone prassi per la piena applicazione in ambito scolastico del t.u. delle leggi in materia di tossicodipendenze – D.P.R. n. 309/90 tra Regione Lombardia Prefettura di Milano e Ufficio Scolastico regionale per la Lombardia";
- Circolare con Indirizzi di dettaglio per l'area e tempistiche di rendicontazione.

7.2.6. Temi chiave

AZIONE/INTERVENTO	TERMINE ATTUAZIONE	RISORSE FINANZIARIE
Messa a sistema di un percorso FAD per tutti gli operatori del SSR su "Counselling motivazionale breve - stili di vita" (prevenzione cronicità)	Sperimentazione: 2020 A sistema con nuovo PRP	Finanziamento Ministeriale (Azione Centrale CCM)
Avvio sperimentale nuovo programma regionale per promuovere l'attività fisica nelle scuole primarie	Sperimentazione: 2020 A sistema con nuovo PRP	Finanziamento Ministeriale (Progetto CCM)
Indirizzi su "Urban health": buone pratiche per la valutazione di impatto sulla salute degli interventi di riqualificazione e rigenerazione urbana e ambientale".	Diffusione: 2020 A sistema con nuovo PRP	Finanziamento Ministeriale (Progetto CCM)

7.3. Screening oncologici

Lo sviluppo delle attività sul territorio regionale evidenzia aree di criticità, pertanto sono confermati gli indirizzi forniti con le Regole 2019 con il mandato ad implementare e/o completare le attività che afferiscono a obiettivi LEA e del PRP 2015 – 2019. Di seguito le azioni a maggior carattere innovativo.

7.3.1. Azioni per l'anno 2020

- Estensione a tutte le ATS del debito informativo LEA relativo al flusso screening della cervice uterina (Questionario ONS - GISCI);
- Implementazione degli aspetti qualitativi (appropriatezza) nella contrattazione ATS con gli erogatori accreditati;
- Miglioramento appropriatezza screening colon retto, anche sulla base degli esiti del percorso di collaborazione con FISMED relativamente al 2° livello;
- Partecipazione delle Farmacie alle campagne di screening per il Tumore del Colon retto, nell'ambito dell'attuazione dell'accordo Stato Regioni sulla "Farmacia dei Servizi" di cui al Capitolo 6.10 (paragrafo 6.10.2.11), secondo le Indicazioni Metodologiche di cui al documento suballegato n. 3 "*Indicazioni metodologiche per la partecipazione delle Farmacie al programma di screening del tumore del colon retto*";
- Obiettivi di interesse regionale mirati per ciascuna ATS sulla base degli esiti del percorso di AUDIT 2019.

7.3.2. Risorse finanziarie

Confermato per il 2020 quanto previsto dal *paragrafo 3.2.1. Prestazioni di screening* della DGR N° XI / 1046 Seduta del 17/12/2018 ed in coerenza con quanto previsto nel Piano Regionale della Prevenzione 2014-2019 (DCR n. XI/67 del 17/07/2018), è stabilizzata l'offerta attiva alle donne di età 45-49 e 70-74 delle mammografie di screening e ai soggetti di età 70-74 per la ricerca del sangue occulto nelle feci fino ad un costo complessivo per l'attività di screening di **euro 13.700.000,00 aggiuntivi a quanto già previsto per la specialistica ambulatoriale non di screening.** Lo screening per il carcinoma del collo dell'utero mediante HPV-DNA Test rivolto alle donne di età 34-64 anni è valorizzato a **euro 5.000.000,00** in relazione all'acquisto dei nuovi test a seguito di gara centralizzata ARIA.

7.3.3. Monitoraggio

- Flusso Screening LEA (Questionari ONS GISCI – GISCOR – GISMA);
- Sistema Performance della Prevenzione – Area Screening;
- Avvio progettazione con ARIA di sistema informativo regionale Screening.

7.3.4. Tavoli di lavoro

- Tavolo di lavoro con FISMAD – Federazione Italiana Società Malattie Apparato Digerente, finalizzato a condividere percorsi di miglioramento dell'appropriatezza del programma di screening colon – retto (2° livello colonscopia);
- Tavolo di lavoro (ATS, ASST, professionisti, ecc.) per la revisione del Documento 2007: "Organizzazione dei programmi di screening oncologici in Regione Lombardia. raccomandazioni per la qualità";
- Prosecuzione Tavolo UO Epidemiologiche ATS e Centri screening ATS per sviluppo analisi e monitoraggio dei cancri di intervallo.

7.3.5. Provvedimenti di futura adozione

- DGR Accordo di collaborazione con FISMAD (isorisorse) per miglioramento appropriatezza;
- Circolare con indirizzi di dettaglio e tempistiche di rendicontazione "Flusso Screening".

7.3.6. Comunicazione

Campagna regionale di comunicazione sugli screening oncologici per migliorare l'adesione e informare in maniera uniforme sulla nuova offerta per cervice uterina (HPV DNA test).

7.4. Malattie Infettive

Il sistema di sorveglianza delle malattie infettive necessita, in coerenza con le indicazioni del WHO in tema di *preparedness*, di un continuo momento di revisione delle procedure e di inserimento di innovazioni al fine di adeguarsi alle evidenze disponibili. In tal senso in relazione al contesto lombardo si rileva l'importanza di approfondire e rafforzare l'attività dei laboratori di riferimento, verificare la capacità di risposta degli erogatori pubblici e privati in tema di segnalazione delle malattie infettive , aggiornare gli indirizzi regionali in tema di gestione delle malattie infettive uniformando le varie indicazioni fornite negli anni, implementare la rete per le Infezioni Sessualmente Trasmesse (IST), approfondire la capacità di sorveglianza e controllo in relazione a casi di MIB, arbovirosi, legionella.

7.4.1. Azioni ed interventi per l'anno 2020

Richiamate per il 2020 le azioni e gli interventi previsti dalle DGR n. VII/18853/2004, n. XI/1046/2019 e n. XI/1986/2019, si intende proporre una attività di miglioramento dell'offerta con:

- Aggiornare l'attività di collaborazione con i laboratori di riferimento per le malattie infettive integrando il loro ruolo anche nella valutazione epidemiologica della situazione lombarda e riverificando la presenza di collaborazioni tra ATS e i laboratori locali ove previste;
- Mettere a sistema l'attività della rete dei centri IST (DGR n. X/6968/2017) anche in collaborazione con la rinnovata Commissione regionale la lotta all'AIDS e alle malattie sessualmente trasmesse (Decreto n. 2430 del 26/02/2019) per l'offerta degli screening di cui al Decreto n. 5617 del 17/04/2019 a cui sono da aggiungere i codici 91.36.5 ESTRAZIONE DI DNA O DI RNA; 91.18.5 VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBsAg; 91.18.4

VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBeAg in coerenza con quanto previsto dal DDDG n. 32731 del 18/12/2000 e dalla Decisione (UE) 2018/945 della Commissione Europea del 22 giugno 2018;

- Uniformare le modalità di utilizzo del Sistema informativo MAINF;
- Aggiornare gli indirizzi previsti dalla DGR VII/18853/2004 e dalla DGR n. XI/1986/2019;
- Verificare i livelli di *preparedness* sulle patologie a maggior rischio (morbillo, MIB, legionella) attraverso momenti di formazione, verifica della appropriatezza completezza e tempestività delle segnalazioni e sperimentazione di modelli innovativi;
- Aggiornare la remunerazione ai MMG /PLS che partecipano al sistema di sorveglianza epidemiologica e virologica dell'influenza – INFLUNET: dalla stagione antinfluenzale 2019/20 viene adeguata la remunerazione prevista in carico ad ATS nella DGR n. VII/14726 del 24 ottobre 2003, riconoscendo euro 700,00 ai medici sentinella della rete per la sorveglianza epidemiologica e ulteriori 300,00 euro per quelli che partecipano anche alla rete di sorveglianza virologica;
- Assistenza extra ospedaliera residenziale e semi residenziale per AIDS e sindrome HIV correlate: d'intesa con la UO Programmazione Rete Territoriale si avvia il tavolo di confronto con le attuali strutture (case alloggio) al fine definire il percorso per il passaggio al sistema di accreditamento/contratto come previsto dai LEA.
- Infezioni correlate all'assistenza e antibiotico resistenza: verificata l'importanza dell'impatto epidemiologico nel contesto lombardo delle Infezioni Correlate all'Assistenza e del fenomeno dell'antibiotico resistenza con DGR N° XI / 1986 del 23/07/2019, è stato attivato un apposito gruppo di lavoro per fornire indirizzi operativi sui percorsi diagnostico-terapeutici, attivare momenti informativi/formativi a carattere regionale e definire indicazioni organizzative. Richiamate le azioni previste dal Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020 si ritiene opportuno segnalare in particolare quanto segue:
    - le ASST attiveranno percorsi di standardizzazione delle modalità di rilevazione dell'utilizzo degli antibiotici che permettano di descrivere il consumo e i costi dei farmaci secondo parametri standard (DDD, euro, Quantità), anche attraverso percorsi di informatizzazione sui gestionali di magazzino per descrivere i consumi secondo indicatori standardizzati (DDD per 100 giorni di degenza) e che siano accessibili sistematicamente e con immediatezza agli operatori sanitari;
    - nel corso del 2020 verranno fornite indicazioni regionali in merito alle misure di isolamento con un focus per le misure per il Clostridium difficile; tali indicazioni saranno oggetto di verifica interna per le ASST nonché di reportistica dedicata;
    - ATS e ASST avvieranno momenti di confronto con le principali strutture territoriali (es. RSA, cure intermedie etc) in tema di gestione della corretta terapia antibiotica, anche tramite momenti di formazione e/o collaborazioni formalizzate.

7.4.2. Risorse finanziarie

In continuità con i precedenti anni, l'attività laboratoristica di supporto alla sorveglianza della malattie infettive garantita dalla rete dei laboratori clinici e universitari di riferimento è valorizzata fino ad un massimo di **Euro 500.000,00** di cui una quota assegnata come da tabella sotto riportata ed una quota assegnata nell'ambito della convenzione con l'Università degli Studi di Milano, procedendo con l'aggiornamento della DGR n. X/ 6969 del 31/07/2017 "Approvazione dello schema di protocollo d'intesa tra Regione Lombardia e Università degli Studi di Milano in tema di laboratori di riferimento per l'attività di sorveglianza delle malattie infettive di morbillo e rosolia, poliomielite, epatiti". Nell'ambito della convenzione verrà affidata anche la sorveglianza sulle listeriosi e salmonellosi.

Centro	Euro	Sorveglianza
Fondazione IRCCS CA' GRANDA - Ospedale Maggiore Policlinico	80.000,00	MIB e SEU
ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda	100.000,00	tubercolosi (micobatteriosi) e legionellosi
Fondazione IRCCS Policlinico "S. Matteo"	120.000,00	arbovirosi, morbillo-rosolia, febbre emorragica, Influenza
ASST Fatebenefratelli Sacco Polo Universitario	80.000,00	arbovirosi, febbre emorragica (EbV)

In coerenza con i precedenti anni e con quanto previsto nel PRP 2014/19 (DCR n. XI/67 del 17/07/2018) e tenuto conto della DGR n. 6968/2017 "Revisione e aggiornamento delle indicazioni in tema di sorveglianza, prevenzione e controllo delle infezioni sessualmente trasmesse (IST)", sarà prevista la possibilità di effettuare gli accertamenti sierologici per le malattie a trasmissione sessuale (in analogia con quanto previsto per la diagnosi di sieropositività HIV) presso i centri IST della ASST. In relazione ai soli beni e servizi è ipotizzabile una valorizzazione per i laboratori di ASST, ove presente un centro MTS, fino ad un massimo di **euro 500.000,00**
Si intendono, inoltre, rivedere i percorsi organizzativi nel contesto metropolitano, coinvolgendo ATS Città Metropolitana di Milano e le strutture del SSR (ASST e IRCCS pubblici) per identificare e sviluppare modelli di reclutamento della popolazione a rischio per infezione HIV/IST presente in questo specifico contesto, anche attraverso lo sviluppo di strumenti innovativi quali app e siti web, finalizzati a favorire il raccordo dell'offerta di screening e la presa in carico clinica. In tale contesto ATS stipulerà specifici accordi convenzionali con l'ASST FBF Sacco improntati all'integrazione funzionale dei rispettivi centri IST e finalizzati a riequilibrare la collocazione delle attività cliniche specialistiche e di quelle di prevenzione e promozione della salute. A tal fine si prevede di destinare fino a **euro 60.000,00**.
Sono confermate le indicazioni di cui alla DGR n. 1986/2019 in tema di prevenzione e sorveglianza delle arbovirosi per le quali si prevede di appostare fino ad un massimo di **euro 200.000,00.**

7.4.3. Monitoraggio

Monitoraggio e verifica delle attività sarà attuato attraverso il sistema di sorveglianza delle Malattie Infettive MAINF e Performances Prevenzione

7.4.4. Provvedimenti di futura adozione

- Decreto di istituzione del gruppo di lavoro Malattie Infettive ATS per l'aggiornamento delle indicazioni sulla gestione delle malattie infettive previste dalla DGR VII/18853/2004 e dalla DGR XI/1986/2019;
- DGR di aggiornamento delle indicazioni per la prevenzione, sorveglianza e controllo delle malattie infettive;
- Indicazioni alle ATS e alle ASST sulle modalità di verifica e realizzazione di un modello locale di *preparedness* in tema di malattie infettive.

7.4.5. Comunicazione

Realizzazione del report dedicato alle malattie infettive e pubblicato sul sito internet regionale.

7.4.6. Temi chiave

AZIONE/INTERVENTO	TERMINE ATTUAZIONE
Aggiornamento delle indicazioni in tema di malattie infettive	dicembre 2020
Indicazioni ad ATS e ASST l'aggiornamento delle modalità di utilizzo del sistema informativo MAINF	dicembre 2020
Indicazioni ad ATS e ASST per la realizzazione di modelli di *preparedness* in tema di malattie infettive	dicembre 2020
Reportistica dedicata alle malattie infettive	Giugno 2020

7.5. Vaccinazioni

I dati epidemiologici evidenziano prioritarie le tematiche di vaccinazione antimorbillo parotite rosolia (nel 2019 circa 500 casi di morbillo con prevalenza del coinvolgimento della popolazione di 30-40 anni) e di copertura per la vaccinazione antinfluenzale (dalla stagione 2012-13 sempre inferiore al 50%). Da segnalare inoltre l'attivazione nel 2019 di percorsi di audit per l'area vaccinale (Decreto n. 7222 del 22/05/2019), la messa a sistema regionale del sistema informativo SIAVR e la rivisitazione dell'offerta delle vaccinazioni in co-pagamento.

7.5.1. Azioni ed interventi per l'anno 2020

Richiamate come di riferimento per il 2020 le azioni e gli interventi già previsti a livello nazionale e regionale per garantire l'offerta vaccinale prevista dai LEA, si intende proporre quali attività di miglioramento:

- Attuazione di interventi specifici (setting) quali l'offerta agli operatori sanitari e agli operatori della scuola e dei servizi per l'infanzia della vaccinazione MPR;
- Programmazione e attuazione, attraverso la costruzione di alleanze con la medicina di base e il territorio, dell'offerta per la vaccinazione antinfluenzale per la stagione 2020/21: la programmazione dovrà tenere conto delle attuali barriere alla vaccinazione identificando percorsi di accompagnamento con il coinvolgimento dei diversi stakeholder;
- Completamento del percorso di audit vaccinale iniziato nel 2019 e valutazione complessiva dello stato dell'offerta vaccinale in RL;
- Verifica delle priorità di sviluppo del sistema SIAVR per il miglioramento dell'utilizzabilità per gli operatori, l'apertura del sistema ai MMG/PLS, la piena integrazione con il DWH e il Fascicolo Sanitario.

7.5.2. Risorse finanziarie

Le risorse finanziarie previste per il raggiungimento delle coperture previste dai LEA riferite alle popolazioni target, alle categorie a rischio, alle nuove attivazioni e all'incremento delle coperture sono valorizzate fino ad un massimo di **euro 79.000.000** comprensivi della messa a regime della anticipazione della chiamata a 11 – 12 anni per la vaccinazione anti-meningococco e il richiamo difto-tetano-pertosse polio. Si prevede di utilizzare la modalità di distribuzione di vaccini in Distribuzione Per Conto (DPC - di cui alla DGR 2011/2019) anche per la stagione antinfluenzale 2020/21 ed in tal senso si ritiene di appostare quota parte delle risorse per l'acquisto di vaccini antinfluenzali e di altri vaccini erogati dalla medicina di famiglia durante la campagna antinfluenzale (es. vaccini antipneumococcici) ad ATS Bergamo che funge da coordinatore della DPC per l'area vaccinale.
Per l'attività di applicazione del Modello decisionale per l'adozione/modifica delle strategie di offerta vaccinale" si prevede di stanziare la somma di euro 109.000 per il triennio 2020-2022.

7.5.3. Monitoraggio

La UO Prevenzione verifica i dati di copertura vaccinale e la corretta esecuzione degli audit vaccinali da parte delle ATS verso le ASST.

7.5.4. Provvedimenti di futura adozione

- Rinnovo del tavolo tecnico delle vaccinazioni (ex Decreto n. 10534 del 04/09/2017) con l'obiettivo di valutare l'offerta complessiva dello stato dell'offerta vaccinale in RL e di aumentare la copertura vaccinale del morbillo sia nell'infanzia sia negli adulti;
- Costituzione della Commissione Regionale Vaccini;
- Prosecuzione dell'attività del "Modello decisionale per l'adozione/modifica delle strategie di offerta vaccinale" di cui DGR n. X/2989/2014.

7.5.5. Comunicazione

- Aggiornamento del sito Wikivaccini: offrire al cittadino un miglioramento dell'informazione sull'offerta vaccinale (dove recarsi, quali vaccinazioni), ad oggi la poca disponibilità di posti per le vaccinazioni in copagamento e le saltuarie difficoltà dell'utenza a contattare il centro vaccinale di riferimento possono essere viste come una possibile criticità.

7.5.6. Temi chiave

AZIONE/INTERVENTO	TERMINE ATTUAZIONE	RISORSE FINANZIARIE
Costituzione della Commissione Regionale Vaccini	Marzo 2020	
Realizzazione ed invio a ad ATS /ASST di reportistica dedicata alle coperture vaccinali	Aprile 2020	
Indicazioni per aumentare la copertura vaccinale per il morbillo	Giugno 2020	
Indicazioni per la campagna antinfluenzale 2020/21	Settembre 2020	In caso di attivazione della vaccinazione dell'infanzia fino a 4.000.000 di euro
Apertura dell'utilizzo di SIAVR ai MMG	Ottobre 2020	

7.6. Vaccinazioni: categorie a rischio ed integrazione con i percorsi di presa in carico

Il nuovo modello di presa in carico dei cittadini affetti da patologie croniche e/o in condizioni di fragilità rappresenta una importante l'opportunità per l'area vaccinale. Sono presenti una serie di condizioni favorenti la piena integrazione dell'attività vaccinale con i percorsi di presa in carico: gli indirizzi nazionali e regionali orientano verso una offerta alle categorie a rischio; i centri vaccinali sono parte delle ASST (favorente i raccordi organizzativi intra ospedalieri); un unico software regionale delle vaccinazioni (migliore utilizzabilità del sistema informatico); nel flusso informatico per la presa in carico è presente l'area vaccinale (utile per il raccordo con i gestori). Nel 2020 l'offerta vaccinale alle categorie a rischio per patologia deve pienamente integrarsi con i percorsi di presa in carico.

7.6.1. Azioni ed interventi per l'anno 2020

Pertanto, le azioni e gli interventi saranno orientati verso una piena standardizzazione delle modalità di offerta su tutto il territorio regionale attraverso: la condivisione delle modalità

di identificazione e valutazione delle coperture delle categorie a rischio; l'attivazione sistematica a livello locale di percorsi di integrazione con particolare attenzione a donne in gravidanza, pazienti oncologici, pazienti splenectomizzati, pazienti HIV/IST (Decreto n. 7356 del 24/05/2019), soggetti con immunodeficienze; soggetti candidati a terapia immunosoppressiva, candidati a trapianto. In accordo con le indicazioni regionali le ATS dovranno inviare report della organizzazione di tale attività sul proprio territorio.
Sarà ricercato il confronto con i tavoli già presenti in Direzione Generale Welfare con i professionisti delle diverse specialità coinvolte con l'obiettivo di identificare e condividere le modalità di offerta delle vaccinazioni (priorità e tempistiche) nell'ambito dei PDT specifici.
Pertanto, nel corso del 2020 verranno fornite indicazioni per standardizzare le modalità di identificazione e valorizzazione nel sistema informativo SIAVR delle vaccinazioni alle categorie a rischio.

7.6.2. Risorse finanziarie

Le risorse finanziare sono già comprese nell'offerta vaccinale LEA.

7.6.3. Monitoraggio

Monitoraggio attraverso i report dedicati realizzati da ATS e i dati di copertura.

7.6.4. Comunicazione

Aggiornamento del sito Wiki-vaccini: si prevede di offrire al cittadino un miglioramento dell'informazione sull'offerta vaccinale (dove recarsi per le vaccinazioni, quali vaccinazioni) dedicata alle a categorie a rischio per favorirne l'adesione e l'accesso.

7.6.5. Temi chiave

AZIONE/INTERVENTO	TERMINE ATTUAZIONE
Calcolo delle coperture per alcune categorie a rischio attraverso dati regionali per l'anno 2018 (HIV, splenectomizzati, gravide, ect)	Invio reportistica da parte di RL ad ASST e ATS aprile 2020
Standardizzazione delle modalità di identificazione e valorizzazione nel sistema informativo delle vaccinazioni alle categorie a rischio ed eventuali precisazioni sulle categorie di offerta alle categorie a rischio	Invio indicazioni regionali da parte di RL dicembre 2020

7.7. Sicurezza degli alimenti di origine non animale e tutela del consumatore

Il Regolamento (UE) 2017/625 sui controlli sulla catena agroalimentare, in vigore dal 14 dicembre 2019, costituisce il nuovo riferimento normativo cogente in tema di sicurezza alimentare e introduce un approccio più armonizzato e coerente ai controlli ufficiali e alle misure esecutive lungo la filiera agroalimentare, rafforzando nel contempo il principio dei controlli basati sul rischio. L'anno 2020 sarà quindi caratterizzato dall'adeguamento delle indicazioni regionali alle novità introdotte dal Regolamento, al fine di mantenere l'uniformità di applicazione a livello locale e di tendere a un'azione sempre più efficace ed efficiente.
Relativamente alla qualità delle acque destinate al consumo umano, l'evoluzione normativa in corso ha introdotto un nuovo strumento di gestione della risorsa idrica, il Piano di Sicurezza dell'Acqua, che viene implementato dai Gestori acquedottistici con la collaborazione degli Enti territoriali. Il cambio di approccio pone maggiori responsabilità in

capo ai Gestori e contemporaneamente sfida la Regione e le ATS a una visione più moderna e olistica del tema delle acque potabili. Il Piano di Sicurezza dell'Acqua si configura anche come l'ambito nel quale affrontare la tematica cruciale dei microinquinanti emergenti e il rapporto tra salute e ambiente.
Parallelamente, continua l'attività ordinaria di pianificazione, programmazione e attuazione dei controlli sia per quanto riguarda la sicurezza alimentare che per garantire la qualità delle acque potabili.

7.7.1. Azioni ed interventi per l'anno 2020

Revisione ai sensi del nuovo Regolamento (UE) 2017/625)delle procedure documentate relative al controllo ufficiale per la sicurezza degli alimenti e dei materiali e oggetti destinati al contatto con gli alimenti - MOCA:

- aggiornamento programmazione regionale (piani di controllo e campionamento);
- **entro il 30 giugno 2020** i SIAN dovranno aggiornare le procedure di controllo ufficiale tramite ispezione, audit, certificazione e campionamento.

7.7.1.1 Verifica dell'efficacia e dell'appropriatezza dei controlli ufficiali per la sicurezza alimentare

Alla luce della prima applicazione del Decreto n. 1272 del 02/02/2018, prosegue l'attività precisando quanto segue:

- Verifica dell'efficacia a priori: posto che tale requisito non può essere soddisfatto dagli audit effettuati internamente dalla AC per la verifica del sistema di gestione qualità, dal 2020 dovrà essere utilizzata la lista di riscontro aggiornata che verrà fornita dalla UO Prevenzione;
- Verifica dell'efficacia in tempo reale: l'attività di supervisione dovrà essere effettuata anche in occasione di controlli tramite audit, in almeno il 20% delle supervisioni effettuate, e presso stabilimenti riconosciuti verificando le modalità di applicazione della scheda di categorizzazione del rischio, in almeno 2 supervisioni;
- Verifica dell'efficacia a posteriori: si confermano le indicazioni date con il decreto citato.

Si ricorda, infine, che 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;

L'attività di verifica dell'efficacia e dell'appropriatezza del controllo ufficiale sarà rendicontata come indicato nel decreto citato, utilizzando il format che verrà fornito dalla UO Prevenzione.

7.7.1.2 Alimenti vegetali e MOCA – attuazione L.G. Regolamenti (CE) 882/2004 e 854/2004

Sono obiettivi prioritari per ATS:

- la rendicontazione dei controlli effettuati nel 2019 in Impres@ **entro il 31/01/2020** e dei controlli analitici nei database nazionali (NSIS VIG, NSIS PSD, Cruscotto CROGM) secondo le frequenze e le modalità stabilite dal Ministero della Salute;
- la redazione della parte relativa alla sicurezza alimentare e qualità delle acque destinate al consumo umano nel Programma Integrato dei Controlli, da inviarsi alla UO Prevenzione **entro il 28/02/2020**, completo del report dell'anno precedente e definito in coerenza con le indicazioni regionali, sia per quanto riguarda i principi di pianificazione e programmazione, che per quanto riguarda la frequenza e il numero

dei controlli e il numero e la tipologia dei campioni e delle determinazioni, utilizzando i format già forniti nel 2019.

Le ATS inoltre provvederanno alla programmazione delle attività in modo da garantire:

- a seguito di audit regionale di sistema o di settore (DDUO n. 4369 del 29/03/2019), invio del conseguente Piano di azione nei tempi indicati sul report dell'audit; attuazione e invio delle evidenze del completamento delle azioni correttive;
- la formazione degli operatori: effettuazione di 1 corso di approfondimento sul Reg. UE 2017/625 e di almeno 1 corso di approfondimento su un aspetto del controllo ufficiale relativo alle procedure di sistema e/o speciali a cui deve partecipare almeno il 90% del personale addetto al CU; partecipazione agli eventi formativi organizzati a livello regionale; formazione a cascata all'interno dell'ATS in caso di partecipazione a corsi organizzati da Ministero e Regione (N.B.: La partecipazione a corsi CE – BTSF dovrà avvenire in raccordo con la UO Prevenzione); rendicontazione alla UO Prevenzione secondo il format fornito entro il 31 gennaio 2020.

Le ATS garantiranno la corretta gestione dei sistemi di Allerta alimenti regionale e iRASFF comunitario, nonché la corretta pubblicazione sul portale NSIS del Ministero della Salute degli avvisi di richiamo predisposti dagli OSA, secondo le modalità di cui alle Regole 2018.

Proseguirà infine la collaborazione con le altre Autorità Competenti in materia di sicurezza alimentare, qualità degli alimenti e repressione delle frodi, effettuando controlli congiunti nell'ambito dei prodotti vinicoli e oleari a denominazione d'origine, nel settore della ristorazione e somministrazione, delle attività etniche, della produzione primaria biologica.

7.7.1.3 Acque destinate al consumo umano

Nel Piano Integrato dei Controlli la pianificazione e programmazione dei controlli tramite sopralluogo e campionamento sono definiti in coerenza con quanto previsto dal D.Lgs. 31/2001 e s.m.i. e dalle indicazioni regionali. In particolare, i piani di campionamento devono essere programmati e attuati individuando le Zone di Approvvigionamento e le relative frequenze di campionamento, sulla base di quanto contenuto nell'allegato I parte B del DM 14 giugno 2017. Per quanto concerne i parametri, gli stessi dovranno essere programmati secondo i profili "GRUPPO A" e "GRUPPO B", concordandoli con i Laboratori di Prevenzione che eseguono le analisi. Gli esiti (compresi quelli sulle case dell'acqua) sono inseriti in Impres@-BI secondo modalità e tempistiche definite.

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. Nel corso dell'anno la UO Prevenzione effettuerà una ricognizione della predisposizione dei Piani di Sicurezza dell'Acqua già implementati dai Gestori.

In attuazione del D.Lgs. n. 28/2016 e delle indicazioni operative contenute nel DM del 2 agosto 2017, nel 2020 proseguirà l'applicazione del Programma di controllo regionale della radioattività nelle acque destinate al consumo umano, da parte delle ATS, di ARPA e dei Gestori del Servizio Idrico Integrato per le parti di rispettiva competenza, con il raccordo della UO Prevenzione.

Le ATS garantiscono inoltre la partecipazione del personale interessato a corsi organizzati da Ministero e Regione, con successiva effettuazione di formazione a cascata ai colleghi.

7.7.1.4 Laboratori di Prevenzione

Fermo restando quanto previsto nella DGR di organizzazione della Rete dei Laboratori di Prevenzione, si richiama la necessità di 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.

Nel corso del 2020 le ATS procederanno alla dismissione delle attività di ricerca su matrici umane di sostanze illecite (droghe), definendo i tempi e le modalità di tale passaggio ai laboratori delle ASST che saranno individuati dalla Direzione Generale Welfare.

7.7.2. Risorse finanziarie

Le risorse sono garantite dalla quota del fondo SSR dell'area Prevenzione per mantenimento erogazione LEA.
Inoltre, le ATS dovranno definire come intendono utilizzare nel dettaglio la cifra introitata per l'anno 2019 ai sensi del D.Lgs. 194/2008, che dovrà essere destinata al "*mantenimento, potenziamento e miglioramento dell'efficacia della programmazione e dell'attuazione del piano integrato dei controlli*" ai sensi del Reg. (CE) 882/2004.
Analogamente saranno utilizzate le risorse relative alla quota regionale destinata dallo stesso Decreto legislativo, utilizzo che sarà oggetto di specifico decreto.

7.7.3. Monitoraggio

Le azioni di monitoraggio periodico dell'attività dei SIAN e dei Laboratori di Prevenzione verranno effettuate tramite il database regionale Impres@BI, i database ministeriali (NSIS VIG, NSIS PSD, CROGM) e gli specifici format predisposti dalla UO Prevenzione.

7.7.4. Provvedimenti di futura adozione

Verranno predisposti **entro il 31 Gennaio 2020** i documenti relativi a "Programmazione regionale in materia di controlli per la sicurezza degli alimenti di origine non animale, dei materiali e oggetti destinati al contatto con gli alimenti e delle acque destinate al consumo umano a tutela del consumatore" e "Programmazione regionale dei campionamenti per il controllo ufficiale degli alimenti di origine vegetale e MOCA" (cfr. punto 4); **entro il 30 giugno 2020** verrà predisposto un documento di indirizzi regionali sulla gestione delle non conformità a seguito di controllo ufficiale per la sicurezza alimentare.

7.7.5. Temi chiave

AZIONE/INTERVENTO	TERMINE ATTUAZIONE
Verifica dell'efficacia e dell'appropriatezza dei controlli ufficiali per la sicurezza alimentare: predisposizione di una lista di riscontro per l'uniformità dell'attività di verifica a priori dei SIAN	31 marzo 2020
Alimenti vegetali e MOCA: predisposizione di un documento di indirizzi regionali sulla gestione delle non conformità a seguito di controllo ufficiale per la sicurezza alimentare	30 giugno 2020
Acque destinate al consumo umano: ricognizione della predisposizione dei Piani di Sicurezza dell'Acqua già implementati dai Gestori del Servizio Idrico Integrato	31 dicembre 2020
Riallocazione analisi droghe da ATS a ASST	31 dicembre 2020

7.8. Tutela della salute e sicurezza del lavoratore

In Lombardia, gli infortuni mortali sono cresciuti dai 42 dell'anno 2016 ai 51 nel 2018, generando un aumento del 21,4%. Il trend negativo sta caratterizzando anche il 2019. I tassi di incidenza (x 1.000) per gli infortuni denunciati in occasione di lavoro – al netto della Cassa Integrazione Guadagni e della sua reale fruizione (Fonte: Banca dati INAIL, ISTA, INPS) - hanno avuto un andamento in decrescita fino al 2017, mentre - ad oggi - si osserva se non una crescita, un mancato decremento.
A fronte dell'impegno di tutto il sistema nell'individuare misure a contrasto del fenomeno infortunistico e tecnopatico, preso atto delle proposte presentate e condivise nel corso della Cabina di regia del 28 ottobre 2019, coordinata dall'Assessore al Welfare, alla presenza del Presidente e degli Assessori alla IFL ed allo Sviluppo Economico, le ATS sono impegnate ad assumere a tempo indeterminato per i Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro il personale, ricostituendo in caso di mancato turn-over, la dotazione organica dall'anno 2016. Considerando il periodo 2016-2019, trattasi di 46 operatori equivalenti, suddivisi tra le seguenti figure professionali: Tecnico della Prevenzione, Dirigenti Medici e Dirigenti tecnici e sanitari.
All'interno della quota totale potrà trovare spazio una diversa disaggregazione delle figure professionali, assegnando valore ad una più ampia connotazione multidisciplinare del Servizio, individuata a partire da un bisogno espresso dal territorio.

Si conferma che:
a) L'attività di controllo programmata secondo i criteri di efficacia ed efficienza - nella sua più ampia accezione di assistenza e di vigilanza, intesa anche come sollecitazione alle imprese affinché sia data adeguata attuazione alle misure di tutela della sicurezza dei lavoratori - rappresenta il principale strumento con cui affrontare la tutela della salute e sicurezza del lavoratore. Si rinnova, pertanto, l'invito alle ATS ad un fermo e costante impegno all'esecuzione dei controlli, anche attraverso la ricerca di opportune sinergie di programma con le Associazioni datoriali e sindacali e con le altre Istituzioni.
b) La realizzazione dei piani mirati di controllo, ex DGR n. 164/2018 "Piano triennale straordinario di intervento in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro", rappresenta uno strumento innovativo di controllo (che potrà interessare anche le aree della sicurezza impiantistica, che consente la conduzione di processi di prevenzione volti al miglioramento delle misure generali di tutela e non alla sola verifica dell'applicazione della norma.
c) I proventi delle sanzioni anno 2017 (coi quali è finanziato il Piano triennale straordinario ex DGR n. 164/2018) saranno erogati secondo le indicazioni della Direzione Generale Welfare a completamento del secondo anno di Piano mentre i proventi delle sanzioni derivanti dall'attività dell'anno 2018 saranno utilizzati a sostenere gli interventi urgenti che la Giunta Regionale realizzerà nel 2020 a tutela della salute e sicurezza del lavoratore proposti in occasione della Cabina di regia del 28 ottobre 2019 – quali l'assunzione di Tecnici della Prevenzione con contratti a tempo determinato - che saranno sottoposti all'approvazione della Giunta Regionale.

Lasciando inalterati gli obiettivi di riduzione degli eventi infortunistici e tecnopatici, le attività di controllo si perfezionano coerentemente alla nuova definizione dell'indicatore LEA per la SSLL (controllo del 5% delle imprese attive site nel territorio di competenza) interessando anche le imprese individuali, in continuità con l'anno 2019.

7.8.1. Azioni ed interventi per l'anno 2020

Nel 2020 prenderà avvio il nuovo **Piano regionale SSL**, col quale si definiranno nuove misure di tutela del lavoratore in corrispondenza di rischi emergenti quali, ad esempio, quelli legati all'evoluzione tecnologica, all'invecchiamento della popolazione, alle violenze sui luoghi di lavoro. In particolare, per quest'ultima tematica, saranno definite specifiche linee di

indirizzo per una sua corretta individuazione, valutazione e gestione all'interno dei Documenti di Valutazione dei rischi da parte delle ASST ed in generale per tutti i settori interessati.

- Si riconferma l'obiettivo di emersione delle malattie professionali che il nuovo PNP 2020-2025 aggiornerà in continuità con l'attuale PRP 2014-2019, in particolare prosegue l'impegno per il pieno utilizzo del modulo Segnalazione delle Malattie Professionali (SMP);
- la prevenzione degli infortuni passa anche attraverso una maggiore consapevolezza dei rischi e un maggiore cultura della sicurezza obiettivi perseguibili attraverso diversi strumenti uno dei quali di riconosciuta efficacia è la narrazione di eventi realmente accaduti. Le ATS favoriscono la creazione di storie di infortunio secondo le indicazioni della Direzione Generale Welfare;
- nella logica di considerare paradigmatico il comparto sanità, le ATS verificano l'applicazione del "Core protocol per la sorveglianza sanitaria degli addetti in sanità" (Decreto della Direzione Generale Welfare n. 1697 del 09/02/2018) sulla base degli esiti relativi all'anno 2019;
- nella scelta delle priorità di intervento e nella programmazione dei piani mirati di prevenzione, le ATS utilizzano il flusso degli Allegati 3B dell'art. 40, D.Lgs 81/2008 trasmessi dai Medici Competenti, secondo le indicazioni della Direzione Generale Welfare e nella logica di offrire contributo al confronto con il Ministero della Salute che ne sta avviando l'aggiornamento anche secondo logiche più ampie.

Altresì, sulla scorta dell'esito della già richiamata Cabina di regia del 28 ottobre, le ATS si coordinano con gli Uffici Scolastici Territoriali, in collaborazione con INAIL, e sostengono la realizzazione del percorso tracciato dal documento "LA SCUOLA SICURA" (allegato alla DGR n. X/3228/2015):

- nei percorsi per le competenze trasversali e per l'orientamento (PCTO) relativamente agli istituti scolastici di secondo grado in ogni indirizzo;
- all'integrazione della competenza in SSL negli istituti scolastici di primo grado.

In generale, nella scelta delle priorità di intervento, anche attraverso la programmazione di piani mirati di prevenzione, le ATS considerano le indicazioni che la Direzione Generale Welfare fornirà attraverso il prossimo provvedimento di Giunta con il quale saranno individuate le misure urgenti per contrastare gli infortuni mortali sul lavoro.

7.8.2. Risorse finanziarie

- Ex DGR n. XI/164/2018 2° annualità € 2.414.089;
- DGR n. XI/2464/2019 "*Interventi urgenti a contrasto del fenomeno infortunistico*": con successivo decreto Direttore Generale Welfare a ATS e POLIS saranno assegnate risorse derivanti dai proventi delle sanzioni anno 2018, pari a € 8.687.848,14.

7.8.3. Monitoraggio

Il monitoraggio delle attività di prevenzione afferenti alla tematica specifica è realizzato attraverso il Sistema Informativo Regionale della Prevenzione che si compone del modulo I.M.Pre.S.@ e del modulo Person@.

7.8.4. Provvedimenti di futura adozione

- Delibera Giunta Regionale di anticipazione di alcune misure urgenti a contrasto degli infortuni negli ambienti di lavoro;
- Decreto Direzione Generale Welfare di assegnazione della seconda annualità in attuazione del Piano regionale straordinario ex DGR XI/164/2018;

- Decreto Direzione Generale Welfare di assegnazione dei proventi delle sanzioni anno 2018 in attuazione della DGR XI/2464/2019;
- Delibera di Giunta Regionale di approvazione del Piano regionale SSL.

7.8.5. Temi chiave

Azione/intervento	Termine attuazione
Redazione Piano regionale SSL 2019 - 2023	Dicembre 2020
Strutturazione di storie di infortunio	Dicembre 2020

7.9. Sicurezza chimica

La produzione europea di sostanze chimiche industriali ha raggiunto la seconda posizione a livello mondiale, preceduta dalla Cina e seguita da Stati Uniti, Giappone e America Latina. L'Italia rimane quindi il terzo produttore europeo di sostanze chimiche e il decimo a livello mondiale.
Per quanto riguarda la regolamentazione sulle sostanze chimiche, l'UE, attraverso il Regolamento (CE) 1907/2006, denominato Regolamento REACH, e il Regolamento (CE) regolamento (CE) n. 1272/2008, denominato CLP, ha messo a punto un ambizioso programma per la gestione dei rischi derivanti dalla produzione e dall'uso di sostanze chimiche. I Regolamenti hanno lo scopo di garantire la protezione della salute umana e dell'ambiente, assicurando allo stesso tempo, la libera circolazione delle sostanze e promuovendo la competitività e l'innovazione dell'industria chimica europea.
La regolamentazione sui biocidi, sugli inquinanti organici persistenti, sui fitosanitari, sugli agenti cancerogeni e mutageni, sui rifiuti, sui cosmetici etc., completano l'azione europea la volta a migliorare il funzionamento del mercato interno dell'UE, garantendo, al contempo, un elevato livello di tutela della salute umana e dell'ambiente. A livello nazionale la corretta applicazione e il rispetto della normativa europea in materia di sostanze chimiche è realizzata attraverso la programmazione e l'organizzazione dei controlli ufficiali da parte delle amministrazioni dello Stato in accordo con le Regioni e le proprie articolazioni territoriali.

7.9.1. Azioni ed interventi per l'anno 2020

Il processo, avviato a livello europeo, di uniformità delle attività di controllo sulle sostanze chimiche deve comportare un'evoluzione delle modalità di controllo da frammentarie e settoriali a univoche. Il rischio chimico, ovvero la probabilità che si raggiunga il potenziale nocivo nelle condizioni di utilizzazione o esposizione, deve trovare modalità univoche nella sua analisi e nell'individuazione di misure di protezione, indipendentemente dal settore/comparto di attività in cui si esplica il controllo.
Per gli specifici ambiti è previsto:

7.9.1.1 Reach e CLP

Piano Nazionale REACH e CLP: le ATS realizzano gli interventi previsti dal Piano nazionale delle attività di controllo sull'applicazione dei Regolamenti (CE) n. 1907/2006 (REACH) e(CE) n. 1272/2008 (CLP) sulla base degli indirizzi regionali e tenuto conto del proprio contesto socioeconomico, territoriale ed ambientale al fine di individuare le priorità di intervento.

I diversi servizi del DIPS, impegnati nei controlli nei diversi settori, cooperano onde assicurare un'applicazione trasversale della normativa sulle sostanze chimiche perseguendo gli obiettivi generali definiti dalla programmazione nazionale e regionale, ma altresì dettata dal manifestarsi di casi sentinella o comunque di eventi puntuali. In questa logica, le ATS, perseguono una fattiva collaborazione con altri soggetti istituzionali coinvolti nei controlli sulle sostanze chimiche, in particolare con i CAV nell'affrontamento delle emergenze segnalate; ARPA anche in un'ipotesi di vigilanza coordinata ove ricorra interazione delle competenze in materia di salute e ambiente

7.9.1.2 Prodotti fitosanitari: controlli sul commercio e sull'impiego

L'attività di vigilanza e controllo in commercio e presso gli utilizzatori finali è condotta nel rispetto delle indicazioni specifiche che annualmente il Ministero della salute trasmette alle Regioni.
Alla luce dell'iter di approvazione del nuovo Piano d'Azione nazionale (PAN) saranno individuate azioni specifiche di competenza, in particolare per gli aspetti relativi alla tutela della popolazione e dei gruppi vulnerabili in occasione di utilizzo prodotti fitosanitari all'interno delle aree dagli stessi frequentate e nella vicinanza di abitazioni.

7.9.1.3 Prodotti cosmetici

Alla luce di quanto previsto dal Regolamento CE n. 1223/2009 (art.8 e art.22) per i prodotti cosmetici e delle recenti Linee guida Regionali di cui al Decreto n. 9268 del 26/06/2019, le ATS – secondo indicazioni regionali già in parte veicolate tramite lo specifico corso di formazione svoltosi presso Polis nell'ottobre 2019 e che la Direzione Generale Welfare formalizzerà con specifiche note nella logica di garantire uniformità di approccio, metodo e tempistica sul territorio da parte dei Servizi di Igiene Pubblica - effettuano controlli in regime di audit presso i fabbricanti di prodotti cosmetici, presenti nel territorio di competenza, per la valutazione delle Pratiche di Buona Fabbricazione dei cosmetici (GMP).
A supporto dell'attività di vigilanza e sorveglianza, il Sistema Impres@ verrà integrato con le informazioni relative ai siti di produzione dei prodotti cosmetici attraverso la raccolta strutturata e organizzata delle comunicazioni di cui all'art. 9, comma 1 del Decreto del Ministro della Salute 27 settembre 2018. Ciò consentirà di disporre di un registro, aggiornato in tempo reale dei siti di produzione dei cosmetici presenti sul territorio, rendendo immediatamente fruibili le informazioni agli organi di vigilanza territorialmente competenti e ne assicurerà l'archiviazione e la gestione secondo criteri di economia, completezza e razionalità. L'utilizzo della modalità di invio informatizzata – disposta con Decreto di prossima emanazione -perfezionerà la notifica della Scheda in forma cartacea tramite raccomandata A/R ovvero tramite posta elettronica certificata. I Servizi ISP garantiscono il presidio territoriale, attraverso le relazioni con le Associazioni di categoria, affinché i soggetti obbligati ottemperino all'obbligo di comunicazione secondo le indicazioni regionali per il popolamento del registro informatizzato.

7.9.1.4 Prodotti biocidi

A livello centrale è in corso di definizione l'organizzazione dei controlli ufficiali sui Biocidi attraverso l'avvenuta sottoscrizione dello specifico Accordo Conferenza Stato-Regioni n. 213/2017 e l'istituzione del gruppo di lavoro "Controlli ufficiali sui prodotti biocidi". Il recepimento dell'accordo biocidi consentirà di dare operatività e uniformità di applicazione sul territorio regionale a quanto in esso previsto mantenendo in capo a Regione il ruolo di Autorità per i controlli sui biocidi.

7.9.1.5 Attività Centri Antiveleni (CAV)

Stante l'azione del Ministero della Salute tesa ad uniformare, perfezionandola, la rendicontazione delle prestazioni e i flussi dei CAV, nell'ambito dell'attività di prevenzione e controllo in materia di sostanze chimiche, la Direzione Generale Welfare si impegna ad una revisione dell'articolazione dei centri antiveleni della Lombardia favorendo un raccordo strutturato tra gli stessi, la Regione e il Ministero.

7.9.1.6 Prevenzione e controllo rischio amianto

Proseguono le azioni a tutela del cittadino e del lavoratore nell'area della prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro. In particolare, si segnala:

- Conformemente alle indicazioni già fornite dalla Direzione Generale Welfare, i Servizi di Igiene Pubblica delle ATS proseguono nel supporto ai Comuni nella rilevazione, entro il **28/02/2020**, tramite Ge.MA, della presenza sul territorio di tubazioni di cemento-amianto nelle reti di distribuzione di acqua potabile; altresì, verificano la qualità del dato rilevato;
- Le ATS e le UOOML daranno applicazione a quanto disposto con Delibera di Giunta Regionale, n. XI/2214 dell'8 ottobre 2019 (pubblicata sul BURL S.O. n. 43 del 21 ottobre 2019 a recepimento dell'Intesa tra Stato e le Regioni (Rep. Atti n. 39/CSR del 22/02/2018) per l'adozione del protocollo di sorveglianza sanitaria dei lavoratori ex esposti ad amianto. L'esito delle attività sarà valutato a seguito di analisi dei dati raccolti attraverso il flusso 28/SAN e il Sistema Informativo Regionale (Persona@ - Ma.P.I.).

7.9.2. Monitoraggio

Il monitoraggio delle attività di prevenzione afferenti alla tematica specifica è realizzato attraverso il Sistema Informativo Regionale della Prevenzione che si compone del modulo I.M.Pre.S.@ e del modulo Person@.

7.9.3. Provvedimenti di futura adozione

- Indicazioni per standardizzare le modalità di effettuazione degli audit in materia di cosmetici;
- Atto di recepimento dell'Accordo CSR 213/2017 sul controllo dei prodotti biocidi;
- Determinazioni in relazione ai CAV al fine di migliorare e razionalizzare la capacità di offerta di servizi/prestazioni a soggetti sia pubblici sia privati e di collaborazione con le ATS nell'attività di prevenzione e controllo in materia di sostanze chimiche;
- Ulteriori indicazioni in ordine al recepimento del nuovo Protocollo di sorveglianza sanitaria per gli ex esposti all'amianto: DGR n. XI/2214 del 11 ottobre 2019.

7.9.4. Temi chiave

Azione/intervento	**Termine attuazione**
Indicazioni per standardizzare le modalità di effettuazione degli audit in materia di cosmetici.	Dicembre 2020
Atto di recepimento dell'Accordo CSR 213/2017 sul controllo dei prodotti biocidi	Dicembre 2020
Determinazioni in relazione alla rete dei CAV	Dicembre 2020
Integrazione Impres@ con informazioni siti di produzione dei cosmetici	Dicembre 2020
Indicazioni operative in ordine al recepimento dell'Intesa tra Stato e le Regioni (Rep. Atti n. 39/CSR del 22/02/2018)	Dicembre 2020

7.10. Ambienti di vita

Le ATS erogano servizi e svolgono attività per la prevenzione dei fattori di rischio presenti negli ambienti di vita o connessi con l'inquinamento ambientale. La finalità generale è assicurare la tutela della salute collettiva del cittadino e del consumatore.

7.10.1. Azioni ed interventi per l'anno 2020

7.10.1.1 Acque di balneazione

Prosegue l'attività di controllo e di campionamento secondo le indicazioni ministeriali ed in coerenza con quelle europee. Evidenza dell'attività svolta è data dall'implementazione puntuale e rispettosa degli indirizzi forniti dal Ministero della Salute del Portale Acque. In particolare, in esito alla verifica sul caricamento puntuale e corretto delle Ordinanze Sindacali – parte integrante delle nuove indicazioni per l'anno in corso – i Servizi ISP riceveranno indicazioni operative tese a superare l'eventuale gap, supportando ulteriormente i Comuni. La Direzione Generale Welfare fornirà, in conformità con gli obiettivi già assegnati, indirizzi distinti per territorio volti anche ad ampliare i punti in studio

7.10.1.2 Piscine

A fronte dell'esigenza di perfezionare l'anagrafica inserita in IMPreS@ al fine dell'integrazione dei dati per prevenire e monitorare i rischi ambientali per la legionella, la Direzione Generale Welfare fornirà indicazioni per la georeferenziazione degli impianti.

7.10.1.3 Monitoraggio aerobiologico pollini

Nel 2019 è stato attivato il "Gruppo di lavoro monitoraggio aerobiologico" (Decreto della Direzione Generale Welfare n. 9271 del 26/06/2019) al fine di coordinare le attività condotte dai Centri di monitoraggio aerobiologico Lombardi. Saranno resi disponibili indicazioni tecniche cui uniformare le attività di informazione/formazione/divulgazione degli esiti del campionamento stesso.

7.10.1.4 Prevenzione delle esposizioni al gas Radon

In esito alla survey annuale rivolta ai Comuni, la Direzione Generale Welfare aggiornerà i dati della "Relazione 2019" e fornirà indicazioni puntuali ai singoli territori ATS per incrementare l'adozione delle misure di prevenzione gas radon.

7.10.1.5 Regolamento Edilizio

Con DGR n. XI/695/2018 è stata recepita l'Intesa del 20 ottobre 2016 tra il Governo e le Regioni (ex art.4 c.1 sexies, DPR n. 380/2001) ed è stato approvato l'indice dello schema di Regolamento Edilizio Tipo (RET) regionale.
La Direzione Generale Welfare, con il supporto delle ATS, nell'ambito del Gruppo di Lavoro regionale già istituito presso la DG Territorio, di interfaccia con ANCI Lombardia, sviluppa il contenuto degli articoli del RET che hanno connotazione igienico-sanitaria.

7.10.2. Monitoraggio

Il monitoraggio è realizzato attraverso:

- il Sistema Informativo Regionale della Prevenzione che si compone del modulo I.M.Pre.S.@ e del modulo Person@;
- Survey dedicata al recepimento nei regolamenti edilizi comunali delle disposizioni per la tutela dall'esposizione al gas radon negli ambienti indoor;
- Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) e del Ministero della Salute, il Portale Acque per il monitoraggio della qualità delle acque di balneazione.

7.10.3. Tavoli di Lavoro

Tavolo interistituzionale per la redazione del Regolamento regionale Attività funebre in attuazione dell'art. 76 della lr n. 4/2019.

7.10.4. Provvedimenti di futura adozione

Attività funebre ex lr n. 4/2019: DGR di approvazione del Regolamento regionale.

7.10.5. Comunicazione

Monitoraggio aerobiologico pollini: pubblicazione del Bollettino Pollinico uniforme per tutti i Centri di monitoraggio e, conseguentemente, uniformità nelle informazioni che le ATS pubblicano sul proprio sito web.

7.10.6. Temi chiave

Azione/intervento	**Termine attuazione**
Regolamento regionale attività funebre ex lr. 4/2019, art. 76	Dicembre 2020

7.11. Salute e ambiente

L'integrazione delle attività tra il settore ambientale e quello sanitario è di importanza fondamentale per proteggere la salute dai rischi derivanti dalla contaminazione ambientale e per garantire luoghi abitativi e di lavoro che tutelino la salute dei residenti e dei lavoratori. In Italia numerosi strumenti consentono di avere il monitoraggio degli effetti sulla salute dell'esposizione a diverse fonti di inquinanti, con una particolare attenzione alle possibili diseguaglianze di genere e sociali di tali effetti. Non si può ignorare tuttavia che sui temi ambiente e salute si registrino ancora numerosi aspetti critici con particolare riferimento all'attribuzione delle competenze, alla formazione generale e alle differenze interregionali.

7.11.1. Azioni ed interventi per l'anno 2020

Le azioni intendono consolidare il coordinamento delle componenti istituzionali sul tema Ambiente e Salute attraverso il coinvolgimento e lavoro congiunto delle strutture sanitarie e ambientali: strumento è la definizione di un protocollo d'intesa tra Regione Lombardia e Arpa Lombardia con la finalità di convergere su obiettivi comuni secondo criteri di reciprocità negli ambiti di interazione tra l'ambiente e la salute umana. L'Accordo Quadro definisce le aree progettuali e le modalità di collaborazione da cui discendono accordi attuativi/operativi specifici per territorio promossi dalle singole ATS.

Nella logica di avviare lo studio di fattibilità di un Sistema Informativo che coniughi i dati ambientali ed i dati sanitari, nel 2020 si intende realizzare l'integrazione tra il catasto delle torri di raffreddamento/condensatori evaporativi georiferiti e l'applicativo Malattie infettive (MAINF), nonché l'anagrafe degli assistiti, al fine di rispondere in via prioritaria alle esigenze di monitorare ai fini della prevenzione i rischi ambientali per la legionella. In questo contesto, al fine di promuovere la rilevazione della presenza sul territorio degli impianti nonché di supportare i Comuni nella gestione Catasto, la Direzione Generale Welfare sta sviluppando un applicativo web - sarà reso disponibile in tempo utile al rispetto della scadenza del 28 febbraio - che consentirà l'invio online al Comune delle Schede da parte dei responsabili degli impianti, ovvero la realizzazione del Catasto aggiornato in tempo reale e l'immediata fruibilità delle informazioni ai Servizi IP. Lo sviluppo del Sistema Informativo rappresenta la base per la miglior definizione di un programma di controllo presso le aziende/strutture

potenzialmente a rischio per la cui conoscenza è necessario il coinvolgimento delle relative associazioni di categoria. (In questa logica, un'ulteriore ipotesi di studio potrà essere la georeferenziazione delle stazioni di monitoraggio aerobiologico come strumento di supporto nelle azioni di prevenzione in tema allergopatie).
Le procedure di valutazione di impatto ambientale, ex DGR n. X/4792 del 08/02/2016 Approvazione delle «Linee guida per la componente salute pubblica negli studi di impatto ambientale e negli studi preliminari ambientali», rappresentano lo strumento operativo adottato a livello ragionale, ad applicazione obbligatoria per tutti i progetti sottoposti ex l.r. 5/2010 alla procedura di VIA regionale o di verifica di assoggettabilità (comprese le opere/progetti per le quali siano previsti da specifiche delibere regionali metodi semi-quantitativi) e consigliata ai proponenti degli studi di impatto ambientali di progetti/opere la cui valutazione sia di competenza del Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio e del mare per i quali sia richiesto/previsto il parere della Regione Lombardia.
Con DM 27/03/2019 sono state approvate "Linee guida per la valutazione di impatto sanitario di programmi e progetti di competenza statale" che possono rappresentare un modello di riferimento anche per programmi e progetti di rilevanza regionale, onde consentire un'uniforme metodologia di valutazione a livello nazionale. Fermo restando la presa d'atto delle linee guida nazionali, quale mutuato sviluppo dell'obiettivo 8.7.1 delle "Regole 2019", verrà istituito un gruppo di lavoro per l'analisi dell'applicabilità delle stesse su scala regionale.

Per le emergenze ambientali si conferma l'impegno da parte delle ATS nell'offerta di formazione del personale dei DIPS per garantire uniformità di intervento, anche in esito a lavori di adeguamento ed aggiornamento dei manuali di Guardia Igienica Preventiva (GIP) sulla scorta di valutazioni congiunte effettuate con ARPA, AREU e VVF. Sul tema si ravvisa l'esigenza di un intervento di riordino delle procedure operative che coinvolgono le ATS legate alla gestione del rischio bioterrorismo, revisione del DDG n. 10827/2014.

7.11.2. Monitoraggio
Il monitoraggio delle attività è realizzato attraverso il Sistema Informativo Regionale della Prevenzione che si compone del modulo I.M.Pre.S.@ e del modulo Person@.

7.11.3. Tavoli di Lavoro
Istituzione di un gruppo di lavoro per l'analisi dell'applicabilità delle LG VIS su scala regionale.

7.11.4. Provvedimenti di futura adozione
- Protocollo d'intesa tra Regione Lombardia e Arpa Lombardia con la finalità di convergere su obiettivi comuni secondo criteri di reciprocità negli ambiti di interazione tra l'ambiente e la salute umana;
- Presa d'atto delle Linee guida per la valutazione di impatto sanitario di programmi e progetti di competenza statale approvate con DM 27 marzo 2019;
- Istituzione di un gruppo di lavoro per l'analisi dell'applicabilità delle LG VIS su scala regionale;
- Integrazione tra il Catasto delle torri di raffreddamento - condensatori evaporativi georiferito e l'applicativo Malattie infettive (MAINF) al fine di rispondere in via prioritaria alle esigenze di prevenire e monitorare i rischi ambientali per la legionella;
- Revisione del DDG 10827/2014 in materia di bioterrorismo.

7.11.5. Temi chiave

AZIONE/INTERVENTO	TERMINE ATTUAZIONE
Protocollo Regione-Arpa in tema salute ambiente	Dicembre 2020
Istituzione GDL Salute e Ambiente	Dicembre 2020
realizzazione dell'integrazione tra il Catasto delle torri di raffreddamento/condensatori evaporativi georiferiti e l'applicativo Malattie infettive (MAINF) + stazioni aerobiologia	Dicembre 2020
Revisione del D. 10827/2014 in materia di bioterrorismo	Dicembre 2020

8. AREA VETERINARIA

Gli ambiti di attività codificati dalle Regole 2020 riguardano i seguenti aspetti:

8.1. Governance della sanità pubblica veterinaria

Le azioni messe in atto sono tese a 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.

8.1.1. Azioni ed interventi per l'anno 2020

a) Programmazione dell'attività delle ATS secondo il nuovo sistema di garanzia LEA e degli obiettivi strategici e vincolanti del Piano Regionale Integrato della Sanità Pubblica Veterinaria 2019-2023, con il supporto scientifico del Dipartimento di Medicina Veterinaria dell'Università degli Studi di Milano.
b) attuazione in tutte le ATS del progetto di digitalizzazione dei documenti afferenti al controllo ufficiale sperimentato nel 2019;
c) razionalizzazione e corretta allocazione delle risorse presso tutti i Dipartimenti Veterinari delle otto ATS Lombarde secondo il modello di *benchmarking* inter-distrettuale sperimentato nel corso del 2019, seguendo le indicazioni che saranno impartite dalla U.O. Veterinaria;
d) trasparenza del report dell'attività di controllo e corretta informazione al consumatore attraverso l'impiego di tecnologia *blockchain,* secondo le indicazioni che saranno impartite dalla U.O. Veterinaria in collaborazione con la DG Innovazione;
e) attivazione del nuovo Sistema Informativo Veterinario Integrato, secondo le indicazioni che verranno fornite dalla U.O. Veterinaria.
f) attivazione dell'Osservatorio Epidemiologico Veterinario Regionale presso l'IZSLER, con la definizione del profilo organizzativo, degli obiettivi di mandato e delle procedure operative a supporto dell'attività regionale.

8.1.2. Tavoli di Lavoro

Attivazione di un gruppo con i referenti degli otto Dipartimenti Veterinari per condividere il progetto di digitalizzazione degli atti afferenti al controllo ufficiale per l'applicazione di un

benchmarking inter-distrettuale con i Dipartimenti Veterinari delle AA.TT.SS. di Bergamo, Insubria e Brianza. Nel corso del 2020 verrà esteso anche agli altri Dipartimenti.
Attivazione di un gruppo di lavoro, composto da UO Veterinaria, dalle ATS, ARIA e IZSLER per lo studio di fattibilità di allineamento delle banche dati.

8.1.3. Provvedimenti di futura adozione

Circolari regionali di programmazione dell'attività 2020 e degli audit di sistema. Provvedimento di stanziamento fondi del d. lgs 194/2008 per il progetto di dematerializzazione.

8.1.4. Comunicazione

Informazione al consumatore di tutti i dati relativi al controllo ufficiale dell'intera filiera dei prodotti di origine animale, attraverso l'impiego di tecnologia *blockchain*.

8.2. Gestione delle emergenze epidemiche e non epidemiche

Per garantire l'efficienza e l'efficacia degli interventi i Dipartimenti Veterinari e Sicurezza degli Alimenti di Origine Animale delle AATTSS devono elaborare e aggiornare specifici piani di intervento per le emergenze epidemiche e non epidemiche che tengano conto del contesto epidemiologico, territoriale e organizzativo.

8.2.1. Azioni ed interventi per l'anno 2020

I Dipartimenti Veterinari e Sicurezza degli Alimenti di Origine Animale sono tenuti ad aggiornare le proprie procedure operative del controllo ufficiale sulla base delle nuove linee guida aggiornate della D.G. Welfare.

8.2.2. Provvedimenti di futura adozione

Con decreto saranno emanate le "Linee Guida per la gestione delle emergenze epidemiche e non epidemiche dei Dipartimenti Veterinari e Sicurezza Alimenti di Origine Animale", che saranno pubblicate sul B.U.R.L. e sul portale istituzionale della D.G. Welfare.

8.3. Sanità animale

Regione Lombardia possiede un patrimonio zootecnico importante. È quindi prioritario assicurare il mantenimento dell'attuale stato di indennità del Territorio nei confronti delle principali malattie, al fine di salvaguardare le filiere agro-zootecniche e la fauna selvatica. La crescente sensibilità dell'opinione pubblica riguardo gli animali d'affezione e il ruolo da loro ricoperto nel contesto sociale richiede un sempre maggiore impegno della Sanità Pubblica Veterinaria per tutelarne il benessere, prevenire il randagismo e le malattie zoonosiche.

8.3.1. Azioni ed interventi per l'anno 2020

a) Innalzamento del livello sanitario degli allevamenti individuando procedure che definiscano le attività che dovranno essere attuate dai Dipartimenti Veterinari e dagli OSA, al fine di gestire in modo efficace la presenza in allevamento di patogeni di interesse di Sanità Pubblica. Tali procedure dovranno essere individuate con il supporto tecnico scientifico dell'Università degli Studi di Milano e dell'IZSLER e condivise con il Ministero della Salute; i Dipartimenti Veterinari delle ATS dovranno garantirne l'applicazione sul territorio regionale, anche tramite una adeguata attività di informazione e formazione;

b) applicazione, da parte dei Dipartimenti Veterinari delle ATS, in accordo anche con l'Organismo Pagatore Regionale, delle nuove procedure definite per la razionalizzazione e semplificazione dei controlli tesi a verificare il rispetto della normativa in materia di identificazione e registrazione degli animali;
c) attuazione dei Piani locali da parte dei Dipartimenti Veterinari secondo le modalità codificate dal nuovo Piano Triennale regionale per la Prevenzione del Randagismo e la Tutela degli Animali d'Affezione e dal piano Leishmania, che verrà emanato con apposita circolare;
d) attuazione della Procedura per il prelievo dei campioni di tessuto nervoso, in conformità a quanto specificato nel decreto n. 9928 del 05/07/2019, per la sorveglianza delle Encefalopatie Spongiformi Trasmissibili (EST), BSE e Scrapie, in bovini, bufalini, ovini e caprini, al fine di migliorare la qualità del campione e del campionamento.
e) Integrazione della sorveglianza sulla fauna selvatica, volta alla prevenzione delle malattie di interesse zoonosico e zootecnico, con ricerche analitiche sui contaminanti ambientali, al fine di un monitoraggio del territorio lombardo.
Tale attività viene effettuata d'intesa con le altre Direzioni competenti in materia ambientale

8.3.2. Risorse finanziarie

Relativamente all'attuazione del Piano Regionale Triennale per la prevenzione del randagismo e la tutela degli animali d'affezione è stata stanziata la cifra complessiva di 1.215.000,00 euro, di cui 15.000 euro per gli interventi della Regione.

8.3.3. Tavoli di Lavoro

Attivazione di un gruppo di lavoro, composto da rappresentanti di UO Veterinaria, ATS, Università degli Studi di Milano e IZSLER, al fine di definire linee guida per la gestione di specifici patogeni (es. Salmonella).

8.3.4. Provvedimenti di futura adozione

Le attività di cui sopra saranno formalizzate tramite l'emanazione di specifiche linee guida e piani regionali con circolare/decreto.

8.3.5. Comunicazione

Attività di educazione sanitaria e zoofila a favore dei portatori di interesse inclusi i cittadini finalizzata a migliorare il rapporto tra cittadini ed animali d'affezione.

8.4. Sicurezza alimentare

Il 14 Dicembre 2019 entra in applicazione il Reg (UE) n. 2017/625 relativo ai controlli ufficiali e alle altre attività ufficiali effettuati per garantire l'applicazione della legislazione sugli alimenti e sui mangimi, delle norme sulla salute e sul benessere degli animali, sulla sanità delle piante nonché sui prodotti fitosanitari che abroga e modifica numerose altre disposizioni comunitarie.
L'applicazione del nuovo regolamento costituisce un'importante occasione per procedere alla rivalutazione delle procedure e degli strumenti di controlli sin qui adottati in applicazione dei Regolamenti del cosiddetto "pacchetto igiene".

8.4.1. Azioni ed interventi per l'anno 2020

a) I servizi veterinari delle ATS dovranno assicurare una adeguata diffusione delle linee guida interpretative della Legge alimentare e predisporre l'attività di controllo conforme al nuovo regolamento.

La diffusione delle linee guida presso gli operatori economici del settore alimentare può avvenire in coordinamento con le associazioni di categoria, le camere di commercio e ogni altra organizzazione che operi a supporto degli OSA a livello territoriale.

b) attivazione, con le associazioni di categoria, di un sistema integrato di supporto alle imprese finalizzato all'export degli alimenti di origine animale verso Paesi Terzi, per quanto attiene i requisiti igienico sanitari che l'OSA deve conseguire e le certificazioni richieste dai Paesi di destinazione.

8.4.2. Tavoli di Lavoro

Attivazione di un gruppo di lavoro, composto da rappresentanti di U.O. Veterinaria, AA.TT.SS., associazioni di categoria per l'aggiornamento delle linee guida regionali in conformità al nuovo Regolamento di prossima applicazione.

8.4.3. Provvedimenti di futura adozione

Le Linee guida verranno emanate con provvedimento regionale e verranno diffusamente presentate agli operatori del settore alimentare, quali primi responsabili della sicurezza e dell'integrità degli alimenti; i consumatori saranno i primi beneficiari di tale miglioramento.

8.5. Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche

Particolare attenzione varrà data al benessere degli animali e all'impiego del farmaco veterinario, con specifico riguardo al fenomeno della resistenza agli antimicrobici e alla gestione sanitaria degli allevamenti intensivi.

8.5.1. Azioni ed interventi per l'anno 2020

Le ATS, con la collaborazione dell'Università degli Studi di Milano e dell'IZSLER, dovranno dare piena attuazione al Piano Regionale di contrasto all'antimicrobicoresistenza incentivando, da parte dei portatori di interesse, l'adozione di protocolli atti a raggiungere gli obiettivi del Piano in un'ottica di *One Health*, con il coinvolgimento a livello territoriale della medicina umana.

8.5.2. Monitoraggio

Verifica delle attività svolta dalle ATS, anche tramite l'utilizzo degli applicativi informatici regionali e tramite l'esecuzione di audit di settore.

8.6. Temi chiave

AZIONE/INTERVENTO	TERMINE ATTUAZIONE	RISORSE FINANZIARIE
1. Governance della sanità pubblica veterinaria	31/12/2020	650.000
2. Gestione delle emergenze epidemiche e non epidemiche - Predisposizione aggiornamento delle Linee guida - Aggiornamento da parte dei DVSAOA delle Procedure Operative per la gestione delle emergenze epidemiche e non epidemiche	 31/03/2020 30/11/2020	--
3. Sanità animale	31/12/2020	--

- Linee guida gestione patogeni, Piano Sperimentale Leishmaniosi, Indicazioni operative per il monitoraggio inquinanti ambientali nella fauna selvatica - Verifica fattibilità utilizzo diretto applicativi ministeriali per gestione anagrafi zootecniche - Piano regionale triennale degli interventi di educazione sanitaria e zoofila, di controllo demografico della popolazione animale	36 mesi dall'approvazione dei piani locali	1.200.000
4. Sicurezza alimentare	31/12/2020 redazione e diffusione delle LLGG Anni seguenti: loro applicazione	--
5. Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche	31/12/2020	--

9. AZIONI INTEGRATE U.O. VETERINARIA E U.O. PREVENZIONE

Le malattie trasmesse dagli alimenti, seppure abbiano un impatto apparentemente minore sulla popolazione generale rispetto ad altre patologie, causano ogni anno danni importanti in termini di danni alla salute (ricoveri, inabilità temporanee e/o permanenti, decessi etc) ed economici (perdita di prodotti, calo delle vendite).

La rapida individuazione della fonte primaria della malattia e dei fattori favorenti che ne determinano e facilitano l'istaurarsi e il diffondersi costituisce quindi una esigenza sia al fine di limitare i danni di cui sopra, sia di acquisire nuove conoscenze/informazioni e di predisporre misure preventive più efficaci. Questo è valido sia nel caso di agenti di malattia già noti (per esempio Salmonella), sia quando ci si trovi a d affrontare situazioni meno conosciute (patogeni emergenti o patogeni "tradizionali" che si manifestano tramite modalità di diffusione diverse da quelle note o con sintomatologie diverse). Regione Lombardia rappresenta un contesto epidemiologico particolarmente complesso per la presenza, al suo interno, sia di realtà produttive importanti, spesso di grosse dimensioni, nel campo della produzione primaria e industriale sia di numerosissime attività di dimensioni modeste o addirittura famigliari, spesso a carattere artigianale. La popolazione, circa 10 milioni di abitanti, è principalmente concentrata in comuni di media grandezza demografica (circa il 65% della popolazione vive in aree metropolitane pedemontane o di pianura) ed è caratterizzata da grande mobilità giornaliera sia intraregionale, sia extraregionale. Quest'ultima caratteristica fa sì che, da un punto di vista epidemiologico la nostra regione debba essere considerata come integrata in un bacino più ampio che include aree delle regioni circostanti (novarese, piacentino, parmense, veronese, Canton Ticino, ecc.)

La complessità della situazione e la necessità di riposte rapide ed efficaci nel caso in cui si sospetti un focolaio di malattia alimentare, comporta che venga attivata una serie di misure e modalità di collaborazione molto stretta tra servizi con competenze diverse – Medicina Preventiva delle Comunità (MPC), Igiene degli Alimenti di O.A. (SIAOA), Sanità

Animale (SSA), Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN) – così da permettere una rapida individuazione e controllo della/e fonte/i del focolaio.

Alcuni degli strumenti necessari alla piena operatività del sistema sono già in essere (per esempio, sistema di sorveglianza e reportistica delle malattie infettive, comprese quelle di probabile origine alimentare) altre sono da integrare (per esempio, banche dati di competenza dei servizi veterinari e medici territoriali, degli ospedali ecc.) altre ancora sono da costruire (per esempio, rete di laboratori in grado di condurre l'analisi genomica degli isolati).

Considerata l'integrazione di Regione Lombardia in un contesto territoriale più ampio e la forte mobilità dei cittadini Lombardi anche fuori regione, è necessario promuovere la collaborazione non solo tra enti presenti nel territorio regionale (ATS, ASST; Laboratori IZSLER, Università, ecc.), ma anche con enti di altre Regioni, nazionali (Ministero della Salute, ISS) e comunitari (ECDC, EFSA), in modo da assicurare l'efficace copertura del territorio regionale.

La prima fase del progetto, che dovrà necessariamente estendersi su più anni, consiste nella ricognizione delle risorse disponibili nel territorio regionale, della loro integrazione e delle eventuali attività già in essere e delle criticità osservate.

La messa in comune dei dati disponibili, dopo avere definito i criteri di accesso ai diversi sistemi di sorveglianza attiva e passiva nel campo della sanità umana, animale e degli alimenti, rappresenta un importante obiettivo che deve accompagnarsi, per essere efficace, alla costruzione di un sistema di elaborazione e interpretazione dei dati in grado di dare loro significanza.

La costituzione di equipe di indagine stabili che raccolgano competenze differenti in grado di esaminare i dati rinvenienti dai possibili focolai di malattia a trasmissione alimentare rappresenta un passaggio fondamentale al fine del successo del progetto. Tali gruppi dovrebbero raccogliere tutte le professionalità presenti a livello di ente territoriale ed essere aperti alla collaborazione di altre professionalità che, di volta in volta, si dovessero rendere necessarie al fine della conduzione degli approfondimenti.

9.1. Risorse finanziarie

Nella prima fase di sviluppo, verranno impiegate le risorse già disponibili a livello regionale di ATS e ASST. Successivamente, in funzione del grado di approfondimento che vorrà raggiungere nelle indagini, potrebbe essere necessario un potenziamento della capacità di laboratorio con particolare riguardo al sequenziamento genomico degli isolati in corso di MTA.

9.2. Monitoraggio

Verifica da parte di Regione Lombardia dei report dedicati ai casi di focolai di MTA redatti dalle ATS, verifica del report annuale previsto dalle azioni (vedi tabella).

9.3. Tavoli di lavoro

Attivazione di gruppo di lavoro regionale dedicato alle MTA per l'orientamento delle attività di indagine epidemiologica che coinvolgono i servizi del DIPS e del Dipartimento Veterinario.

9.4. Provvedimenti di futura adozione

Nel corso del 2020 verranno fornite indicazioni per

- Standardizzare le modalità di rendicontazione nei database dedicati in modo da rendere tracciabili tra loro le attività legate all'inchiesta epidemiologica in relazione ad un caso e i diversi controlli effettuati;
- L'attivazione di team multidisciplinari presso le ATS dedicati alla risoluzione di focolai o casi complessi di MTA e all'analisi epidemiologica dei dati del territorio.

9.5. Temi chiave

AZIONE/INTERVENTO	TERMINE ATTUAZIONE
Attivazione gruppo di lavoro regionale con ATS	Giugno 2020
Messa in comune dei dati disponibili nei diversi applicativi aziendali: definizione di modalità di condivisione: invio indicazioni regionali da parte di Regione Lombardia in relazione anche agli adempimenti regionali (debito informativo EFSA)	Luglio 2020
Messa in comune dei dati disponibili nei diversi applicativi aziendali: definizione di modalità di condivisione: evidenza di compilazione database	Dicembre 2020
Attivazione di team multidisciplinari dedicati alle di MTA: invio indicazioni regionali da parte di Regione Lombardia	Luglio 2020
Attivazione di team multidisciplinari dedicati alle di MTA: evidenza nei report dedicati a focolai di mta dell'attivazione di un tavolo multidisciplinare, report annuale condiviso di analisi epidemiologica locale delle MTA	Dicembre 2020

10. RICERCA, INNOVAZIONE E SAPERE SCIENTIFICO

10.1. Ricerca

La ricerca e l'innovazione costituiscono leve strategiche per mantenere ed accrescere l'eccellenza del Sistema Sociosanitario lombardo. In ragione di ciò, la Direzione Generale Welfare continuerà a sostenere il finanziamento di progetti di ricerca di ambito sanitario e sociosanitario tramite bandi a gestione diretta regionale ed attraverso i bandi della Fondazione Regionale per la Ricerca Biomedica (FRRB).
Nel 2020 saranno pertanto destinati fino a 4.000.000 euro per bandi direttamente gestiti dalla Direzione Generale Welfare e rivolti ad enti del SSR.
Al finanziamento delle attività di ricerca previste dal Piano d'Azione 2020 della FRRB saranno invece destinati 26.000.000 euro, di cui 1.000.000 euro volti a remunerare i costi di funzionamento della Fondazione e 1.800.000 euro vincolati per il cofinanziamento regionale dei programmi di rete all'interno del nuovo Bando ministeriale di Ricerca Finalizzata 2020.
Il Piano d'Azione annuale, da approvarsi con provvedimento di Giunta Regionale, definirà le specifiche linee di intervento previste e i bandi che saranno attivati.
Nel 2020 saranno valutate le esigenze ed eventuali azioni che la Direzione Generale Welfare potrà mettere in campo al fine di supportare e valorizzare il mondo della ricerca lombarda in ambito sanitario e sociosanitario, in particolare nell'ambito delle biobanche e del Trasferimento Tecnologico.

10.2. Fibrosi cistica

Con riferimento alle quote destinate alla ricerca per la prevenzione e cura della fibrosi cistica, di cui alla Legge n. 548/93, anticipate da Regione Lombardia in attesa del conferimento del Ministero della Salute, si conferma per il 2020 lo stanziamento di 240.000 euro.
L'assegnazione delle quote sarà effettuata in relazione alle progettualità elaborate dal Centro di Riferimento Regionale (IRCCS Ospedale Policlinico di Milano) e dal Centro di supporto (ASST Spedali Civili di Brescia). La presentazione dei progetti a Regione Lombardia avverrà esclusivamente a cura del Centro di Riferimento Regionale, incaricato di tenere i rapporti con il Centro di supporto.

10.3. Sistema Bibliotecario Biomedico Lombardo (SBBL)

Al fine di diffondere il sapere e la conoscenza scientifica tra gli operatori del SSR la Direzione Generale Welfare sostiene il Sistema Bibliotecario Biomedico Lombardo (SBBL). Nel 2020 la quota di finanziamento pubblico destinata al SBBL sarà costituita da una quota di finanziamento regionale pari a 1.700.000 euro, cui si sommerà una quota a carico di ATS, ASST e IRCCS pubblici complessivamente non superiore a 1.750.000,00 euro. È in via di revisione la normativa regionale che riguarda SBBL. La convenzione con il Centro di Riferimento Regionale (CRR) di cui alla DGR n. X/7820/2018, in scadenza il 31/12/2019, è ulteriormente prorogata fino al 31.12.2020.

10.4. Progetti di cooperazione internazionale ed interventi sanitari umanitari

Nel 2020, con una dotazione finanziaria pari a 1 milione di euro, prosegue l'attività che concerne l'autorizzazione al ricovero, presso le strutture sanitarie del territorio, di cittadini indigenti (bambini e giovani fino a 21 anni) provenienti da Paesi extra comunitari che non possono ricevere nei Paesi di provenienza cure adeguate, secondo le indicazioni di cui alla DGR n. X/898/2013 e d.d.g.s. n. 8749/2014). Per il 2020 potranno essere accolte fino ad un massimo di 8 istanze per singolo ente richiedente. Per il sostegno di ulteriori iniziative, individuate dalla Direzione Generale Welfare, la dotazione finanziaria è pari a 400 mila euro. Rientrano tra queste: interventi umanitari conseguenti ad emergenze sanitarie e progettualità da realizzare a seguito di sottoscrizione di accordi, protocolli, intese con altri Paesi o Regioni.

10.5. Progetti Europei

Prosegue la gestione dei progetti europei in corso e il coordinamento di nuove iniziative inerenti alla partecipazione diretta della Direzione Generale Welfare, con il supporto di ARIA, alle progettualità europee e alle reti europee. Tematiche di interesse saranno l'interoperabilità dei servizi di e-health, anche in applicazione della Direttiva 2011/24/UE (assistenza sanitaria transfrontaliera), lo sviluppo di modelli di medicina proattiva e personalizzata a favore della popolazione fragile e affetta da patologie croniche, la prevenzione per la promozione della salute attraverso il miglioramento della qualità e accessibilità di servizi dedicati in ambito sanitario.

10.6. 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 Programmazione della Direzione Generale Welfare - 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.

10.6.1. Azioni per l'anno 2020

La Direzione Generale Welfare sta riorganizzando l'attività dell'HTA regionale, estendendo ancor di più la partecipazione ai lavori a tutti gli stakeholder.

Per diffonderne i contenuti in modo da rendere più agevole e chiaro il contributo richiesto alle ASST/IRCCS, verrà attivato un corso, articolato in quattro pomeriggi nell'arco di due mesi, al quale ogni Azienda dovrà far partecipare i componenti della rete, con possibile estensione ad ulteriori dirigenti di ruolo sanitario, professionale, tecnico e amministrativo e/o professionisti del comparto dei medesimi ruoli. A tal fine, entro il 31.01.2020 dovranno essere comunicati alla segreteria del centro regionale HTA i nominativi dei componenti delle Commissioni Aziendali Dispositivi Medici (o altrimenti definite).

La positiva esperienza del 2019 nella redazione degli alert HTA verrà condivisa con la rete assessment attraverso la messa a disposizione sul sito regionale dei lavori realizzati. Continuerà la diffusione dei Custom report prodotti da ECRI per specifiche tecnologie, commissionati e prodotti nel 2019.

Altri nuovi Custom report verranno commissionati dalla Direzione Generale Welfare a ECRI nel corso del 2020, laddove non esistenti revisioni robuste della documentazione scientifica pertinente, al fine di sostenere la verifica critica delle informazioni di natura clinica ed economica dei dispositivi medici per semplificare la stesura dei report richiesti alle ASST/IRCSS.

Al fine di identificare le tecnologie sulle quali effettuare attività di valutazione nel corso del 2020, le ASST/IRCSS dovranno segnalare entro il 28 febbraio almeno una tecnologia ritenuta innovativa, con modalità che saranno indicate dalla Direzione Generale Welfare.

Per lo stesso scopo, le ASST/IRCSS dovranno notificare le manifestazioni di interesse concernenti dispositivi medici/apparecchiature sanitarie che hanno avuto la partecipazione di un unico soggetto commerciale nel corso del 2019.

Ciascuna ASST/IRCCS dovrà mantenere la produzione di un Alert HTA all'anno, su argomenti giudicati prioritari dalla Direzione Welfare e che saranno comunicati entro il 30.05.2020, unitamente allo schema da seguire per la loro predisposizione. Gli alert dovranno essere prodotti entro il 30.11.2020.

Come previsto nella DGR XI/1046/2018, gli Alert HTA saranno oggetto di revisione da parte di professionisti appartenenti ad aziende sanitarie diverse da quelle degli autori del rapporto stesso. Tale revisione tra pari verrà coordinata dalla Direzione Generale Welfare in collaborazione con le aziende sanitarie che dovranno espletare la revisione nell'arco di due mesi dalla disponibilità del testo del rapporto.

Viene confermato il gruppo di lavoro sulla robotica costituito con Decreto della Direzione Generale Welfare n. 18317 del 6/12/2018 al quale si estende l'incarico di analisi degli outcomes clinici e organizzativi, oltre alla creazione di un registro per il monitoraggio dei dati per chirurgia robotica.

11. MEDICINA LEGALE

Per rendere omogenea, sul territorio lombardo, l'offerta sanitaria resa a favore dei cittadini in tema di medicina legale e necroscopica è necessario proseguire l'azione di indirizzo tecnico organizzativo delle attività ASST ad essa afferenti.

11.1. Modifiche ed integrazioni al tariffario delle prestazioni delle UU.OO di Medicina Legale delle ASST

Con le Regole 2016 le ASST erano state sollecitate ad effettuare adeguamento ISTAT per le prestazioni transitate dalle ex ASL, anche al fine di uniformare le tariffe su tutto il territorio regionale; ad oggi però è presente ancora disomogeneità di offerta, a fronte della quale si rende necessaria una revisione complessiva del tariffario, sia per quanto riguarda le voci presenti che gli importi.
Si procede pertanto a ridefinire il tariffario relativo alle attività, anche collegiali, di competenza della Medicina Legale delle ASST.
Le voci indicate sono state condivise nell'ambito del tavolo di lavoro della Medicina Legale (Decreto della Direzione Generale Welfare n. 3646/2017), tenuto conto di quanto previsto in tema di specifiche competenze di cui alla l.r. n. 33/2009 e dai LEA.
In tabella si riporta l'aggiornamento che dovrà essere oggetto di specifica Deliberazione della Direzione Generale ASST e **applicata a partire da 1.2.2020**

Codice	**PRESTAZIONE**	**Tariffa**
1	Visite e certificazioni di medicina legale (I livello):	
1a	*Ambulatoriale*	€ 40,00
1b	*Domiciliare*	€ 85,00
1c	*prova psicotecnica completa (tempi di reazione a stimoli semplici e complessi)*	€ 23,00
1d	*prova psicotecnica: singolo test*	€ 4,00
2	Visite idoneità alla guida collegiali: tariffa[1] a componente	€ 10,00
3	Commissione di riesame per rivalutazione del giudizio medico-legale espresso in ambito monocratico	€ 50,00
4	Visite, anche collegiali, previste da Leggi o Regolamenti o richieste da Enti Pubblici o da privati con relazione scritta e pareri richiesti dall'autorità giudiziaria (quali ad esempio giudizio su trasportabilità in caso di sfratto esecutivo, capacità di presenziare in giudizio, accertamenti sulle condizioni di salute di persone sottoposte ad arresti domiciliari, accertamenti sulle condizioni di salute di familiare di detenuto) compreso l'esame esterno di cadavere: visita + relazione scritta[2]	€ 148,00
5	Rimozione di pacemaker da cadavere	€ 150,00

Le tariffe evidenziate si intendono al netto dell'Imposta sul Valore Aggiunto (IVA).
Si precisa che le prestazioni già previste nella precedente DGR e tutt'ora valide hanno avuto un adeguamento delle tariffe in relazione all'incremento ISTAT 2004-2019, arrotondando gli importi ai 50 centesimi superiori o inferiori, mentre sono state inserite, in relazione all'attività richiesta, alcune nuove voci tra cui espianto di pace maker (ove ancora richiesto per alcune tipologie di dispositivo) ed esame esterno, visite compatibilità carceraria, ecc. (prestazioni in genere richieste da autorità giudiziaria e non rientranti in prestazioni sanitarie e, specificatamente nei LEA).

[1] Riferimento DM dei Trasporti e della Navigazione del 27 dicembre 1994

[2] La tariffa indicata potrà essere incrementata in relazione alla complessità e/o alla necessità di acquisire pareri specialistici

In relazione al tariffario Medicina Legale hanno esaurito l'efficacia la DGR n. VII/16171/2004 e la DGR n. X/4702/2015.

11.2. Indirizzi operativi delle Commissioni Mediche Locali (CML) per idoneità alla guida

La competenza in materia di accertamento e verifica, monocratica o collegiale, dei requisiti psicofisici per l'idoneità alla guida è regolamentata dall'art. 119 del "Nuovo codice della strada" e s.m.i. nonché dagli articoli dal 319 al 330 del "Regolamento di esecuzione e di attuazione del nuovo codice della strada" [3]
Gli accertamenti monocratici sono caratterizzati dalla non esclusività: trattasi infatti di attività effettuata anche da figure professionali non dipendenti dal SSN.
Gli accertamenti collegiali, che riguardano le fasce di guidatori con maggiori problematiche, sono invece di competenza esclusiva del SSN, affidata, ai sensi dell'art. 330 del DPR n. 495/92 come modificato dal DPR 16 aprile 2013, n. 68, alle Regioni. In presenza di patologie o condizioni controindicanti la guida è infatti compito della CML stabilire se, anche con opportuni adattamenti tecnici del veicolo, prescrizioni per il guidatore ed eventualmente attraverso controlli ravvicinati, sia possibile attestare l'idoneità psicofisica a condurre auto-motoveicoli.
Conclusosi il percorso attuativo della legge di evoluzione del SSR, è necessario procedere a emanare indirizzi organizzativi per rendere omogenea, sul territorio lombardo, la costituzione e il funzionamento delle CML al fine di migliorarne l'efficienza e, congiuntamente, l'efficacia, tenuto conto delle sempre più stringenti normative sull'idoneità psico-fisica alla guida ed alla necessità del raggiungimento di una imprescindibile uniformità degli accertamenti medico-legali sul territorio regionale.
La UO Prevenzione procederà, pertanto, in raccordo con il Tavolo Tecnico della Medicina Legale, di cui al Decreto della Direzione Generale Welfare n. 3646/2017, a predisporre specifico provvedimento contenente indicazioni per una uniforme regolamentazione di tale settore; le ASST sede di CML procederanno a darne piena attuazione entro il 31/12/2020, la verifica della quale sarà effettuata dalla Direzione Generale Welfare, anche per il tramite dello strumento degli obiettivi assegnati ai Direttori Generali ASST.

11.3. Monitoraggio tempi di attesa invalidità civile, handicap e disabilità

Prosegue, in coerenza con quanto previsto dal PSSR, il percorso di miglioramento/semplificazione del percorso per il riconoscimento dell'invalidità civile, handicap e disabilità, anche attraverso il costante monitoraggio dei tempi di attesa per accesso alla specifica commissione di competenza del SSR.

11.4. Accertamenti disabilità su soggetti di minore età

A seguito delle modifiche apportate dal D.Lgs. n. 66/17 la valutazione della disabilità nei minori, in particolare con patologie neuropsichiatriche, richiede – al fine di raggiungere la massima efficienza ed omogeneità nei percorsi diagnostico-valutativi delle commissioni medico-legali – di una condivisa linea di indirizzo per la quale la U.O. Prevenzione e la U.O. Rete Territoriale – Struttura Salute Mentale, Dipendenze, Disabilità e Sanità Penitenziaria forniranno, entro il primo semestre del 2020, anche in raccordo con la Direzione Generale Politiche sociali, abitative e Disabilità per la parte di competenza, indicazioni operative fatte salve le eventuali indicazioni ministeriali.

[3] DPR 16 dicembre 1992, n. 495 "Regolamento di esecuzione e di attuazione del nuovo codice della strada" e successive modificazioni.

11.5. Temi chiave

AZIONE/INTERVENTO	TERMINE ATTUAZIONE
Tariffario delle prestazioni delle UU.OO di Medicina Legale: applicazione sul territorio regionale	Febbraio 2020
Indirizzi operativi delle Commissioni Mediche Locali (CML) per idoneità alla guida	Marzo 2020
Indirizzi operativi per le UU.OO. di Medicina Legale e Neuropsichiatria per gli accertamenti della disabilità nei minori	Giugno 2020

12. ORGANIZZAZIONE E PERSONALE

Le indicazioni del presente capitolo potranno subire modificazioni, in conformità a quanto sarà previsto dalla Legge di Stabilità 2020.
Anche nel corso dell'anno 2020 le politiche assunzionali degli Enti del Servizio Sanitario Lombardo dovranno necessariamente tenere conto di quanto previsto dalla vigente normativa nazionale in tema di costi del personale; proseguirà l'azione di Regione Lombardia al fine di promuovere interventi normativi atti ad un'adeguata quantificazione delle risorse economiche contrattuali utili e necessarie per il compimento del processo sperimentale di riforma in atto.
Entro il 31 marzo 2020 verranno indicati i criteri per la ripartizione delle risorse derivanti dal decreto fiscale in corso di approvazione.

12.1. Costi del personale e fondi contrattuali anno 2020

Si conferma anche per l'anno 2020 la determinazione del budget unico per il personale dipendente a tempo indeterminato e determinato.
Si rammenta che anche per l'anno 2020 la messa a regime dei costi dovuti al trasferimento del personale, in attuazione del processo di riforma, dovrà essere comunicata ai competenti uffici regionali con nota condivisa da tutte le aziende interessate.

Si ribadisce l'obbligo annuale di certificazione da parte del Collegio sindacale della costituzione dei fondi (quantificazione delle risorse) e del contratto integrativo relativo all'utilizzo degli stessi.

In caso di ulteriori passaggi/trasferimenti di personale in applicazione della legge di riforma si conferma che fino all'approvazione di eventuali nuove linee guida per la determinazione dei fondi, restano validi i criteri di rideterminazione dei fondi contrattuali, oggetto dei protocolli condivisi con le OO.SS. il 18 gennaio 2016.

Si conferma che anche per l'anno 2020 non sono consentiti spostamenti di costi da singole voci di bilancio (da personale strutturato a contratti atipici e viceversa), salvo preventiva autorizzazione dei competenti uffici regionali.

12.2. Piano di gestione delle risorse umane 2020

Il budget assegnato per l'anno 2020 alle singole Aziende rappresenta il vincolo invalicabile della spesa del personale per l'attuazione delle azioni previste nel Piano di Gestione delle

Risorse Umane 2020, non saranno autorizzati Piani di Gestione delle Risorse Umane i cui costi non siano in linea con la programmazione regionale e con il budget assegnato.
Le ATS sono tenute ad assicurare tutto il turn over del personale dei Dipartimenti di Igiene e Prevenzione Sanitaria con riferimento alle Dirigenze, ai tecnici della prevenzione ed agli assistenti sanitari.
Per quanto attiene specificatamente il personale dei Servizi PSAL dei Dipartimenti di Igiene e Prevenzione sanitaria si rinvia a quanto previsto dalla DGR n. XI/2464 del 18.11.2019.

Il Piano di Gestione delle Risorse Umane rappresenta uno strumento di programmazione unitario e deve pertanto contenere le assunzioni di tutti i settori aziendali: amministrativo, ospedaliero e territoriale. Nel caso di sperimentazioni o messa a sistema di progetti riguardanti singole aziende il Piano dovrà contenere anche le assunzioni ivi previste, nel rispetto del budget assegnato, altrimenti le medesime non si considereranno legittimate.
La redazione del Piano di Gestione delle Risorse Umane, nonché la sua approvazione con provvedimento del Direttore Generale, dovrà avvenire secondo le indicazioni e nei tempi che saranno individuati dalla Direzione Generale Welfare.

Nelle more della presentazione del Piano di Gestione delle Risorse Umane, le Aziende potranno iniziare ad effettuare le assunzioni di personale a tempo indeterminato e determinato, ritenute indifferibili e urgenti nel limite del budget assegnato per l'anno 2020.

In caso di mancata presentazione del Piano di gestione delle Risorse Umane nei termini previsti, o a seguito della comunicazione della mancata approvazione del Piano medesimo, la possibilità di assumere sarà ridotta al fine di assicurare solo i servizi essenziali.

12.3. Fabbisogni di personale

Con riferimento a quanto previsto dall'art. 6 del D. Lgs. 165/2001 e successive modificazioni ed alle linee guida del Dipartimento della Funzione Pubblica dell'8 maggio 2018, si precisa che nel corso dell'anno 2020 verranno indicate le modalità di approvazione del piano triennale 2020/2022.

12.4. Flussi informativi sul personale

Si confermano, per l'anno 2020, le indicazioni inserite nelle Regole 2019, eccezion fatta per la tempistica di presentazione dei prospetti che sarà individuata con apposita circolare della Direzione Generale Welfare da emanarsi entro il 31 gennaio 2020.

Si richiama l'attenzione sull'importanza della corretta compilazione del Conto Annuale in quanto si tratta della fonte dei dati a cui fa riferimento sia il MEF, per gli adempimenti legati al costo del personale, sia la Corte dei Conti, per le rilevazioni di parifica richieste annualmente.

Si sottolinea altresì l'importanza della coerenza dei dati contenuti nel Conto annuale rispetto ai dati di costo rilevati nel Bilancio in nota integrativa, nel Modello A e nel Flu.per. flusso A, che saranno oggetto di specifiche verifiche da parte dei competenti Uffici della Direzione Generale Welfare.

12.5. Copertura Strutture Complesse ed assunzione personale Dirigenziale Area Professionale Tecnica ed Amministrativa

Nelle more dell'approvazione del PGRU 2020 si conferma l'obbligo di autorizzazione regionale preventiva per la copertura delle Strutture Complesse della dirigenza Medica, Veterinaria, Sanitaria del ruolo Professionale, Tecnico ed Amministrativo nonché per le assunzioni a tempo indeterminato della Dirigenza del ruolo Professionale, Tecnico ed Amministrativo. Tale autorizzazione deve essere richiesta anche per l'avvio delle procedure di mobilità. La copertura delle Strutture che si renderanno vacanti successivamente ai termini di presentazione del PGRU (e quindi non comprese nello stesso) dovranno essere espressamente autorizzate dalla Direzione Generale Welfare.

Al di fuori delle previsioni di PGRU non sono ammesse richieste di copertura formulate con più di sei mesi di anticipo rispetto alla prevista vacanza.

Con riferimento alle autorizzazioni alla copertura delle Strutture Complesse ed alle assunzioni a tempo indeterminato della Dirigenza del ruolo Professionale, Tecnico ed Amministrativo rilasciate nell'anno 2019 su posti resisi vacanti fino al 31 dicembre 2019, le stesse potranno essere coperte entro il 30 giugno 2020. Le Strutture Complesse, nonché le assunzioni a tempo indeterminato della Dirigenza del ruolo Professionale, Tecnico ed Amministrativo, non coperte alla data del 30 giugno 2010 dovranno essere oggetto di una nuova autorizzazione. Si intendono coperte le Strutture per le quali è stata deliberata l'assunzione.

Le richieste di copertura delle Strutture Complesse e le assunzioni a indeterminato della Dirigenza del ruolo Professionale, Tecnico ed Amministrativo trasmesse nell'anno 2019 relative a posti che si renderanno vacanti nel 2020, devono essere comunque reinserite all'interno del PGRU 2020, nel caso non siano inserite le medesime, e le eventuali conseguenti autorizzazioni rilasciate, perderanno di validità.

Nelle more dell'adozione del PGRU anno 2020, le istanze di copertura delle Strutture Complesse e di posti di personale della Dirigenza del ruolo Professionale, Tecnico ed Amministrativo devono essere corredate da idonea dichiarazione del Direttore Generale di compatibilità economica anche a regime relativamente agli oneri derivanti dall'assunzione di cui trattasi, ivi compresso il parere espresso dal Collegio Sindacale, nonché dall'espresso impegno dell'Azienda ad inserirle nel PGRU 2020.

Relativamente alle richieste di copertura di Strutture Complesse, dovrà essere espressamente specificato se tali Strutture siano già vacanti o, in caso contrario, la data di decorrenza della vacanza delle stesse. Relativamente alle richieste di assunzione a tempo indeterminato di Dirigenti dell'area Professionale, Tecnica ed Amministrativa dovrà essere specificata l'Area di assegnazione funzionale del Dirigente da assumere.

12.6. Incarichi 15 septies

Si richiamano gli Enti del SSR al rispetto delle disposizioni per il conferimento degli incarichi di cui all'art. 15 septies e 15 octies del D. Lgs. 502/1992 e si rammenta il divieto di procedere alla copertura delle Strutture Complesse di Area Sanitaria mediante il ricorso a contratti a tempo determinato di cui all'art. 15 septies, come previsto dall'art. 15 c. 7-quinquies del D. Lgs. 502/92. L'Azienda è responsabile del rispetto di tale normativa.

Il conferimento degli incarichi, come pure il rinnovo dei medesimi, è subordinato alla preventiva autorizzazione della Direzione Generale Welfare che in sede di autorizzazione terrà conto del parere del Collegio Sindacale anche in ordine al rispetto delle percentuali di assunzione previste nonché della copertura finanziaria come stabilite dal D. Lgs. 502/1992.

12.7. Legge Sirchia (Legge 8 gennaio 2002 n.1 e succ.)

L'utilizzo di tali prestazioni è limitato alla sussistenza dei presupposti di legge e l'eventuale riconoscimento di risorse finalizzate a tali prestazioni sarà valutato nel corso del 2020 su specifica richiesta pervenuta da parte delle ASST e Fondazioni IRCCS di diritto pubblico ed a seguito di apposita istruttoria da parte dei competenti uffici regionali della Direzione Generale Welfare. Non sarà possibile procedere alla richiesta di tali prestazioni aggiuntive né al loro utilizzo prima di formale comunicazione della Direzione Generale Welfare.

12.8. Personale gravante sulla voce di costo beni e servizi

Si confermano, per l'anno 2020, le indicazioni inserite nelle Regole 2019.

12.9. Disposizioni relative ai componenti delle Direzioni Strategiche

Si confermano per l'anno 2020 le indicazioni fornite nel corso dell'anno 2019 per quanto riguarda le missioni all'estero dei componenti delle Direzioni Strategiche.

Si confermano per l'anno 2020 le disposizioni per il personale in aspettativa ai sensi dell'art.3-bis, comma 11, del D. Lgs. n. 502/1992, anche con riferimento al personale che eventualmente dovesse richiedere tale aspettativa nel corso del 2020

12.10. Accantonamenti per rinnovi contrattuali

I competenti uffici regionali forniranno indicazioni al fine di prevedere nei dati contabili l'accantonamento delle quote riguardanti i rinnovi contrattuali dell'area del comparto e delle Dirigenze, riferiti al triennio contrattuale 2019-2021, sulla base di quanto verrà disposto nella normativa di riferimento.

12.11. Agenzia Regionale Emergenza Urgenza- AREU

Numero europeo a valenza sociale 116.117

Nel corso dell'anno 2020 AREU deve procedere alla realizzazione del progetto approvato con DGR n. XI/373 del 23/07/2018 per il completamento della Centrale Operativa Integrata - COI attraverso il graduale completamento della Fase 2 e in particolare:

- attivazione, presso la COI, del Numero europeo a valenza sociale 116.117, per le funzioni inerenti così come declinate nella seconda fase di attuazione del progetto di cui alla DGR XI/373/2018;
- presa in carico del coordinamento dei trasporti sanitari semplici (pazienti dializzati) per i cittadini lombardi non residenti nel territorio della Città Metropolitana di Milano seconda fase di attuazione previa espletamento della procedura di gara regionale.

La terza e ultima fase, la progressiva presa in carico del coordinamento dei trasporti sanitari (intraospedalieri ed extra-ospedalieri) "secondari", non urgenti sarà successiva al completamento delle due fasi sopra richiamate.

Il reclutamento delle risorse umane, nei limiti di quanto definito dalla DGR XI/373/2018, necessarie al raggiungimento dei richiamati obiettivi sarà oggetto di idonea autorizzazione regionale.

Progetto riorganizzazione SOREU

Nell'ambito del processo di riorganizzazione del servizio di emergenza urgenza extraospedaliero ad AREU è assegnato, attraverso il passaggio della titolarità del rapporto di lavoro, il seguente personale delle SOREU:

- il personale tecnico;
- i Responsabili operativi.

AREU prenderà in carico detto personale sotto i profili giuridico, economico e previdenziale con conseguente incremento del relativo fabbisogno del personale e di tutte le necessarie componenti economiche connesse agli emolumenti da erogare a fronte di una corrispondente riduzione di fabbisogno e risorse presso gli Enti del SSL interessati.

12.12. Procedure Concorsuali Aggregate

In un'ottica di razionalizzazione delle procedure amministrative si propone di incentivare le aziende ad effettuare procedure concorsuali aggregate, anche con la definizione di apposite Indicazioni regionali in materia.
Risulta preferibile che le procedure aggregate siano realizzate sulla base dei seguenti principi:

- le ATS sono invitate ad aggregarsi tra loro per il reclutamento di profili idonei alle funzioni specifiche di competenza. E' possibile un'aggregazione per aree territoriali omogenee, o anche a livello regionale;
- le ASST sono invitate ad aggregarsi tra loro per il reclutamento di profili idonei alle funzioni peculiari di competenza. E' possibile un'aggregazione per aree territoriali omogenee (ambito del Collegio dei Direttori), o anche a livello regionale;
- le ATS sono invitate ad aggregarsi con le ASST del territorio di riferimento del Collegio dei Direttori, per il reclutamento di profili idonei ad entrambe le realtà aziendali.

12.13. Gruppi di lavoro

Si confermano i due gruppi sui fabbisogni relativi ad ATS ed ASST/IRCCS con l'obiettivo di individuare una metodologia ed indicatori utili per la determinazione dei fabbisogni.

13. PROFESSIONI DEL SSR E SISTEMA UNIVERSITARIO

13.1. Contratti formazione medica specialistica (art. 33 bis l.r. 33/2009)

Regione Lombardia provvede a finanziare, annualmente, i contratti regionali aggiuntivi di formazione medica specialistica. Il finanziamento di tali contratti si inserisce nell'ambito del bando del Ministero dell'Istruzione, Università e Ricerca (MIUR), relativo al concorso nazionale per l'accesso dei medici alle scuole di specializzazione di area sanitaria. Anche per l'anno 2020 la Regione valuterà di finanziare nuovi contratti aggiuntivi di specializzazione medica per l'anno accademico 2019/2020, nel rispetto delle risorse complessivamente spese per i contratti aggiuntivi di formazione medica specialistica nel 2019.

13.2. Rapporti con le Università

La legge regionale 12 dicembre 2017 n. 33 ha modificato la disciplina dei rapporti con le Università della Lombardia per lo svolgimento di attività assistenziali, formative e di ricerca della l.r. 33/2009. La Giunta regionale con il supporto del Comitato di Indirizzo ha il compito di dare attuazione alle previsioni contenute nella recente normativa regionale.

La legge regionale 12 dicembre 2017 n.33 ha aggiornato ed innovato la disciplina dei rapporti con le Università della Lombardia per lo svolgimento di attività assistenziali, formative e di ricerca della legge regionale 30 dicembre 2009 n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità). In attuazione di tale legge, con D.G.R n. X/1297 del 25 febbraio 2019 si è provveduto alla costituzione del Comitato di Indirizzo previsto dall'art. 30 della l. r. n.33/2009. Inoltre, con Decreto della Direzione Generale Welfare n. 6027 del 30 aprile 2019 si è proceduto alla istituzione di un apposito Gruppo di lavoro per supportare la Direzione Generale Welfare per l'attuazione della nuova legge regionale.

Nel corso del 2020 proseguirà l'attività del Comitato di Indirizzo e del Gruppo di lavoro per l'attuazione della disciplina, in particolare con la conclusione della predisposizione dello schema del Protocollo di Intesa tra Regione e le Università e della ridefinizione della nuova rete regionale di cui all'art. 28 della l.r. 33/2009. In attesa della definizione di tale rete, potranno sottoscrivere accordi con le Università, ai sensi dell'art. 18, comma 3, della legge 30 dicembre 2010, n. 240, esclusivamente le strutture sanitarie ricomprese nei Poli universitari individuati dalla Regione. Gli accordi in questione dovranno riportare in maniera evidente l'interesse dell'ente sanitario.

13.3. ECM – Provider

L'avvio del Programma nazionale di ECM è avvenuto nel 2002, in base al D.lgs. 502/1992 integrato dal D.lgs. 229/1999 che hanno istituito l'obbligo della formazione continua per i professionisti della sanità. Impegno di Regione Lombardia sono il miglioramento della qualità, la verifica delle ricadute sul SSR, il controllo della regolare erogazione degli eventi formativi, l'individuazione di tematiche prioritarie e strategiche su cui promuovere attività formativa e il controllo della regolare assegnazione dei crediti formativi ai professionisti e il rispetto da parte loro dell'obbligo formativo.

Ai provider del Sistema lombardo ECM-CPD è richiesto:
a) il rispetto della normativa ECM e di quanto previsto nel "Manuale di accreditamento per l'erogazione di eventi ECM-CPD Regione Lombardia";
b) l'inserimento dei piani formativi sul "Sistema gestionale lombardo ECM – Sviluppo professionale continuo" entro il 15/03/2020;
c) la realizzazione del 50% degli eventi previsti dal piano formativo accreditato;
d) la regolare trasmissione dei flussi relativi ai crediti formativi da assegnare ai professionisti.

13.4. Formazione personale Dirigenziale Area Professionale Tecnica ed Amministrativa

In considerazione della complessità delle funzioni e delle attività da svolgere, nel 2020 si intende perseguire l'obiettivo di garantire un'effettiva offerta formativa regionale e aziendale specifica, rivolta ai dirigenti dei ruoli professionale, tecnico e amministrativo, sia come formazione al ruolo sia come aggiornamento professionale, tale obiettivo sarà assicurato tramite:

- la progettazione di percorsi formativi mirati;

- la stipula di accordi convenzionali con gli ordini professionali che già prevedono un sistema di crediti formativi;
- la presenza di congrue iniziative di formazione per la dirigenza PTA nei Piani di formazione aziendali;
- l'introduzione di obiettivi specifici di formazione e crescita professionale nella valutazione annuale e pluriennale dei dirigenti PTA.

14. INVESTIMENTI

Le modifiche introdotte al Codice degli Appalti nel corso del 2019 richiedono di monitorare l'impatto di tali innovazioni all'interno del processo di realizzazione degli interventi di edilizia sanitaria, rinviando indicazioni puntuali ad un momento successivo.
Di seguito si illustrano le norme minime di raccordo da introdursi nell'anno 2020, con la riserva di ulteriori indicazioni in corso di esercizio ad integrazione e/o dettaglio dei presenti orientamenti.

14.1. Principi di armonizzazione contabile e conto capitale

L'attuale gestione in conto capitale presenta margini di miglioramento riguardo la capacità di spesa delle stazioni appaltanti e della società regionale, da cui deriva la necessità di invitare gli enti del sistema regionale ad un'attenta programmazione delle risorse in conto capitale.

In attuazione del D. Lgs.118/2011, in continuità con le indicazioni fornite negli anni precedenti ed in relazione alla necessità di assicurare la liquidabilità dei fondi perenti, la Direzione Generale Welfare potrà autorizzare unicamente l'utilizzo delle economie relative ad impegni di spesa successivi all'esercizio 2015 (compreso); per la definizione di "economie" si rimanda al p.to C) del capitolo 4.2 delle linee guida adottate con DDG 13863/2016. Gli enti del sistema sono tenuti ad inviare unicamente richieste di utilizzo delle economie coerenti con tale indicazione.

Si sottolinea nuovamente che ribassi d'asta non oggetto di rideterminazione del quadro economico entro il secondo esercizio successivo alla aggiudicazione costituiscono economie che potranno essere cancellate dall'amministrazione regionale senza ulteriore comunicazione. Le rideterminazioni di cui al periodo precedente non possono comportare accantonamenti superiori al 20% del valore di contratto alla voce imprevisti.

14.2. Conferimento incarichi alla società regionale ILspa da parte delle Aziende Sanitarie e Irccs pubblici

Recentemente Regione Lombardia ha ridefinito le modalità di finanziamento di Infrastrutture Lombarde Spa e le modalità di conferimento di incarichi da parte degli enti facenti parte del SIREG. Si sottolinea che solo a seguito dell'inserimento nel Programma Pluriennale delle attività di Infrastrutture Lombarde S.p.a. (da 01/07/2020 ARIA S.p.a.) o suo aggiornamento approvato da parte della Giunta Regionale, le Aziende Sanitarie potranno conferire incarichi alla società regionale secondo quanto previsto nei provvedimenti regionali (DGR X/7652/2017 e XI/194/2018), nel rispetto delle vigenti normative regionali e nazionali; si ricorda inoltre l'obbligo di inserire negli incarichi idonei sistemi di monitoraggio della commessa nonché indicatori di performance di rispetto dei tempi e dei costi

programmati che saranno monitorati dalla amministrazione regionale in sede di raggiungimento dei risultati della società regionale anche ai fini del riconoscimento della quota figurativa di finanziamento.

15. SISTEMI INFORMATIVI

15.1. Digitalizzazione in Sanità

15.1.1. Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) - Interoperabilità

In conformità a quanto previsto con il Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze 4 agosto 2017, è in atto l'integrazione del FSE regionale con l'Infrastruttura Nazionale dell'Interoperabilità INI: a completamento dei processi di interoperabilità già avviati, quali la comunicazione dei consensi al trattamento dei dati personali al sistema INI, la comunicazione ai FSE regionali, per il tramite dell'INI, dei metadati dei documenti per assistiti di altre regioni generati da strutture lombarde e il recupero di tali documenti dai FSE di altre regioni, il 2020 sarà anno che vedrà per i cittadini assisti lombardi l'alimentazione della propria storia clinica nel FSE anche con documenti sanitari di visite ed esami svolti in altra regione.

Obiettivo dell'interoperabilità del FSE è inoltre garantire al cittadino la possibilità di portare sempre con sé la propria storia clinica completa con documenti pregressi, anche qualora sposti l'assistenza in altra regione ed avere un unico punto di accesso: saranno pertanto realizzati gli interventi sul FSE lombardo conformi a quanto previsto dal DM 25 ottobre 2018 e successiva Circolare AGID n.3 del 2 settembre 2019 "Accesso unico al Fascicolo Sanitario Elettronico e gestione temporanea dell'indice dei metadati dei documenti sanitari".

Il Ministero dell'Economia e Finanze, in accordo con il Ministero della Salute, al fine di accelerare l'attuazione del FSE mediante l'Infrastruttura Nazionale per l'Interoperabilità (INI), ha inserito tra gli **Adempimenti regionali LEA** tutti gli adempimenti e le scadenze previste per le Regioni ai fini della realizzazione del FSE e dei servizi di interoperabilità con INI.

Al fine quindi di garantire il raggiungimento degli obiettivi fissati nell'ambito dei LEA e in coerenza con quanto previsto dal DPCM n. 178 del 29 settembre 2015, si richiama l'obbligo per le aziende sanitarie pubbliche e private, all'obiettivo prioritario della pubblicazione completa e tempestiva di tutti i referti prodotti al loro interno, con particolare riferimento ai referti di laboratorio.

15.1.2. Interoperabilità con cartella sociale

Relativamente agli obiettivi delineati dalla DGR 2 agosto 2016 n. 5499 in tema di cartelle sociali informatizzate, sarà effettuata una valutazione, d'intesa tra la Direzione Generale Welfare e la Direzione Generale Politiche sociali, abitative e Disabilità, in ordine alla possibilità di favorire l'interscambio dei dati sociali, sociosanitari e sanitari, con particolare attenzione alla tutela dei dati personali.

15.1.3. Referti strutturati

L'articolo 24 - Sistema di codifica dei dati - del DPCM 178/2015 e il disciplinare tecnico dello stesso DPCM, individuano il formato CDA-2 ed il sistema di codifica LOINC, per l'identificazione univoca di osservazioni cliniche e di laboratorio. Nel 2019 è stata completata l'attività di individuazione dei codici LOINC per le prestazioni di laboratorio che generano l'80% delle prestazioni erogate ed è stato realizzato un tool allo scopo di facilitare l'individuazione del codice interno cui agganciare il codice LOINC. Verranno coinvolti i laboratori ed i Sistemi Informativi di tutte le Aziende per condividere il metodo di lavoro e promuovere l'applicazione dei codici LOINC in tutte le aziende all'interno dei referti strutturati in formato CDA2.

La produzione dei referti delle prestazioni di laboratorio in formato strutturato CDA2 e la loro trasmissione al FSE da parte delle aziende sia pubbliche sia private rappresenta infatti un obbligo ai fini della verifica sui tavoli nazionali del raggiungimento degli adempimenti regionali LEA e quindi l'accesso a finanziamenti previsti per il FSE: la percentuale di referti di laboratorio strutturati CDA2 sul totale dei documenti prodotti sarà fissata a livello nazionale.

Si rende pertanto necessario che le aziende sia pubbliche sia private provvedano all'aggiornamento dei propri sistemi dipartimentali per la generazione del referto in formato strutturato CDA2 secondo le ultime specifiche tecniche HL7, disponibili sul sito della documentazione SISS, e alla pubblicazione verso il sistema FSE regionale, in aggiunta al documento firmato digitalmente.

Si sottolinea inoltre la rilevanza della correttezza formale e semantica del formato strutturato CDA2 per l'utilizzo dello stesso da parte di strumenti informatici degli operatori che consultano il documento, quali, in prima istanza, le Schede Sanitarie Individuali dei MMG-PLS o cartelle cliniche, nonché nell'ambito dell'interoperabilità del FSE: sarà resa disponibile da ARIA entro fine 2019 una evoluzione dell'interfaccia di gestione del catalogo dei modelli di Documenti strutturati (Catalogo DCE) e della Web Application Validatore DCE che le aziende potranno utilizzare del territorio al fine di verificare dal punto di vista sintattico e semantico il documento strutturato prima della pubblicazione al FSE

La verifica di validazione del documento strutturato da parte delle aziende, seppur non sarà considerata bloccante per la pubblicazione del documento sul FSE, sarà comunque oggetto di monitoraggio, in quanto azione che permette un incremento della qualità dei documenti generati.

Nel 2020, si prevede quindi, da un lato di proseguire nel processo di incremento del volume dei referti prodotti e dall'altro di migliorarne la qualità.

Le ASST dovranno monitorare il livello di produzione e la correttezza formale dei referti strutturati.

Le ATS in particolare si dovranno attivare nel coinvolgimento degli EEPA afferenti al proprio territorio per regolamentare a livello contrattuale tutti gli adempimenti oggetto di verifica sui tavoli nazionali dei LEA, inerenti al FSE.

15.1.4. Ricetta dematerializzata

I dati di monitoraggio evidenziano che il livello di utilizzo, in particolare della ricetta dematerializzata specialistica, è di poco superiore al 60% rispetto al totale delle ricette erogate; specie a livello ospedaliero, si rileva una percentuale ancora bassa di medici che prescrivono in modalità dematerializzata.

Il rapporto tra ricette dematerializzate e il totale delle ricette erogate ed il numero di ricette dematerializzate correttamente chiuse all'erogazione della prestazione saranno oggetto di verifica nell'ambito degli adempimenti regionali LEA.

In particolare, dal 1° gennaio 2020 verrà fissato l'obbligo per le regioni del raggiungimento del 70% di ricette di specialistica dematerializzate.

È richiesto pertanto alle ASST e ATS di operare con la massima determinazione per portare a regime il processo di dematerializzazione della ricetta specialistica su tutto il territorio regionale, attivando ogni iniziativa utile verso tutti gli attori coinvolti ai fini del raggiungimento dell'obbligo.

15.1.4.1 Dismissione servizi SISS per la registrazione e l'identificazione della prescrizione dematerializzata e cartacea.

Per la gestione dei criteri di erogabilità e condizioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del SSN, previste dal DM 9/12/2015 e dal DPCM 12/1/2017, nel 2018 sono state rese disponibili le versioni 2017 dei servizi centrali SISS di "registra e identifica prescrizione" (nota DGW n.G1.2018.0022215 del 29/06/2018).

Dal 1 gennaio 2020 saranno chiusi, per conseguente dismissione, i servizi:

- IdentificaPrescrizione_2014;
- RegistraPrescrizione_2013.

Nel corso del 2020 la DGW invierà aggiornamenti relativamente ai servizi SISS 2015.

Si invitano pertanto le ATS a verificare tale adempimento presso i prescrittori e gli enti erogatori privati accreditati a contratto del proprio ambito territoriale.

15.1.4.2 La ricetta dematerializzata nel percorso di presa in carico del paziente cronico

Nell'ambito del percorso di presa in carico del paziente cronico, nel corso del 2019 è stato introdotto il servizio denominato "EPIC" (Eventi Presa In Carico) che controlla e rende disponibili le informazioni in merito all'evoluzione di eventi che riguardano la presa in carico del cittadino stesso (prenotazioni, ricette, erogazione delle prestazioni, erogazione, farmaci, referti, eventi di presa in carico, disponibilità del PAI).

Tale sistema riceve gli eventi registrati dai servizi del SISS e, se riferiti a cittadini presi in carico e relativi al percorso di cura definito nel PAI, li attribuisce a gestore, MMG/PLS, ATS di riferimento.

Per rendere fruibili le informazioni si richiamano tutti i prescrittori (MMG, PLS e specialisti) all'obbligo di utilizzo della ricetta dematerializzata; tutto ciò consente di migliorare l'appropriatezza prescrittiva ed attuare l'attività di riconciliazione delle prestazioni arginando il fenomeno della duplicazione delle stesse.

Si stabilisce l'obbligo per i gestori della PIC di mettere i loro medici prescrittori nelle condizioni di indicare sulla ricetta il codice contatore PAI ed il numero di protocollo, per consentire l'attività di controllo e monitoraggio in capo alle ATS e lo scambio in sincrono delle informazioni tramite EPIC; lo stesso per i clinical manager in forma singola.

Analogo obbligo di inserimento del contatore PAI e numero protocollo si pone infine in capo agli enti pubblici e privati sia all'atto della prescrizione in qualità di gestori, sia all'atto della prenotazione in qualità di erogatori.

L'inserimento dei dati sopra indicati è obbligatorio, indipendentemente dal sistema informativo utilizzato: sia che il medico utilizzi il software della Cooperativa, sia che il medico utilizzi la propria cartella clinica sia, infine, che si operi tramite un'integrazione tra i due sistemi precedenti.

Per l'efficientamento dell'intero percorso e per poter attuare le attività di monitoraggio è inoltre fondamentale l'invio delle notifiche delle prenotazioni effettuate al sistema GP ++ anche se sono effettuate con i CUP aziendali e non tramite la piattaforma regionale di prenotazione.

In attesa dell'utilizzo da parte di tutti gli erogatori del sistema GP++ che consente la visibilità dell'agenda ambulatoriale, le ATS dovranno inviare alla Direzione Generale Welfare con cadenza mensile un report dettagliato relativo al numero di prestazioni prenotate con evidenza dei soggetti (cooperative e centri servizi delle strutture sanitarie pubbliche e private) che hanno effettuato la relativa prenotazione, e il numero delle prestazioni erogate con evidenza dell'erogatore. Le indicazioni per la predisposizione del report di cui sopra saranno illustrate con una circolare esplicativa.

La corretta integrazione con i dati del PAI e quindi l'inserimento in ricetta dei codici contatore PAI e numero protocollo da parte dei moduli prescrittivi sarà verificata nell'ambito delle validazioni dei sistemi software da parte di ARIA S.p.A.

15.1.5. Patient Summary

Il Patient Summary si colloca all'interno del nucleo minimo dei documenti indispensabili che devono essere disponibili nel FSE. La sua realizzazione e l'invio all'INI sono stati inseriti tra gli Adempimenti regionali LEA. In particolare, la verifica sul 2019 riguarderà l'invio da parte di tutti i medici (MMG/PLS) di PSS al Fascicolo Sanitario Elettronico, sia come documento firmato digitalmente sia in formato d strutturato CDA2.

ARIA renderà disponibili le specifiche tecniche per l'adattamento delle indicazioni nazionali al contesto del Sistema Sociosanitario lombardo.

Sarà inoltre fornito lo strumento del Validatore DCE a supporto della validazione formale e sintattica del documento strutturato CDA2, in linea con il processo di controllo per la generazione dei documenti strutturati CDA2.

È a carico delle Software House delle SSI l'aggiornamento delle integrazioni, o l'integrazione completa, per la pubblicazione del PSS secondo le ultime specifiche e la validazione del documento strutturato.

Al fine dell'attuazione delle norme nazionali vigenti in materia di fascicolo sanitario elettronico e di profilo sanitario sintetico, nell'ambito della LR del 6 giugno 2019 n. 9, si prevedono risorse, con oneri a carico del fondo sanitario, per i medici che avendo adeguato le proprie Schede Sanitarie Elettroniche adempiranno all'obbligo di invio dei Patient Summary verso il Fascicolo sanitario Elettronico.

Le ATS si faranno parte attiva nel coinvolgimento dei medici convenzionati del proprio territorio ai fini del raggiungimento dell'obbligo previsto.

15.1.6. PagoPA

PagoPA è una piattaforma tecnologica messa a disposizione da AgID (Agenzia per l'Italia digitale) attraverso la quale vengono resi disponibili al cittadino diversi canali per il pagamento elettronico degli importi dovuti a vario titolo verso la Pubblica Amministrazione, tra i quali il ticket sanitario.
Regione Lombardia con DGR n. X/6424 del 3 aprile 2017 ha deciso di adottare la piattaforma MyPay in riuso dalla Regione Veneto al fine di offrire un servizio di intermediazione tecnologica verso **pagoPA** a favore degli Enti Locali lombardi.
A valle di un'attenta valutazione del percorso da adottare per una gestione unitaria dei pagamenti elettronici a favore di Regione Lombardia, è stato deciso di utilizzare la piattaforma MyPay anche per tutte le strutture della Giunta, ivi compresi gli Enti del Sistema Socio Sanitario regionale, estendendo la piattaforma anche alle tipologie di dovuti diversi dai ticket sanitari delle ASST/IRCCS, nonché alle ATS.
Questa decisione consentirà a Regione Lombardia di disporre di un unico strumento di interfacciamento con il nodo dei pagamenti nazionale e di attivare dal 2020 un unico portale dei pagamenti che renderà più semplice e agevole l'esperienza di cittadini e imprese, così come previsto dal Programma Strategico per la Semplificazione e Trasformazione Digitale approvato con DGR n. XI/1042 del 17 dicembre 2018.

In ottemperanza a quanto disposto:
- dall'Art 5 del CAD, il quale prevede che tutte le Pubbliche Amministrazioni sono tenute ad accettare i pagamenti loro spettanti in formato elettronico secondo le modalità stabilite dalle LLGG di AgID;
- dal D.L. 179/2012 il quale stabilisce le Pubbliche Amministrazioni devono avvalersi necessariamente del nodo dei pagamenti pagoPA;
- dall'Art 8 del DL n.135/2018, che prevede il rinvio dal 1 gennaio al 31 dicembre 2019 del termine previsto dall'art. 65, comma 2, decreto legislativo n. 217 del 2017 entro il quale scatterà l'obbligo di utilizzare la piattaforma per i pagamenti digitali verso la pubblica amministrazione;

Regione Lombardia ha adottato il Portale dei Pagamenti (MyPay) come unico sistema per i pagamenti elettronici per tutte le strutture, ivi compresi gli Enti pubblici del Sistema Sociosanitario lombardo.

Sono stati pertanto definiti degli interventi mirati, volti a supportare il raggiungimento dei seguenti obiettivi:

1. <u>Diffusione dei pagamenti tramite PagoPa su tutti gli enti sanitari e per la totalità dei dovuti da privati (cittadini e imprese)</u>

La gestione della totalità dei dovuti da privati (cittadini e imprese) agli Enti Sanitari Pubblici rende necessari una serie di interventi quali:

- l'estensione delle esistenti integrazioni tra CUP e MALL (già in esercizio presso le ASST e IRCCS) ai dovuti diversi dal ticket sanitario;
- l'integrazione alla piattaforma MyPay di eventuali altri applicativi di gestione dei dovuti da privati.

A tal fine, nel corso del 2019 è stata avviata una fase sperimentale che ha coinvolto due Aziende pilota: ATS Brianza e ASST Pavia.

Entro il 2020 si prevede di integrare alla piattaforma MyPay tutti gli Enti Sanitari pubblici lombardi.

2. Utilizzo di PagoPA quale leva per l'ottimizzazione dei percorsi di accoglienza dei cittadini e la progressiva disintermediazione degli sportelli CUP

Tra gli interventi individuati dal Tavolo di lavoro regionale istituito per la promozione di PagoPA nelle Aziende Sanitarie lombarde, è emersa la necessità di favorire i percorsi di accesso alle prestazioni per i cittadini che si avvalgono dei pagamenti elettronici con PagoPA.

Si prevede pertanto una fase sperimentale che coinvolgerà le seguenti 6 Aziende Sanitarie pilota, partecipanti al Tavolo di lavoro regionale: ASST di Lecco, Monza, Nord Milano, Pavia, Rhodense, Vimercate.

La sperimentazione prevede che le Aziende Sanitarie pilota attivino funzionalità e strumenti di self check-in, eliminacode intelligenti, ritiro referti, POS pagoPa, al fine di ottimizzare i percorsi di accoglienza e migliorare l'esperienza del cittadino.

Qualora, la sperimentazione sia valutata in termini positivi, si prevede di estendere il modello ai restanti Enti Pubblici del Sistema Sociosanitario lombardo.

Temi chiave

AZIONE/INTERVENTO	TERMINE ATTUAZIONE
Integrazione alla piattaforma MYPAY per tutti gli enti sanitari sia per incasso dei ticket sanitari che per dovuti diversi da ticket	31/12/2020
Avvio sperimentazione in 6 ASST di un modello di ottimizzazione dei percorsi di accoglienza e di accesso alle prestazioni da parte dei cittadini che procedono al pagamento attraverso la piattaforma PagoPA	31/12/2020

15.2. Governo dei Sistemi Informativi degli Enti Sanitari

15.2.1. DGR n. XI/1725/2019 – Investimenti sanitari (Cartella Clinica Elettronica)

Regione Lombardia ha individuato nel tempo l'introduzione di sistemi di cartella clinica elettronica quale fattore fondamentale di evoluzione del supporto digitale all'attività clinica.

A tal proposito, ha identificato, con la DGR n. XI/1725 del 10 giugno 2019, l'innovazione tecnologica come ambito prioritario di intervento per l'esercizio finanziario 2019 in materia di investimenti sanitari.

In coerenza con la DGR sopra citata, a conclusione della attività ricognitiva relativa alla introduzione ed evoluzione della Cartella Clinica Elettronica (CCE) sono state individuate le Aziende beneficiarie del finanziamento.

L'attuazione della iniziativa verrà affidata ad ARIA spa che svolgerà la procedura di approvvigionamento attraverso un Gruppo di Coordinamento Regionale che vedrà la partecipazione di rappresentanti delle Aziende Sanitarie avente l'obiettivo di definire le indicazioni tecnico-organizzativo-gestionali da seguire nelle implementazioni della CCE nelle varie Aziende.

Il costo annuo per ARIA spa per le attività di coordinamento è pari a € 587.000/anno.

Le Aziende Sanitarie individuate dovranno porre in essere tutte le azioni (tecniche-organizzative-gestionali) utili a consentire la implementazione della CCE al proprio interno.

15.2.2. DGR XI/2125 del 9/9/2019 – Investimenti sanitari (PACS)

In riferimento alla DGR XI/2125 del 9/9/2019, si conferma il 1 gennaio 2020 quale data di avvio dell'iniziativa (anno di start-up) e che la ripartizione dell'importo complessivo deliberato a copertura del costo per l'intero arco temporale dell'iniziativa tra gli Enti Sanitari e Regione Lombardia è distribuito, coerentemente con quanto indicato in OTE, come sintetizzato in basso:

IMPORTO	STIME ECONOMICHE	2020 (Start-up)	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	TOTALE
SERVIZIO CONDIVISO AGLI ES PARTE CENTRALE, INFRASTRUTTURA DI RETE e COORDINAMENTO OPERATIVO (a carico di RL)	Componenti del servizio	€ -	€ 10.745.982	€ 7.419.093	€ 7.202.926	€ 7.260.550	€ 7.318.634	€ 7.377.183	€ 7.436.201	€ 7.495.690	€ 62.256.259
	Infrastruttura di rete	€ -	€ 1.266.364	€ 1.339.651	€ 1.339.651	€ 1.339.651	€ 1.339.651	€ 1.339.651	€ 1.339.651	€ 1.339.651	€ 10.643.921
	Coordinamento operativo	€ -	€ 587.467	€ 587.467	€ 587.467	€ 498.053	€ 498.053	€ 498.053	€ 498.053	€ 498.053	€ 4.252.666
	Totale	**€-**	**€ 12.599.813**	**€ 9.346.211**	**€ 9.130.044**	**€ 9.098.254**	**€ 9.156.338**	**€ 9.214.887**	**€ 9.273.905**	**€ 9.333.394**	**€ 77.152.846**
SERVIZIO CONDIVISO AGLI ES PARTE LOCALE (a carico degli ES)	Componenti standard	€-	€ 5.424.598	€ 5.832.526	€ 5.879.188	€ 5.926.221	€ 5.973.630	€ 6.021.420	€ 6.069.592	€ 6.118.149	€ 47.245.324
	Componenti aggiuntive	€-	€ 16.657.974	€ 4.597.034	€ 3.800.868	€ 3.885.110	€ 3.973.565	€ 15.436.443	€ 4.921.964	€ 4.266.364	€ 57.539.322
	Totale	**€-**	**€ 22.082.572**	**€ 10.429.560**	**€ 9.680.056**	**€ 9.811.331**	**€ 9.947.195**	**€ 21.457.863**	**€ 10.991.556**	**€ 10.384.513**	**€ 104.784.646**
TOTALE COMPLESSIVO OTE	**Totale**	**€-**	**€ 34.682.385**	**€ 19.775.771**	**€ 18.810.100**	**€ 18.909.585**	**€ 19.103.533**	**€ 30.672.750**	**€ 20.265.461**	**€ 19.717.907**	**€ 181.937.492**

In tabella sono riportate stime provvisorie la cui copertura finanziaria deve essere verificata con atti successivi.

L'attuazione della iniziativa verrà affidata ad ARIA spa che svolgerà la procedura di approvvigionamento e garantirà il coordinamento complessivo dell'iniziativa.

Il costo complessivo per ARIA spa per le attività di approvvigionamento, erogazione della Componente Centrale del servizio, infrastruttura di rete e coordinamento operativo è pari a € 77.152.846.

Le Aziende Sanitarie dovranno porre in essere tutte le azioni (tecniche-organizzative-gestionali) utili a consentire la implementazione della soluzione al proprio interno. Il costo

complessivo per le Aziende Sanitarie per la Componente Locale del servizio è pari a € 104.784.646.

15.2.3. Provider (Fleet Management)

Con le Linee Guida Regionali per i Servizi di Gestione delle Postazioni di Lavoro (Fleet Management) pubblicate nel 2011 sono state indirizzate metodologie, contenuti e strumenti di supporto per i Servizi di Gestione delle Postazioni di Lavoro informatiche degli operatori sanitari.

A copertura dei costi che le aziende dovranno sostenere nell'ambito dei servizi di Fleet Management , è previsto per l'anno 2020 un impegno complessivo pari a € 23.569.691,00, stima provvisoria la cui copertura finanziaria deve essere verificata con atti successivi. Tale importo considera i costi, per l'anno 2020, di tutte le Aziende Sanitarie del lotto 1e 2 e del lotto 3 che diventerà operativo da maggio 2020, a fronte dell'aggiudicazione della gara attualmente in corso.

15.2.4. Piattaforma Regionale (NPRI)

L'adozione della NPRI richiede la realizzazione, da parte degli Enti aderenti, delle integrazioni della stessa con i propri sistemi dipartimentali, coerentemente con quanto previsto dalle Linee Guida e scenari di integrazione regionali, deprecando eventuali integrazioni esistenti con l'attuale piattaforma regionale dichiarate incompatibili nel nuovo scenario di erogazione. É compito degli Enti, ancora in attesa di attivazione, garantire il completamento delle attività di adeguamento delle proprie integrazioni alla NPRI nel rispetto delle tempistiche definite, così come specificamente comunicate da ARIA S.p.A., volto a completare il Piano di Adozione della diffusione della NPRI entro Ottobre 2020 e dettagliato in tabella seguente:

Ente Sanitario	Completamento degli adeguamenti entro il mese di
ASST di Lodi	Novembre 2019
IRCCS Besta	Novembre 2019
ATS dell'Insubria	Novembre 2019
ASST di Cremona	Dicembre 2019
ATS di Pavia	Dicembre 2019
ASST del Garda	Dicembre 2019
ASST di Lecco	Gennaio 2020
ATS della Città Metropolitana di Milano	Gennaio 2020
Agenzia Regionale Emergenza Urgenza	Febbraio 2020
ASST Niguarda	Febbraio 2020
ASST della Valle Olona	Febbraio 2020
ASST G. Pini/CTO	Marzo 2020
ASST FBF e Sacco e Buzzi	Marzo 2020
ASST Nord Milano	Marzo 2020
ASST di Monza	Aprile 2020
ASST Bergamo Est	Aprile 2020
ASST Melegnano e della Martesana	Maggio 2020
ASST della Valcamonica	Maggio 2020
ASST della Franciacorta	Maggio 2020
ASST di Crema	Maggio 2020
ASST della Valtellina e dell'Alto Lario	Luglio 2020
IRCCS INT	Luglio 2020
ASST Santi Paolo e Carlo	Luglio 2020
IRCCS Policlinico	Agosto 2020
ASST dei Sette Laghi	Agosto 2020
IRCCS Policlinico S. Matteo	Agosto 2020
ASST Bergamo Ovest	Agosto 2020

In considerazione della volontà espressa dalla ASST Papa Giovanni XXIII di aderire alla NPRI, volontà espressa successivamente allo svolgimento della procedura di gara, Aria valuterà la possibilità di inserimento di tale Azienda.

La gestione, assistenza, manutenzione ed evoluzione della Piattaforma Regionale su tutti gli Enti Sanitari aderenti è affidata ad ARIA spa per un costo pari a € 8.780.600.

Il costo a carico dei 32 Enti Sanitari aderenti alla NPRI per l'aggiornamento dei propri sistemi applicativi dipartimentali al fine di realizzarne l'integrazione allo stato dell'arte con la NPRI e nel rispetto degli obblighi in materia di garanzia della sicurezza delle informazioni, è stimato in € 3.416.000.

15.2.5. Servizi Condivisi

Nell'anno 2020 si conferma l'obbligo per ciascun Ente di formalizzare un Piano di Evoluzione Triennale dei propri Sistemi Informativi, da redigere secondo le modalità e attraverso gli strumenti messi a disposizione da ARIA S.p.A., affinché possano essere progettati servizi condivisi e indirizzate le procedure di approvvigionamento centralizzate, in coerenza con la normativa vigente.

I benefici di quanto sopra sono la razionalizzazione dei Sistemi Informativi degli ES ed il risparmio sugli approvvigionamenti, grazie alle economie di scala ed alle sinergie attivabili attraverso l'aggregazione dei fabbisogni. In secondo luogo, tramite la graduale centralizzazione dei sistemi, l'obiettivo è ottenere l'omogeneizzazione dei processi di funzionamento degli Enti Sanitari nonché dei servizi rivolti al cittadino, con conseguente armonizzazione dei livelli di performance e qualità del SSR su tutto il territorio regionale.

Per la realizzazione degli obiettivi sopra esposti, gli Enti Sanitari dovranno:

- Redigere, entro aprile 2020, la Scheda Budget contenente il piano delle spese annuali ICT dell'Ente (sia correnti sia in conto capitale), che verrà anch'esso analizzato da ARIA S.p.A. per verificare la congruità degli importi con i Piani di Evoluzione, e valutare la performance degli Enti anche in relazione alla maturità dei Sistemi rilevata;
- Rilevare, entro giugno 2020, lo stato di evoluzione dei propri Sistemi Informativi attraverso la compilazione del Modello di Maturità, che verrà analizzato da ARIA S.p.A. per fornire a ciascun Ente il proprio posizionamento rispetto al contesto regionale;
- redigere, entro settembre 2020, in coerenza con gli esiti delle analisi del Modello di Maturità, il proprio Piano di Evoluzione Triennale dei Sistemi Informativi, nel quale dovranno essere indicate tutte le spese in conto capitale previste nel triennio per beni e servizi ICT di qualunque natura;
- collaborare con la società in house nello svolgimento delle attività di audit a campione dei Sistemi Informativi degli Enti, volte a verificare e migliorare l'accuratezza del Modello di Maturità rispetto allo stato effettivo dei Sistemi Informativi.

15.2.6. Direttiva NIS: Attuazione del Dlgs 18 maggio 2018, n. 65 (Sicurezza delle reti e dei Sistemi Informativi)

Regione Lombardia proseguirà nel 2020, tramite ARIA spa, il proprio programma di sicurezza a vantaggio degli Enti Sanitari pubblici lombardi caratterizzato dalla esecuzione di attività di:

- indirizzo, tramite la creazione di Linee Guida, Framework di politiche e procedure, Baseline di Sicurezza e Indirizzi Tecnici regionali;
- verifica, tramite tecniche di Vulnerability Assessment e Penetration Test, analisi di Cyber Threat Intelligence, Gap Analysis rispetto ai controlli previsti dalla Baseline di Sicurezza regionale, misure di sicurezza AgID, GDPR e NIS e Analisi dei Rischi sui servizi/processi degli Enti;
- monitoraggio dei piani di remediation definiti dagli Enti;
- prevenzione, tramite un Centro di Competenza per la raccolta e l'analisi del corpo documentale degli Enti, la predisposizione di bollettini di sicurezza, lo sviluppo di un programma di Formazione a distanza e sensibilizzazione.

In questo contesto nel 2020 riveste particolare importanza l'esecuzione da parte dei Enti Sanitari delle attività regolamentate dal decreto legislativo n. 65 del 2018 di attuazione della Direttiva (UE) 2016/1148 (c.d. Direttiva NIS – Network and Information Security), recante misure per un livello comune elevato di sicurezza delle reti e dei sistemi informativi dell'Unione che pone in capo agli Enti Sanitari (pubblici e privati) identificati dal Ministero come OSE (Operatori di Servizi Essenziali) l'obbligo di adottare misure tecniche e organizzative adeguate e proporzionate alla gestione dei rischi, prevenire e minimizzare l'impatto degli incidenti di sicurezza delle reti e dei sistemi informativi, notificare tramite un proprio referente NIS al CSIRT italiano, senza ingiustificato ritardo, gli incidenti che hanno un impatto rilevante, sulla continuità e sulla fornitura del servizio, informandone anche l'Autorità competente NIS regionale, rappresentata da Regione Lombardia.

L'attuazione del Programma di Sicurezza delle informazioni e del NIS sono affidate ad ARIA spa per un costo pari a € 1.772.000.

Le Aziende Sanitarie dovranno porre in essere tutte le azioni (tecniche-organizzative-gestionali) utili a implementare il Programma di Sicurezza delle Informazioni e del NIS coerentemente alle indicazioni che verranno prodotte da ARIA spa.

15.3. Sistema di Prenotazioni ed accoglienza

Regione Lombardia ha avviato - in collaborazione con ARIA Spa e i più significativi attori del SSR - un percorso volto alla revisione del "Sistema di Prenotazione Unico Regionale" che, partendo dall'attuale assetto organizzativo, permetta di migliorare tutte le modalità di prenotazione e accesso al sistema sanitario da parte degli utenti; l'obiettivo è quello di rendere prenotabile dalla Rete Regionale di Prenotazione l'intera offerta sanitaria SSN sia degli Enti Sanitari Pubblici che Privati accreditati, semplificare al cittadino l'accesso ai luoghi di cura e agevolare la fruizione delle prestazioni sanitarie all'interno delle strutture ospedaliere.

Come previsto dalla l.r. 33 del 30 dicembre 2009 "Testo Unico delle leggi regionali in materia di sanità" ed in particolare l'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" le strutture sanitarie pubbliche e private che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario nazionale devono utilizzare quale unico sistema di prenotazione delle prestazioni il sistema di prenotazione regionale, pena la mancata remunerazione di ogni prestazione prenotata al di fuori di tale sistema.

A tal proposito, gli Enti Sanitari privati accreditati dovranno realizzare il collegamento al Sovracup della RRP (GP++) del proprio sistema CUP secondo piani attuativi coordinati a livello di ATS, che prevedono il completamento delle integrazioni di tutti gli Enti Sanitari privati accreditati entro il 2020.

Tutte le strutture pubbliche e private collegate al Sovracup della RRP (GP++) dovranno provvedere all'esposizione di tutte le agende in MULTICANALITÀ, al fine di semplificare i percorsi di fruizione per i cittadini, favorendo il più possibile il canale Cittadino Self-care (Online e App) per aumentare l'accesso diretto dei cittadini alle prenotazioni con un conseguente contenimento dei costi. Le ATS dovranno svolgere un monitoraggio continuo al fine di garantire la completa esposizione da parte degli enti sanitari pubblici e privati dell'offerta sanitaria alla RRP.

Inoltre dovranno essere comunicati alla Rete regionale di prenotazione da parte degli ES tutte le notifiche relative ad appuntamenti, anche se fissati direttamente dalle strutture/specialisti o relative a controlli, per permettere l'annullamento automatico delle prenotazioni di prestazioni sanitarie presso più di una struttura, al fine di liberare disponibilità nelle agende, ridurre le liste di attesa, limitare il fenomeno del "no show".

Al fine di rendere effettivamente e agevolmente prenotabile dal cittadino l'intera offerta sanitaria SSN disponibile attraverso la Rete regionale di Prenotazione, anche gli EEPA attualmente non integrati nel Sovracup GP++ , dovranno predisporre - entro giugno 2020 – specifici Piani al fine di realizzare la completa integrazione dei propri sistemi CUP ai servizi della Rete Regionale di Prenotazione (RRP) (in particolare con il sistema SovraCup GP++), perseguendo fra l'altro l'obiettivo dell'abbattimento delle liste d'attesa ed una migliore efficienza complessiva del sistema.

In relazione alla scadenza nel 2021 del contratto tra ARIA Spa ed il fornitore del Servizio di Contact Center Regionale (CCR), ARIA Spa dovrà indire le procedure di gara entro marzo 2020, sulla base degli esiti del "Gruppo di lavoro regionale per il Sistema di Prenotazione e Accessibilità" istituito, con decreto n. 9714 del 02/07/2019.

Nella predisposizione del nuovo Sistema di Prenotazione e accoglienza di cui sopra si dovrà tener conto anche del nuovo modello di presa in carico del paziente cronico (ex DGR XI /1591 del 07/05/2019 "*Approvazione della preintesa sull'accordo integrativo regionale MMG anno 2019*") e delle disposizioni contenute nel Piano regionale di governo delle liste di attesa (DGR XI/1865 del 09/07/2019).

La copertura finanziaria prevista per la Rete regionale di prenotazione e accoglienza è pari a € 35.929.200,00 per il 2020.

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 entro il 2020 secondo le disposizioni previste nel presente provvedimento. In particolare, come riportato nell'art. 2bis del sub allegato 2A "SCHEMA DI CONTRATTO PER LA DEFINIZIONE DEI RAPPORTI GIURIDICI ED ECONOMICI TRA ATS E SOGGETTO EROGATORE DI PRESTAZIONI DI RICOVERO E ASSISTENZA…":

"L'Ente si impegna a collegare il proprio CUP ai servizi della rete Regionale di Prenotazione (Sovracup GP++) mantenendone nel tempo aggiornata l'integrazione. L'Ente 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. L'Ente 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. L'Ente 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. L'ente 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". L'Ente 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".

15.4. Riepilogo costi principali

	COSTI ARIA	**COSTI AZIENDE**
FSE – INTEROPERABILITA'		
REFERTI STRUTTURATI		
RICETTA DEMATERIALIZZATA	**€ 99.807,09** (sviluppo sw in ambito e-prescription: conservazione a norma delle ricette dematerializzate)	
PATIENT SUMMARY		MMG accordo regionale
DGR n. XI/1725/2019 – INVESTIMENTI (CCE)	**€ 120.000,00**	**€ 5.000.000,00**
DGR XI/2125 del 9/9/2019 (PACS)	Non sono previsti costi nella fase di start-up (2020)	Non sono previsti costi nella fase di start-up (2020)
PROVIDER (Fleet Management)	**€ 18.400.000,00** (costi LOB/NP/SP/MMG per pagamenti connettività, gestione e assistenza MMG) **€ 6.000.000** (costi gestione)	**€ 23.569.691,00** stima provvisoria la cui copertura finanziaria deve essere verificata con atti successivi
PIATTAFORMA REGIONALE (NPRI)	**€ 8.780.600,00** (Costi gestione, assistenza, manutenzione ed evoluzione della Piattaforma Regionale su tutti gli Enti Sanitari aderenti affidati ad ARIA spa)	**€ 3.416.000,00** (costo a carico dei 32 Enti Sanitari aderenti alla NPRI per l'aggiornamento dei propri sistemi applicativi dipartimentali al fine di realizzarne l'integrazione allo stato dell'arte con la NPRI e nel rispetto degli obblighi in

		materia di garanzia della sicurezza delle informazioni)
DIRETTIVA NIS	**€ 1.772.000,00** (costi per attuazione del Programma di Sicurezza delle informazioni e del NIS affidate ad ARIA spa)	azioni (tecniche-organizzative-gestionali)
PRENOTAZIONE E ACCOGLIENZA	**€ 35.929.200,00**	

16. AREA FAMIGLIA

16.1. Introduzione

Nel 2020 si rafforza ulteriormente il ruolo di regia da parte di Regione Lombardia relativamente a tutti gli interventi di supporto alla famiglia in tutto il ciclo di vita, in particolare rispetto a quelli di sostegno dei suoi componenti in condizione di fragilità e di vulnerabilità economica, sociale ed abitativa.
Sarà pertanto necessario partire dall'analisi del bisogno delle persone al fine di rendere sempre più flessibili ed appropriate le risposte. Le ATS, insieme alle ASST e agli ambiti territoriali, favoriscono percorsi di integrazione tra le politiche che permettono di rispondere in modo sempre più individualizzato ai bisogni delle persone anche in condizione di fragilità/vulnerabilità.
In particolare, verranno attivate, con la collaborazione delle ATS, delle ASST, degli ambiti e di altri enti, specifiche misure a supporto delle famiglie e sperimentazioni sul modello del centro per la famiglia in modo da favorire l'orientamento e il supporto delle famiglie.
In questo contesto riveste un ruolo significativo l'attenzione di Regione Lombardia alla tutela dei minori in particolare quelli in condizione di fragilità. Nel 2019 è stato convocato il Tavolo Minori rappresentato dai diversi soggetti istituzionali che a diverso titolo si occupano dei minori (Tribunali, Garante, Terzo settore, ATS, ASST, ANCI). Il Tavolo ha il compito di analizzare e monitorare la condizione dei minori in relazione al loro contesto sociale, educativo e familiare.
I lavori del tavolo nel 2020 si concentreranno sulle tematiche dell'affido, al fine di individuare percorsi di presa in carico integrata dei minori e delle famiglie orientati al superamento della frammentarietà degli interventi, al supporto alle famiglie affidatarie e alla buona riuscita dei progetti di affidamento.

16.2. Attuazione Fondo Famiglia 2018 e 2019

Nell'ambito delle politiche per la famiglia Regione Lombardia prosegue il lavoro di integrazione dei servizi del territorio avviato nel 2019 con le risorse del Fondo Famiglia 2018. Gli interventi hanno portato alla definizione da parte delle ATS, entro il 30.04.2019, di programmi di formazione rivolti alla rete dei consultori pubblici e privati in raccordo con le ASST e gli Ambiti territoriali e l'avvio entro il 30.09.2019 delle attività, anche al fine di favorire la conoscenza delle misure attivate a livello regionale a favore della famiglia.

16.2.1. Azioni ed interventi per l'anno 2020

Nell'ambito degli interventi attivati con le risorse del Fondo Famiglia 2019, le ATS saranno coinvolte nella sperimentazione, con partenza giugno 2020 e durata biennale, di nuovi luoghi e approcci diretti ad accrescere le opportunità e le modalità di accesso ai servizi nelle diverse fasi di evoluzione del nucleo familiare in un'ottica di "Centro per la Famiglia";

i punti di accesso rivolti ai cittadini potranno essere localizzati presso Consultori pubblici o Privati, Comuni/Ambiti, soggetti del privato sociale e richiederanno pertanto uno stretto raccordo con le ASST e gli altri soggetti del territorio.

Le aree di attività previste dalla sperimentazione riguardano:

- informazione e orientamento alle famiglie;
- potenziamento delle competenze genitoriali, anche in ottica di rafforzamento del benessere dei bambini;
- iniziative di ascolto e coinvolgimento e interazione per le famiglie anche attraverso la valorizzazione delle risorse della comunità.

Sempre nell'ambito degli interventi a valere sul Fondo Famiglia 2019, le ATS saranno chiamate a collaborare alla gestione, attraverso l'istruttoria delle domande e l'erogazione dei contributi, di una nuova misura diretta ad accrescere le opportunità di accesso per le famiglie a strumenti diretti a rafforzare il benessere, le competenze e abilità personali dei bambini.
I nuclei familiari destinatari, le cui caratteristiche sono state individuate con D.G.R. XI/2599/2019, potranno beneficiare di un voucher o rimborso per l'acquisto di servizi e/o servizi a supporto dello sviluppo del potenziale del bambino e del suo benessere.

16.2.2. Ammontare delle risorse finanziarie previste

La sperimentazione relativa all'attivazione dei servizi in ottica di "Centro per la Famiglia" riguarderà, in prima battuta, i territori di ATS Insubria, Brianza, Val Padana e Pavia, con un budget dedicato pari a 200.000 euro per ogni ATS come definito nella D.G.R. XI/2315 del 28 ottobre 2019.
Le risorse destinate alla nuova misura in favore delle famiglie ammontano ad euro 15.000.000,00 di cui euro 1.747.000 euro nell'ambito Fondo Famiglia 2019

16.2.3. Attività di monitoraggio e controllo previste

Nell'ambito della sperimentazione le ATS e gli enti coinvolti si impegnano a sviluppare in modo coordinato un sistema di misurazione e valutazione dei processi e degli out-come, anche in ottica di equità nell'accesso ai servizi.
Per quanto riguarda la misura rivolta alle famiglie a livello regionale sarà garantita la regia complessiva dell'intervento anche attraverso il monitoraggio delle domande presentate su Bandi On Line.

16.2.4. Gruppi di lavoro da attivare

Sarà attivato a livello regionale uno specifico gruppo di lavoro con le ATS coinvolte dalla sperimentazione relativa all'attivazione dei servizi in ottica di "Centro per la Famiglia" al fine di sviluppare in modo coordinato un sistema di misurazione e valutazione dei processi e degli outcome, anche in ottica di equità nell'accesso ai servizi, in modo che le azioni sperimentate e le motivazioni che le hanno guidate possano essere assunte da Regione Lombardia per la messa a regime della sperimentazione in tutte le ATS.

16.2.5. Provvedimenti di futura adozione inerenti alla tematica

Relativamente alla misura in favore delle famiglie con appositi provvedimenti verranno liquidate le risorse alle ATS e approvato l'Avviso Pubblico per la presentazione delle domande.

16.2.6. Attività di comunicazione previste e impatti sul cittadino

La pubblicizzazione degli interventi attivati sarà garantita sia a livello locale sia a livello regionale da un'apposita campagna, nonché la pubblicizzazione della misura attraverso canali off e on line.

16.2.7. Temi chiave

AZIONE/INTERVENTO	TERMINE ATTUAZIONE	RISORSE FINANZIARIE
presentazione progetti ATS	28.02.2020	€ 800.000 complessivi
approvazione avviso pubblico nuova misura	31.03.2020	€ 1.747.000 (eventualmente integrate da ulteriori residui e disponibilità)

16.3. Attuazione delle azioni di prevenzione a tutela della Prima Infanzia

In attuazione degli obiettivi previsti dal PRS approvato con DCR XI d/64 del 10 luglio 2018 e della Legge regionale n.18/2018 «Iniziative a favore dei minori che frequentano nidi e micronidi», Regione Lombardia, nel rispetto della Convenzione sui diritti del fanciullo approvata a New York il 20 novembre 1989, per l'anno 2018/2019 e 2019/2020 ha ritenuto di concorrere al benessere e alla tutela dei minori che frequentano nidi e micronidi attraverso l'attivazione delle seguenti linee di intervento: interventi di formazione e informazione a favore di operatori e genitori di bambini frequentanti asili nido e micronidi; contributi per l'installazione, in via sperimentale di sistemi di videosorveglianza presso le strutture di prima infanzia.

16.3.1. Azioni ed interventi per l'anno 2020

I percorsi proposti sono ad oggi in fase di attivazione. I dati pervenuti in questa prima fase, soprattutto per quanto concerne l'installazione di sistemi di videosorveglianza, evidenziano la necessità di analizzare quanto attivato fino ad ora e valutare eventuali integrazioni alla misura stessa.
In particolare, si evidenzia il ruolo svolto dalla formazione rivolta sia agli operatori che alle famiglie interessate in una logica di corresponsabilità.
Si evidenzia inoltre il ruolo significativo delle ATS svolto sia nella fase di progettazione, di organizzazione e di monitoraggio delle attività.

Proseguirà anche per il 2020 l'attività della "Consulta Regionale per interventi a favore dei minori che frequentano nidi e micronidi" quale organo con funzioni consultive rispetto all'attuazione della l.r. 18/2018 in particolare rispetto all'attuazione delle linee d'intervento a favore dei minori e del monitoraggio sia di tipo quantitativo che qualitativo sulle misure attivate.

16.3.2. Ammontare delle risorse finanziarie previste

Per il biennio 2019/2020 sono già state assegnate alle ATS le risorse per la realizzazione delle attività: € 900.000,00 di cui € 300.000 per i percorsi di formazione e informazione e € 600.000 quale contributo per l'istallazione di sistemi di videosorveglianza su base volontaria.

16.3.3. Attività di monitoraggio e controllo previste

Verrà effettuato un monitoraggio puntuale delle attività svolte da parte dei soggetti coinvolti.

16.3.4. Tavoli di lavoro da attivare

Si prevedono tavoli di confronto con gli enti gestori, ambiti territoriali e ATS, al fine di condividere modelli formativi e logiche di intervento.

16.3.5. Provvedimenti di futura adozione inerenti alla tematica

Linee guida per il monitoraggio da parte delle ATS sulle attività realizzate.

16.3.6. Attività di comunicazione previste e impatti sul cittadino

Campagne informative rivolte ai gestori delle strutture.

16.3.7. Temi chiave

AZIONE/INTERVENTO	TERMINE ATTUAZIONE	RISORSE FINANZIARIE
Installazione sistemi videosorveglianza strutture prima infanzia	31.12.2020	€ 600.000,00 complessive
Progetti di formazione e informazione	31.12.2020	€ 300.000,00

16.4. Attuazione delle azioni di Prevenzione e Contrasto al bullismo

Regione Lombardia, nell'ambito delle politiche di prevenzione e contrasto al disagio giovanile, ha inteso porre l'attenzione sul tema del bullismo e del cyberbullismo, promuovendo nell'anno scolastico 2018/2019 un bando denominato "BULLOUT" allo scopo di sostenere la realizzazione di progetti per prevenire e contrastare un fenomeno in costante crescita che coinvolge adolescenti e preadolescenti sia in ambito scolastico che in altri contesti aggregativi o socializzanti (ambienti sportivi, parrocchie e social network).
L'iniziativa ha visto un'elevata partecipazione con 119 progetti diffusi su tutto il territorio regionale di cui 30 finanziati con una dotazione di € 700.000,00.
I progetti sono caratterizzati da azioni e interventi di tipo formativi/informativi rivolti ad insegnati, genitori e altri contesti extra scolastici (sportivi….).

16.4.1. Azioni ed interventi per l'anno 2020

Nell'anno 2020 si darà continuità alla prevenzione e al contrasto al fenomeno del bullismo e cyberbullismo, coinvolgendo maggiormente il territorio, oltre agli istituti scolastici, i soggetti pubblici e privati che sono maggiormente interessati alla prevenzione del fenomeno (Questure, Prefetture…).
Anche per il 2020 le ATS sono pertanto chiamate a farsi parte attiva in qualità di capofila o di aderenti a tali progetti, anche integrandosi con l'attività del settore territoriale delle ASST di riferimento.

16.4.2. Ammontare delle risorse finanziarie previste

€ 500.000,00 da destinare per l'approvazione dei progetti.

16.4.3. Attività di monitoraggio e controllo previste

Si prevede monitoraggio in fase di attuazione e rendicontazione dei progetti approvati.

16.4.4. Tavoli di lavoro da attivare

Si prevedono tavoli di confronto con gli coinvolti tra i quali anche la "Consulta regionale sul bullismo e sul cyberbullismo".

16.4.5. Provvedimenti di futura adozione inerenti alla tematica

Delibera di Giunta regionale di approvazione dei criteri di realizzazione dei progetti e dello schema di convenzione/protocollo con Ufficio scolastico regionale.

16.4.6. Attività di comunicazione previste e impatti sul cittadino

Campagne informative rivolte ai gestori delle strutture.

16.4.7. Temi chiave

AZIONE/INTERVENTO	TERMINE ATTUAZIONE	RISORSE FINANZIARIE
DGR di approvazione dei criteri di realizzazione dei progetti e dello schema di convenzione/protocollo con ufficio scolastico regionale con dotazione finanziaria.	Entro marzo 2020	€ 500.000,00

16.5. Interventi e servizi per la Conciliazione Vita Lavoro

Nell'ambito delle politiche in favore della famiglia Regione Lombardia, sin dal 2010, sostiene interventi a favore della conciliazione dei tempi di vita con i tempi lavorativi, attraverso un sistema di *governance* basato su partnership pubblico-private coordinate dalle ATS lombarde (Reti e Alleanze Territoriali per la Conciliazione Vita-Lavoro).

16.5.1. Azioni ed interventi per l'anno 2020

Viene confermato anche per la nuova programmazione (che, per favorire l'allineamento con i piani di zona, riguarderà le annualità 2020-2023) il ruolo di coordinamento in capo alle ATS degli interventi attivati nell'ambito dei Piani Territoriali di Conciliazione Vita-Lavoro. L'ATS avrà il compito, oltre che di orientare le progettualità sul proprio territorio attraverso uno specifico documento di indirizzo, di emanare gli avvisi pubblici per il finanziamento dei progetti (marzo-aprile 2020), governare gli stakeholder locali e garantire la sinergia con gli altri interventi sul proprio territorio, anche attraverso l'attivazione di specifiche azioni di sistema. Novità della nuova programmazione è l'introduzione nel Piano di una sezione dedicata alle politiche per il coordinamento e l'amministrazione dei tempi delle città, in cui si dà conto dello stato di attuazione in materia e vengono individuate specifiche linee di intervento che coinvolgono i Comuni, da elaborare in collaborazione con i Comuni del territorio nell'ambito dei già esistenti organismi di rappresentanza.

16.5.2. Ammontare delle risorse finanziarie previste

Le risorse previste per l'annualità 2020 sono pari ad euro 3.000.000. Di queste, 2.800.000 euro verranno trasferite e ripartite tra le ATS in base al numero degli abitanti, mentre 200.000 euro saranno trattenute da Regione Lombardia per l'attivazione di interventi (es. comunicazione o formazione) che garantiscano l'efficacia dei Piani.

16.5.3. Attività di monitoraggio e controllo previste

Il monitoraggio dei piani attivati sarà garantito dall'attivazione dei Comitati di Indirizzo a livello locale e da specifici gruppi di lavoro a livello regionale, finalizzati alla condivisione di strumenti e metodologie unitarie (es. tracciati dati uniformi a livello regionale), ma anche alla valorizzazione delle buone prassi attivate.

16.5.4. Provvedimenti di futura adozione inerenti alla tematica

Con apposito provvedimento saranno dettagliate le modalità operative di gestione dei Piani e le linee guida per la rendicontazione.

16.5.5. Attività di comunicazione previste e impatti sul cittadino

La pubblicizzazione degli interventi è prevista sia a livello locale sia attraverso azioni regionali che valorizzeranno il "logo valigetta" ideato nel 2017 per l'identificazione delle azioni sulla conciliazione vita-lavoro.

16.5.6. Temi chiave

AZIONE/INTERVENTO	**TERMINE ATTUAZIONE**	**RISORSE FINANZIARIE**
approvazione piano conciliazione	31.05.2020	2.800.000,00 €
avvio progetti previsti dal piano conciliazione	1.06.2020	

16.6. Azioni per la qualità della vita e l'inclusione sociale delle persone sottoposte a terapia oncologica chemioterapica

Nell'ambito delle politiche a sostegno delle famiglie in condizioni di fragilità, Regione Lombardia sostiene progetti di intervento coerenti con gli obiettivi definiti nella programmazione strategica regionale in materia sociosanitaria; in particolare, ha sviluppato azioni per la qualità della vita delle persone sottoposte a terapia oncologica chemioterapica, attraverso il coinvolgimento delle ATS per il tramite di ASST, IRCCS e Enti del Terzo Settore, per la realizzazione degli aspetti operativi delle azioni individuate.
Nel corso del 2019 si è provveduto a:

- aumentare il contributo massimo erogabile da euro 150,00 a euro 250,00 per l'acquisto della parrucca;
- modificare la modalità di presentazione delle domande attraverso il sistema Bando Online.

16.6.1. Azioni ed interventi per l'anno 2020

L'iniziativa che prevede l'assegnazione di un contributo per l'acquisto della parrucca alle persone affette da alopecia e coinvolte nel percorso riabilitavo a seguito di terapia oncologica chemioterapica continua anche nel 2020. Nello specifico, considerato i risultati dell'analisi dei dati che confermano la diffusione sul territorio regionale del gradimento dell'iniziativa, e tenendo conto delle esigenze connesse alla semplificazione e digitalizzazione dei processi amministrativi, si è ritenuto di individuare nuove modalità di attuazione dell'iniziativa, indicate nella D.G.R. n. XI/1829/2019 "Azioni per la qualità della vita e l'inclusione sociale delle persone sottoposte a terapia oncologica. Nuove modalità di attuazione", fermo restando il permanere del coinvolgimento delle ATS quali intermediari per l'istruttoria delle domande e l'erogazione del contributo, nonché per le funzioni di monitoraggio e controllo.

16.6.2. Ammontare delle risorse finanziarie previste

Le risorse previste per l'annualità 2020 sono pari quelle previste per il 2019 salvo la possibilità di incrementarle in esito alla verifica delle domande pervenute nell'anno 2019.

16.6.3. Attività di monitoraggio e controllo previste

Viene effettuato un costante monitoraggio della spesa e del numero delle persone aderenti, sia attraverso un confronto periodico con le ATS, sia attraverso il sistema Bandi online che permette una fotografia sempre aggiornata.

16.6.4. Provvedimenti di futura adozione inerenti alla tematica

Con apposito provvedimento saranno definite le modalità operative per accedere al contributo.

16.6.5. Attività di comunicazione previste e impatti sul cittadino

La pubblicizzazione dell'iniziativa è prevista sia tramite sito web https://www.regione.lombardia.it che tramite singoli portali istituzionali di ATS, ASST e IRCCS del territorio regionale.

16.6.6. Temi chiave

AZIONE/INTERVENTO	TERMINE ATTUAZIONE	RISORSE FINANZIARIE
continuazione dell'attività	31.12.2020	pari a quelle del 2019 o incrementate

16.7. Interventi e servizi per la Prevenzione e il Contrasto della violenza sulle donne

Nell'ambito delle politiche in favore della donna, Regione Lombardia, sin dal 2012, sostiene interventi per la prevenzione e il contrasto della violenza sulle donne.
La legge l.r.11/2012, "*Interventi di prevenzione, contrasto e sostegno a favore di donne vittime di violenza*" ha individuato il *Piano quadriennale di prevenzione e contrasto alla violenza contro le donne*. L'attuazione degli interventi previsti dal Piano approvato nel 2015 è stata garantita attraverso un sistema di governance basato sulle reti territoriali interistituzionali antiviolenza, che garantiscono l'operatività dei servizi per l'accoglienza, l'assistenza, la protezione e l'accompagnamento all'autonomia delle donne vittime di violenza e assicurano il raccordo tra i servizi territoriali competenti (centri antiviolenza, strutture di ospitalità, Forze dell'Ordine, Magistratura, servizi sociali e socio-sanitari, presidi ospedalieri, soggetti qualificati del terzo settore, servizi per il lavoro, ecc.). Le ATS in questi anni hanno partecipato alle Reti antiviolenza come nodo essenziale della rete e come organismo intermedio nella gestione delle risorse dedicate al sostegno dei centri.

16.7.1. Azioni ed interventi per l'anno 2020

Nel corso del 2019 è stato avviato il processo partecipativo per l'approvazione del nuovo Piano quadriennale per le politiche di parità, di prevenzione e contrasto alla violenza 2020-2023.
In particolare è stato costituito il Tavolo Regionale permanente per la prevenzione e il contrasto alla violenza contro le donne, quale sede di consultazione per la programmazione, il monitoraggio e la valutazione degli interventi antiviolenza, nella sua nuova composizione di 78 rappresentanti dei diversi nodi delle reti interistituzionali (centri antiviolenza, enti locali capofila, sistema socio-sanitario, sistema giudiziario e forze dell'ordine). Il Tavolo è stato coinvolto nella condivisione degli assi di indirizzo e delle priorità del Piano. La proposta di Piano condivisa è stata approvata dalla Giunta nella seduta del 26 novembre ed è al momento al vaglio dell'approvazione da parte del Consiglio come previsto dalla l.r.11/2012.
Nel 2020 si darà avvio ai lavori del Comitato di Coordinamento del Tavolo con il compito di supportare l'attuazione e il monitoraggio del Piano e approfondire specifiche aree di intervento o tematiche di interesse e dei sottogruppi tematici per i quattro assi del Piano.
Con il nuovo Piano si intende avviare un percorso atto a favorire una politica pubblica strutturata per la prevenzione e il contrasto alla violenza contro le donne per consolidare e sostenere la qualità degli interventi. Si sosterrà inoltre il coinvolgimento degli enti locali in qualità di capofila delle Reti e delle ATS nel loro ruolo di strutture attuatrici della programmazione regionale. Il sistema ORA viene confermato quale strumento statistico di analisi del fenomeno.

16.7.2. Ammontare delle risorse finanziarie previste

Le risorse previste per l'annualità 2020 sono pari ad euro € 4.531.788,97 ripartite tra le 27 reti territoriali. Il Dipartimento per le pari opportunità ha stanziato i fondi per il 2019 che ammontano ad un totale di € 4.445.963,77 sia per il sostegno e il rafforzamento dei centri antiviolenza e delle case rifugio, sia per interventi specifici di formazione, comunicazione e informazione ed interventi a favore di specifici target quali donne minori vittime di violenza, minori vittime di violenza assistita, uomini maltrattanti, donne straniere.

16.7.3. Attività di monitoraggio e controllo previste

Il monitoraggio sarà garantito dall'attivazione di gruppi di lavoro a livello regionale, finalizzati alla condivisione di strumenti e metodologie unitarie (es. tracciati dati uniformi a livello regionale) ma anche all'identificazione dei servizi garantiti dai centri antiviolenza.
Il monitoraggio finanziario periodico verrà gestito attraverso la piattaforma Smaf.

16.7.4. Provvedimenti di futura adozione inerenti alla tematica

Approvazione linee guida per la rendicontazione ed eventuale approvazione di protocolli di intesa con altri enti (Ordine Avvocati, Ufficio Scolastico Regionale).

16.7.5. Attività di comunicazione previste e impatti sul cittadino

Nel corso dell'anno saranno organizzate diverse iniziative di formazione e di sensibilizzazione sul tema della prevenzione e del contrasto alla violenza sulle donne.

16.7.6. Temi chiave

AZIONE/INTERVENTO	TERMINE ATTUAZIONE	RISORSE FINANZIARIE
Dgr XI/1496 del 8/04/2019 - Programma 2020 - 2021	31.12.2021	€ 4.531.788,97

16.8. Iniziativa per il concorso alle spese per l'alloggio in strutture ricettive dei familiari di pazienti minori in cura presso strutture ospedaliere

Nell'ambito delle politiche a sostegno delle famiglie in condizioni di fragilità, Regione Lombardia ha istituito una iniziativa che prevede il concorso alle spese per l'alloggio in strutture ricettive sostenute dalla famiglia nell'ambito del percorso di accompagnamento del minore ricoverato o che fruisce di cicli di prestazioni specialistiche presso strutture ospedaliere pubbliche o private accreditate ubicate sul territorio della ATS della Città Metropolitana di Milano.

16.8.1. Azioni ed interventi per l'anno 2020

L'iniziativa, approvata con d.g.r. XI/728/2018, prosegue anche per l'anno 2020 ed è finalizzata a concorrere alle spese per l'alloggio in strutture ricettive sostenute dalla famiglia residente in Lombardia nell'ambito del percorso di accompagnamento del minore residente in Lombardia ricoverato per un periodo non inferiore nel mese a 10 giorni e nell'arco di massimo 6 mesi, o che fruisce, nell'arco dello stesso periodo, di cicli di

prestazioni specialistiche, presso strutture ospedaliere pubbliche o private accreditate ubicate sul territorio della ATS della Città Metropolitana di Milano.

16.8.2. Ammontare delle risorse finanziarie previste

Utilizzo delle risorse residue già assegnate alla ATS della Città Metropolitana di Milano (50.000,00 euro). Il contributo è pari al massimo all'80% alla spesa sostenuta con un importo massimo complessivo a famiglia di euro 1.500,00.

16.8.3. Attività di monitoraggio e controllo previste

Viene effettuato un costante monitoraggio della spesa e del numero delle persone aderenti, attraverso un confronto periodico con l'ATS.

16.8.4. Provvedimenti di futura adozione inerenti alla tematica

Provvedimento deliberativo della Giunta per prosecuzione ed emanazione di nuovo avviso da parte della ATS.

16.8.5. Attività di comunicazione previste e impatti sul cittadino

La pubblicizzazione dell'iniziativa è prevista sia tramite sito web https://www.regione.lombardia.it che tramite sito ATS.

16.8.6. Temi chiave

AZIONE/INTERVENTO	TERMINE ATTUAZIONE
Concorso alle spese per l'alloggio in strutture ricettive dei familiari di pazienti minori in cura presso strutture ospedaliere.	Fino a esaurimento delle risorse

16.9. Sostegno abitativo per l'integrazione del canone di locazione a favore di coniugi separati o divorziati e promozione di azioni di mediazione familiare

La misura prevede la realizzazione di interventi di sostegno abitativo a favore di coniugi separati o divorziati, in particolare con figli minori di cui alla l.r. 18/2014, provvedendo all'adeguamento e sviluppo di quanto già attivato negli anni precedenti.
La situazione di fragilità in cui si trovano le famiglie durante la fase di separazione e di divorzio ha richiesto un ampliamento dei requisiti per l'accesso e l'individuazione di nuove azioni.
Pertanto, per rispondere in maniera complessiva al bisogno dei genitori separati/divorziati, oltre agli interventi di sostegno abitativo per l'integrazione del canone di locazione e di prevenzione e di protezione a sostegno della famiglia e del ruolo genitoriale, vengono previsti interventi di mediazione familiare, complementari a quelli svolti dai consultori in ambito sociosanitario per implementare, anche dal punto di vista socio relazionale, il contrasto alle situazioni di crisi con ricadute in particolare sui figli minori.

16.9.1. Azioni ed interventi per l'anno 2020

I destinatari dell'Avviso, genitori separati o divorziati nonché genitori che hanno in atto un procedimento di separazione giudiziale in corso di perfezionamento, accedono a un contributo economico per il sostegno abitativo.
Nel caso di genitori separati/divorziati in condizione di grave marginalità sociale, è prevista la definizione di un progetto personalizzato e la concessione di un contributo economico aggiuntivo riconosciuto per un biennio e la costruzione.
Nel corso del 2020, oltre a proseguire con le attività sopra citate, verrà assegnato una quota destinata agli interventi di mediazione familiare, con budget calcolati a livello di ATS in base alla popolazione 0-18 anni, per sostenere le famiglie durante la fase di separazione o di divorzio favorendo un processo collaborativo di risoluzione del conflitto familiare. Le coppie verranno assistite da un soggetto terzo imparziale (mediatore o equipollente) per agevolare la comunicazione e trovare una soluzione ai problemi di riorganizzazione dopo la separazione o il divorzio. Le prestazioni erogabili saranno complementari a quanto definito nella d.g.r. 6131/2017 "Aggiornamento del tariffario delle prestazioni consultoriali in ambito materno infantile" e verranno individuate mediante la definizione di un progetto individuale che garantisca il recupero di un dialogo positivo, con particolare riguardo ai figli.
Tali interventi vengono richiesti alle ATS dai consultori o dai servizi sociali dei Comuni e/o degli Ambiti.

16.9.2. Ammontare delle risorse finanziarie previste
Lo stanziamento complessivo è pari a € 6.400.000,00.
Nel 2020 è previsto lo stanziamento di ulteriori risorse pari a € 2.100.000,00 di cui:
- € 800.000,00 destinate agli interventi di sostegno abitativo per l'integrazione del canone di locazione;
- € 1.300.000,00 destinate agli interventi di mediazione familiare, quota suddivisa per ATS per popolazione 0/18 anni.

16.9.3. Attività di monitoraggio e controllo previste
A seguito della conclusione della misura, le ATS devono inviare la relazione nella quale vengono evidenziati:
- il numero complessivo di domande presentate;
- il numero complessivo di interventi effettuati, evidenziando le caratteristiche di genere dei destinatari;
- il numero delle esclusioni con indicazione delle relative motivazioni;
- sintesi valutativa della misura in ogni territorio.

Al fine di misurare l'effettivo livello di raggiungimento degli obiettivi di risultato collegati a questa misura, le ATS provvedono a monitorare gli interventi attraverso l'analisi degli indicatori indicati nell'Avviso Pubblico.

16.9.4. Tavoli/gruppi di lavoro da attivare
Proseguimento del confronto con le ATS.

16.9.5. Provvedimenti di futura adozione inerenti alla tematica
Implementazione dei budget e delle azioni di cui sopra con delibera e decreto attuativo.

16.9.6. Attività di comunicazione previste e impatti sul cittadino
Si tratta di interventi finanziati da fondi regionali e pertanto le modalità di comunicazione sono definite da Regione Lombardia.

L'attività di comunicazione è svolta attraverso il sito di Regione Lombardia ed i siti delle ATS.

16.10. Interventi per migliorare la qualità della vita delle persone anziane fragili o che necessitano di caregiver professionale

Le migliorate condizioni di salute, i progressi della medicina, la vita media più elevata, i maggiori livelli di istruzione e di benessere hanno contribuito a rendere la condizione anziana (cioè quella delle persone con più di 65 anni) una fase del ciclo di vita sempre più lunga e articolata. Accanto a persone anziane attive, protagoniste delle loro famiglie e delle comunità di riferimento, sono presenti persone con talune fragilità o persone non autosufficienti.
La rete territoriale delle unità d'offerta e degli interventi a favore delle persone anziane è ben articolata e distribuita sul territorio regionale e offre risposte, a seconda dei bisogni delle persone e delle loro famiglie, di tipo sia sociosanitario sia sociale.
E' quindi fondamentale realizzare interventi centrati su tre differenti e peculiari segmenti: la casa, le reti familiari e la comunità, intesa come ambiente di vita, dove si coniugano una forte motivazione all'azione (valori relazionali) con elevati livelli di professionalità e di gestione. Questi interventi hanno come destinatari la persona anziana e la sua famiglia, e si focalizzano sulla casa tendendo a ricreare ambienti "complementari" che permettono a queste persone, mediante un rinforzo della capacità funzionale e relazionale, una maggiore libertà di "fare", aumentando anche la propria autostima e la valutazione soggettiva della propria condizione.
Le famiglie sono quindi chiamate a rispondere alla sfida dell'invecchiamento demografico, adattandosi a questo cambiamento strutturale, dove diventa indispensabile "leggere" il bisogno in maniera individualizzata e "costruire" l'intervento considerando l'esigenza ed il benessere della singola persona all'interno del nucleo familiare.
Di conseguenza sono state attivate misure che:

- da un lato garantiscono alle persone anziane con talune fragilità (minore cura di se, rarefazione delle relazioni familiari, progressiva scomparsa dei rapporti di amicizia, vicinato, ecc.) la possibilità di accedere ad interventi modulati sul "bisogno individuale" per prevenire il decadimento psico fisico e aumentare la qualità della propria vita – mediante concessione di voucher per un anno per un ammontare complessivo di € 4.800,00 (A);
- dall'altro prevedono, mediante il lavoro di assistenza e di cura svolto dagli assistenti familiari, di rispondere ai bisogni sempre più diversificati e complessi degli anziani non autosufficienti. In un contesto in cui il rapporto tra assistente familiare e famiglie ha sostanzialmente una dimensione privatistica, questa misura introduce una modalità di intervento che favorisce un incontro "regolato" tra la domanda delle persone anziane e delle loro famiglie di un'assistenza qualificata e l'offerta sul territorio regionale. Si intende proseguire quindi il processo innovativo già avviato, implementando la capacità della misura proposta di agire in termini di rinnovamento sul sistema dei servizi formali (B).

16.10.1. Azioni ed interventi per l'anno 2020

A. Nel corso del 2020 si proseguirà la realizzazione della misura di cui al decreto n. 19486 del 21 dicembre 2018 e cioè: i destinatari accedono ad un intervento multidimensionale declinabile in base alla maggiore o minore intensità di intervento che prevede, oltre a prestazioni/servizi trasversali, l'erogazione di almeno una delle linee di prodotto (prestazioni/servizi) e delle conseguenti tipologie di intervento

individuate in coerenza con le aree di intervento indicate dal Progetto Individuale (PI).
Per l'accesso all'intervento multidimensionale viene assegnato ai destinatari un voucher nominativo di 4.800 euro per la realizzazione dell'intero percorso.
Come previsto dal catalogo delle prestazioni/servizi di cui al Decreto n. 9735/2017 le Aree di intervento sono:

- il mantenimento del livello culturale e sociale;
- l'autonomia personale;
- il contesto familiare (in particolare per gli interventi a favore del caregiver familiare).

B. In attuazione della l.r. 15/2015 "Interventi a favore del lavoro di assistenza e cura svolto dagli assistenti familiari", durante l'anno 2020 proseguiranno i seguenti interventi attivati nel 2019 (decreto n. 4597/2019):
   - implementazione degli sportelli per l'assistenza familiare connessi con il sistema dei servizi sociali e socio-sanitari;
   - misura Bonus Assistenti Familiari;
   - applicazione del Fattore Famiglia Lombardo (FFL).

   Ai nuclei familiari viene offerto un servizio qualificato sia informativo (attivazione di sportelli e del registro degli assistenti familiari territoriale a livello di Ambito dei Comuni) che di assistenza mediante la concessione di contributi, relativamente al "bonus assistenti familiari" sulle spese previdenziali della retribuzione dell'Assistente Familiare. I destinatari del contributo sono i datori di lavoro che sottoscrivono il contratto con l'Assistente familiare, sia esso la persona assistita o altro componente di famiglia vulnerabile con presenza di persona fragile non obbligatoriamente convivente. Tale contributo può essere integrato, mediante il Fattore Famiglia Lombardo, se all'interno dello stesso nucleo familiare oltre alla persona "assistita" sono presenti altri componenti considerati fragili, rendendo particolarmente complessa la situazione familiare.

16.10.2. Ammontare delle risorse finanziarie previste

A. Lo stanziamento complessivo è pari a € 3.480.000,00 (di cui € 480.000,00 riservati all'Area Interna Appennino Lombardo Alto Oltrepò Pavese) e la quota utilizzabile nel 2020 è pari a euro 1.440.000,00 ripartita agli Ambiti territoriali in base alla popolazione residente di età > = 65 anni.

B. Lo stanziamento complessivo è pari a € 4.500.000,00, ripartito agli Ambiti territoriali in base alla popolazione residente di età > = a 65 anni, di cui:
   - € 3.000.000,00 relative alla quota anno 2018;
   - € 1.500.000 relative alla quota anno 2019.

16.10.3. Attività di monitoraggio e controllo previste

A. Gli Ambiti dei Comuni sono tenuti a provvedere all'aggiornamento periodico delle informazioni sullo stato di avanzamento degli interventi.
   Ai fini del monitoraggio l'Ambito è tenuto a trasmettere le informazioni relative ai partecipanti ed al fine di misurare l'effettivo livello di raggiungimento degli obiettivi di risultato collegati a questa misura, al termine dell'intervento, somministra alle persone destinatarie del voucher un questionario per la misurazione dell'indicatore definito nell'Avviso stesso.
B. Gli Ambiti territoriali sono tenuti, a conclusione della misura, a predisporre un report che analizza i dati raccolti ed effettua una sintesi valutativa quali-quantitativa degli

interventi realizzati, come previsto dall'Avviso Pubblico approvato (decreto n. 4597 del 2019).

16.10.4. Tavoli/gruppi di lavoro da attivare

A. Proseguimento del confronto con gli Ambiti territoriali lombardi e l'ANCI
B. Proseguimento del confronto con gli Ambiti territoriali lombardi, le ATS e l'ANCI.

16.10.5. Attività di comunicazione previste e impatti sul cittadino

A. Si tratta di misura cofinanziata da fondi comunitari e pertanto le modalità di comunicazione sono definite da regolamenti UE. A tal fine è stata predisposta una pubblicazione in italiano ed inglese a titolo "Inclusione Sociale e Lotta alla Povertà in Regione Lombardia" dove sotto la voce "Voucher anziani" è presente, in sintesi, questa modalità.
B. Si tratta di interventi finanziati da fondi regionali e pertanto le modalità di comunicazione sono definite da Regione Lombardia.

16.11. Interventi a favore di giovani e adulti disabili sia per percorsi finalizzati all'inclusione sociale sia per l'acquisto o l'utilizzo di ausili/strumenti tecnologicamente avanzati (anche per giovani con disturbi specifici dell'apprendimento)

La rete territoriale delle unità d'offerta e degli interventi a favore delle persone con disabilità è ben articolata e distribuita sul territorio regionale e offre risposte, a seconda dei bisogni delle persone e delle loro famiglie, di tipo sia sociosanitario sia sociale.
Partire dall'analisi del bisogno di ogni persona e garantire un accesso flessibile e diversificato ai servizi presenti sul territorio è ciò che caratterizza gli interventi personalizzati finalizzati all'autonomia ed all'inclusione attiva. Questi interventi hanno pertanto come destinatari/destinatarie persone giovani e adulte con disabilità, anche della sfera cognitiva, prodotta sia da patologie invalidanti e/o da esiti di trauma, persone attive protagoniste nella propria comunità di riferimento unitamente a persone in condizione di fragilità variabile, persone per le quali il supporto e lo sviluppo di abilità è fondamentale per creare consapevolezza, autodeterminazione, autostima e maggiori autonomie spendibili anche per il proprio inserimento professionale e lavorativo.
Le misure attivate:

- da un lato garantiscono ai giovani ed adulti disabili con talune fragilità (scarsi livelli di abilità funzionali, bassa capacità di svolgimento delle attività della vita quotidiana, ecc.) la possibilità di accedere ad interventi modulati sul "bisogno individuale" per intraprendere un percorso di acquisizione di abilità sociali, relative all'autonomia nella cura di se e dell'ambiente di vita, nonché nella vita di relazioni – mediante concessione di voucher per un anno per un ammontare complessivo di € 4.800,00 (A);
- dall'altro prevedono il sostegno ai giovani e adulti disabili nonché alle famiglie con minori con disturbi specifici dell'apprendimento mediante un contributo per l'acquisto di ausili o strumenti tecnologicamente avanzati finalizzati ad implementare le abilità della persona e potenziare la sua qualità della vita. L'ausilio/strumento deve essere funzionale al raggiungimento/miglioramento:
    - ✓ dell'autonomia della persona, con particolare riferimento al miglioramento dell'ambiente domestico;
    - ✓ delle potenzialità della persona in relazione alle sue possibilità di integrazione sociale e lavorativa (B).

16.11.1. Azioni ed interventi per l'anno 2020

A. i destinatari accedono ad un intervento multidimensionale declinabile in base alla maggiore o minore intensità di intervento che prevede, oltre a prestazioni/servizi trasversali, l'erogazione di almeno una delle linee di prodotto (prestazioni/servizi) e delle conseguenti tipologie di intervento individuate in coerenza con le aree di intervento indicate dal Progetto Individuale (PI).
   Per l'accesso all'intervento multidimensionale viene assegnato ai destinatari un voucher nominativo di 4.800 euro per la realizzazione dell'intero percorso.
   Come previsto dal catalogo delle prestazioni/servizi di cui al Decreto n. 9735/2017 le Aree di intervento sono:
   - l'autonomia personale;
   - socializzazione;
   - abilità sociali
   - mantenimento del livello culturale
   - propedeuticità all'inserimento lavorativo
   - ruolo nella famiglia o emancipazione dalla famiglia.

B. Nel corso del 2020 verranno proseguite le attività relative alla misura di cui al decreto n. 348/2019: i destinatari dell'Avviso, minorenni o adulti disabili e minori o giovani maggiorenni entro il 25° anno di età con disturbo specifico di apprendimento (DSA), potranno accedere ad un contributo a fondo perduto, riconosciuto per le spese sostenute relativamente all'acquisizione di strumenti/ausili con massimali di contribuzione diversificati per ognuna delle 4 aree di intervento previste dall'Avviso: domotica, mobilità, informatica e altri ausili.

16.11.2. Ammontare delle risorse finanziarie previste

A. Lo stanziamento complessivo è pari a € 3.000.000,00 e la quota utilizzabile nel 2020 è pari a euro 900.000,00 ripartita agli Ambiti territoriali in base alla popolazione residente di età > = 16 anni.
B. Lo stanziamento complessivo, pari a € 4.606.801,65 è stata assegnato ed erogato interamente alle ATS e la quota utilizzabile nel 2020 è pari a € 2.000.000,00.

16.11.3. Attività di monitoraggio e controllo previste

A. Gli Ambiti dei Comuni sono tenuti a provvedere all'aggiornamento periodico delle informazioni sullo stato di avanzamento degli interventi.
   Ai fini del monitoraggio l'Ambito è tenuto a trasmettere le informazioni relative ai partecipanti ed al fine di misurare l'effettivo livello di raggiungimento degli obiettivi di risultato collegati a questa misura, al termine dell'intervento, somministra alle persone destinatarie del voucher un questionario per la misurazione dell'indicatore definito nell'Avviso stesso.
B. Al fine di misurare l'effettivo raggiungimento degli obiettivi di risultato le ATS monitoreranno la misura attraverso i seguenti indicatori: n. domande finanziate/numero domande ammesse; risorse erogate/risorse assegnate; numero strumenti/ausili finanziati per area di intervento; risorse assegnate per strumenti/ausili finanziati. Le ATS sono tenute, a conclusione della misura, a predisporre un report che analizza i dati raccolti ed effettua una sintesi valutativa quali-quantitativa della misura.

16.11.4. Tavoli/gruppi di lavoro da attivare

C. Proseguimento del confronto con gli Ambiti territoriali lombardi e l'ANCI
D. Proseguimento del confronto con gli Ambiti territoriali lombardi, le ATS e l'ANCI.

16.11.5. Provvedimenti di futura adozione inerenti alla tematica

A. Implementazione dei budget agli Ambiti che hanno esaurito le risorse
B. Provvedimento di adeguamento/modifica dei contenuti delle quattro aree in cui sono suddivisi gli ausili/strumenti

16.11.6. Attività di comunicazione previste e impatti sul cittadino

A. Si tratta di misura cofinanziata da fondi comunitari e pertanto le modalità di comunicazione sono definite da regolamenti UE. A tal fine è stata predisposta una pubblicazione in italiano ed inglese a titolo "Inclusione Sociale e Lotta alla Povertà in Regione Lombardia" dove sotto la voce "Voucher disabili" è presente, in sintesi, questa modalità.
B. L'attività è svolta attraverso il sito di Regione Lombardia ed i siti delle ATS.

16.12. Interventi di accompagnamento all'inclusione socio lavorativa delle persone sottoposte a provvedimenti dell'autorità giudiziaria

L'inclusione sociale per le persone sottoposte a provvedimenti dell'Autorità giudiziaria (adulti e minori) deve poter essere garantita promuovendo la programmazione di servizi integrati tra i diversi soggetti territoriali e la realizzazione di interventi finalizzati al miglioramento dell'offerta di servizi e di percorsi che si realizzano già nel corso del periodo di detenzione. Al fine di supportare la ri-acquisizione e il mantenimento di abilità e risorse individuali utilizzabili nel mercato del lavoro e, più in generale, nel percorso di inclusione sociale, è infatti necessario promuovere una prospettiva di piena integrazione di politiche e risorse, che faccia superare la tradizionale frammentazione degli interventi, spesso causa di inefficacia delle politiche a sostegno delle fasce più fragili.
I servizi del territorio evidenziano l'importanza di promuovere una responsabilità diffusa e una vera sussidiarietà, lavorando per garantire contesti comunitari orientati all'inclusione di tutti i propri membri e alla legalità come responsabilità da condividere.
A partire dal 2016 sono stati approvati diversi avvisi per l'attivazione di interventi di accompagnamento all'inclusione socio lavorativa delle persone sottoposte a provvedimenti dell'Autorità giudiziaria attraverso la presentazione di progetti di inclusione sociale con risorse del POR FSE 2014-2020 e risorse regionali.
Lo strumento del progetto di inclusione sociale ha rappresentato e rappresenta ancor oggi una importante occasione per sostenere lo sviluppo delle sinergie indispensabili a fare sistema. Esso rappresenta l'occasione per apportare correttivi, valorizzare le risorse presenti e procedere ad una loro integrazione al fine di definire interventi efficaci e sostenibili nel tempo.

16.12.1. Azioni ed interventi per l'anno 2020

Nel 2020 si concluderanno i progetti di inclusione sociale avviati nel 2018 con le risorse regionali e nel 2019 con le risorse del POR FSE e con risorse regionali, con l'obiettivo generale di sostenere la messa a sistema di un modello di intervento finalizzato all'inclusione sociale e lavorativa di soggetti sottoposti a provvedimenti dell'Autorità giudiziaria (adulti e minori), favorendo il processo di standardizzazione delle pratiche e delle metodologie di lavoro sperimentate e il rafforzamento e la valorizzazione delle reti territoriali in ottica di

sviluppo degli interventi di comunità, con particolare attenzione alle situazioni di fragilità, ai giovani adulti e al supporto alle famiglie.
Verrà data attuazione alla sperimentazione di programmi ed interventi in materia di giustizia riparativa attraverso momenti di sensibilizzazione diffusa a livello locale rivolta alle scuole, associazioni e amministratori locali e il consolidamento dei servizi per la mediazione penale con il fine ultimo di consentire alla persone autore di reato di poter riparare il danno arrecato con il reato compiuto e di superare i possibili conflitti con la comunità di appartenenza e alla persona offesa di poter essere ascoltare.

16.12.2. Ammontare delle risorse finanziarie previste

Lo stanziamento complessivo è pari complessivamente ad euro 6.000.000,00 di cui euro 1.665.000,00 per l'anno 2020.

16.12.3. Attività di monitoraggio e controllo previste

Ai fini del monitoraggio degli interventi finanziati dal POR FSE i beneficiari sono tenuti a provvedere all'aggiornamento periodico delle informazioni sullo stato di avanzamento degli interventi. Al fine di misurare l'effettivo livello di raggiungimento degli obiettivi di risultato collegati a questa misura vengono raccolti le seguenti tipologie di dati:

10. i partecipanti (destinatari) intercettati;
11. ii) gli interventi realizzati;
12. iii) gli attori e le risorse di comunità attivate.

Sono inoltre identificati alcuni set di **indicatori/dimensioni di analisi specifici di progetto**, idonei a rappresentare dimensioni chiave della specifica strategia di intervento avviata nel quadro delle progettualità.

16.12.4. Tavoli/gruppi di lavoro da attivare

Al fine di garantire la messa a sistema dei percorsi attuati saranno avviati specifici gruppi di lavoro in corrispondenza delle quattro macroaree di intervento che hanno accompagnato l'evoluzione dei progetti stessi: area accoglienza abitativa temporanea, area progetto individualizzato di reinserimento sociale, con particolare attenzione alle situazione di fragilità, area intervento propedeutico all'inserimento lavorativo, area dei programmi di giustizia riparativa.
In attuazione dell'art. 10 della legge regionale n. 25/2017 viene inoltre istituito un tavolo di coordinamento e controllo composto da Regione, Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria, Centro Giustizia Minorile e di Comunità, Ufficio Interdistrettuale per l'esecuzione penale esterna, ANCI, Terzo settore.

16.12.5. Provvedimenti di futura adozione inerenti alla tematica

Nel corso del secondo semestre del 2020 verranno definiti i criteri e le modalità per dare sostegno agli interventi in essere in un'ottica di standardizzazione.

16.12.6. Attività di comunicazione previste e impatti sul cittadino

Nel corso del 2020 si completerà il "Percorso 5 sensi" avviato nell'ottobre 2019 che ha visto il realizzarsi di eventi presso gli Istituti Penitenziari, con il coinvolgimento dei servizi della Giustizia, degli Enti locali, del Terzo settore, del mondo profit allo scopo di far conoscere e sensibilizzare gli amministratori locali, gli operatori dei servizi del territorio sull'importante impatto di un percorso di reinserimento della persona sottoposta a provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria sia in termini di sicurezza che di riduzione delle recidive. Il percorso

si completa con la produzione di un cortometraggio narrativo che intende far emergere i tratti salienti delle diverse progettualità attivate nel corso 2019 e che vedono la loro realizzazione nel 2020, anche attraverso le voci dei diversi protagonisti.
Si tratta di misura cofinanziata da fondi comunitari e pertanto le modalità di comunicazione sono definite da regolamenti UE. A tal fine è stata predisposta una pubblicazione in italiano ed inglese a titolo "Inclusione Sociale e Lotta alla Povertà in Regione Lombardia" dove sotto la voce "inserimento socio lavorativo di persone detenute" è presente, in sintesi, questa modalità.

16.12.7. Temi chiave

AZIONE/INTERVENTO	TERMINE ATTUAZIONE	RISORSE FINANZIARIE
Consolidamento e messa a sistema del percorso di reinserimento socio lavorativo delle persone sottoposte a provvedimenti dell'autorità giudiziaria	Gennaio 2020-luglio 2021	1.960.000,00
Programmi di Giustizia Riparativa	Gennaio 2020 – luglio 2021	1.060.000,00

16.13. Dipendenze e marginalità anche giovanile

Le trasformazioni sociali, culturali, demografiche ed economiche in corso nei contesti urbani del territorio regionale, con picchi di intensità specifica nelle aree metropolitane, hanno contribuito a determinare l'aumento delle persone in difficoltà e in situazione di grave marginalità. Questi segmenti di popolazione, non necessariamente riconducibili alle categorie classiche dell'emarginazione e del disagio, originano nuove forme di insicurezza, aumentando la vulnerabilità per una parte della popolazione, producendo processi di esclusione sociale. Sul territorio regionale negli anni scorsi sono stati finanziati progetti rivolti ai target citati sia di pronto intervento sociale che di presa in carico strutturata o occasionale, realizzando azioni di prevenzione, di limitazione dei rischi nonché di contenimento del danno, mediante progetti individuali con obiettivi realizzabili anche attraverso assunzione di responsabilità consapevole da parte di ogni destinatario degli interventi. Tutto ciò ha richiesto anche un intervento costante di mediazione con il contesto di vita delle persone e con la comunità nel suo complesso. Pertanto, a partire dal novembre 2018, è stato istituito un gruppo di lavoro (di seguito gdl) con componenti della Direzione Generale Welfare, della Direzione Generale Politiche sociali, abitative e disabilità, rappresentanti di ATS, ASST e Terzo Settore, volto alla standardizzazione di tale intervento. L'esito del lavoro effettuato ha definito la possibilità di identificare modelli di intervento integrati tra ambito sociale e sociosanitario nell'area delle dipendenze e della marginalità anche giovanile.

16.13.1. Azioni ed interventi per l'anno 2020

Si è passati dal finanziamento a progetto alla definizione dei "costi standard" di queste tipologie di intervento. Il gdl, al fine di applicare la metodologia dei "costi standard", ha individuato:

- ✓ le ***aree di intervento*** sulla base dei progetti realizzati negli anni precedenti:
- area 2 "prevenzione e limitazione dei rischi"

- area 3 "aggancio e riduzione del danno";

✓ ***il quadro delle prestazioni erogabili*** nell'ambito di ciascuna area di intervento;

✓ ***le figure professionali*** coinvolte nell'erogazione delle prestazioni per ciascuna tipologia di intervento;

✓ il ***costo orario standard*** per ciascuna figura professionale individuata. [4]
Nella prima metà del 2020 verrà attivata una sperimentazione mediante l'applicazione dei costi standard definiti.

16.13.2. Ammontare delle risorse finanziarie previste

La sperimentazione dovrà trovare copertura, per quanto riguarda la quota sanitaria, nell'ambito delle risorse stanziate per l'anno 2020.

16.13.3. Attività di monitoraggio e controllo previste

Nel 2020 saranno definite le attività di monitoraggio ad esito della prima attuazione della sperimentazione.

16.13.4. Tavoli/gruppi di lavoro da attivare

Proseguimento del gdl già attivato.

16.13.5. Attività di comunicazione previste e impatti sul cittadino

Si tratta di misura cofinanziata da fondi comunitari e pertanto le modalità di comunicazione sono definite da regolamenti UE. A tal fine è stata predisposta una pubblicazione in italiano ed inglese a titolo "Inclusione Sociale e Lotta alla Povertà in Regione Lombardia" dove sotto la voce "Marginalità" è presente, in sintesi, la modalità prima della messa a standard.

16.14. Disagio di giovani e adolescenti

Le trasformazioni sociali, economiche e culturali insieme ai profondi mutamenti dei legami familiari negli ultimi anni hanno avuto un riflesso sulla condizione di vita delle famiglie. La maggiore complessità delle problematiche delle famiglie con adolescenti ha fatto emergere nuove domande su come affrontare lo snodo critico del passaggio all'età adulta. E 'diventato sempre più importante individuare forme, strumenti, modelli di intervento e processi organizzativi per assicurare la messa in rete del sistema di offerta e l'accompagnamento dell'adolescente e della sua famiglia.
Nell'ambito delle politiche in favore della famiglia, Regione Lombardia sostiene percorsi territoriali in risposta alle difficoltà e alle problematiche che devono affrontare le famiglie con giovani e adolescenti, cercando di prevenire o affrontare il disagio giovanile con il sostegno di un modello d'intervento personalizzato, flessibile e integrato con le risorse del territorio.

16.14.1. Azioni ed interventi per l'anno 2020

[4] Fonti informative utilizzate per la determinazione dei costi: analisi delle informazioni inerenti i progetti precedenti a partire dal 2016, consultazione dei CCLN di riferimento (sanità, enti locali, cooperative sociali e Uneba)

Nel corso del 2020 si proseguirà la realizzazione della misura di cui al decreto n. 5154 del 11 aprile 2019.
In particolare, si tratta di un modello di intervento articolato per "Aree" che determinano il percorso personalizzato di ogni giovane preso in carico: **Area 1**: Pre-valutazione e segnalazione; **Area 2:** Verifica della segnalazione, valutazione multidimensionale e definizione del Progetto Individualizzato; **Area 3:** Osservazione e definizione del Piano di Intervento; **Area 4:** Attuazione del Piano di Intervento; **Area 5:** Attività di monitoraggio.
L'Area 4 riguarda l'insieme delle prestazioni "qualificanti e specifiche" dell'azione sul giovane ed è articolata nelle seguenti linee: Interventi A: Supporto di competenze individuali mediante il potenziamento della funzione educativa e scolastico-formativa; Interventi B: Sostegno alla rete delle relazioni sociali prossimali mediante supporti mirati educativi e/o psicologici ai componenti della famiglia; Interventi C: Supporto e accompagnamento dell'adolescente nell'accesso alla rete dei servizi per l'attivazione di percorsi formativi e/o lavorativi; Interventi D: Supporto a carattere psico/socio/educativo in presenza di fattori di vulnerabilità o manifeste problematiche anche connesse all'uso/abuso di sostanze;

16.14.2. Ammontare delle risorse finanziarie previste

Lo stanziamento complessivo è pari a 6.000.000 e la quota utilizzabile nel 2020 è pari a euro 2.400.000 ripartita alle ATS in base alla popolazione residente di età compresa tra i 13 e i 25 anni.

16.14.3. Attività di monitoraggio e controllo previste

Ai fini del monitoraggio degli interventi finanziati dal FSE, l'ATS ha il compito di trasmettere a Regione Lombardia le informazioni relative ai partecipanti al progetto.
Al fine di misurare l'effettivo livello di raggiungimento degli obiettivi di risultato collegati a questa misura, l'indicatore individuato è il numero dei nuclei familiari partecipanti che al termine dell'intervento dichiarano una migliorata gestione dei tempi di vita e di lavoro.
L'ATS, al termine dell'intervento, somministra ai destinatari il questionario per la misurazione dell'indicatore definito nel POR FSE. L'erogazione del contributo è subordinata alle verifiche condotte da Regione Lombardia. Oltre alle verifiche amministrative su tutte le richieste di liquidazione è facoltà di Regione effettuare visite e controlli, anche senza preavviso, in loco, nelle sedi in cui si svolgono le attività.

16.14.4. Tavoli/gruppi di lavoro da attivare

Prosegue il confronto con ATS, ASST e Organizzazioni del Terzo settore che si occupano di interventi a favore degli adolescenti in situazione di disagio su una misura che parte dalla progettazione individuale per definire il costo complessivo dell'intervento erogato (modalità costi standard).

16.14.5. Provvedimenti di futura adozione inerenti alla tematica

A conclusione dell'attività oggetto della presente misura si valuteranno gli esiti prodotti da un utilizzo personalizzato e flessibile dei servizi già presenti a livello regionale.

16.14.6. Attività di comunicazione previste e impatti sul cittadino

Si tratta di misura cofinanziata da fondi comunitari e pertanto le modalità di comunicazione sono definite da regolamenti UE. A tal fine è stata predisposta una pubblicazione in italiano ed inglese a titolo "Inclusione Sociale e Lotta alla Povertà in Regione Lombardia" dove sotto la voce "Adolescenti" è presente, in sintesi, questa modalità.

17. COMUNICAZIONE

Anche nel 2020 l'attività di comunicazione e informazione dovrà rappresentare lo strumento fondamentale per far conoscere e valorizzare, presso i diversi target, l'offerta sanitaria e sociosanitaria e le relative modalità di fruizione. Tutti i soggetti del Sistema lombardo del Welfare dovranno contribuire in modo attivo e sostanziale - attraverso strumenti idonei a raggiungere i diversi target di riferimento – ad orientare il cittadino nella fruizione dei servizi che vengono erogati (con focus importanti su esenzioni, servizi digitali, prevenzione) e delle nuove opportunità di presa in carico attivate in attuazione della l.r. n. 23/2015 di evoluzione del sistema sociosanitario lombardo.

Altra attività fondamentale per il 2020 sarà il potenziamento della comunicazione volta a far conoscere ed utilizzare i servizi sanitari digitali, ovvero i servizi cui il cittadino può accedere direttamente dal proprio smartphone o altro dispositivo, in un'ottica di semplificazione, riduzione dei tempi e dei costi per il Servizio Sanitario Nazionale. L'utilizzo infatti degli strumenti digitali messi a disposizione da Regione Lombardia agevola il cittadino che non deve necessariamente recarsi allo sportello per eseguire operazioni quali ad esempio il cambio medico, la prenotazione di una visita o la relativa disdetta, il ritiro di un referto o il rinnovo delle esenzioni da reddito, attraverso il Fascicolo sanitario elettronico e la sua nuova app FSE, che unisce in un'unica applicazione le funzionalità delle principali app Salutile.

È necessario poi rinnovare il processo di coordinamento tra Uffici Comunicazione e Direzione Generale Welfare finalizzato alla condivisione preventiva dei materiali di comunicazione tra la Direzione stessa e gli Enti dei Sistema Sociosanitario Lombardo; sulle campagne di comunicazione che la Direzione Generale Welfare individuerà come strategiche, è necessario rafforzare le sinergie operative tra gli enti del Sistema Socio-Sanitario Lombardo e Regione Lombardia, così da assicurare la diffusione di messaggi e materiali comunicativi uniformi e coordinati su tutto il territorio regionale.

Si valuta opportuno l'invio alla Direzione Generale Welfare e all'indirizzo: comunicazione_sanita@regione.lombardia.it di informativa/comunicazione in ordine ad attività inerenti eventuali modifiche nell'erogazione dei servizi rivolti ai cittadini che abbiano significativi impatti sull'offerta sociosanitaria nel territorio di riferimento.

Un ulteriore obiettivo che la Direzione Generale Welfare intende perseguire è la realizzazione del Brand book per gli Enti del Sistema Sociosanitario lombardo: è il manuale utile a disciplinare l'utilizzo dei loghi degli Enti del Sistema Sanitario garantendone il rispetto e la massima coerenza dell'identità visiva, condividendo indicazioni chiare e strumenti operativi di lavoro per facilitare le diverse applicazioni sui prodotti di comunicazione, tendendo così alla massima visibilità e riconoscibilità del brand, valorizzando al meglio la strategia ed i mezzi selezionati, con la consapevolezza della specificità di ognuno di essi. L'adozione delle "Nuove Linee Guida per l'immagine coordinata del Sistema Socio Sanitario Lombardo" rappresenta uno strumento importante per le azioni di comunicazione finalizzate a valorizzare una comune identità di sistema. Il branding system mira infatti a rafforzare nel cittadino la percezione dell'identità unitaria del sistema dei servizi, siano essi afferenti all'ambito ospedaliero che a quello territoriale. Il concetto di "Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia" deve diventare quindi parte essenziale di tutti i brand aziendali.

18. CUSTOMER SATISFACTION

Il tema della qualità e dell'efficienza nell'erogazione di servizi pubblici è dai primi anni Novanta al centro di numerose esperienze che hanno segnato, anche in Italia, una crescita dell'attenzione verso il "miglioramento continuo". La produzione legislativa nazionale, così come la legislazione regionale, è andata nella direzione di promuovere l'attenzione per la valutazione della qualità e la stabilizzazione di pratiche dedicate. Il miglioramento delle relazioni tra utente e soggetti erogatori di servizi, anche nel comparto sociosanitario, passa attraverso la capacità di questi ultimi di "ascoltare, incontrare ed anticipare" le attese e i bisogni degli utenti; avere una maggior conoscenza dell'utenza e delle sue caratteristiche consente di ottimizzare l'efficienza degli interventi e di allocare in modo più mirato risorse. Nel valorizzare il punto di vista del cittadino, la rilevazione della soddisfazione degli utenti (e degli operatori) concorre a migliorare l'immagine e la credibilità di una rete di servizi, aumentando la fiducia in essa, sia dei professionisti, sia degli utenti. La Legge Regionale 11 agosto 2015, n. 23 "Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33" ha introdotto importanti novità nell'organizzazione della sanità lombarda e, per quanto attiene la rilevazione della qualità, chiama in causa e assegna un ruolo anche all'Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario (art. 11, comma i).

18.1. Azioni per l'anno 2020

La Customer Satisfaction assume un ruolo chiave negli strumenti di valutazione degli enti erogatori del Servizio Sociosanitario Lombardo, anche in attuazione delle indicazioni della Legge regionale n. 23/2015. Sarà in particolar modo fondamentale procedere all'individuazione e formalizzazione di nuove modalità di collaborazione tra la Direzione Generale Welfare e l'Agenzia di Controllo (ACSS) al fine di arrivare alla condivisione di un lavoro utile per il sistema di verifica. In accordo con ACSS, la Direzione Generale Welfare collaborerà alla costituzione e operatività di un gruppo di lavoro con esperti ed operatori degli enti del sistema sanitario lombardo, individuali anche all'interno delle ATS, delle ASST e IRCCS lombardi, finalizzato a produrre proposte di modifica, implementazione, modernizzazione e variazione degli strumenti attualmente in uso per la rilevazione della qualità percepita dal cittadino.
Sarà dunque prioritario, per l'anno 2020, attivare tale percorso di revisione, che miri a predisporre nuove linee guida utili a:

- implementare, attualizzare e ricontestualizzare le modalità di rilevazione della Customer Satisfaction;
- regolarizzare la raccolta dei questionari mediante piattaforma SMAF, processo nel quale sarà necessario valutare una ridefinizione del ruolo di governance in capo alle ATS;
- sviluppare nuove modalità di valutazione dei risultati con coinvolgimento di professionalità.

Si conferma inoltre la raccolta dei consueti flussi relativi alla qualità del servizio sanitario percepita dal cittadino, la raccolta dei questionari di gradimento dei servizi di assistenza specialistica territoriale presso le strutture erogatrici.

Indicazioni per la definizione del regolamento relativo all'applicazione dell'articolo 113 del D.Lgs. n. 50/2016 – Incentivi per funzioni tecniche

Il presente documento fornisce indicazioni in merito alla predisposizione del regolamento previsto dall' art. 113, comma 3, del D.Lgs. n. 50/2016, tenuto conto delle innovazioni normative e giurisprudenziali che hanno interessato l'istituto in parola a partire dalla sua entrata in vigore.

1) **Sulla inclusione o non inclusione dell'incentivo per funzioni tecniche nel tetto per i trattamenti accessori del personale**

La deliberazione della Corte dei Conti, Sezione delle Autonomie, n. 6/2018, in relazione agli incentivi erogati per funzioni tecniche e amministrative a favore del personale interno alle Pubbliche Amministrazioni, disciplinati ex articolo 113 del D.lgs. n. 50/2016 (codice dei contratti pubblici), così come modificato dall'art. 76 del D.lgs. 56/2017, ha enunciato il seguente principio di diritto: "*gli incentivi disciplinati dall'art. 113 del D.lgs. 50/2016 nel testo modificato dall'art. 1 comma 526, della legge 205/2017 (legge di bilancio per il 2018), erogati su risorse finanziarie individuate ex lege facenti capo agli stessi capitoli sui quali gravano gli oneri per i singoli lavori, servizi e forniture, non sono soggetti al vincolo posto al complessivo trattamento economico accessorio dei dipendenti degli enti pubblici dall'art. 23, comma 2, del D.lgs. n. 75/2017*".
Il parere della Corte consegue all'introduzione, a cura della legge 205/2017, del comma 5bis all'art. 113 cit., in virtù del quale "*gli incentivi di cui al presente articolo fanno capo al medesimo capitolo di spesa previsto per i singoli lavori, servizi e forniture*": l'intervento normativo è stato interpretato come volontà espressa del legislatore di valorizzare la finalizzazione economica degli interventi cui accedono tali risorse con l'esito di sottrarre tali incentivi dai tetti di spesa previsti per il personale, risultando in ogni caso gli stessi soggetti a due limiti finanziari (l'uno generale, legato al tetto massimo del 2% posto a base di gara, l'altro di carattere individuale, connesso al tetto massimo del 50% del trattamento economico complessivo annuo lordo per singolo dipendente) che ne impediscono l'incontrollata espansione.
La novella normativa sembra avere, quindi, posto i presupposti per il superamento a cura della Corte dei Conti della propria precedente interpretazione, di cui alla deliberazione n. 7/2017, nella quale era espressa l'opposta convinzione che gli incentivi per le funzioni tecniche non potessero essere assimilati ai compensi per la progettazione e che, pertanto, gli stessi non potessero essere esclusi dal perimetro di applicazione delle norme vincolistiche in tema di contenimento della spesa del personale, nell'alveo delle quali si collocano anche le norme limitative delle risorse destinate annualmente al trattamento accessorio.

In relazione all'eventuale intervenuto accantonamento degli incentivi di cui all'articolo 113 anteriormente alla adozione del regolamento aziendale
L'intervento del legislatore, con l'introduzione del comma 5 bis, ha consentito di risolvere la questione della imputabilità degli incentivi in parola, affermando che l'onere relativo non transita nell'ambito dei capitoli dedicati alla spesa del personale. Per quanto concerne gli eventuali accantonamenti operati dalle aziende in data previgente l'adozione del regolamento previsto dalla disposizione normativa:

- in linea con i recenti pareri espressi dalle Sezioni regionali di controllo della Corte dei Conti del Lazio e della Lombardia, la forma di copertura del fondo introdotta dal comma 5 bis si reputa possa applicarsi ai contratti pubblici il cui progetto dell'opera o del lavoro siano stati approvati e inseriti nei documenti di programmazione dopo il primo gennaio 2018 o, per le altre tipologie di appalti, in cui l'affidamento del contratto sia stato deliberato dopo tale data. L'interpretazione espressa discende dalla considerazione della **efficacia novativa** della norma prevista dall'articolo 1, comma 526, della Legge n. 205 del 2017, che ha introdotto il suddetto comma 5-bis all'articolo 113, entrato in vigore appunto il primo gennaio 2018.

Va segnalato, ai meri fini di completezza di disamina, il parere di diverso avviso della Sezione regionale di controllo per il Veneto della Corte dei Conti, per la quale il recente intervento normativo, sia pure privo delle caratteristiche proprie delle norme di interpretazione autentica, trova la propria ratio nell'intento di dirimere definitivamente la questione della sottoposizione ai limiti relativi alla spesa del personale delle erogazioni a titolo di incentivi tecnici. Di conseguenza, l'eventuale accantonamento di incentivi, da parte delle aziende, anche se realizzato in periodo anteriore al 01 gennaio 2018, dovrebbe considerarsi escluso dal computo di spesa per il personale e dai limiti del fondo di produttività.
Cionondimeno, non sussiste, allo stato, ragione di discostamento dall'orientamento espresso dalla sezione regionale lombarda, in assenza di ulteriori indicazioni fornite dalla sezione delle autonomie.

2) Sul problema della eventuale "duplicazione" delle voci incentivanti

Si ritiene di formulare alcune osservazioni sulla operatività dell'incentivo e sul possibile conflitto tra la sua applicazione e l'utilizzo, da parte delle Aziende, dell'ulteriore strumento dello straordinario. In buona sostanza, al fine di evitare duplicazioni nel riconoscimento di forme incentivanti per i dipendenti delle Aziende, queste ultime dovrebbero, anche nell'ambito dei rapporti di negoziazione con le organizzazioni sindacali, cercare un giusto contemperamento tra il ricorso allo straordinario quale strumento di ordine generale di compensazione del maggiore impegno richiesto al dipendente per il raggiungimento di obiettivi aziendali in termini di volumi e qualità della attività istituzionale, e l'incentivo per le funzioni tecniche.

3) Sui presupposti di applicazione degli incentivi per le funzioni tecniche

- L'adozione del regolamento da parte delle singole Amministrazioni secondo i rispettivi ordinamenti è condizione essenziale ai fini del legittimo riparto tra gli aventi diritto delle risorse preventivamente accantonate sul fondo, con le modalità e i criteri previsti in sede di contrattazione decentrata integrativa del personale.
  Sul punto la Corte dei Conti[5] ha precisato che "…*mentre l'accantonamento – a monte – degli stanziamenti finalizzati a costituire ed impinguare il Fondo è frutto di una discrezionale ed unilaterale scelta dell'Ente, la ripartizione dei compensi incentivanti tra le diverse categorie di beneficiari è operata dal Regolamento, tenute in debito conto le responsabilità professionali connaturate alle specifiche*

[5] Corte dei Conti – sezione regionale di controllo per il Lazio deliberazione n. 57/2018/PAR; di medesimo avviso Corte dei Conti sezione regionale di controllo per la toscana deliberazione n. 19/2018/PAR; Corte dei Conti sezione regionale di controllo per la Lombardia deliberazione n. 96/2019/PAR

prestazioni da svolgere, in relazione a ciascun ruolo, in recepimento ed in applicazione delle modalità e dei criteri concertati in sede di contrattazione decentrata".

- La corresponsione dell'incentivo è subordinata all'effettivo svolgimento di una delle attività previste al comma 2 dell'articolo 113. L'elencazione delle predette attività nell'articolo deve intendersi tassativa, così come del resto si evince dal ricorso del legislatore all'utilizzo dell'avverbio "esclusivamente", che precede la loro enumerazione.
  A tale proposito, va rilevato che il D.L. 32/2019 (cd. Decreto sblocca cantieri), entrato in vigore il 19 aprile 2019, aveva reintrodotto tra le attività incentivate quella della progettazione e del coordinamento della sicurezza in fase di progettazione (CSP) e in fase di esecuzione (CSE) escludendo le attività di programmazione della spesa per investimenti e l'attività di predisposizione e controllo delle procedure di gara.
  In fase di conversione, l'art. 113, comma 1, è rimasto come nella versione originaria, per cui la progettazione e il coordinamento della sicurezza non sono più tra le attività incentivate rimanendo vive, per contro, le attività di programmazione della spesa e di predisposizione e controllo delle procedure di gara.
  Del regime transitorio vigente tra il 19 aprile 2019 ed il 18 giugno 2019 dovrà quindi tenersi conto in un regolamento *ad hoc* ovvero in un'apposita sezione del regolamento generale ex art. 113, tenuto conto nella regolamentazione del principio di irretroattività della legge, da coniugarsi con principio di tutela dell'affidamento e con il principio di contenimento della spesa pubblica che, secondo consolidata giurisprudenza contabile "*giustifica l'intervento di norme di riduzione dei trattamenti economici con effetto anche sui rapporti in corso, nei limiti della ragionevolezza e della non incidenza su trattamenti economici già maturati*" (C.G.A.R.S., parere 24.10.2017 n. 885).
- la presenza di una gara rappresenta il presupposto indefettibile di operatività dell'istituto (Corte dei Conti Lazio, deliberazione n. 57/2018/PAR). Per la maturazione del diritto alla percezione dell'incentivo è pertanto imprescindibile lo svolgimento di una gara, cui del resto è parametrato il limite percentuale massimo dell'incentivo ed in assenza della quale esso risulta non quantificabile (cfr. Corte dei Conti Lombardia, deliberazione n. 185/2017/PAR e n. 6 / 2019 / QMIG; Corte dei Conti Veneto, deliberazione n. 72/2019/PAR/Spinea (VE).
  Quanto alla sussistenza o meno di tale requisito in caso di adesione a convenzioni CONSIP o di centrali di committenza, è rimessa alla Stazione Appaltante la valutazione in concreto ed eventuale tipizzazione di attività effettivamente incentivabili, avendo la giurisprudenza rilevato in più occasioni che "…..*l'adesione ad una convenzione Consip già attiva non sia di per sé sufficiente ad integrare il requisito della gara, ed atto a giustificare l'incentivazione delle connesse funzioni amministrative svolte dal personale interno*"[6].
- In linea con il dettato della legge e con l'orientamento della giurisprudenza contabile si ritiene, pertanto, debbano essere escluse ai fini dell'accantonamento del fondo le procedure ad affidamento diretto, le procedure negoziate senza previa pubblicazione di bando quando i lavori, le forniture e i servizi possono essere forniti unicamente da un operatore, le proroghe contrattuali, le procedure il cui valore sia inferiore a 40.000,00 euro, ciò anche con la finalità di evitare il ricorso indiscriminato al frazionamento delle forniture;

[6] Cfr. Corte dei Conti sezione regionale di controllo per il Veneto deliberazione n. n. 72/2019/PAR/Spinea (VE); Corte dei Conti sezione regionale di controllo per la Lombardia deliberazione n. 185/2017/PAR, Corte dei Conti sezione regionale di controllo per la Toscana deliberazione n. 19/2018/PAR

- Ai sensi del comma 3 dell'articolo 113 gli incentivi per le funzioni tecniche non spettano al personale con qualifica dirigenziale. Nel caso dunque in cui una o più attività di cui al comma 2 siano riconducibili a figure dirigenziali, le rispettive quote di incentivo, calcolate sulla base dei parametri fissati nel regolamento aziendale, si ritiene possano essere destinate alla parte di fondo indisponibile per il personale, da impiegare nella realizzazione di investimenti tecnologici e formativi per il raggiungimento delle finalità di cui al comma 4.
  Nel caso di risorse derivanti da finanziamenti europei e da altri finanziamenti a destinazione vincolata la quota relativa ai dirigenti, ancorché valorizzata, non dà luogo ad accantonamento (comma 4);
- Gli incentivi di cui alla norma in parola sono comprensivi di oneri previdenziali e assistenziali a carico dell'amministrazione;
- In caso di appalti relativi a servizi o forniture nel caso, l'art. 113, comma 2, si applica esclusivamente nel caso in cui sia nominato il direttore dell'esecuzione; nomina richiesta - come recentemente osservato dalla Sezione delle Autonomie nella deliberazione n. 2/SEZAUT /2019 /QMIG - "*secondo le Linee guida ANAC n. 3 - par. 10.2, soltanto negli appalti di forniture e servizi di importo superiore a 500.000,00 euro ovvero di particolare complessità*"..". Per completezza di disamina, va segnalato che la Corte dei Conti Lombardia[7] ha espresso orientamento più stringente, in virtù del quale, "….*anche ai fini dell'erogazione dei predetti compensi incentivanti nell'ambito di servizi e forniture, la figura del direttore dell'esecuzione del contratto deve essere diversa da quella del responsabile unico del procedimento: diversamente opinando, in siffatte ipotesi, "nessun dipendente svolgente le funzioni enumerate dal comma 2 dell'articolo 113 può percepire compensi incentivanti*" (in questi termini cfr. Sezione regionale controllo Lazio, deliberazione n. 57 /2018/P AR).
- Gli incentivi disciplinati dall'art. 113 sono destinabili esclusivamente in relazione a contratti di appalto e non anche ai contratti di concessione[8].

4) Sulla determinazione della misura del fondo

Dato atto che il limite massimo di quotazione dell'incentivo per le funzioni tecniche è previsto dalla norma, le Aziende dovranno correttamente e prudentemente determinare e graduare la quota incentivante affinché la stessa, in rapporto di grandezza, risulti inversamente proporzionale al valore dell'appalto.
Nella definizione delle quote di incentivo, le Aziende applicheranno dunque responsabilmente una serie di criteri di cui dovrà essere fornita esaustiva e trasparente esplicitazione nel regolamento, con la raccomandazione che, tra i predetti criteri siano inclusi:

- Il valore della fornitura/del servizio/dei lavori;
- La complessità della procedura;
- Le fasi della procedura.

E' inoltre necessario regolamentare il decremento della misura dell'incentivo in ragione di ritardi sullo stato avanzamento lavori ovvero di incrementi dei costi non conformi alle norme del d.lgs. 50/2016.

5) Definizione dei criteri per la predisposizione di uno schema-tipo di regolamento di attuazione della disposizione normativa

Alla luce delle specificità, anche organizzative, proprie di ciascuna azienda del sistema e, nella ulteriore considerazione della doverosità di rispettarne l'autonomia decisionale,

[7] Corte dei Conti – sezione regionale di controllo per la Lombardia – deliberazione n. 96/2019 dep. il 14/3/2019

[8] Corte dei Conti – Sezione delle Autonomie – deliberazione n. 15/sezaut/2019/QMIG

Regione Lombardia intende fornire alcune indicazioni per l'implementazione del regolamento, rimettendo in ogni caso la definizione compiuta alla responsabilità delle singole aziende.
Ciascun ente potrà, in ragione della autonomia gestionale di cui si è detto, declinare i criteri di seguito suggeriti secondo le proprie esigenze (o discostarsene dandone opportuna motivazione, laddove lo ritenesse necessario/opportuno).

Criteri per la costituzione del fondo relativi a **servizi e forniture:**

Per definire gli importi da registrare in bilancio relativamente a quanto previsto dall'art. 113 D.lgs. 50/2016 si deve procedere individuando tre differenti tipologie di acquisto:

- Procedura comparativa effettuata da centrale di committenza es: (ARCA) – (CONSIP);
- Procedura comparativa effettuata in forma aggregata attraverso le unioni formali d'acquisto/consorzi;
- Procedura comparativa effettuata autonomamente dall'Ente.

Si ritengono esclusi dall'applicazione dell'incentivo:

- Gli acquisti, anche effettuati con procedura comparativa, per importi fino a 40.000 euro. Ciò anche con la finalità di evitare il ricorso indiscriminato al frazionamento delle forniture/dei servizi;
- Gli acquisti effettuati in assenza di una procedura comparativa;
- Gli acquisti effettuati in proroga di contratti scaduti;
- Gli acquisti di beni o servizi per i quali non sia nominato il Direttore dell'Esecuzione.

La procedura si intende definita in 3 distinte fasi:

- Fase 1: fase programmazione
- Fase 2: fase affidamento
- Fase 3: fase esecuzione

1) La misura effettiva del fondo da costituire è rapportata all'importo a base della correlata procedura comparativa di affidamento secondo le seguenti tabelle (le % della tabella sono già comprensive della quota pari al 20% destinata all'acquisto da parte degli enti di beni, strumentazioni e tecnologie funzionali a progetti di innovazione anche per il progressivo uso di metodi e strumenti elettronici, ecc.– comma 4 – art. 113):

Tabella 1: Fasce d'importo dei Servizi o delle Forniture	
Classi di importo dei Servizi o delle Forniture	**Percentuale da applicare**
fino a euro 500.000	**1,0%**
da euro 500.001 fino a euro 1.500.000	
- per la parte fino a euro 500.000,00	1,0%
- per la parte da euro 500.000,00 fino a euro 1.500.000	**0,8%**
da euro 1.500.001 fino a euro 5.000.000	
- per la parte fino a euro 500.000,00	1,0%
- per la parte da euro 500.000,00 fino a euro 1.500.000	0,8%
- per la parte da euro 1.500.001,00 fino a euro 5.000.000	**0,6%**

da euro 5.000.001 fino a euro 20.000.000	
- per la parte fino a euro 500.000,00	1,0%
- per la parte da euro 500.000,00 fino a euro 1.500.000	0,8%
- per la parte da euro 1.500.001,00 fino a euro 5.000.000	0,6%
- per la parte da euro 5.000.001,00 fino a euro 20.000.000	**0,4%**
oltre 20.000.001	
- per la parte fino a euro 500.000,00	1,0%
- per la parte da euro 500.000,00 fino a euro 1.500.000	0,8%
- per la parte da euro 1.500.001,00 fino a euro 5.000.000	0,6%
- per la parte da euro 5.000.001,00 fino a euro 20.000.000	0,4%
oltre 20.000.001	**0,0%**

Tabella 2: Grado di complessità delle procedure	
Tipologia di procedura di gara	**Percentuale da applicare**
Procedure ARCA/CONSIP/Centrali di committenza	100%
Gare aggregate a livello di unione formale d'acquisto	70%
Gare autonome/a livello di singola azienda	50%

2) Si propone la ripartizione del fondo per l'acquisizione di servizi e la fornitura di beni secondo la seguente tabella:

Tabella 3: Fase della procedura di gara	
Fase della procedura di gara	**Percentuale da applicare**
Fase 1: fase programmazione	10%
Fase 2: fase affidamento	35%
Fase 3: fase esecuzione	55%

Si suddividono le casistiche per tipologia di acquisto:

Procedure singole

Il calcolo dell'incentivo deve essere effettuato sull'importo posto a base di gara (procedura di gara comparativa) al momento della pubblicazione o trasmissione di bando, avviso o lettera d'invito.

Per importo si intende il fabbisogno della singola azienda, non tenendo conto di eventuali estensioni per adesioni successive previste per le altre aziende dell'unione formale d'acquisto/di altre aziende di Regione Lombardia.

Procedure aggregate a livello di unioni formali d'acquisto/consorzi

Stazione appaltante capofila: L'azienda capofila che effettua la procedura di gara calcola l'incentivo per la fase 2: fase affidamento sull'importo complessivo posto a base di gara (procedura comparativa) al momento della pubblicazione o trasmissione di bando, avviso o lettera d'invito.

Per importo complessivo si intende la sommatoria dei fabbisogni delle singole aziende aderenti, non tenendo conto di eventuali estensioni per adesioni successive previste per le altre aziende dell'unione formale d'acquisto/di altre aziende di Regione Lombardia.

L'ente calcolerà, inoltre, il fondo per la fase 1: fase programmazione e per la fase 3: fase esecuzione, relativamente al valore complessivo dei propri fabbisogni.

Riassumendo l'ente capofila dovrà procedere nel seguente modo:

- Applicando gli scaglioni e le percentuali indicate al valore complessivo della base d'asta e accantonando il 35% del valore, corrispondente alla fase 2;
- Applicando gli scaglioni e le percentuali indicate al valore complessivo dei propri fabbisogni e accantonando il 65% del valore, corrispondenti alle fasi 1 e fase 3.

Azienda aggregata alla procedura di gara: L'azienda aggregata alla procedura di gara calcola l'incentivo sull'importo dei propri fabbisogni espressi all'azienda capofila attraverso atto di delega: gli scaglioni e le percentuali sono, quindi, riferiti, non al valore della gara nel suo complesso, ma ai fabbisogni della singola azienda aderente.

Dal momento che la fase 2: fase affidamento non viene gestita dall'azienda aggregata, per la stessa il fondo per l'incentivo sulle funzioni tecniche si costituisce solo per la fase 1: fase programmazione e per la fase 3: fase esecuzione.

Le Aziende del Servizio Sanitario regionale, a differenza di quanto previsto dal regolamento predisposto da ITACA all'art. 5, comma 2, valorizzano a Bilancio solo le quote di propria competenza, quelle cioè delle fasi direttamente gestite, non dovendosi prevedere uno scambio di risorse tra aziende aggregate e stazione appaltante capofila.

Procedure effettuate da soggetto aggregatore/centrale di committenza (es. ARCA/CONSIP)

Il calcolo dell'incentivo deve essere effettuato al momento dell'adesione, sull'importo espresso nell'atto di adesione alla convenzione centralizzata.

Le quote dovranno essere valorizzate esclusivamente in riferimento alla fase 1: fase programmazione e alla fase 3: fase esecuzione.

Per importo di adesione alla convenzione centralizzata non devono essere applicati gli scaglioni e le percentuali a frazionamenti di adesione a gare ARCA/CONSIP, ma al valore complessivo di adesione alla singola convenzione, anche se effettuata in momenti successivi.

Per quanto riguarda le merceologie di esclusiva competenza dei soggetti aggregatori (si veda decreto DPCM 11 luglio 2018) e le eventuali procedure ponte, di collegamento con l'attivazione delle convenzioni centralizzate, si invita a prevedere l'applicazione di percentuali ridotte rispetto a quelle previste in tabella 1. In particolare per le categorie Farmaci e vaccini dovranno essere ridotte ad almeno il 50% delle percentuali previste in tabella 1.

Criteri per la costituzione del fondo relativi a lavori

- **Costituzione del fondo**

  Il fondo incentivante per funzioni tecniche è appostato sul quadro economico dell'intervento cui si riferisce.

  L'ammontare complessivo del fondo, inclusivo degli oneri previdenziali e assistenziali a carico dell'amministrazione, è calcolato in via percentuale, che si raccomanda di determinare in relazione al principio di contenimento della spesa pubblica, sull'importo

dell'appalto posto a base di gara, Iva esclusa e comprensiva degli oneri non soggetti a ribasso, e costituito da una somma progressiva in rapporto all'entità dell'opera e al grado di complessità delle procedure, da valutarsi eventualmente in correlazione al Grado di Complessità di cui al DM 17/06/2016 "Approvazione delle tabelle dei corrispettivi commisurati al livello qualitativo delle prestazioni di progettazione adottato ai sensi dell'art. 24, comma 8, del decreto legislativo n. 50 del 2016, che sarà valorizzata da ciascuna Stazione Appaltante in relazione alla organizzazione aziendale.
In caso di opere pluriennali, stanti i limiti normativi imposti dal tetto massimo del 50% del trattamento economico complessivo annuo lordo per singolo dipendente (complessivo per anno e non per singola commessa) e dall'esclusione del personale dirigenziale dal percepimento degli incentivi in parola, ancorché valorizzati, è opportuno che in fase di accantonamento del fondo il RUP giustifichi gli importi appostati in relazione alla proiezione massima di distribuzione al personale individuato nel cd. "Atto di individuazione" di cui meglio infra, onde evitare immobilizzazioni sui quadri economici di intervento.
Eventuali varianti in corso d'opera, in aumento o diminuzione, ovvero interventi supplementari, il cui valore rientri nel quadro economico posto a base di gara, non comportano rimodulazioni dell'ammontare complessivo del fondo.
Eventuali varianti in corso d'opera ovvero interventi supplementari, il cui valore non sia ricompreso nel quadro economico posto a base di gara, possono comportare rimodulazioni dell'ammontare complessivo del fondo solo ove tali interventi, a modifica del progetto originario, siano autorizzati da Regione Lombardia.
Nell'ipotesi in cui l'intervento sia da qualificare come fornitura con posa in opera, caratterizzato da assemblaggio/completamento del bene in cantiere, la disciplina da applicare per la corresponsione degli incentivi è quella riferita alla prestazione economicamente prevalente.

- **Destinazione del fondo**

Il fondo, come sopra costituito, è destinato:

a) per un ammontare pari all'80% delle risorse finanziarie, per le funzioni tecniche svolte dai dipendenti delle stesse esclusivamente per le attività previste dall'art. 113, comma 2, d.lgs. 50/2016;
b) per un ammontare pari al 20% delle risorse finanziarie, **ad esclusione di risorse derivanti da finanziamenti europei o da altri finanziamenti a destinazione vincolata (es. art.20 L.67/1988)**, per:
    1. acquisto da parte dell'ente di beni, strumentazioni e tecnologie funzionali a progetti di innovazione anche per il progressivo uso di metodi e strumenti elettronici specifici di modellazione elettronica informativa per l'edilizia e le infrastrutture;
    2. implementazione delle banche dati per il controllo e il miglioramento della capacità di spesa e di efficientamento informatico, con particolare riferimento alle metodologie e strumentazioni elettroniche per i controlli.

- **Ripartizione del fondo**

In relazione alla quota del fondo destinata alle funzioni tecniche svolte dai dipendenti sub a), in via preliminare il regolamento aziendale deve prevedere una ripartizione per fasi secondo la seguente tabella:

tabella 3 fase di procedura	Percentuale da applicare

Fase 1: programmazione	
Fase 2: affidamento	
Fase 3: esecuzione	

Il Regolamento deve graduare la ripartizione del fondo per la realizzazione di opere e lavori sulla scorta delle funzioni ed attività tassative di cui all'art. 113, comma 2, d.lgs. 50/2016 affidate al personale, considerato quanto in precisato in precedenza circa il regime transitorio ingenerato dal D.L. 32/2019, suddiviso in relazione alle fasi succitate, tenuto conto dei seguenti criteri:

- Inquadramento, competenze e responsabilità connesse alle specifiche prestazioni da svolgere;
- tipologia di incarichi svolti dai tecnici in relazioni alle mansioni della categoria in cui sono inquadrati;
- complessità delle opere.

Il Regolamento deve altresì prevedere che in fase di programmazione di ogni singolo intervento, il Responsabile Unico del Procedimento individui con il cd. "**atto di individuazione**", da allegare al quadro economico, i dipendenti chiamati ad espletare il complesso delle attività che caratterizzano il processo complessivo di acquisizione/realizzazione intervento (d'intesa con il soggetto competente in base all'organizzazione interna ove il personale individuato sia appartenente a diversa unità operativa), tenendo conto di competenze professionali, equa ripartizione degli incarichi, integrazioni multidisciplinari, rispetto della normativa vigente in merito a limiti e vincoli derivanti dall'appartenenza a ordini professionali.

L'atto di individuazione deve riportare espressamente le funzioni/attività attribuite ai singoli dipendenti individuati, con precisazione se trattasi di funzioni/attività ricomprese o meno nella qualifica funzionale ricoperta, nonché il relativo cronoprogramma.

Il Regolamento aziendale può prevedere che l'atto di individuazione possa subire modifiche nel corso della realizzazione dell'intervento, purché adeguatamente motivato, ad invarianza del fondo appostato nel quadro economico.

L'atto di individuazione deve considerare tutte le professionalità che concorrono allo svolgimento delle attività previste dalle tre fasi, ivi incluso il personale dirigenziale, ancorché escluso dalla corresponsione degli incentivi.

La proiezione delle quote di competenza del personale dirigente, a discrezione del regolamento aziendale, può confluire nel fondo ex art. 113, comma 4, d.lgs. 50/2016, ad eccezione dei casi in cui le risorse siano derivanti da finanziamenti europei o da altri finanziamenti a destinazione vincolata.

- **Quantificazione e liquidazione dell'incentivo**

Il Regolamento deve prevedere che la corresponsione dell'incentivo sia subordinata al preventivo accertamento delle specifiche attività svolte dai dipendenti da parte del Responsabile Unico del Procedimento, sulla scorta dell'atto di individuazione predisposto in fase di programmazione di ogni singolo intervento e/o aggiornato in corso di realizzazione ed allegato al quadro economico del medesimo.

Il regolamento aziendale deve prevedere coefficienti di riduzione degli importi da riconoscersi al personale incaricato in caso di eventuali incrementi dei tempi o dei costi d'appalto non conformi al d.lgs. 50/2016.

Ai fini della liquidazione degli incentivi, si richiama l'attenzione ai vincoli di legge ed, in particolare, al limite di carattere individuale, connesso al tetto massimo del 50% del trattamento economico complessivo lordo annuo per singolo dipendente, e all'orientamento della Corte dei Conti – sezione dell'Autonomia – n. 6/2018 in relazione

alla sottrazione degli incentivi in questione dal vincolo posto al complessivo trattamento economico accessorio dei dipendenti degli enti pubblici dall'art. 23, comma 2, del D.lgs. n. 75/2017, a valere per i contratti pubblici il cui progetto dell'opera o del lavoro siano stati approvati e inseriti nei documenti di programmazione dopo il primo gennaio 2018.

Il Regolamento aziendale dovrà prevedere che l'erogazione dell'incentivo sia collegata al completamento dell'opera oggetto dell'appalto in conformità ai costi e tempi prestabiliti, in linea con quanto a tale proposito precisato dalla deliberazione 6/2018 della Corte Dei Conti – sezione dell'Autonomia.

Il Regolamento dovrà inoltre prevedere la mancata erogazione di incentivi di sorta in caso di decadenza totale/parziale della Stazione Appaltanti da finanziamenti.

6) Definizione incentivo verso centrali di committenza regionale (ARCA S.p.A.)

L'art. 113 al comma 2 prevede: "Gli enti che costituiscono o si avvalgono di una centrale di committenza possono destinare il fondo o parte di esso ai dipendenti di tale centrale." "Tale fondo non è previsto da parte di quelle amministrazioni aggiudicatrici per le quali sono in essere contratti o convenzioni che prevedono modalità diverse per la retribuzione delle funzioni tecniche svolte dai propri dipendenti".

Il comma 5, inoltre, prevede che l'incentivo sia riconosciuto in misura non superiore ad un quarto dell'incentivo previsto dal comma 2.

Si invita ad inserire nel regolamento un testo sulla falsariga di quello previsto nel regolamento regionale:

"Quando l'Azienda si avvale delle attività di una centrale di committenza per l'acquisizione di un lavoro, di un servizio o di una fornitura, ai sensi e nei limiti di quanto previsto dall'art. 113, comma 5, può destinare una percentuale, non oltre quella massima prescritta dalla vigente normativa nell'ambito dell'incentivo per le fasi di competenza nella centrale di committenza. Nella convenzione/contratto che regola i rapporti tra Regione/Azienda e centrale di committenza, sono disciplinate le modalità di determinazione della percentuale da destinare"

7) Definizione incentivo relativo a procedure di gara effettuate per attività centralizzate da aziende/agenzie diverse da centrali di committenza regionali/soggetti aggregatori.

Per eventuali procedure centralizzate effettuate da Aziende/Agenzie l'incentivo deve sempre essere definito nei regolamenti aziendali correttamente e prudentemente graduando la quota incentivante affinché la stessa, in rapporto di grandezza, risulti inversamente proporzionale al valore dell'appalto.

Ad esempio per le procedure di gara di AREU per le postazioni di soccorso oppure per le attività dell'agenzia capofila dei progetti di distribuzione dei farmaci PHT e degli ausili per il diabete si ritiene utile prevedere dei tetti massimi che limitino l'incentivo rispetto al valore considerevole delle procedure centralizzate.

8) Allocazione in bilancio degli incentivi per le funzioni tecniche

L'imputazione a Bilancio degli accantonamenti del fondo deve essere effettuata per anno di competenza.

In particolare la fase 1 (programmazione) e fase 2 (affidamento) devono essere imputate interamente nell'anno in cui il bando, l'avviso o lettera di invito è stato pubblicato o trasmessa.

Nel caso di adesioni a convenzioni centralizzate la fase 1 (programmazione) verrà imputata a bilancio al momento dell'adesione alla convenzione.

La fase 3 (esecuzione) deve essere, invece, ripartita su tutta la durata del contratto imputando la quota parte ai diversi periodi/Bilanci.

Scritture contabili (U.O. Economico-Finanziario)

1) Per acquisizione di Beni e Servizi:
I nuovi modelli CE MIN per l'anno 2019 prevedono un unico conto di accantonamento a fondo (CONTO ECONOMICO) di seguito riportato:
CEMIN BA2884 – B.14.D.9) - Acc. Incentivi funzioni tecniche art. 113 D. Lgs. 50/2016
CODICE CONTO NI-SAN – 4.20.60.40.042.000.00.000 – Acc. Incentivi funzioni tecniche art. 113 D. Lgs. 50/2016
e un unico conto di STATO PATRIMONIALE di seguito riportato:
SPMIN PBA270 – B.V.4) Altri fondi per Incentivi per funzioni tecniche Art. 113 D. Lgs. 50/2016.
CODICE CONTO NI-SAN – da identificare

2) Per acquisizione di Beni/Investimenti diversi dai lavori (es. attrezzature sanitarie/arredi) capitalizzati a Stato Patrimoniale:
Il valore dell'incentivo per funzioni tecniche art. 113 D. Lgs. 50/2016 non dovrà essere capitalizzato a Stato Patrimoniale con il valore del bene principale.

L'accantonamento dovrà essere effettuato utilizzando gli stessi conti del punto 1);

3) Per lavori
Il valore dell'incentivo per funzioni tecniche art. 113 D. Lgs. 50/2016 deve essere inserito nel quadro economico dell'intervento e capitalizzato a Stato Patrimoniale con il valore del bene.
A STATO PATRIMONIALE dovrà essere utilizzato il conto di seguito riportato:
SPMIN PBA270 – B.V.4) Altri fondi per Incentivi per funzioni tecniche Art. 113 D. Lgs. 50/2016.
CODICE CONTO NI-SAN – da identificare.

9) Destinazione di eventuali risparmi ed economie da imputare alla quota parte del 20% prevista dal comma 4

Ferme le prerogative proprie dell'acquisizione di lavori, per i quali resta ferma la possibilità di rimodulazione del quadro economico nei termini di legge, si indicano le fattispecie di risparmio o economie rilevate dal dirigente o dal responsabile del servizio nella fase di accertamento delle singole quote da liquidare che vanno imputate in incremento alla parte di fondo, pari al 20%, prevista dal comma 4 e destinata all'acquisto da parte dell'ente di beni, strumentazioni e tecnologie funzionali a progetti di innovazione in particolare informatici e in sistemi elettronici:

- Eccedenze rispetto al limite per dipendente del 50 per cento del trattamento economico complessivo annuo lordo;
- Quote di fondo spettanti per attività svolta da parte di personale con qualifica dirigenziale;
- quote parti dell'incentivo corrispondenti a prestazioni non svolte dai dipendenti, in quanto affidate a personale esterno all'organico dell'amministrazione medesima, ovvero corrispondenti a prestazioni svolte dai dipendenti prive di accertamento da parte del dirigente[9];

[9] Intendendosi per "prestazioni prive di accertamento" sia le prestazioni per le quali il dirigente o il responsabile di servizio competente non abbia rilasciato accertamento ovvero abbia rilasciato accertamento rilevando riduzioni nel

- Quote di fondo relative all'esecuzione dei contratti di acquisto di attrezzature e beni capitalizzati che si concludono con il collaudo.

calcolo del fondo dovute a a) incrementi nei tempi o nei costi o b) non corretta esecuzione da parte del personale coinvolto.

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

Tra

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

e

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

Premesso che:

- l'art. 8-bis del d.lgs. 502/1992 dispone che le Regioni assicurano i livelli essenziali e uniformi di assistenza anche avvalendosi di soggetti accreditati ai sensi dell'articolo 8-quater, nel rispetto degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies;
- in particolare, ai sensi dell'art. 8-quinquies del medesimo decreto la stipula di contratti costituisce condizione per l'erogazione a carico del Servizio sanitario nazionale di servizi e prestazioni sanitarie da parte di strutture accreditate sia pubbliche che private;
- l'art. 8 della l.r. 33/2009 dispone che i soggetti erogatori privati sanitari e sociosanitari, in possesso dei requisiti previsti dalla normativa statale e regionale ed in coerenza con la programmazione territoriale del SSL, sottoscrivono con le ATS competenti per le prestazioni previste dalla programmazione regionale contratti analoghi a quelli previsti per le ASST;
- l'art. 15, comma 6 della l.r. 33/2009 prevede l'accreditamento quale condizione necessaria ma non sufficiente per l'assunzione a carico del fondo sanitario regionale degli oneri relativi alle prestazioni sanitarie e sociosanitarie erogate. L'assunzione degli oneri di cui al primo periodo è subordinata, sulla base del fabbisogno sanitario e sociosanitario del territorio stabilito dalla Regione, alla definizione degli accordi contrattuali con le ATS per la remunerazione delle prestazioni rese e alla valutazione delle performance. La conclusione degli accordi contrattuali, regolata dal sistema regionale di valutazione delle performances, è subordinata all'accettazione del sistema di finanziamento, dei controlli, delle sanzioni e all'osservanza dei tempi di erogazione delle prestazioni stabilite dalla Regione, sia per le strutture pubbliche sia per quelle private convenzionate;
- il soggetto erogatore …, iscritto al registro delle strutture accreditate istituito, eroga le prestazioni secondo l'assetto organizzativo e funzionale a contratto presente nell'applicativo ASAN;
- la stipula del presente contratto da parte dei privati è subordinata all'acquisizione della documentazione antimafia, dalla quale deve risultare che non sussistono le cause di decadenza, sospensione, divieto previste dalla normativa antimafia né tentativi di infiltrazione mafiosa tendenti a condizionare le scelte e gli indirizzi dell'ente. La documentazione antimafia deve riferirsi ai soggetti elencati all'art. 85, commi 2, 2-bis, 2-ter e 3 del d.lgs. 6 settembre 20011, n. 159;
- la stipula del contratto è altresì subordinata all'assenza in capo al soggetto erogatore di violazioni gravi, definitivamente accertate, rispetto agli obblighi relativi

al pagamento dei contributi previdenziali, delle imposte e tasse. A tal fine, l'ATS acquisisce il documento unico di regolarità contributiva (DURC) relativo al soggetto gestore di Unità d'Offerta ovvero utilizza il DURC acquisito nel periodo di sua validità; il soggetto gestore deve trasmettere alla ATS l'attestazione del pagamento di imposte e tasse ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 80 del d.lgs. 50/2016;

- prima della stipula del contratto il soggetto erogatore deve trasmettere dichiarazione sostitutiva ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 45 e 46 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 una primaria società di revisione contabile; in alternativa per le fondazioni e i soggetti no profit/terzo settore, dall'organo di controllo con funzioni di revisione contabile, 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. La stessa relazione deve obbligatoriamente riportare in modo esplicito l'assenza/evidenza di criticità (quali ad esempio stati patrimoniali, esposizione debitoria etc.) e deve altresì riguardare tutte le attività sanitarie 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, 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. 45 e 46 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 entro il 2020 secondo le disposizioni previste nelle Regole di sistema per l'esercizio 2020.
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.

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 affinchè siano scrupolosamente rispettate le disposizioni in tema di prevenzione antinfortunistica con particolare riferimento alle diposizioni di cui al d.lgs. 81/2008 e ss.mm. e ii. nonché le previsioni di cui al CCNL di riferimento.

2. Il soggetto erogatore dichiara di essere a conoscenza degli obblighi vigenti sulla prevenzione degli infortuni e sull'igiene del lavoro.

3. Il soggetto erogatore si impegna altresì ad adottare, nell'esecuzione del presente contratto, tutte le misure che secondo la particolarità del lavoro, l'esperienza e la tecnica, sono necessarie a tutelare l'integrità fisica e morale dei lavoratori utilizzati. Si impegna inoltre ad osservare tutte le norme vigenti di tutela dell'ambiente con particolare riferimento all'inquinamento delle acque e dell'aria ed allo smaltimento dei rifiuti urbani, speciali e tossici nocivi.

Articolo 7 Eventi modificativi, sospensione e risoluzione del contratto

1. Fatte salve le responsabilità di natura civile, penale e amministrativa, nonché le sanzioni previste dalle disposizioni nazionali e regionali vigenti, la revoca dell'autorizzazione all'esercizio o dell'accreditamento determina l'automatica e contestuale risoluzione del contratto, fermo restando la necessità di assicurare la continuità assistenziale degli utenti. Parimenti, la sospensione dell'autorizzazione all'esercizio o dell'accreditamento determina l'automatica e contestuale sospensione dell'efficacia del contratto.

2. In ipotesi di inadempimenti concernenti gli elementi essenziali del contratto, l'ATS contesta per iscritto l'inadempimento, assegnando al soggetto erogatore un termine di 10 giorni per fornire le proprie giustificazioni. Trascorso inutilmente tale termine o in caso di non accoglimento delle giustificazioni presentate nei termini, l'ATS può applicare per la prima violazione una penale dello 0,50 % del budget, ferme le ulteriori eventuali sanzioni e conseguenze previste dalla vigente normativa. In caso di reiterate violazioni potrà essere applicata una penale in misura sino al 2% del budget.

3. In caso di inadempimenti gravi e reiterati concernenti gli elementi essenziali del contratto, purchè contestati per iscritto con le modalità di cui al comma 2, il contratto può essere sospeso dall'ATS da un minimo di tre ad un massimo di 12 mesi o direttamente risolto, ferma restando la necessità di assicurare agli utenti la continuità assistenziale.

4. In tutte le ipotesi di sospensione le prestazioni eventualmente rese non produrranno in ogni caso effetti obbligatori nei confronti di ATS.

5. Costituisce causa di risoluzione del contratto la condanna definitiva per uno dei reati di cui al Capo II, Titolo II del codice penale a carico del legale rappresentante del soggetto erogatore, laddove il soggetto erogatore, a seguito della condanna, non provveda alla sollecita adozione di atti di completa e concreta dissociazione dalla condotta penalmente sanzionata.

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

Articolo 8 Clausola di manleva

1. Il soggetto erogatore assume ogni responsabilità per qualsiasi danno causato da propria omissione, negligenza o altra inadempienza nell'esecuzione delle prestazioni contratte e si obbliga ad esonerare il SSN da eventuali pretese risarcitorie di terzi nei confronti di questo avanzate a causa di fatti, omissioni o eventi derivanti dall'esecuzione del contratto, nel limite massimo di euro:

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

Articolo 9 Clausola di salvaguardia

1. Con la sottoscrizione del contratto il soggetto erogatore accetta il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione del sistema di finanziamento, dei controlli e delle sanzioni.

2. Le parti sono consapevoli che il presente contratto non può essere oggetto di condizioni o di riserve relative al sistema di finanziamento, dei controlli e delle sanzioni.

Art. 10 Durata

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

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

Suballegato n. 2B

SCHEMA DI CONTRATTO PER LA DEFINIZIONE DEI RAPPORTI GIURIDICI ED ECONOMICI TRA ATS E SOGGETTO GESTORE DI UNITÀ D'OFFERTA SOCIOSANITARIE ACCREDITATE

Tra

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

e

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

Premesso che:

- l'art. 8-bis del d.lgs. 502/1992 dispone che le Regioni assicurano i livelli essenziali e uniformi di assistenza anche avvalendosi di soggetti accreditati ai sensi dell'articolo 8-quater, nel rispetto degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies;
- in particolare, ai sensi dell'art. 8-quinquies del medesimo decreto la stipula di contratti costituisce condizione per l'erogazione a carico del Servizio sanitario nazionale di servizi e prestazioni sanitarie da parte di strutture accreditate sia pubbliche che private;
- l'art. 8 della l.r. 33/2009 dispone che i soggetti erogatori privati sanitari e sociosanitari, in possesso dei requisiti previsti dalla normativa statale e regionale e in coerenza con la programmazione territoriale del SSL, sottoscrivono con le ATS competenti per le prestazioni previste dalla programmazione regionale contratti analoghi a quelli previsti per le ASST;
- l'art. 15, comma 6 della l.r. 33/2009 a tenore del quale l'accreditamento è condizione necessaria ma non sufficiente per l'assunzione a carico del fondo sanitario regionale degli oneri relativi alle prestazioni sanitarie e sociosanitarie erogate. L'assunzione degli oneri di cui al primo periodo è subordinata, sulla base del fabbisogno sanitario e sociosanitario del territorio stabilito dalla Regione, alla definizione degli accordi contrattuali con le ATS per la remunerazione delle prestazioni rese e alla valutazione delle performance. La conclusione degli accordi contrattuali, regolata dal sistema regionale di valutazione delle performances, è subordinata all'accettazione del sistema di finanziamento, dei controlli, delle sanzioni e all'osservanza dei tempi di erogazione delle prestazioni stabilite dalla Regione, sia per le strutture pubbliche sia per quelle private convenzionate;
- il soggetto gestore di Unità d'Offerta…con sede operativa in……, CUDES……. iscritta al registro regionale delle strutture accreditate, è stato accreditato per l'assetto organizzativo di cui all'allegato A recante "Scheda assetto accreditato e contrattualizzato" al presente contratto, come risultante dal registro regionale;
- 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. 45 e 46 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 una primaria società di revisione contabile; in alternativa per le fondazioni e i soggetti no profit/terzo settore, dall'organo di controllo con funzioni di revisione contabile, 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. La stessa relazione deve obbligatoriamente riportare in modo esplicito l'assenza/evidenza di criticità (quali ad esempio stati patrimoniali, esposizione debitoria etc.) e deve altresì riguardare tutte le attività sanitarie e sociosanitarie in capo alla proprietà;
- il soggetto gestore di Unità d'Offerta con capacità ricettiva pari o superiore agli 80 posti letto, o di Unità d'Offerta che abbiano una capacità contrattuale complessiva in ambito sociosanitario pari o superiore a € 800.000 annui a carico del Fondo Sanitario Regionale lombardo, adotta un codice etico comportamentale costituito dal codice etico e dal modello organizzativo di cui al d.lgs. 231/2001 in cui sono riportate le procedure da seguire affinché le attività si svolgano in conformità ai principi enunciati nel codice stesso.
  Un sintetico estratto della relazione annuale dell'organismo di vigilanza, previsto dal d.lgs. 231/2001, che attesti, in modo esplicito ed inequivocabile, l'efficace e corretta applicazione del modello organizzativo e l'assenza/evidenza di criticità deve essere inviato all'ATS entro la fine del mese di febbraio di ogni anno;
- il numero degli ospiti inseriti su posti a contratto a carico del Fondo Sanitario Regionale non può superare in qualsiasi momento il numero totale di posti a contratto secondo il budget assegnato di cui all'Allegato A, tenuto comunque conto delle particolari tipologie di frequenza della specifica Unità d'Offerta.

si conviene e si stipula quanto segue.

Articolo 1 Oggetto del contratto

1. Il soggetto gestore di Unità d'Offerta si impegna a somministrare prestazioni sociosanitarie (da specificare), secondo l'assetto organizzativo accreditato per il quale la struttura è iscritta nel registro regionale delle strutture accreditate, per conto e con oneri a carico del SSR ai sensi della normativa vigente, conformi a tipologie e volumi di cui all'art. 4 così come specificati nell'allegato A al presente contratto.

2. Le prestazioni devono essere erogate in modo da garantire la continuità del servizio nel corso dell'intero anno, programmando l'attività ed adeguando la capacità produttiva al budget assegnato.

3. Nulla spetterà al soggetto gestore di Unità d'Offerta per le prestazioni eccedentarie il budget assegnato di cui all'allegato A. Parimenti nulla è dovuto al soggetto gestore di Unità d'Offerta per le prestazioni che lo stesso abbia reso in carenza dei requisiti di accreditamento inottemperando alla diffida a rimuovere le relative irregolarità.

4. Qualora per fatti eccezionali il soggetto gestore di Unità d'Offerta non possa espletare temporaneamente le prestazioni oggetto del presente contratto deve darne tempestiva comunicazione all'ATS che informerà la competente Direzione regionale. Altrettanto tempestivamente deve essere comunicata all'ATS la ripresa dell'esecuzione delle prestazioni. In tali casi l'ATS assume le determinazioni più opportune per garantire la continuità assistenziale, compresa l'assegnazione temporanea dei posti letto accreditati e del relativo budget ad altro operatore.

Articolo 2 Obblighi del soggetto gestore di Unità d'Offerta

1. Il soggetto gestore di Unità d'Offerta con la sottoscrizione del presente contratto si impegna a:

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

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

   c) erogare le prestazioni secondo protocolli e standard di accessibilità, appropriatezza clinica, tempi di attesa, continuità assistenziale, nonché attraverso personale che, in possesso dei titoli previsti dalla normativa vigente, non versi in situazioni di incompatibilità ex art. 4, comma 7 della l. 412/1991;

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

   e) correttamente inquadrare l'assistito, all'atto di accesso, al fine di attestare la sussistenza in capo allo stesso delle caratteristiche e condizioni di bisogno conformi con il tipo di unità di offerta di appartenenza e di procedere costantemente al monitoraggio delle stesse al fine di poter riclassificare tempestivamente l'assistito e così garantirne la collocazione in struttura idonea. In ogni caso non può mai essere riconosciuta una remunerazione aggiuntiva rispetto a quella prevista a carico del FSR per la specifica Unità d'Offerta;

   f) prendere in carico l'assistito in maniera personalizzata e continuativa, coinvolgendolo nella formulazione dei relativi progetti di assistenza, nel rispetto delle indicazioni fornite dalla Direzione regionale competente, dell'ASST o dell'ATS;

   g) informare il Comune di residenza dell'assistito dell'accesso alla unità d'offerta o, nei casi in cui l'accesso sia disposto d'urgenza, dell'accettazione del ricovero o della presa in carico;

h) informare il competente ufficio dell'ASST e del Comune sulle condizioni psico-fisiche della persona assistita qualora si rinvenga la necessità della nomina del tutore o dell'amministratore di sostegno;

i) assicurare la presenza dei familiari o delle persone di fiducia delegate e assicurare la costante informazione sulle condizioni della persona assistita e sulla assistenza praticata, nel rispetto della normativa in materia di privacy;

l) informare la persona assistita, il suo legale rappresentante e i suoi familiari in modo chiaro e fin dal momento della richiesta di accesso circa la possibilità di chiedere l'intervento del difensore civico regionale e del Comune in cui ha sede l'unità d'offerta in tutti i casi in cui sia negata o limitata la fruibilità delle prestazioni, nonché, per ogni eventuale necessità, informarlo della possibilità di accedere all'ufficio di relazioni con il pubblico della ATS competente;

m) non richiedere alcun corrispettivo per lo svolgimento di tutte le pratiche e procedure preliminari all'ingresso nella struttura.

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. 45 e 46 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 di cui all'art. 4, comma 1 risultino, in modo esplicito ed inequivocabile, la regolarità della continuità gestionale e finanziaria a garanzia della solidità e dell'affidabilità della struttura e dell'eventuale gruppo e l'assenza/evidenza di criticità connesse alla gestione;
c) l'ottemperanza della struttura agli obblighi relativi al pagamento delle imposte e tasse o dei contributi previdenziali ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 80 del d.lgs. 50/2016.

3. La mancata trasmissione da parte del soggetto gestore d'Unità d'Offerta della dichiarazione di cui all'art. 2, comma 5 nei termini assegnati comporta l'adozione, da parte dell'ATS, di un atto formale di diffida ad adempiere entro 15 giorni. L'ATS provvede alle verifiche della documentazione pervenuta entro 15 giorni dal ricevimento della stessa valutando, ai fini della contrattualizzazione e del relativo mantenimento, la gravità dei fatti imputati, l'eventuale rimozione degli stessi e delle relative conseguenze, l'eventuale dissociazione dell'ente dalle condotte illecite.

4. La mancata trasmissione della documentazione di cui al comma 3 nei termini indicati nella diffida ad adempiere di cui allo stesso comma, così come l'invio di chiarimenti e precisazioni non esaustivi all'ATS nel rispetto dei termini fissati comporta l'assegnazione al soggetto gestore d'Unità d'Offerta di un congruo termine per la regolarizzazione della propria posizione. La mancata ottemperanza a quanto richiesto determina la sospensione del contratto per una durata massima di sei mesi oltre i quali l'ATS procede, nel caso di persistente inadempimento, alla risoluzione del contratto stesso, ferma restando la necessità di garantire la continuità assistenziale da parte degli utenti. La sospensione per il periodo corrispondente esclude la remunerazione a carico del SSR.

5. L'ATS verifica periodicamente con il soggetto gestore d'Unità d'Offerta l'andamento della produzione e la sua coerenza con l'allegato A al presente contratto.

6. Il soggetto gestore d'Unità d'Offerta si impegna ad agevolare lo svolgimento delle attività di vigilanza e controllo da parte dell'ATS, anche mettendo a disposizione il materiale e la documentazione necessaria alle stesse.

7. Eventuali inadempienze al contratto sono formalmente contestate dall'ATS al soggetto gestore d'Unità d'Offerta che, entro 15 giorni, può presentare osservazioni e chiarimenti.

Articolo 4 Limiti finanziari

1. In relazione alle risorse finanziarie programmate dal SSR per le prestazioni oggetto del presente contratto i valori di produzione annui massimi sono quelli assegnati nella scheda di budget di cui all'allegato 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. L'eventuale modifica dell'importo indicato nella "scheda assetto accreditato e contrattualizzato" di cui all'allegato A può essere concordata tra ATS e soggetto gestore 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 gestore può inviare, entro e non oltre il 31 ottobre dell'anno in corso, l'eventuale segnalazione dell'esigenza di modificare il budget alla ATS.

2. Al raggiungimento della soglia di budget indicata non sarà riconosciuta alcuna ulteriore remunerazione a carico del Fondo Sanitario Regionale, fatte salve le prestazioni extra-budget per utenza non tipica. L'esaurimento del budget non costituisce motivo valido per l'incremento delle rette a carico dell'utenza o per la trasformazione automatica in regime di solvenza di ospiti precedentemente inseriti in regime di SSR.

Articolo 5 Sistema tariffario e pagamenti

1. L'ATS riconosce al soggetto gestore d'Unità d'Offerta, nel rispetto delle disposizioni regionali vigenti, le tariffe previste da Regione Lombardia o dai nomenclatori tariffari, secondo le modalità fissate nel presente contratto.

2. L'ATS si impegna a saldare i corrispettivi delle prestazioni rese dal soggetto gestore di Unità d'Offerta nei tempi previsti dai provvedimenti regionali, sulla base dei dati validati e comunicati dalla Direzione generale competente per materia con verifica da parte dell'ATS.
3. L'ATS eroga acconti mensili secondo le modalità definite annualmente dalla Giunta regionale come validati dalla competente Direzione regionale. Il soggetto gestore d'Unità d'Offerta si impegna a emettere mensilmente le fatture degli acconti e a emettere la fattura relativa al saldo, recante la dicitura "salvo conguagli". L'ATS procederà esclusivamente ai pagamenti per prestazioni correttamente rendicontate e validate nei flussi regionali, con le modalità e nei termini stabiliti da Regione Lombardia.

4. Il soggetto gestore avrà diritto al riconoscimento della produzione annualmente erogata entro il limite massimo delle risorse allo stesso contrattualmente assegnate, le quali vengono determinate tenendo conto del limite massimo di spesa sostenibile con il fondo SSR in attuazione della programmazione regionale.

5. È fatta salva la facoltà dell'ATS di sospendere l'erogazione parziale o totale dei pagamenti effettuati a qualsiasi titolo, in tutti i casi in cui siano in corso controlli per l'accertamento di gravi violazioni della normativa vigente, dei requisiti per l'esercizio e per l'accreditamento, nonché delle clausole del presente contratto.

6. L'avvenuto saldo non pregiudica la ripetizione delle somme che, sulla base dei controlli sull'attività erogata nel periodo di competenza ai sensi dell'art. 3 del presente contratto, risultassero non dovute o dovute in parte. Gli importi relativi a prestazioni che a seguito di ulteriori controlli sugli esercizi precedenti risultassero non dovuti dall'ATS, se già versati, si compensano con quelli dell'esercizio in corso e sono detratti dagli acconti e/o dal saldo della produzione liquidabile.

7. Le tariffe corrisposte a carico del Fondo sanitario regionale sono comprensive di qualsiasi onere fiscale.

Articolo 6 Sicurezza dei lavoratori

1. Il soggetto gestore di Unità d'Offerta è tenuto a porre in essere tutti gli accorgimenti necessari affinché siano scrupolosamente rispettate le disposizioni in tema di prevenzione antinfortunistica con particolare riferimento alle diposizioni di cui al d.lgs. 81/2008 e ss.mm. e ii. nonché le previsioni di cui al CCNL di riferimento.

2. Il soggetto gestore di Unità d'Offerta dichiara di essere a conoscenza degli obblighi vigenti sulla prevenzione degli infortuni e sull'igiene del lavoro.

3. Il soggetto gestore di Unità d'Offerta si impegna altresì a adottare, nell'esecuzione del presente contratto, tutte le misure che secondo la particolarità del lavoro, l'esperienza e la tecnica, sono necessarie a tutelare l'integrità fisica e morale dei lavoratori 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 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.

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.

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

"Indicazioni metodologiche per la partecipazione delle Farmacie al programma di screening del tumore del colon retto"

Premessa

Regione Lombardia attraverso il Servizio Sociosanitario Regionale garantisce la tutela della salute, assicura i livelli essenziali ed uniformi di assistenza previsti dalla normativa nazionale nonché promuove la partecipazione consapevole e responsabile dei cittadini e delle comunità ai percorsi di promozione di stili di vita favorevoli alla salute e di prevenzione. Regione, nell'ambito delle proprie attribuzioni di competenza, esercita funzioni di programmazione, indirizzo e controllo, garantendo la più efficiente, efficace, economica e appropriata uniformità metodologica e prestazionale su tutto il territorio lombardo.

In considerazione della legge regionale 33/2009 la prevenzione oncologica – attraverso i programmi di screening, è tema prioritario per le istituzioni sia per l'impatto sulla salute pubblica, sia per l'importanza che assume nei Livelli Essenziali di Assistenza – LEA (DPCM 12 gennaio 2017).

Il programma di screening colorettale attuato tramite la ricerca del sangue occulto nelle feci nei soggetti di età compresa tra 50 e 74 anni, risulta essere efficace e efficiente nel consentire l'identificazione del carcinoma del colon retto in fase iniziale e o dei suoi precursori (adenomi). L'erogazione della attività di screening per la prevenzione del tumore colorettale rappresenta quindi un'azione di sanità pubblica di grande rilievo, diventando una pratica fondamentale per tutelare la salute del cittadino.

Nell'attuale contesto, la farmacia, quale presidio del Servizio sanitario nazionale, può dare un contributo importante a garantire la sostenibilità del sistema, diminuire le disuguaglianze e portare la sanità più vicina al cittadino. Come richiamato nell'accordo del 20 dicembre 2017 tra Federfarma e il Gruppo Italiano Screening Colorettale, il farmacista, sia per formazione e competenze, sia per capillarità di presenza sul territorio e per contatto diretto con il cittadino, può rivestire un ruolo significativo nella prevenzione attraverso la piena partecipazione allo screening colorettale.

Da rilevare anche - per la significativa importanza delle attività di supply-chain dei distributori intermedi - l'importante ruolo e contributo di questa categoria alla riuscita del progetto nel rappresentare elemento di cerniera e di garanzia all'interno della filiera distributiva del farmaco e dei servizi logistici alla farmacia.

Con il Decreto 13960 del 10.11.2017 Regione Lombardia ha fornito alle ATS le indicazioni per l'aggiornamento delle modalità organizzative degli screening oncologici. Nella DGR XI/1046 del 17.12.2018 cap.8 "Prevenzione: realizzazione dei programmi di screening del Piano Regionale Prevenzione/ Lea" è richiesto alle ATS di dare piena attuazione agli aspetti metodologici ed organizzativi ed alle azioni di miglioramento necessari al raggiungimento degli indicatori di performances degli screening. In particolare, in relazione allo screening colorettale, è necessario attuare azioni di miglioramento del percorso sia sul piano organizzativo (percorso tracciabile dei kit per la ricerca del sangue occulto nelle feci) che

su quello dell'individuazione /ingaggio della popolazione target, al fine di incrementare e raggiungere le coperture attese.

Attualmente presso ogni ATS è in essere un diverso protocollo per il trasporto dei kit e dei campioni che vede coinvolte, con gradi e forme diverse per ciascun territorio, le farmacie per la distribuzione dei kit per il prelievo e la successiva raccolta dei campioni e dei distributori intermedi per la consegna al centro analisi. L'analisi e l'acquisto dei kit sono a carico dell'ATS/ASST di riferimento.

In tale contesto si colloca, la condivisione con Federfarma Lombardia e Assofarm/Confservizi Lombardia di criteri e metodi di partecipazione delle Farmacie e dei distributori intermedi nel processo di distribuzione dei kit per la raccolta del sangue occulto nelle feci ai cittadini e della relativa consegna dei campioni ai laboratori.

Tale partecipazione si colloca nell'ambito delle azioni di miglioramento del programma di screening colon rettale di Regione Lombardia, le presenti indicazioni metodologiche sono state definite al fine di permettere in particolare di:

- Verificare in tempo reale il tasso di adesione allo screening, grazie alla tracciatura della consegna dei kit al cittadino e il ritiro del campione da parte della farmacia
- Migliorare i livelli di validità dei campioni grazie al rispetto delle indicazioni circa le condizioni ambientali di trasporto e conservazione
- Migliorare e rendere standardizzate sul territorio regionale e le modalità di tracciatura delle provette, riducendo i rischi di perdita e scambio dei kit/campioni
- Incrementare azioni comunicative alla popolazione in farmacia, al fine di promuovere l'adesione dei cittadini allo screening e contestualmente sostenerne le competenze in tema di prevenzione e comportamenti salutari.

Indicazioni metodologiche

Nel processo di distribuzione dei kit per la raccolta del sangue occulto nelle feci ai cittadini e consegna dei campioni al laboratorio, di seguito declinato, si definiscono:

- Busta A: bustina di plastica di dimensioni di circa 5x10 cm che ha lo scopo di contenere il dispositivo di prelievo (ogni busta A contiene n. 1 dispositivo di prelievo)
- Busta B: busta a doppio scomparto, possibilmente trasparente, di dimensioni tali da contenere il dispositivo di prelievo (ogni busta B contiene 1 dispositivo di prelievo), la busta A e la lettera di invito
- Busta C: contenitore colorato, non trasparente, per il trasporto delle buste B dalla farmacia al laboratorio, contrassegnato con il nome di ATS e del Laboratorio di destinazione (ogni busta C contiene più buste B, senza che il contenuto delle buste B sia visibile)
- Lettera di invito: lettera che l'utente ha ricevuto dal centro screening e su cui è applicato il codice a barre che identifica la persona; nel retro della lettera è usualmente stampato il modulo per la raccolta del consenso informato e dei contatti dell'utente.
- Dispositivo di prelievo: dispositivo per la raccolta delle feci dotato di n. 2 etichette con codice a barre, di cui n.1 rimovibile da apporre sulla lettera d'invito;
- Kit = dispositivo di prelievo + busta A + foglietto di istruzioni
- Campione: materiale fecale del cittadino raccolto nel dispositivo di prelievo

- Non conformità: mancato soddisfacimento di uno o più dei requisiti necessari per l'analisi da parte del laboratorio del test del sangue occulto effettuato dal cittadino (es. campione senza identificativo, campione smarrito, etc.)

1. Ruolo delle Farmacie

Federfarma Lombardia e Assofarm/Confservizi Lombardia favoriscono l'adesione delle farmacie per ottenere la maggiore copertura del territorio.
Le Farmacie garantiranno, su base volontaria, la loro partecipazione attiva al programma di screening colorettale, in particolare:

- Si impegnano a condividere e sostenere le campagne di promozione dell'adesione ai programmi di screening promosse dalle ATS e ad esporre nelle proprie sedi materiale divulgativo dedicato fornito dalle ATS.
- Garantiscono la consegna del kit esclusivamente previa verifica della lettera di invito allo screening colorettale di ATS, della corrispondenza con la persona che ritira il kit, della correttezza dei dati anagrafici e della disponibilità di un numero telefonico nella scheda del software.

La procedura di consegna del kit prevede:
1. Rimozione dal dispositivo di prelievo dell'etichetta adesiva e applicazione della stessa sulla lettera di invito nell'apposito spazio
2. Link al software con scansione del codice a barre sia della lettera di invito sia del kit, per consentire l'associazione univoca del kit alla scheda anagrafica del cittadino;
3. Consegna del kit e delle informazioni essenziali per la restituzione del campione:
   a. Il campione deve essere riconsegnato in farmacia il più presto possibile dopo la raccolta, e comunque entro 48 ore, durante le quali deve essere conservato in frigorifero;
   b. Il campione deve essere accompagnato dalla lettera di invito completata con la data della raccolta delle feci, numero di telefono e firma.

- Garantiscono il ritiro del campione fecale e dei consensi e registrano l'avvenuta riconsegna sul software.

La procedura di ritiro prevede:
1. Link al software, con scansione del codice a barre sia della lettera di invito sia del campione, per garantire l'associazione univoca alla scheda anagrafica del cittadino;
2. Controllo della correttezza dei dati anagrafici e della disponibilità di un numero telefonico nella scheda informatica del programma di screening;
3. Controllo nella lettera di invito della corretta compilazione da parte dell'utente dei campi relativi alla data di raccolta del campione, al consenso informato al test, alla comunicazione del risultato del test al MMG e alla firma;
4. Verifica dell'intervallo tra la raccolta delle feci e il ritiro del campione, che non deve superare le 48 ore, della conservazione in frigorifero e dello stato della provetta;
5. Inserimento nel software del numero di telefono del cittadino e, ove il software lo permette, del consenso alla comunicazione del risultato del test al MMG
6. Il ritiro delle lettere, dei consensi e il successivo invio al laboratorio
7. L'inserimento del campione, che l'utente ha inserito nella busta A, e della lettera di invito all'interno della busta B

Il mancato rispetto dei punti sopra descritti non consente il ritiro del campione.

- Consegnano ai distributori intermedi le buste C chiuse, includendo tutte le componenti necessarie all'accettazione del campione in laboratorio: campioni contenuti nelle buste A, lettere di invito con consensi firmati e contatti utente, contenuti all'interno delle buste B.
- Garantiscono il rispetto delle indicazioni di stabilità fornite da ATS per la conservazione dei kit e dei campioni in base alla scheda tecnica del test immunochimico fecale adottato per il programma di screening
- Comunicano per posta elettronica ad ATS il distributore intermedio scelto per l'approvvigionamento dei kit e per il ritiro dei campioni fecali e ogni variazione intervenuta.
- Contribuiscono insieme ai distributori intermedi e alle ATS ai percorsi di miglioramento per l'analisi dei processi e la risoluzione delle non conformità
- Garantiscono la consegna del kit ai cittadini tutti i giorni della settimana in cui la farmacia è aperta e garantiscono il ritiro del campione da lunedì a giovedì negli orari di apertura della farmacia; eventuali ulteriori momenti di ritiro del campione saranno concordati localmente.

2. Ruolo dei distributori intermedi

- Garantiscono la distribuzione costante alle farmacie dei kit, delle buste B e delle buste C forniti da ATS, da ritirare presso ATS o altre sedi da essa indicate.
- Garantiscono il regolare ritiro, dal lunedì al giovedì, dei campioni presso le farmacie e la consegna, dal lunedì al venerdì, ai laboratori di riferimento, con modalità e tempistiche definite con le ATS.
- Per il trasporto dei campioni utilizzano esclusivamente le buste C.
- Garantiscono il rispetto delle indicazioni di stabilità per la conservazione dei campioni fornite da ATS in base alla scheda tecnica del test immunochimico fecale adottato per il programma di screening e delle buone pratiche di distribuzione.
- Forniscono alle ATS un report mensile del numero di kit distribuiti alle farmacie
- Contribuiscono insieme alle farmacie e alle ATS ai percorsi di miglioramento per l'analisi dei processi e la risoluzione delle non conformità

3. Il ruolo di ATS

- Fornisce il software gestionale e il manuale d'uso alle farmacie aderenti, con contestuale formazione dei farmacisti; ogni ATS attribuirà ad ogni farmacia aderente, nella persona del titolare/direttore tecnico, un account personale di accesso al software oppure l'accesso avverrà mediante piattaforma SISS con utilizzo di Smart card operatore per gli operatori autorizzati
- Programma annualmente, sulla base della popolazione target e delle procedure di invito, il fabbisogno dei kit e l'acquisto degli stessi
- Riceve da parte delle farmacie le richieste di approvvigionamento dei kit e garantisce la distribuzione costante dei kit e delle buste C alle farmacie, tramite i distributori intermedi, per evitare situazioni di carenza
- Svolge funzioni di monitoraggio e verifica del corretto svolgimento dell'intero processo sopra descritto
- Nell'ambito delle campagne di informazione per la sensibilizzazione dei cittadini

all'adesione al programma di screening, evidenzia l'importanza del rispetto delle indicazioni di esecuzione del test del sangue occulto nelle feci e di modalità e tempistiche relative al conferimento del campione fecale alle farmacie
- Promuove percorsi di miglioramento per l'analisi dei processi e la risoluzione delle non conformità, contribuendo insieme alle farmacie e ai distributori intermedi
- Fornisce report dei dati di attività del programma di screening alle farmacie e ai distributori intermedi

Il Percorso definito nel presente documento sostituisce qualunque intesa, convenzione o accordo sottoscritto dalle singole ATS, fatta salva la possibilità per ogni ATS di predisporre addendum in relazione ad aspetti organizzativi locali ed al tipo di test utilizzato.

4. Trattamento dei dati personali

In tema di trattamento dei dati sensibili nel percorso di screening il riferimento è il regolamento regionale del 24 dicembre 2012 – n. 3 "Regolamento per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari di competenza della giunta regionale, delle aziende sanitarie, degli enti e agenzie regionali, degli enti vigilati dalla Regione Lombarda (artt. 20 -21 del d.lgs. n. 196/2003)" ed in particolare la scheda 4 dell'allegato 1B.
ATS, in qualità di Titolare del trattamento dei dati personali presenti nel software, nomina ciascuna Farmacia Responsabile del trattamento nel soggetto giuridico "*farmacia*…" (o persona giuridica legale rappresentante della Farmacia.) ai sensi e per gli effetti dell'Art. 28 del Reg. UE 679/2016.

Documento esitato dal percorso di condivisione realizzato nel corso del 2019 con Federfarma Lombardia e Assofarm/Confservizi Lombardia

A

a contratto; 95; 96; 99; 100; 103; 104; 105; 106; 108; 110
abbattimento; 29; 59; 130; 215
ablazione; 69
accantonamento; 200
accessi; 13; 118; 145
accesso; 13; 19; 25; 27; 28; 29; 35; 40; 57; 61; 67; 75; 82; 84; 85; 95; 97; 101; 115; 120; 122; 123; 126; 131; 133; 134; 136; 141; 143; 145; 147; 150; 155; 161; 166; 174; 191; 196; 201; 204; 205; 209; 214; 215; 216; 217; 218; 226; 229; 230; 231; 236; 253; 255; 259; 263; 264; 265; 269; 274
accompagnamento; 28; 31; 94; 172; 224; 225; 232; 235; 236
acconti; 32
accordo integrativo; 215
accreditamenti; 75
accreditamento; 68; 75; 76; 82; 84; 95; 97; 110; 112; 113; 126; 128; 140; 142; 146; 162; 170; 202; 251; 253; 255; 256; 257; 261; 263; 264; 265; 267
Accreditamento; 95; 98
accreditate; 58
accreditati; 95; 96; 214
ACN; 85
acque; 174; 175; 176; 177; 183
acque potabili; 175
acquisti; 37; 38; 40; 41; 50; 51; 53; 54; 55; 58; 137; 138; 243
ACSS; 238
acuti; 19; 23; 75
additivi; 26
aderenza; 28; 150; 154
adesione; 13; 14; 31; 50; 54; 58; 67; 68; 150; 169; 174
ADI; 19; 101; 102; 105; 106; 111; 112
adolescente; 121
adolescenti; 235
adolescenza; 126; 128
adulta; 26; 94; 115; 121; 235
adulto; 121
Agenas; 60
agenda; 207
agende; 215
Agenzia di Controllo; 14; 238
Agenzia Regionale Emergenza Urgenza; 212
aggiornamento; 58; 68; 76; 94; 102; 127; 137; 140; 142; 146; 147; 151; 153; 154; 162; 170; 171; 172; 175; 179; 185; 189; 195; 205; 207; 229; 231; 233
aggregati; 31
aggregazione; 51; 53; 117; 213
AgID; 208; 214
agroalimentare; 174
agro-zootecniche; 187
AIFA; 138
alert; 194
algoritmi; 13
alimentare; 16; 26; 162; 174; 175; 176; 177; 188; 189; 190; 191
Alimenti; 175; 177; 187; 190
alimenti di origine non animale; 177
allevamenti; 187; 189; 190
alloggio; 225
alta complessità; 14; 25; 79; 81
alte specialità; 62
Alzheimer; 95; 96
ambientale; 165; 168; 180; 183; 184; 185; 188
ambientali; 183; 184; 185; 188; 189
Ambiti; 51; 53; 115; 164; 217; 218; 227; 229; 230; 231; 232
ambulatoriale; 109; 112
ambulatoriali; 112
amianto; 17; 182
Amministrazione Penitenziaria; 233
ampliamenti; 75
ANAC; 57
anagrafe; 184
Analisi dei Rischi; 214
ANCI; 183; 217; 230; 232; 233
animali d'affezione; 187; 188
Animali d'Affezione; 188
annullamento; 215
antibiotici; 154
antibiotico; 148; 170
antimicrobicoresistenza; 189
antinfluenzale; 17; 170; 172; 173
antiviolenza; 224; 225
anziani; 95
APA; 85
app; 171; 237
Appalti; 50; 53; 54; 55; 203
apparecchiature; 51; 58; 194
apparecchiature sanitarie; 58
apprendimento; 230; 231
appropriatezza; 21; 111
approvvigionamenti; 50; 213
arbovirosi; 16; 39; 169; 171
AREU; 65; 66; 117; 185; 200; 201
ARIA S.p.a.; 50
Arpa; 185
ARPA; 176; 181; 185
arruolamento; 13; 31
ASAN; 76; 84
ASAT; 58
ASD; 120
aspettativa; 200
assegnazione; 14; 27; 31; 88; 89; 90; 91; 93; 96; 98; 100; 104; 107; 118; 120; 129; 146; 166; 167; 179; 180; 193; 199; 202; 223
assistenza domiciliare; 102
assistito; 106; 110; 112
associazioni; 185; 189; 194; 233
ASST; 106; 112; 156
atipici; 197
ATS; 89; 90; 91; 95; 96; 97; 98; 99; 102; 103; 104; 105; 106; 107; 108; 109; 111; 156
attività territoriali; 49
audit; 16
Audit; 66; 164; 167
ausili; 109
autismo; 95; 120; 131
autorizzazione; 68; 76; 77; 113; 142; 146; 152; 193; 197; 199; 200

B

back office; 30
balneazione; 183
bambino; 115; 116; 117; 218
bando; 52; 57; 95; 96; 97; 201; 220
Bando ministeriale; 192
bassa complessità; 75
bassa intensità; 106
benchmarking; 186; 187
BERGAMO; 90
Bergamo Est; 212
Bergamo Ovest; 212
Besta; 69; 70; 212

BIC; 22; 75
bilancio di esercizio; 49
biocidi; 181
biosimilari; 138
bioterrorismo; 185
blockchain; 186
Bollate; 134
bollettini; 214
Bollettino; 184
bonus; 229
bonus assistenti familiari; 229
BPCO; 26
branche; 20
Brand book; 237
breast unit; 81
BRESCIA; 90
BRIANZA; 90
budget; 15; 49; 75; 77; 88; 89; 90; 91; 93; 96; 98; 100; 101; 102; 103; 104; 105; 106; 107; 108; 109; 110; 112; 118; 119; 120; 129; 130; 131; 165; 197; 198; 218; 227; 232
Budget; 213
bullismo; 115; 220; 221
buone pratiche; 156
Buzzi; 212

C

Cabina di Regia; 134
cadavere; 68; 195
call center; 61; 79
CAM; 68
campionamento; 175; 176; 183; 188
Cannabis; 149
canone di locazione; 226; 227
Capofila; 54
caregiver; 228; 229
Cartella Clinica Elettronica; 210
cartella clinica informatizzata; 134
cartella sociale; 204
case manager; 30
Castiglione delle Stiviere; 129
Catalogo DCE; 205
cataratta; 70; 71
categorie merceologiche; 51
CCE; 210
CDA2; 205; 207
CDD; 94; 104; 110; 111; 112
CDI; 104; 110; 111; 112
CDI-WEB; 114
centrale di committenza regionale; 52
Centrale Operativa Integrata; 200
Centri Antiveleni; 182
centri diurni; 99
Centri Hub; 117
Centro per la Famiglia; 218
certificazione; 32
check list; 154
check-in; 209
chemioterapica; 223
CIA; 136
Circolare AGID; 204
Citogenetica; 64
Città Metropolitana; 13; 25; 79; 84; 95; 171; 200; 212; 226
cittadini; 25
classe B; 59
classe D; 59
classe di priorità; 59
clausola di risoluzione anticipata; 53
clausola di salvaguardia; 29
clinical manager; 13
CML; 196; 197
codice contatore PAI; 206
Codice dei Contratti; 48
codice LOINC; 205
COI; 200
Collegio dei Direttori; 201
Collegio Sindacale; 199
colon retto; 26; 168
comitati etici; 142
Comitati Valutazione Sinistri; 156
Comitato di Indirizzo; 202
Comitato Lea; 26
Comitato Percorso Nascita e Assistenza Pediatrica-Adolescenziale; 116
Commissione; 32
Commissione Apparecchiature Sanitarie ad Alta Tecnologia; 58
Commissioni; 194; 196; 197
Commissioni Mediche Locali; 196
comorbidità; 28
compartecipazione; 14
compensazione; 106
complessità; 23
Comuni; 16; 231
comunicazione; 106; 107; 237
Comunità; 83; 84; 86; 87; 92; 93; 115; 128; 150; 164; 165; 167; 190; 233
Comunità per minori vittime di abuso; 93
concessione; 75; 100; 108; 227; 228; 229; 230
conciliazione; 221
concorso; 144; 162; 201; 225
Conferenza; 106
CONSIP; 50; 51; 53; 54
Consip S.p.A.; 50
Consultori; 87; 107; 114; 115; 117; 164; 165
consumatore; 177
contabilità analitica; 27; 49
Contact Center Regionale; 215
contaminanti; 188
contaminazione; 26
contenzioso; 155; 156
contingente; 107
Continuità Assistenziale; 155
Conto annuale; 198
conto capitale; 203
Conto di Presidio; 49
contraente; 58
contratti; 98; 99; 103; 106
contratto definitivo; 105
contratto integrativo; 197
contratto provvisorio; 104
contrattualizzati; 96
controlli; 111; 215
controllo ufficiale; 16
Convenzioni; 50
convenzioni centralizzate; 50
cooperative; 31
cooperazione; 193
coordinamento; 210
Coordinamento Regionale Trapianti; 67
coordinatori di consorzio; 53
copertura; 100
copertura assicurativa; 156
copertura finanziaria; 199; 215
Corte dei Conti; 198
cosmetici; 180; 181; 182
costi standard; 234; 235; 236
costo; 210
Counseling; 95
crediti formativi; 202
Crema; 60; 212
Cremona; 212
CReSMel; 64
cronici; 13

cronicità; 13; 28; 29; 30; 61; 82; 133; 144; 165; 168
cronoprogramma; 140
CRT; 67
CSE; 68
CSIRT; 214
CSS; 87; 104; 110; 111
CUDES; 49
CUP; 30; 215
cure intermedie; 101; 105; 106; 107; 112
cure palliative; 102; 105
Cure palliative; 135
cure primarie; 85
Customer Satisfaction; 238
cyberbullismo; 221

D

D.Lgs 81/2008; 179
D.M. n. 70/2015; 61
danno; 54; 66; 155; 233; 234; 235
danno erariale; 54
decesso; 109
Decreto; 15; 16; 49; 50; 55; 95; 104; 116; 125; 131; 137; 142; 147; 150; 169; 171; 172; 173; 174; 175; 177; 179; 180; 181; 183; 194; 195; 196; 202; 204; 229; 231
Decreto Calabria; 147
Decreto Ministeriale; 49
degenza; 26
degenza di comunità; 19
degenze di comunità; 15; 19; 61; 84
DEM; 146
demenze; 62; 92; 95
Demenze; 95
detenuti; 135
determinato; 105; 199
diabetici; 16
dialisi; 75; 79
differite; 26
dimissione; 109
Dipartimenti; 163; 164; 186; 187; 188
Dipartimento; 186; 191; 198
dipendenze; 15; 105; 106; 110; 111
DIPS; 115; 163; 164; 181; 185; 191
Direttiva; 214
Direttori Generali; 27
Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale; 114
Direzione Generale Welfare; 15; 16; 29; 49; 50; 53; 55; 58; 62; 63; 65; 66; 67; 75; 76; 77; 92; 96; 97; 98; 99; 103; 105; 107; 108; 109; 115; 116; 134; 135; 137; 138; 139; 140; 141; 142; 144; 145; 146; 147; 148; 151; 152; 158; 174; 177; 178; 179; 180; 181; 182; 183; 184; 192; 193; 194; 195; 196; 198; 199; 200; 202; 203; 207; 237; 238
Direzione Politiche per la Famiglia, Genitorialità e Pari Opportunità; 116
Direzioni Strategiche; 200
dirigenza; 199
disabili; 14; 105; 107; 110
disabilità; 106
disagio; 135; 220; 234; 235; 236
disagio psichico; 135
Dispositivi medici; 57
Dispositivi Medici; 57; 59; 149; 194
dispositivi protesici; 151
Distinta Contabile Riepilogativa; 148
Distribuzione per conto; 16; 148
disturbi; 94
disturbo; 231
divorziati; 227
domiciliare; 97; 109; 112
domiciliari; 102; 105
domicilio; 19
Donazione; 67
Doppia Diagnosi; 134
DPCM; 51
DRG; 26
droghe; 177
DSA; 231
DSMD; 127; 131

E

ECM; 30; 202
economicità; 52
economie; 203; 213
ECRI; 194
edilizia sanitaria; 203
educazione sanitaria e zoofila; 17; 188
eliminacode; 209
emergenza urgenza; 15; 201
emocomponenti; 140
empowerment; 115
ente unico; 109
Enti privati; 19
Enti pubblici; 19
epatite B; 26
EPIC; 206
epidemiologico; 24; 125; 170; 187; 190
equilibrio; 49; 50
equipe; 61
erogatori; 20
ESP; 131
età evolutiva; 112
età pediatrica; 26
euro; 96
evento; 106
evidenza pubblica; 95; 96
export; 189
extraospedaliero; 201
extraregionale; 190
extraregionali; 25
extratariffaria; 50

F

fabbisogni; 49; 66; 88; 91; 201; 213
fabbisogno; 50; 81; 98; 99; 100; 141; 201
facility management; 57
facsimile; 13
farmaceutica; 14
farmaci; 26
farmaci NAO; 143
Farmacia; 140; 144; 150
Farmacie; 140; 147; 150; 151; 152
farmacie ospedaliere; 140
Farmacista; 147
Farmacovigilanza; 149
FaSAS; 111
fascicolo sanitario elettronico; 14
fauna selvatica; 187
fibrosi; 193
File F; 139
filiera; 61
fitofarmaci; 26
fitosanitari; 180; 181; 188
Fleet Management; 211; 216
Flu.per.; 198
flussi informativi; 55
flusso; 20
flusso informativo; 89; 90; 91

follow up; 29
fondi; 17; 99; 138; 149; 187; 197; 203; 227; 230; 232; 234; 235; 236
fondi comunitari; 230; 234
fondi perenti; 203
fondo sanitario; 14
forma singola; 31
formazione; 30
Formazione; 214
forniture; 51
fragili; 30
fragilità; 30; 99; 101; 105; 173; 217; 223; 225; 226; 228; 230; 233
Franciacorta; 212
frequent users; 28
FRRB; 192
FSE; 30
FSR; 96; 98; 103; 106; 107; 109; 110; 111; 112
funzioni non tariffabili; 27
fuori regione; 76; 98; 106; 107; 191

G

gara; 55
Garante; 217
Garda; 212
gas; 183
General Data Protection Regulation; 114
Genetica Molecolare; 64
genetico; 21
gestore; 30; 106; 108; 109; 110
giornata; 109; 112
giovani; 235
Giunta Regionale; 25
global service; 57
governo clinico; 13
GP ++; 207
GP++; 29; 215
Gruppo di Coordinamento Regionale; 210
guardia del sabato; 85

H

HCV; 133
HIV; 115
hospice; 102; 105; 106
HTA; 193; 194

I

I.M.Pre.S.@; 182
ICT; 54; 213
idoneità alla guida; 195; 196; 197
illecito disciplinare; 52
ILSPA; 203
impianti di macellazione; 17
in house; 213
INAIL; 178; 179
inclusione; 15; 86; 94; 223; 230; 232
Inclusione; 230
indeterminato; 199
indicatori; 15; 16; 19; 26; 27; 32; 49; 57; 60; 61; 76; 78; 116; 117; 121; 150; 155; 163; 167; 170; 201; 203; 227; 231; 233
indice di vecchiaia; 19
indifferibili; 198
indigenti; 106
infanzia; 172; 173; 219; 220
infortuni; 178; 179
Infrastrutture Lombarde S.p.a.; 203
innovativi; 138
INPS; 178
Insubria; 166; 187; 212; 218
INSUBRIA; 90
INT; 212
integrazione; 95; 112
Interdistrettuale; 233
interfaccia; 167; 183; 205
interoperabilità; 193; 204; 205
intraregionale; 140; 190
investimenti; 14; 209
IRCCS; 14; 25; 49; 65; 66; 69; 70; 145; 149; 151; 156; 171; 193; 194; 200; 212; 223; 238
isorisorse; 107
Istituti penitenziari; 135
istruttoria; 27; 98; 103; 118; 129; 200; 218; 223
IZSLER; 186

L

l'omogeneizzazione; 153; 213
Laboratori di Prevenzione; 176
Laboratorio Analisi; 20
lavori; 57
LEA; 25; 54; 57; 58; 59; 64; 65; 78; 115; 163; 166; 167; 168; 169; 170; 172; 174; 177; 178; 186; 195; 204; 205; 206; 207
Lecco; 60; 212
legionella; 183
Legionellosi; 16
lente torica; 70
letti tecnici; 76
Linee guida; 58
liste; 215
livelli; 31
Livelli di Assistenza; 49
Livelli Essenziali di Assistenza; 98
Lodi; 212
Luoghi di lavoro; 165

M

MAC; 20; 22; 75; 76
Macroattività; 75
maggiorazioni tariffarie; 14
Magistratura; 131
MAINF; 170; 171; 172; 184; 185; 186
malattie infettive; 16
Malattie infettive; 184
malattie rare; 117
marginalità; 93; 227; 234
medicina generale; 17
medico; 16; 28; 29; 30; 82; 109; 144; 146; 156; 162; 195; 196; 201; 207; 237
medico curante; 28
MEF; 57
Melegnano; 212
MePA; 53
mezzi di soccorso; 26
micronidi; 219
Milano; 13; 25; 84; 95; 131; 132; 134; 135; 141; 164; 165; 166; 167; 170; 171; 186; 187; 188; 189; 193; 200; 212
Ministero; 25; 49; 52; 55; 58; 137; 140; 142; 148; 149; 154; 167; 175; 176; 179; 181; 182; 183; 185; 187; 191; 193; 201; 204; 214
minori; 105; 217
MIUR; 201
MMG; 28; 215
mobilità; 106
mobilità interregionale; 140
MOCA; 177
Modello A; 198
modello CP; 49
modello LA; 49

Modulo Budget; 55
modulo I.M.Pre.S.@; 179; 183; 185
modulo Person@; 179; 182; 183; 185
monitoraggio; 32
Montagna; 166
Monza; 141; 212
morbillo; 26
MPC; 190
MULTICANALITÀ; 215
MyPay; 208; 209

N

near miss; 153
NECA; 50; 55
negoziazione; 98
Network; 214
Neuropsichiatria Infantile; 117
nidi; 219
Niguarda; 171; 212
NIS; 214
no show; 215
NOC; 148
Nodo di Smistamento degli Ordini di acquisto; 55
nomenclatore tariffario; 128
non accreditate; 58
non autosufficienti; 27
nota integrativa; 198
notifiche; 215
NPIA; 87; 118; 120; 125; 126; 127; 128; 129; 130
NPRI; 211
NRO; 55
NSG; 26
NSIS Pesticidi; 176
NSIS VIG; 175; 176; 177
nuclei; 97
Nuovo Sistema di Garanzia; 25; 27

O

OBI; 63
obiettivi; 15
oncologica; 65; 223
OO.SS; 147; 151; 197
open data; 148
operatori; 30; 60; 94; 112; 115; 147; 148; 155; 156; 164; 168; 170; 172; 176; 178; 186; 189; 193; 205; 211; 219; 233; 238
Operatori di Servizi Essenziali; 214
opere pubbliche; 48
organismi di rappresentanza; 222
Organismo di Coordinamento; 62
OSA; 176
OSE; 214
ospedale; 15; 19; 23; 29; 117; 144; 147
ospite; 110; 111
Osservatorio Epidemiologico Veterinario Regionale; 186
Osservatorio Nazionale sulle Liste d'Attesa; 60
Osservazione Breve Intensiva; 63
ossigenoterapia; 152
Ostetrica; 115
outcome; 66; 218

P

pacchetti prestazionali; 29
Paesi extra comunitari; 193
pagamenti digitali; 208
pagamenti elettronici; 209
PagoPA; 208
PAI; 13; 28; 29; 30; 32; 78; 144; 206; 207
parere; 100; 141; 185; 199
Pari opportunità; 165
parotite; 26
Partenariato Pubblico Privato; 48
PAT; 136
Patient Summary; 207
patogeni; 187; 188; 189; 190
patologie croniche; 21
patologie psichiatriche; 26
patto di cura; 13
Pavia; 167; 212
pazienti arruolati; 31
PDTA; 154
pediatri di libera scelta; 17
penitenziaria; 125; 135
performance; 213
Performances; 163
Persona@ - Ma.P.I.; 182
personale; 14
pertosse; 26
PGRU; 199
piano assistenziale individuale; 14
Piano d'Azione nazionale; 181
Piano di Evoluzione; 213
piano formativo; 202
piano Leishmania; 188
Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa; 59
Piano Regionale della Prevenzione; 162
Piano Regionale Integrato della Sanità Pubblica Veterinaria; 186
piattaforma MyPay; 208
piattaforma regionale; 14
Pini; 212
PNGLA; 60
POAS; 67
poli universitari; 14
Poli universitari; 202
Policlinico; 171; 193; 212
polio; 26
Polis; 181
POR FSE; 232
post acuta; 104; 106; 107
posta elettronica; 181
Postazioni di Lavoro; 211
posti letto; 75; 95; 96; 100; 112
POT; 15; 19; 83; 84
preadolescenti; 220
Prelievi domiciliari; 64
premialità; 32
Prenotazione e accoglienza; 215
prenotazione elettronica; 61
presa in carico; 98; 106; 112
prescrizione; 60
presidio; 14
PreSST; 82; 83; 84
prestazioni aggiuntive; 112
prestazioni ambulatoriali; 112
preventiva; 30; 50; 53; 57; 152; 197; 199; 237
prevenzione; 15; 16; 17; 24; 26; 82; 107; 115; 140; 148; 149; 153; 155; 162; 163; 164; 165; 167; 168; 171; 178; 179; 182; 183; 184; 188; 193; 214; 237
prima visita; 112
priorità; 108
Privati; 214
procedure concorsuali aggregate; 201
procedure di mobilità; 199
produzione; 102; 104; 105; 106; 107; 108; 110
profit; 233

progetti; 111; 153
Progetto D.A.M.A.; 123
Programma di Sicurezza; 214
programmazione; 55
promemoria; 30
Pronto Soccorso; 63
proroga; 31
Protesica; 151
protocollo; 16
Protocollo; 17; 165; 167; 182; 185; 186; 202
Provveditorato; 135; 233
psicologia clinica; 125
PSS; 207

Q

qualità; 16; 27; 30; 49; 52; 65; 66; 67; 79; 82; 89; 90; 91; 92; 93; 95; 99; 111; 114; 120; 130; 147; 149; 150; 154; 158; 163; 164; 169; 174; 175; 176; 182; 183; 188; 193; 202; 205; 207; 213; 221; 223; 228; 230; 238
questionari; 238
quota; 14; 19; 31; 78; 87; 101; 102; 104; 105; 106; 107; 110; 111; 150; 170; 172; 177; 178; 193; 204; 227; 229; 231; 236

R

radiazioni; 155
Radioterapia; 20
radon; 183
randagismo; 17
rapporto di trasformazione; 75
reato; 131; 135; 233
reddito; 14; 26; 237
referente; 214
referente aziendale; 53
referti; 29; 204; 205; 206; 209
registri; 60
Registro; 68
reinserimento; 233; 234
relazione trimestrale; 58
REMS; 127; 131; 134
remunerazione; 102; 105; 106; 107; 109; 110; 111; 112
report; 49; 121; 125; 171; 174; 175; 176; 186; 191; 192; 194; 207; 229; 231
residenti; 26
residenza; 106; 110
Residenzialità assistita per anziani; 88
Residenzialità assistita per religiosi; 89
Residenzialità Leggera; 128
Residenzialità Minori Disabili Gravissimi; 87
Responsabile Unico Aziendale per i tempi di attesa; 59
Rete delle Scuole; 165
Rete Regionale di Prenotazione; 215
reti clinico assistenziali e organizzative; 24
Rhodense; 209
riabilitativo; 111
riabilitazione; 15; 105; 109; 110; 111; 112
Riabilitazione; 110
riabilitazione ospedaliera; 76
ricerca; 192
Ricerca; 192; 201
ricetta dematerializzata; 29
ricettario rosso; 145
riclassificazione; 83
riconoscimento; 95; 96; 97; 106; 108; 109
ricoveri; 22; 109
ricovero; 78; 102; 106; 109
riduzione; 104; 153
riduzioni tariffarie; 25
rimborsi; 25
rimodulazione; 104; 105; 107; 108; 109
rimodulazioni; 77
rinnovi contrattuali; 200
rinnovo; 165; 167; 199; 237
risk assessment; 155
Risk Management; 153
Risonanza Magnetica; 69
risorse; 89; 91; 98; 99; 102; 103; 105; 107; 108
risparmi; 25
RMN; 20
rosolia; 26
RSA; 88; 95; 104; 109; 110; 111
RSA Aperta; 91
RSD; 87; 95; 104; 109; 110; 111
ruolo; 199

S

S. Paolo; 135
S.S.R.; 49
Sacco; 141; 171; 212
salute mentale; 15; 83; 115; 119; 125; 126; 127; 129; 130
SALUTILE; 216
Sanità Penitenziaria; 134
Santi Paolo e Carlo; 141; 212
SBBL; 193
Schede Sanitarie; 205; 207
SCRIBA; 108
SDA; 53
sedute; 112
semiresidenziali; 105; 106; 110
separati; 227
Sepsi; 154
SerD; 127
Sert; 115; 141
service; 64
servizi; 51; 105; 106; 107; 109; 110; 112
servizi essenziali; 198
Sette Laghi; 60; 212
setting; 23; 78; 82; 154; 162; 164; 165; 172
SIAN; 191
Sicurezza; 67; 134; 154; 174; 176; 177; 178; 187; 188; 190; 214
SIMT; 66
SINTEL; 50; 54
SIREG; 203
Sistema di Prenotazione Unico Regionale; 214
Sistema Informativo Veterinario Integrato; 186
Sistema Trasfusionale Regionale; 65
sistemi informativi; 14
SISTRA; 77
SLA; 105; 107
slot; 29
Smaf; 225
smartphone; 237
SMI; 87; 100; 105; 127
SMP; 179
sociale; 15; 82; 84; 89; 94; 102; 103; 111; 114; 116; 166; 187; 200
sociosanitaria; 99; 106; 111
Sociosanitario; 63
software; 66; 173; 207
Software House; 207
soggetti aggregatori; 52
soggiorno; 106; 111
soglie; 51
solvenza; 110
SOREU; 200; 201

sorveglianza; 169
sorveglianza sanitaria; 17
Sosia; 105
SOSIACDI; 114
sostanze chimiche; 180; 181; 182
sostegno abitativo; 226; 227
sottobranche; 64
sottoscrizione; 77
Sovracup; 215
sovraffollamento; 63
specialista; 28; 30; 65
specialistica; 13; 14; 16; 19; 22; 28; 29; 30; 61; 76; 78; 79; 81; 102; 145; 168; 201; 205; 206; 238
specialistica ambulatoriale; 102
spending review; 22
speranza di vita; 19
sperimentazione; 13; 25; 26; 30; 61; 79; 80; 81; 82; 84; 86; 91; 92; 97; 118; 128; 130; 138; 139; 142; 143; 144; 150; 163; 165; 170; 209; 217; 218; 233; 235
spettro autistico; 15
SRC; 65
SSL; 75
SSN; 59
stakeholder; 222
standard; 110; 111
standardizzazione; 66; 170; 173; 232; 233; 234
stanziamento; 32
start-up; 210
Stato Vegetativo; 96
stazioni appaltanti; 50; 53; 203
STEMI; 61
stili di vita; 28
stranieri; 106
STRM; 105
STROKE; 61
strumenti digitali; 237
Strutture Complesse; 199
super-ticket; 14

T

target; 86; 89; 90; 91; 93; 108; 128; 164; 172; 234; 237
tariffa; 96; 104; 105; 106; 107; 110; 111
tariffa di presa in carico; 32
tariffaria; 50
tariffario; 102; 103; 165; 195; 196; 227
tariffe; 27; 63; 101; 102; 105; 106; 112; 140; 195
Tasso di ospedalizzazione; 26
Tavolo Tecnico; 55
TC; 20
telediagnosi; 29
telemedicina; 13
telemonitoraggio; 29
tempi di attesa; 13; 19; 24; 25; 59; 60; 79; 81; 196
Terapia del Dolore; 75; 137
terapie farmacologiche; 28
Terzo settore; 217
tessuti; 68
test; 26
tetano; 26
ticket; 59; 105; 208
torri di raffreddamento; 184; 185; 186
trapianti; 67
trasformazioni; 75
trasfusione; 66
trasporti sanitari semplici; 200
trasporto; 65
trattamento; 110; 112
Triage; 63

U

UCPDOM; 19
UDO; 108
UdR; 76
UE; 188
Ufficio Scolastico regionale per la Lombardia; 165
unità d'offerta; 98; 99; 100; 101; 103; 104; 105; 106; 108; 109; 110; 111
unità di offerta; 19; 86
Unità Spinali; 35
Università; 16; 164; 167; 170; 186; 187; 188; 189; 191; 201; 202
UOOML; 182
UOSP; 135

V

vacanti; 199
vaccinale; 16
vaccinazione; 172; 173
vaccini; 17; 172; 174
Valcamonica; 151; 212
validati; 32
Validatore DCE; 205; 207
validità; 104
Valle Olona; 212
Valpadana; 166
Valtellina; 212
valutazione epidemiologica; 75
valutazione multidimensionale; 19
valutazione multiprofessionale; 29
vegetale; 26; 177
ventiloterapia; 152
verifiche; 61
videosorveglianza; 219; 220
Villaggio Alzheimer; 91
Vimercate; 209
violenza sulle donne; 224
visita; 112
vittime; 224
volumi; 108; 109
voucher; 89
Voucher anziani; 230
VSTI; 77
vulnerabile; 229
vulnerabilità; 14

W

Web Application; 205
Wikivaccini; 173