

Serie Ordinaria n. 52 - Giovedì 28 dicembre 2017

D.g.r. 20 dicembre 2017 - n. X/7600
Determinazioni in ordine alla gestione del servizio
sociosanitario per l'esercizio 2018

LA GIUNTA REGIONALE

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 legge 23 ottobre 1992, n. 421*»;
 - 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 06 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 06 agosto 2008 n. 133;
 - 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 31 maggio 2010, n. 78 convertito in legge dall'art. 1, comma 1, legge 30 luglio 2010 n. 122 «*Misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica*»;
 - il decreto legge 13 maggio 2011, n. 70 convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, legge 12 luglio 2011, n. 106 «*Semestre Europeo - Prime disposizioni urgenti per l'economia*»;
 - il decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 «*Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42*»;
 - il decreto legge 6 luglio 2011, n. 98 «*Disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria*» convertito in legge dall'art. 1, comma 1, legge 15 luglio 2011, n. 111;
 - il d.m. 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. 135/12;
 - 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 189/12;
 - 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 213/12;
 - il decreto legge 18 ottobre 2012 n. 179, «*Ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese*», convertito in legge 221/12;
 - 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 maggio 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 98/13;
 - 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 125/13;
 - la legge 23 dicembre 2014, n. 190 recante: «*Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato*» (legge di stabilità 2015);
 - il decreto ministeriale 2 aprile 2015, n. 70 «*Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera*»;
 - il decreto legge 19 giugno 2015, n. 78 e la relativa legge di conversione 6 agosto 2015, n. 125, recante: «*Disposizioni urgenti in materia di enti territoriali. Disposizioni per garantire la continuità dei dispositivi di sicurezza e di controllo del territorio. Razionalizzazione delle spese del Servizio sanitario nazionale nonché norme in materia di rifiuti e di emissioni industriali*»;
 - il decreto legge 13 novembre 2015, n. 179 «*Disposizioni urgenti in materia di contabilità e di concorso all'equilibrio della finanza pubblica delle Regioni*»;
 - il decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50 «*Attuazione delle direttive 2014/23/UE, 2014/24/UE e 2014/25/UE sull'aggiudicazione dei contratti di concessione, sugli appalti pubblici e sulle procedure d'appalto degli enti erogatori nei settori dell'acqua, dell'energia, dei trasporti e dei servizi postali, nonché per il riordino della disciplina vigente in materia di contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture*»;
 - il d.m. 21 giugno 2016 «*Piani di cui all'articolo 1, comma 528, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, per le aziende ospedaliere (AO), le aziende ospedaliere universitarie (AOU), gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici (IRCCS) o gli altri enti pubblici*»;
 - il Piano Nazionale della Cronicità di cui all'Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016;
 - il d.m. 7 dicembre 2016, n. 262 «*Regolamento recante procedure per l'interconnessione a livello nazionale dei sistemi informativi su base individuale del Servizio sanitario nazionale, anche quando gestiti da diverse amministrazioni dello Stato*»;
 - il d.p.c.m. 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 legge n. 73 del 7 giugno 2017, convertito con modificazioni dalla legge 31 luglio 2017, n. 119, recante «*Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale, di malattie infettive e di controversie relative alla somministrazione di farmaci*»;
 - la legge 31 luglio 2017, n. 119, «*Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, recante disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale*»;
 - il decreto attuativo 4 agosto 2017 «*Modalità tecniche e servizi telematici resi disponibili dall'infrastruttura nazionale per l'interoperabilità del Fascicolo sanitario elettronico (FSE) di cui all'art. 12, comma 15-ter del decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221*»;
 - lo schema di regolamento - in fase di pubblicazione al momento di adozione del presente provvedimento - recante «*Modalità di attuazione e di funzionamento dell'Anagrafe Nazionale degli Assistenti (ANA) e definizione del piano per il graduale subentro dell'ANA alle anagrafi degli assistiti delle aziende sanitarie locali e del Ministero della Salute*»;
- Visti i venticinque 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;
- Viste le seguenti leggi regionali:
- la legge regionale 30 agosto 2008 n. 1 «*Legge regionale statutaria*»;
 - la legge regionale 31 marzo 1978 n. 34 «*Norme sulle procedure della programmazione, sul bilancio e sulla contabilità della Regione*»;

- la legge regionale 30 dicembre 2015, n. 44 «Bilancio di previsione 2016 - 2018»;
- la legge regionale 8 agosto 2016, n. 22 «Assestamento al bilancio 2016/2018 - I provvedimento di variazione con modifiche di leggi regionali»;
- 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 29 dicembre 2016, n. 35 «Legge di stabilità 2017 - 2019»;
- la legge regionale 29 dicembre 2016, n. 36 «Bilancio di previsione 2017 - 2019»;
- la legge regionale 10 agosto 2017, n. 22 «Assestamento al bilancio 2017/2019 - I provvedimento di variazione con modifiche di leggi regionali»;

Considerato altresì che è in corso l'iter consiliare relativo ai seguenti provvedimenti:

- il PDL 375 ad oggetto «Legge di Stabilità 2018-2020»;
- il PDL 376 ad oggetto «Bilancio di previsione 2018-2020 e relativo Documento tecnico di accompagnamento»;

Vista la legge n. 232 del 11 dicembre 2016, «Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2017 e bilancio pluriennale per il triennio 2017-2019»;

Vista in particolare la legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 «Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità», così come modificata dalle leggi regionali 11 agosto 2015 n. 23, 22 dicembre 2015 n. 41, 29 giugno 2016 n. 15, 8 agosto 2016 n. 22, 3 marzo 2017 n. 6 e n. 33 del 12 dicembre 2017;

Richiamate le seguenti deliberazioni di Giunta regionale:

- la d.g.r. n. X/5117 del 29 aprile 2016 «Determinazione in merito alla remunerazione di alcune funzioni non coperte da tariffe predefinite svolte dalle aziende ed enti sanitari pubblici e privati accreditati per l'anno 2015»;
- la d.g.r. n. X/6577 del 12 maggio 2017 «Determinazione in merito alla remunerazione di alcune funzioni non coperte da tariffe predefinite svolte dalle aziende ed enti sanitari pubblici e privati accreditati per l'anno 2016»;
- la d.g.r. n. IX/3239 del 4 aprile 2012 «Linee guida per l'attivazione di sperimentazioni nell'ambito delle politiche di Welfare»;
- la d.g.r. n. X/4525 del 19 dicembre 2012 «Determinazioni in ordine alla d.g.r. n. IX/3239 del 4 aprile 2012 «Linee guida per l'attivazione di sperimentazioni nell'ambito delle politiche di Welfare»»;
- la d.g.r. n. IX/3375 del 9 maggio 2012 «Rete regionale di prevenzione delle dipendenze - Anno 2012. Indicazioni alle ASL»;
- la d.g.r. n. IX/4935 del 28 maggio 2013 «Integrazioni delle linee guida regionali per l'attivazione di collaborazioni tra aziende sanitarie pubbliche e soggetti privati in attuazione delle indicazioni contenute nella relazione annuale 2010 del comitato dei controlli»;
- la d.g.r. n. X/116 del 14 maggio 2013 «Determinazioni in ordine all'istituzione del fondo regionale a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili: atto di indirizzo»;
- la d.g.r. n. X/392/13 del 12 luglio 2013 «Attivazione di interventi a sostegno delle famiglie con la presenza di persone con disabilità, con particolare riguardo ai disturbi pervasivi dello sviluppo e dello spettro autistico»;
- la d.g.r. n. X/499 del 25 luglio 2013 «Determinazioni in ordine alle sperimentazioni realizzate ai sensi della d.g.r. 4 aprile 2012, n. 3239 «Linee guida per l'attivazione di sperimentazioni nell'ambito delle politiche di welfare: indicazioni a conclusione del periodo sperimentale»;
- la d.g.r. n. X/856 del 25 ottobre 2013 «Interventi a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili ai sensi della d.g.r. 116/2013: primo provvedimento attuativo»;
- la d.g.r. n. X/1765 del 8 maggio 2014 «Il sistema dei controlli in ambito sociosanitario: definizione degli indicatori di appropriatezza in attuazione della d.g.r. X/1185 del 20 dicembre 2013»;
- la d.g.r. n. X/1846 del 16 maggio 2014 «Sviluppo di modelli per potenziare l'accessibilità ai servizi di specialistica ambulatoriale in orari ed in giornate più favorevoli ai soggetti impegnati in attività lavorative»;
- la d.g.r. X/1953 del 13 giugno 2014 «Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario regionale per l'esercizio 2014 - integrazione regolamentazione assenze nei servizi residenziali e semiresidenziali area disabili e dipendenze»;
- la d.g.r. n. X/1980 del 20 giugno 2014 «Determinazioni in ordine ai requisiti di accreditamento per le attività riabilitative (a seguito di parere della Commissione Consiliare competente)»;
- la d.g.r. n. X/2022 dell'1 luglio 2014 «Determinazioni in ordine all'evoluzione delle attività innovative ai sensi delle dd.gg.rr. 3239/12 e 499/13. Fase transitoria»;
- la d.g.r. n. X/2344 del 12 settembre 2014 «Determinazioni in ordine all'applicazione delle tecniche di procreazione medicalmente assistita (PMA) di tipo eterologo»;
- la d.g.r. n. X/2569 del 31 ottobre 2014 «Revisione del sistema di esercizio e accreditamento delle unità d'offerta sociosanitarie e linee operative per le attività di vigilanza e controllo (a seguito di parere della Commissione consiliare relativamente all'allegato 1)»;
- la d.g.r. n. X/2942 del 19 dicembre 2014 «Interventi a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili ai sensi della d.g.r. 116/13: secondo provvedimento attuativo - conferma misure avviate nel 2014 e azioni migliorative»;
- la d.g.r. n. X/2960 del 19 dicembre 2014 «Politiche regionali per il contrasto e la prevenzione della violenza nei confronti delle donne - Linee programmatiche e aree di intervento - legge regionale 3 luglio 2012, n. 11»;
- la d.g.r. n. X/5088 del 29 aprile 2016 «Assunzione di personale a tempo indeterminato per il servizio di emergenza urgenza extraospedaliero in attuazione della d.g.r. n. X/4702 del 29 dicembre 2015 «Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2016»»;
- la d.g.r. n. X/5513 del 2 agosto 2016 «Ulteriori determinazioni in ordine alle linee guida regionali per l'adozione dei piani di organizzazione aziendale strategici delle Agenzie di Tutela della Salute (ATS), delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST), degli IRCCS di diritto pubblico della Regione Lombardia e di Areu»;
- la d.g.r. n. X/5805 del 18 novembre 2016 «Determinazioni in ordine ai criteri e agli ambiti per l'utilizzo dei fondi di investimento per l'esercizio finanziario 2017 e seguenti - indicazioni per la ricognizione delle esigenze del piano straordinario»;
- la d.g.r. n. X/5918 del 28 novembre 2016 «Disposizioni in merito all'evoluzione del modello organizzativo della rete delle cure palliative in Lombardia: integrazione dei modelli organizzativi sanitario e sociosanitario»;
- la d.g.r. n. X/6131 del 23 gennaio 2017 «Aggiornamento del tariffario delle prestazioni consultoriali in ambito materno infantile»;
- la d.g.r. n. X/6164 del 30 gennaio 2017 «Governo della domanda: avvio della presa in carico di pazienti cronici e fragili. Determinazioni in attuazione dell'art. 9 della legge n. 23/15»;
- 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/6666 del 29 maggio 2017: «Rimodulazione del sistema di servizi per le dipendenze. Prime determinazioni»;
- 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/7012 del 31 luglio 2017 «Determinazioni in ordine alla misura innovativa a sostegno della famiglia per i carichi di cura accessori della persona ricoverata in unità d'offerta residenziali per anziani»;
- la d.g.r. n. X/7038 del 3 agosto 2017 «Ulteriori determinazioni e indicazioni operative per la procedura di valutazione degli idonei di cui alla 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. 33/09»;
- la d.g.r. n. X/7406 del 20 novembre 2017 «Determinazioni in merito al potenziamento dell'attività di soccorso e assistenza ai pazienti in condizioni cliniche di urgenza»;

Serie Ordinaria n. 52 - Giovedì 28 dicembre 2017

Viste:

- l'Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2013, n. 31, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014-2016 (Rep. N. 82/CSR del 10 luglio 2014);
- l'Intesa, ai sensi dell'articolo 5 bis, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come introdotto dall'articolo 5, comma 2, del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, sulla proposta del Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, inerente all'«Accordo di programma integrativo per il settore degli investimenti sanitari» ex art. 20 della legge n. 67/1988 con la Regione Lombardia del 10 novembre 2016;
- l'Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante «Piano nazionale prevenzione vaccinale 2017-2019» (Rep. atti n. 10/CSR del 19/01/17);

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

- la d.g.r. n. X/5954 del 5 dicembre 2016: «Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2017»;

Ritenuto, al fine di programmare l'assistenza socio sanitaria nel rispetto dell'equilibrio di bilancio per l'anno 2018, di approvare l'allegato «Regole di Gestione del Servizio Sociosanitario 2018» parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

Dato atto che gli investimenti rappresentano ambito particolarmente strategico di accompagnamento e la ricognizione delle proposte di intervento per gli anni 2017- 2019 ha consentito l'avvio di progetti di presa in carico in materia di sistemi informativi già individuati con d.g.r. n. X/6548 e n. X/7150 del 2017;

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

Dato atto altresì della preventiva presentazione del presente provvedimento:

- alle Agenzie di Tutela della Salute all'interno della cabina di regia, alle Aziende Socio Sanitarie Territoriali, agli IRCCS Fondazioni di Diritto pubblico 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 novembre 2016;
- alla competente Commissione consiliare;

Richiamati i seguenti documenti di programmazione regionale:

- la d.c.r. n. IX/88 del 17 novembre 2010 «Piano Socio Sanitario Regionale 2010-2014»;
- la d.g.r. n. X/7279 del 30 ottobre 2017 «Documento di Economia e Finanza regionale 2017, comprensivo di nota di aggiornamento: proposta da inviare al Consiglio regionale (di concerto con l'Assessore Garavaglia)»;
- la d.c.r. n. X/1676 del 28 novembre 2017 «Risoluzione concernente il Documento di Economia e Finanza regionale 2017»;

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

Vagliate ed assunte come proprie le predette determinazioni;

A voti unanimi espressi nelle forme di legge;

DELIBERA

1. di approvare l'allegato «Regole di Gestione del Servizio Sociosanitario 2018», parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

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

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

4. 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: Fabrizio De Vecchi

_____ • _____

“REGOLE DI GESTIONE DEL SERVIZIO SOCIOSANITARIO 2018”

Sommario

Introduzione

- 1. Inquadramento economico: il quadro del sistema per l'anno 2018**
 - 1.1. Contesto di riferimento nazionale
 - 1.2. Contesto di riferimento regionale
 - 1.2.1. Risorse per il finanziamento del Sistema Socio-Sanitario Regionale
 - 1.3. Finanziamento del sistema
 - 1.3.1. Finanziamento enti del sistema regionale a carico del S.S.R.
 - 1.3.2. Finanziamento della Gestione Sanitaria Accentrata
 - 1.3.3. Finanziamento della gestione per le Aziende del sistema
 - 1.4. Indicazioni specifiche per le Aziende del Sistema Socio - Sanitario Regionale
 - 1.4.1. Razionalizzazione della spesa ed efficientamento del Sistema
 - 1.4.2. Obiettivi economici dell'aggregato costi Beni e Servizi
 - 1.5. Area Bilanci
 - 1.5.1. Adempimenti di verifica e monitoraggio
 - 1.5.2. Il nuovo percorso attuativo della certificabilità dei bilanci degli enti del SSR di cui alla l.r. n. 23/2015
 - 1.6. Area gestione finanziaria
 - 1.6.1. Trasferimenti da Regione alle Aziende Sanitarie pubbliche
 - 1.6.2. Trasferimenti di cassa tra ATS ed erogatori di appartenenza territoriale
 - 1.6.3. Trasferimenti verso erogatori pubblici
 - 1.6.4. Trasferimenti verso erogatori privati
 - 1.6.5. Scheda di raccordo economico-finanziario
 - 1.6.6. Pagamenti verso fornitori
 - 1.6.7. Gestione centralizzata G3S
 - 1.6.8. PCC – Reportistica standard per monitoraggi
 - 1.7. Ulteriori disposizioni
 - 1.7.1. Conto giudiziale
 - 1.7.2. Convenzione Finlombarda
 - 1.7.3. SIOPE PLUS
 - 1.7.4. Estensione PagoPA alle Aziende Sanitarie per i ticket sanitari
 - 1.7.5. Adempimenti LEA (Livelli Essenziali di Assistenza)
 - 1.7.6. Prestazioni stranieri STP Onere 9
 - 1.7.7. N.O.C.C. (Nucleo Operativo di Controllo Contabile)
 - 1.7.8. Risorse per la negoziazione
 - 1.7.9. Tavoli di verifica della spesa
- 2. Implementazione l.r. 23/2015 e percorso di presa in carico**
 - 2.1. Introduzione
 - 2.2. Attuazione della dgr n. X/6551/2017
 - 2.3. Governo dei tempi di attesa
 - 2.4. Percorsi di accompagnamento della fragilità
 - 2.5. I presidi territoriali POT e PRESST
 - 2.6. Medicina diffusa
 - 2.7. Prevenzione
 - 2.8. Qualità dell'accompagnamento
 - 2.9. I progetti speciali e specificità territoriali
 - 2.9.1. Progetto Milano
 - 2.9.2. Le farmacie a supporto della presa in carico

- 2.10. Comunicazione istituzionale
- 3. Programmi e attività consolidate**
- 3.1. Programmazione, accreditamento e negoziazione
- 3.1.1. Indirizzi regolatori per la programmazione regionale nell'ambito della rete d'offerta sanitaria e sociosanitaria
- 3.1.2. Accreditamento
- 3.1.2.1. Unità d'offerta sociosanitarie con piano programma
- 3.1.2.2. Medicina dello sport
- 3.1.2.3. Riordino dei servizi di Medicina di laboratorio
- 3.1.2.3.1. Riordino dei Servizi di Laboratorio pubblici della Città di Milano
- 3.1.2.4. Attività contrattualizzate e attività in regime di solvenza
- 3.1.3. Negoziazione e contratti
- 3.1.3.1. Area sanitaria
- 3.1.3.2. Area sociosanitaria
- 3.1.3.3. Le fasi del processo negoziale nel 2018
- 3.2. Innovazione nella gestione sociosanitaria
- 3.2.1. Misure residenzialità leggera, residenzialità minori disabili gravissimi, RSA aperta.
- 3.2.2. Misura residenzialità assistita per religiosi.
- 3.2.3. Minori vittime di abuso ex d.g.r. n. X/5342/16
- 3.2.4. Assistenza Domiciliare Integrata
- 3.2.5. Azioni per la qualità della vita delle persone sottoposte a terapia oncologica chemioterapica
- 3.2.6. Piano regionale demenze e modello di presa in carico
- 3.2.7. Sperimentazioni riabilitazione minori, case management e post acuti homeless
- 3.3. Cure primarie
- 3.3.1. Attuazione accordi integrativi regionali e presa in carico dei pazienti cronici
- 3.3.2. Apertura degli ambulatori pediatrici nelle giornate di sabato e prefestive
- 3.3.3. Comitati zonali degli specialisti/professionisti ambulatoriali convenzionati
- 3.3.4. Minori stranieri da iscrivere al SSR
- 3.4. Salute mentale
- 3.4.1. NPIA
- 3.4.2. Psichiatria
- 3.4.3. Programmi e progetti innovativi
- 3.4.4. Registro contenzioni
- 3.5. Dipendenze
- 3.6. Aggiornamento assistenza extra ospedaliera per AIDS /HIV
- 3.7. Sanità penitenziaria
- 3.8. Le reti socio-sanitarie
- 3.9. Le reti clinico-assistenziali
- 3.9.1. La rete dell'emergenza urgenza e le reti tempo dipendenti
- 3.9.2. Ulteriori provvedimenti di adeguamento al DM 70-2015
- 3.10. La rete per l'assistenza materno-infantile
- 3.11. La rete delle cure palliative
- 3.12. La rete di terapia del dolore
- 3.13. La rete delle cure palliative e della terapia del dolore pediatriche
- 3.14. Rete Udito, Epinetwork e Sids
- 3.15. Sistema regionale trapianti e sangue
- 3.16. Sistema trasfusionale regionale
- 3.17. Ricerca, innovazione e internazionalizzazione
- 3.17.1. Ricerca
- 3.17.1.1. Sostegno alla ricerca biomedica: finanziamento delle attività della Fondazione Regionale per la Ricerca Biomedica (FRRB)
- 3.17.1.2. Ricerca regionale a gestione diretta: finanziamento di progetti di innovazione in ambito sanitario e socio-sanitario

- 3.17.1.3. Interventi per la prevenzione e cura della fibrosi cistica
- 3.17.1.4. Indirizzi per il Sistema Bibliotecario Biomedico Lombardo (SBBL)
- 3.17.2. Promozione dell'internazionalizzazione del sistema socio-sanitario
- 3.17.2.1. Iniziative di sostegno a progetti di cooperazione internazionale ed interventi sanitari umanitari
- 3.17.2.2. Iniziative a sostegno dell'internazionalizzazione del sistema sanitario lombardo
- 3.18. Prevenzione
- 3.18.1. Realizzazione dei programmi del Piano Regionale Prevenzione (PRP): indicazioni attività 2018.
- 3.18.2. Promozione della salute e prevenzione della cronicità
- 3.18.3. Vaccinazioni
- 3.18.4. Malattie infettive
- 3.18.5. Screening
- 3.18.6. Salute e ambiente
- 3.18.7. Tutela della salute e sicurezza del lavoratore
- 3.18.7.1. Prevenzione e controllo rischio amianto
- 3.18.7.2. Piano dei controlli sulle sostanze chimiche
- 3.18.8. Sicurezza alimentare e tutela del consumatore
- 3.18.9. Laboratori di prevenzione
- 3.18.10. Unità Operative Ospedaliere di Medicina del Lavoro
- 3.18.11. Interventi di semplificazione: raccordo con gli sportelli unici per le attività produttive
- 3.18.12. Performances: monitoraggio e valutazione dell'attività di prevenzione
- 3.18.13. Valorizzazioni economiche area prevenzione
- 3.19. Medicina legale
- 3.20. Prevenzione veterinaria
- 3.20.1. Governance della sanità pubblica veterinaria
- 3.20.2. Verifica della sicurezza degli alimenti di origine animale
- 3.20.3. Prevenzione delle malattie animali
- 3.20.4. Gestione del farmaco e benessere animale
- 3.20.5. Azioni sanitarie in sostegno della competitività e dell'export dei prodotti di O.A.
- 3.20.6. Prevenzione del randagismo e tutela animali da compagnia
- 4. Gli strumenti del sistema**
- 4.1. Osservatorio epidemiologico
- 4.2. Linee di indirizzo sugli acquisti delle Aziende/ Agenzie Sanitarie e Risk management
- 4.2.1. Il sistema degli acquisti del Servizio Sanitario Regionale
- 4.2.1.1. Normativa approvvigionamento Enti Sanitari e utilizzo della piattaforma telematica SINTEL
- 4.2.1.2. Istruttoria istanze di autorizzazione
- 4.2.1.3. Sistema regionale monitoraggio beni e servizi
- 4.2.1.4. Applicazione art. 113 del decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50 – incentivi per funzioni tecniche
- 4.2.1.5. Obiettivi 2018 – dispositivi medici
- 4.2.2. Area controllo di gestione
- 4.2.3. Risk management
- 4.2.3.1. Area travaglio/parto
- 4.2.3.2. Infezioni ospedaliere - sepsi
- 4.2.3.3. Sicurezza del paziente in sala operatoria
- 4.2.3.4. Rischio nell'utilizzo di farmaci
- 4.2.3.5. La comunicazione medico-paziente, tra operatori sanitari e verso l'esterno in caso di evento avverso
- 4.3. Politiche del personale
- 4.3.1. Costi del personale e fondi contrattuali anno 2018

- 4.3.1.1. Accantonamenti per rinnovi contrattuali
- 4.3.1.2. Indennità di vacanza contrattuale
- 4.3.2. Piani di Organizzazione Aziendali Strategici
- 4.3.3. Piano di Gestione Risorse Umane Anno 2018
- 4.3.4. Avvio Numero Unico Europeo 116/117
- 4.3.5. Procedure di stabilizzazione del personale
- 4.3.6. Incarichi di cui all'articolo 15 septies e 15 octies del d.lgs. 502/1992
- 4.3.7. Personale a tempo determinato
- 4.3.8. Lavoro somministrato
- 4.3.9. Personale gravante sui beni e servizi
- 4.3.10. Legge Sirchia (Legge 8 gennaio 2002 n.1 e succ.)
- 4.3.11. Particolari situazioni di disagio organizzativo territoriale
- 4.3.12. Validità ed utilizzo graduatorie
- 4.3.13. Relazioni sindacali
- 4.3.14. Libera professione e rapporti soggetti pubblici/soggetti privati accreditati
- 4.3.15. ECM-Provider
- 4.3.16. Smart working
- 4.3.17. Welfare aziendale
- 4.4. Farmaceutica, protesica e dispositivi HTA
 - 4.4.1. Farmaceutica convenzionata
 - 4.4.2. Farmaceutica per acquisti diretti
 - 4.4.2.1. Fondi farmaci innovativi oncologici e non oncologici
 - 4.4.2.2. Flussi FILE F e FILE R e dati NSIS – Raccordo con i dati di tracciatura dell'industria – responsabilità delle direzioni strategiche
 - 4.4.3. Indicazioni in merito al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva
 - 4.4.4. Farmaci biosimilari
 - 4.4.5. Automazione del percorso del farmaco presso le strutture sanitarie ospedaliere pubbliche del SSR
 - 4.4.6. Attività di verifica sull'assistenza farmaceutica
 - 4.4.7. Dematerializzazione della Distinta Contabile Riepilogativa (DCR) delle farmacie e rendicontazione del FUR
 - 4.4.8. Farmacovigilanza
 - 4.4.9. HTA (Health Technology Assessment)
 - 4.4.10. Assistenza protesica e integrativa
 - 4.4.11. Sanità penitenziaria
 - 4.4.12. Malattie rare ed erogabilità a carico del SSR
 - 4.4.13. Rinnovo esenzioni e ticket regionali
- 4.5. Investimenti
 - 4.5.1. Programmazione degli investimenti e coerenza con i requisiti autorizzativi
 - 4.5.2. La nuova Città della Salute e la sperimentazione di nuovi modelli di cura
 - 4.5.3. Applicazione dei criteri di decadenza dei contributi
 - 4.5.4. Fondi perenti e d.lgs.118/2011
 - 4.5.5. Chiusura fondo di rotazione di cui alla dgr n.11422/2002
 - 4.5.6. Conferimento incarichi alla società regionale Ilspa da parte delle Aziende Sanitarie e Irccs pubblici
- 4.6. Sistemi informativi e flussi
 - 4.6.1. Sistemi informativi
 - 4.6.1.1. Prenotazioni ed accoglienza
 - 4.6.1.2. Strumenti informatici di supporto alla presa in carico
 - 4.6.1.3. Fascicolo Sanitario Elettronico
 - 4.6.1.4. Sicurezza
 - 4.6.1.5. Adeguamenti normativi
 - 4.6.1.6. Conferimenti incarichi in house a Ilspa
 - 4.6.1.7. Riuso

- 4.6.2. Flussi
- 4.6.2.1. Flussi sanitari
- 4.6.2.2. Flussi socio sanitari
- 4.6.2.3. Cure palliative
- 4.6.2.4. Flussi area salute mentale
- 4.6.3. Tempistiche di chiusura dei flussi informativi finalizzata alla chiusura di bilancio
- 4.6.4. Flusso contratti
- 4.6.5. Flussi informativi sul personale
- 4.6.6. Gestione della documentazione prodotta
- 4.6.7. Governo della Customer Satisfaction
- 4.6.8. Indicazioni Internal Auditing
- 4.7. Indicazioni di programmazione per le attività di controllo
- 4.7.1. DG Welfare, Agenzia di Controllo del Servizio Sociosanitario Lombardo e ATS: competenze e responsabilità
- 4.7.2. Programmazione dei controlli
- 4.7.3. Attività di indirizzo: Gruppo di Lavoro regionale per l'autorizzazione, l'accreditamento, l'appropriatezza e la codifica delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie
- 4.7.4. Programmazione delle attività in ambito sanitario
- 4.7.5. Indirizzi per l'attività di vigilanza e controllo in ambito sociosanitario
- 4.7.6. Attività di controllo sulle unità d'offerta sociali

Introduzione

Scenari di risposta ai bisogni tra sostenibilità e innovazione

Regione Lombardia ha fatto da apripista per investire sul futuro della sanità. Le trasformazioni in atto sono state l'occasione per ripensare il modello che fino ora ci ha consegnato uno dei primati a livello internazionale: un sistema sanitario universale con i più elevati standard prestazionali.

La l.r. 23/2015 ha ribadito la tutela della salute quale fondamentale diritto della persona e della comunità, e la Regione se ne assume la piena responsabilità quale istituzione di governo di riferimento.

I nuovi scenari cui devono far fronte i sistemi sanitari globali, per garantire nel tempo la sostenibilità, devono essere trainati dall'innovazione. Il contesto nazionale però pone dei vincoli importanti in termini di fonti di finanziamento del Sistema Sanitario Nazionale (riferimento in particolare al DDL Bilancio 2018 – Legge di Stabilità).

L'evoluzione della conoscenza scientifica e tecnica e i cambiamenti che investono i principali ambiti del sistema sociosanitario sollecitano una risposta adeguata da parte delle istituzioni di governo. D'altra parte, per il quadro nazionale sopra accennato, è richiesto uno sforzo alle Regioni ed alle Aziende Sanitarie per individuare modalità sempre più efficienti volte a garantire l'assistenza ai pazienti, in un quadro di risorse finite. Modelli innovativi di governo del SSR, come quello previsto da Regione Lombardia nella l.r. 23/2015 hanno la finalità di assicurare un elevato livello di qualità dell'assistenza, individuando modalità di erogazione e presa in carico orientati all'efficienza e all'appropriatezza.

Ci sono trasformazioni in atto che hanno accompagnato l'evoluzione dell'uomo e che hanno subito una rara accelerazione, destinata ad aumentare, solo in tempi recenti. Le persone vivono più a lungo e hanno meno figli, migrano all'interno del proprio Paese e tra Paesi, la concentrazione dei grandi centri abitati fa il paio con una urbanizzazione che nella nostra Regione resta ancora assai diffusa, le malattie croniche dominano il carico di malattia, depressione e problemi cardiaci sono tra le principali cause della perdita di anni in buona salute, il silenzioso ritorno degli organismi antibiotico resistenti, la carenza dei servizi di prevenzione e l'obsolescenza della rete di offerta nella risposta alla domanda di salute sono il preludio di una radicale trasformazione.

Ci sono altresì cambiamenti trasformativi che ancora lambiscono il sistema sociosanitario, pensiamo ad esempio alle nuove tecnologie, alla produzione ed elaborazione in tempo reale di dati fisiologici, alla diffusione esponenziale della medicina digitale e alla gestione del paziente/utente data based. E ancora cambiamenti nelle aspettative delle persone, che scelgono il provider e hanno attese di accesso rapido ed equo al sistema, con garanzia di privacy nel trattamento dei loro dati personali.

Ci sono poi cambiamenti nelle aspettative dei pazienti che intendono sempre più partecipare nelle decisioni sulla loro salute, richiedere una second opinion ad altro specialista, e si aspettano prestazioni che rispettino standard internazionali. Si affacciano, infine, significative ipotesi di cambiamento nel sistema di remunerazione, sempre più basati sulla casistica e sui risultati conseguiti.

Si tratta di cambiamenti che implicano un ripensamento profondo del sistema sociosanitario, sempre più centrato sulla persona e sul paziente come soggetto attivo, sul superamento di un modello gerarchico ospedale-centrico e sulla progressiva interconnessione di un sistema a rete guidato dalla conoscenza e focalizzato sul valore che genera.

Regione Lombardia, in un'ottica evolutiva, lo ha codificato nella l.r. 23/2015 e da allora ne ha incessantemente perseguita l'implementazione ridisegnando dapprima il modello di presa in carico per le persone con cronicità e fragilità sulla base della stratificazione della domanda di salute. Il 2018 rappresenta quindi un anno di sfida importante per Regione Lombardia, in quanto dovrà proseguire il percorso di attuazione della riforma con un crescente assorbimento di risorse principalmente per i seguenti motivi: applicazione del

rinnovo contrattuale, attuazione dei nuovi LEA e area farmaceutica e vaccini. Regione Lombardia intende rispondere a questa sfida proseguendo i suoi investimenti per rafforzare gli strumenti di governo del SSR, sapendo che questi genereranno leve per l'efficientamento del Sistema.

Una spinta ulteriore – che guiderà l'azione per l'anno 2018 - orienta il sistema sociosanitario regionale verso la personalizzazione dell'azione preventiva. La stratificazione della domanda e l'applicazione di algoritmi predittivi consentirà di ripensare in senso pro attivo il sistema regionale della prevenzione al fine di anticipare la domanda di salute con idonee azioni personalizzate verso quella fascia di persone che oggi sono qualificabili come “non consumatori” ovvero “consumatori occasionali”.

L'investimento regionale sarà orientato allo sviluppo della sanità digitale, che sulla base delle informazioni raccolte e delle conseguenti correlazioni sarà in grado di offrire una pluralità di soluzioni che consentiranno di agire tempestivamente per promuovere la salute delle persone, prevenire le malattie e la loro cronicizzazione e incoraggiare ambienti favorevoli a stili di vita sani tenendo conto del principio comunitario “la salute in tutte le politiche”. L'attivazione di percorsi preventivi personalizzati, a partire dalla stratificazione della domanda, permetterà altresì di monitorare in tempo reale gli interventi, individuare in anticipo le anomalie e assumere le azioni correttive in uno spazio temporale che si va azzerando.

L'implementazione del modello sulla base della stratificazione della domanda permetterà poi di rendere più equo e accessibile il sistema sociosanitario regionale attraverso un accesso personalizzato, attraverso il fascicolo sanitario elettronico, secondo classi di priorità e in modo che possano automaticamente rilevarsi le anomalie e definire conseguentemente le soglie di accesso in base all'appropriatezza della domanda e della risposta al bisogno.

Le persone potranno avere, in tempo reale, un aggiornamento delle disponibilità di servizi e prestazioni sulla base della loro domanda/bisogno e la rete d'offerta degli erogatori sarà favorita dalla stratificazione e previsione della domanda nell'attività di allocazione delle risorse (umane, organizzative e finanziarie). Si tratta di un nuovo approccio all'accesso che, anche attraverso le “agende aperte”, permetterà di abbattere le liste di attesa sulla base di classi di priorità per tutte le prestazioni in relazione all'effettivo bisogno.

L'accessibilità ai servizi e alle prestazioni del sistema sociosanitario regionale sarà progressivamente guidata dall'informazione certificata nell'ambito del fascicolo sanitario elettronico evitando le duplicazioni in sede di accertamenti diagnostici e presentando agli operatori sanitari un quadro clinico completo e interattivo.

Dalla stratificazione della domanda di salute discenderà infine la progressiva trasformazione del sistema di finanziamento, non più basato in via esclusiva sulle prestazioni erogate, ma sulla tipologia di bisogni cui le prestazioni nel loro complesso rispondono attraverso l'introduzione di una tariffa di presa in carico (end to end) per le persone con cronicità e un budget di cura per quelle con fragilità.

A queste sfide Regione Lombardia saprà corrispondere con una azione amministrativa che accompagnerà l'evoluzione del modello, valorizzando il ruolo delle ATS a livello territoriale e coinvolgendo in prima persona la rete d'offerta degli erogatori pubblici e privati.

1. Inquadramento economico: il quadro del sistema per l'anno 2018

1.1. Contesto di riferimento nazionale

Il contesto normativo e lo scenario nazionale di riferimento per la definizione del quadro di sistema e delle fonti di finanziamento per l'anno 2018 si delineano come segue.

Il DDL di Bilancio 2018 (Legge di Stabilità), in corso di approvazione, definisce il fabbisogno complessivo del Servizio Sanitario Nazionale nell'ammontare di 114,00 mld di €, facendo rilevare un incremento rispetto all'esercizio 2017 pari a 1,00 mld €. Tale incremento, al netto dei mancati contributi alle Regioni a Statuto Speciale, si ridefinisce in 819 milioni di € pari allo 0,7% in base percentuale: il nuovo fabbisogno viene rideterminato 113,396 mld di €.

Tale previsione normativa, fortemente contestata dalle Regioni, prevede inoltre che nell'ambito dell'incremento siano ricompresi gli oneri per la messa a regime del rinnovo contrattuale del personale del SSN definiti a livello nazionale per un importo pari a 1.300.000.000€, gli oneri per l'applicazione a pieno regime dei nuovi LEA oltre che una riconfigurazione del Fondo farmaci innovativi attraverso un travaso di risorse pari a 102.000.000€ dal finanziamento indistinto agli obiettivi di piano. Infine il Nuovo Piano Nazionale Vaccini richiede per l'esercizio 2018 un incremento di fabbisogno di 27.000.000€. Il DDL introduce inoltre la riduzione dello 0,1% del super ticket intendendo sopperire alla mancanza di gettito derivante dalle entrate proprie delle aziende sanitarie uno specifico fondo definito strutturale pari a circa € 60.000.000 annui, a fronte di un gettito stimato a livello nazionale di oltre € 890.000.000.

Per quanto sopra delineato le risorse complessive disponibili per l'esercizio 2018 sono oggettivamente inferiori all'esercizio 2017, con particolare riferimento ai seguenti incrementi di spesa:

- che graverà sulle Regioni per oneri relativi ai rinnovi contrattuali la cui percentuale è stabilita nel DDL di Bilancio nel 3,48% necessita di un rifinanziamento a livello regionale pari al 2,03% in quanto ad oggi la somma accantonata, ai sensi di legge, compatibile con la capienza del Fondo Sanitario ammonta al 1,45%;
- per i nuovi Lea con particolare riferimento alla spesa protesica;
- per i piani vaccinali;
- per rimodulazione delle fonti di finanziamento per farmaci innovativi;
- per i farmaci file F;

L'ammontare dell'incremento di risorse del Fondo Sanitario previsto dal DDL di Bilancio 2018, che verrà recepito a bilancio regionale solo a seguito dell'approvazione dell'atto di riparto tra le Regioni, verrà interamente destinato e vincolato al finanziamento del rinnovo contrattuale.

Si auspica che il riparto definitivo delle risorse del Fondo Sanitario Nazionale possa avvenire in tempi brevissimi al fine di dare maggiore certezza al quadro previsionale regionale e consentire politiche di governance tali da garantire l'equilibrio economico e finanziario di sistema. In tale contesto, la quantificazione delle risorse destinabili al finanziamento del Sistema Sanitario Regionale per l'esercizio 2018 è stata determinata, sulla base delle risorse del Fondo Sanitario Nazionale ripartite per l'esercizio 2017 in Euro 112.577.000.000 rimodulando in riduzione la quota di FSN a destinazione vincolata con particolare riferimento alle rimodulazioni degli obiettivi di piano per il Fondo Farmaci Oncologici e relative modalità di rendicontazione. Il bilancio di previsione regionale è approvato con dgr n X/7311 del 30.10.2017.

Le modalità di determinazione del finanziamento fissato a livello nazionale e conseguentemente le modalità di finanziamento e di governance per il sistema sanitario regionale devono, per l'esercizio 2018, tenere conto in particolare:

- dell'attuazione della L.r. 23/2015 con l'avvio della presa in carico con il conseguente consolidamento delle attività in essere;
- di percorsi di efficientamento delle performances regolati dai criteri di cui al DM 21 giugno 2016 aggiornati con i criteri stabiliti dalla Legge di Bilancio 2017;
- del pieno rispetto degli obiettivi di spesa per le varie linee di attività che verranno stabiliti a livello regionale attraverso le assegnazioni di risorse compatibili con le norme stabilite a livello nazionale. Tali obiettivi sono da ritenersi strategici per il mantenimento dell'equilibrio del sistema socio-sanitario lombardo;
- relativamente alla mobilità interregionale per prestazioni sanitarie si richiamano il rispetto della legge di stabilità 2016 (comma 574) e dell'accordo del 29 settembre 2016, sancito in sede di conferenza delle regioni, per la regolazione dei flussi finanziari connessi alla mobilità degli assistiti tra le Regioni per gli anni 2014-2015, con le conseguenti ricadute sul riparto del Fondo sanitario, e di eventuali ulteriori determinazioni ed accordi che potranno influire sull'esercizio 2018.

La programmazione a livello regionale del sistema socio-sanitario deve pertanto definire le proprie priorità di intervento nelle more di quanto definito a livello nazionale per la destinazione delle risorse previste per l'esercizio 2018 e garantire il rispetto dell'equilibrio economico finanziario di sistema congiuntamente alle aziende sanitarie del comparto pubblico e privato attraverso percorsi di razionalizzazione ed efficientamento della spesa.

A completamento del quadro di riferimento nazionale si richiama il disposto di cui al decreto n. 78/2015, convertito in legge n. 125/2015 in materia di spending review.

RISORSE PER L'EDILIZIA SANITARIA

A livello nazionale sulla base del DDL di Bilancio 2018 vengono previste 105,9 milioni di Euro.

1.2. Contesto di riferimento regionale

L'esercizio 2018 è caratterizzato da un elevato assorbimento di risorse dovuto come già rappresentato nel quadro di riferimento nazionale ad incrementi di spesa legati in via principale a provvedimenti centrali in ordine all'applicazione del rinnovo contrattuale, all'attuazione dei nuovi Lea e all'area farmaceutica e dei vaccini.

In questo contesto, Regione Lombardia sarà impegnata a garantire l'attuazione della L.r. 23/2015 relativamente alla presa in carico del paziente cronico e alle progettualità di continuità assistenziale ospedale-territorio, con conseguente maggior impegno in termini di destinazione delle proprie risorse.

Ancora una volta l'assenza di un quadro programmatico nazionale certo impone la dovuta prudenza rispetto ad una crescita del FSSR pur limitata e interamente destinata al finanziamento del rinnovo contrattuale.

Per quanto detto si rende necessario da parte degli enti del servizio sociosanitario lombardo il pieno rispetto degli obiettivi che verranno fissati a seguito delle Regole di Sistema, nonché una programmazione aziendale incentrata sul miglioramento delle performances basate su azioni di razionalizzazione e di efficientamento a garanzia della sostenibilità della spesa. A tale scopo verranno introdotti specifici obiettivi strategici.

1.2.1. 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 espresse in riferimento al contesto nazionale per l'esercizio 2018 sono quantificate come di seguito.

Risorse parte corrente

18.677,64 ml/Euro, comprensivo del saldo di mobilità extraregionale, ovvero delle risorse destinate al riconoscimento delle prestazioni rese a cittadini di altre regioni, così suddivisa:

- 18.247,64 ml/Euro quale quota di finanziamento di parte corrente indistinta compreso il saldo attivo di mobilità;
- 370 ml/Euro quale quota di finanziamento per spese vincolate;
- 60 ml/Euro quale quota stimata di pay back.

La somma trova corrispondenza nel Bilancio di Previsione Regionale per l'esercizio 2018, come da DGR X/7311 del 30/10/2017 "Approvazione della proposta di progetto di legge "Bilancio di Previsione 2018-2020" e del relativo documento tecnico di accompagnamento.

Risorse parte capitale

Per l'esercizio 2018 vengono destinate da Regione Lombardia risorse per investimenti in ambito sanitario pari a 209,291 milioni di Euro, la cui copertura è assicurata dalle risorse stanziare tra le entrate in conto capitale del bilancio 2018, quale quota di rientro in via definitiva, a carico delle risorse del Fondo Sanitario, prevista dai meccanismi del fondo rotativo come aggiornati dall'art. 3 della legge regionale di stabilità 2017.

La somma trova corrispondenza nel Bilancio di Previsione Regionale per l'esercizio 2018, Le risorse come sopra definite dovranno garantire anche il finanziamento dei beni durevoli di Protesica Maggiore da destinare agli assistiti lombardi.

Oltre a quanto qui definito, si aggiungono le risorse che verranno ripartite a livello nazionale come precisato nel quadro di sistema.

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;
- i percorsi di approvazione dei bilanci delle aziende sanitarie, della gestione sanitaria accentrata e del consolidato regionale avverranno sulla base di quanto disposto dal D.lgs. n. 118/2011.

1.3. Finanziamento del sistema

Le risorse del FSR corrente 2018 da destinare, con successivi provvedimenti della Giunta Regionale e delle Direzioni Generali competenti, ammontano complessivamente a € 18.677,64 milioni e sono definite nei seguenti importi:

1.3.1. Finanziamento enti del sistema regionale a carico del S.S.R.

Il finanziamento degli Enti del Sistema Regionale è pari a complessivi € 125,57 milioni:

- 80,46 ml di Euro per il finanziamento dell'ARPA (Agenzia Regionale per la Protezione dell'Ambiente);
- 11,4 ml di Euro per il finanziamento dell'ARCA (Agenzia Regionale Centrale Acquisti);
- 7,71 ml di Euro per il finanziamento dei contributi di funzionamento di ILSPA (Infrastrutture lombarde Spa);
- 26 ml di Euro per il finanziamento delle attività Fondazione Regionale per la Ricerca Biomedica di Nerviano.

1.3.2. Finanziamento della Gestione Sanitaria Accentrata

Le risorse da destinare al finanziamento di interventi diretti regionali a carico della Gestione Sanitaria Accentrata ammontano a 1.696,81 ml/Euro:

- fino a 252,71 ml/Euro per far fronte alle spese dirette regionali sostenute per conto del SSR, nonché per la prosecuzione delle progettualità del Sistema sanitario già attivate negli scorsi anni e così destinate:

- 9,29 ml/Euro per rimborso interessi Fondo di Rotazione, da destinare a investimenti;
 - 171 ml/Euro relative all'informatizzazione del sistema sanitario, da considerare quale tetto massimo di spesa per il 2017, comprensivo del contributo d'esercizio per spese di funzionamento definito in € 21,118 milioni;
 - 72,42 ml/Euro per le spese generali consolidate della Direzione Generale Welfare e degli oneri per rimborsi di interessi su mutui di anni pregressi per il settore sanitario;
- fino a 817,5 ml/Euro per funzioni non tariffate delle strutture erogatrici pubbliche e private così suddivise: fino a 115,5 ml/Euro per gli erogatori privati e 702 ml/Euro per gli erogatori pubblici, comprese le risorse per la tenuta dei registri tumori, da definirsi con successivo provvedimento di Giunta Regionale; sono comprese le funzioni non tariffate per presidio servizi territoriali, per il trattamento di pazienti anziani in area metropolitana e ad alta densità abitativa. Si precisa che in relazione alle funzioni non tariffate è in corso un'analisi in coerenza con l'evoluzione recente della normativa nazionale e le indicazioni degli organi di controllo regionali.
La riduzione delle funzioni per gli erogatori privati pari a 20 milioni di Euro e destinata al finanziamento di pari importo ad incremento delle prestazioni ambulatoriali.
 - 626.60 ml/Euro destinati al saldo di mobilità calcolato in via previsionale sulla base dei dati del riparto del FSR 2017 in attesa dei provvedimenti nazionali di riparto delle risorse per l'anno 2018. Il valore si riferisce al saldo di prestazioni sanitarie, regolato a livello nazionale, usufruite da cittadini non lombardi presso erogatori situati sul territorio della Lombardia (mobilità interregionale attiva) e di prestazioni usufruite da cittadini lombardi presso erogatori situati nelle altre regioni italiane (mobilità interregionale passiva).

1.3.3. Finanziamento della gestione per le Aziende del sistema

Per quanto attiene la quota per il finanziamento dei costi standard territoriali vengono destinati fino a 16.855,26 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 e della necessità di garantire l'equilibrio economico di sistema per l'esercizio 2017.

1. **Macroarea delle prestazioni di ricovero, di specialistica ambulatoriale e reti:** è determinata per un importo fino a 7.516,95 ml/Euro così composto: fino a 5.221,30 ml/Euro per ricoveri, comprensivo della mobilità passiva internazionale pari a 29 ml/Euro; fino a 2.277 ml/Euro per specialistica ambulatoriale e fino a 18,65 ml/Euro relativamente alle reti sanitarie ODCP e stroke. Il valore dei ricoveri è comprensivo delle risorse di cui alla legge regionale 7/2010 che per l'anno 2018, in continuità con l'esercizio precedente, è determinata per un importo fino a 199,3 ml/Euro, di cui 62,3 ml/Euro per i soggetti privati.
Nell'ambito delle risorse destinate alla specialistica ambulatoriale, si considerano ricomprese le spese per l'implementazione delle attività di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) di tipo eterologa;
2. **Macroarea delle prestazioni di assistenza farmaceutica, assistenza integrativa e protesica, è determinata per un importo fino a 3.700,80 ml/Euro:**
 - fino a 3.323,31 ml/Euro relativamente all'assistenza farmaceutica territoriale e ospedaliera. In attesa di successive determinazioni derivanti dal tavolo nazionale sulla governance della spesa farmaceutica e del riparto del FSN definitivo 2018. In particolare restano da definire a livello nazionale diverse politiche del farmaco tra cui i farmaci HCV e Innovativi;

- fino a 377,49 ml/Euro per l'erogazione dell'assistenza integrativa e protesica;
Si rinvia agli specifici paragrafi in relazione alle indicazioni tecniche operative di questa macroarea;
3. **Macroarea delle prestazioni di Medicina di Base, Psichiatria e Neuropsichiatria infantile è determinata per un importo fino a 1.392,37 ml/Euro di cui:**
 - fino a 871,67 ml/Euro per le attività di medicina territoriale di base, compresi i progetti per ambulatori al sabato;
 - fino a 476 ml/Euro per prestazioni relative all'assistenza psichiatrica e di Neuropsichiatria Infantile;
 - fino a 44,7 ml/Euro per la remunerazione dell'assistenza penitenziaria, da assegnare alle ASST e IRCCS pubblici secondo competenza;
 4. **Macroarea progetti vincolati e PSSR è determinata per un importo fino a 733,27 ml/Euro di cui:**
 - fino a 13,27 ml/Euro da destinare a borse di studio mmg, superamento OPG e fibrosi cistica quota ricerca. Il valore è definito in via presuntiva sulla base del riparto 2017;
 - fino a 720 ml/Euro per dare attuazione agli obiettivi PSSR e all'implementazione dei percorsi ospedale territorio, compreso il concorso regionale alla valorizzazione delle prestazioni sanitarie rese dalle aziende sanitarie pubbliche ai sensi della DGR n. 7856 del 30 luglio 2008;
 5. **Macroarea delle attività istituzionali delle ATS e ASST e attività vaccinale:** per un importo complessivo pari a 1.105,39 ml/Euro, di cui fino a 1.043,53 da destinare alle attività dei Dipartimenti Veterinari, Prevenzione e altre attività territoriali comprese le risorse trasferite alle ASST a seguito della l.r. 23/2015 e fino a 61,86 milioni di Euro per l'offerta del nuovo piano nazionale vaccini e screening;
 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;
 7. **Macroarea unità di offerta sociosanitarie: per un importo fino a 1.685,88 ml/Euro di cui da finanziare a carico del FSR indistinto 1.670,08 ml/Euro da destinare:**
 - al finanziamento delle Unità di offerta sociosanitarie residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali e domiciliari rivolti a soggetti fragili, anziani, disabili, alle famiglie e all'area delle dipendenze e del fine vita. Il valore comprende la somma di 41,178 milioni di € finalizzati ai costi per le gestioni dirette delle UDO e delle ADI a gestione diretta e il finanziamento pari a 15,81 milioni di Euro attraverso utilizzi contributi. La somma comprende altresì 12,550 milioni di Euro derivanti da provvedimenti adottati nel corso dell'esercizio 2016/2017, 2 milioni di Euro destinati al finanziamento degli ultrasessantacinquenni ricoverati in Residenze Sanitarie per Disabili e fino a 0,500 milioni di € da finalizzare alla contrattazione di nuovi posti di hospice in zone carenti;
 8. **Macroarea delle attività della presa in carico per un importo fino a 231,39 ml/Euro di cui da finanziare a carico del FSR indistinto 178,294 ml/Euro da destinare:**
 - fino a 123 ml/Euro per il finanziamento delle attività di presa in carico, ivi comprese le infrastrutture per le ASST e gli IRCCS pubblici, di cui fino a 13 ml/Euro per la presa in carico proattiva di assistiti cronici da parte MMG/PLS aderenti al modello organizzativo regionale;

- fino a 60,451 ml/Euro, al finanziamento delle misure istituite ex D.G.R 116/2013 e s.m.i.; di cui 8,096 milioni di Euro finanziato attraverso utilizzi contributi;
- fino a 48 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;

ALTRE ATTIVITÀ: fino a 322 ml/Euro da destinare:

- fino a 181 ml/Euro, al finanziamento dell'equiparazione finanziaria sui trattamenti tributari IRAP e IRES nei confronti degli erogatori pubblici rispetto agli erogatori privati quantificati per il sistema pubblico e al co-finanziamento delle Risorse Aggiuntive Regionali del personale dipendente SSR compreso l'importo pari a 31 ml di Euro per mobilità passiva;
- fino a 141 milioni di Euro ad un Fondo di riserva da destinare ai rinnovi contrattuali pari a 120 milioni di € del personale dipendente, MMG, MCA, PLS e sumacisti, 21 milioni di € per l'ampliamento esenzioni ticket rispetto a quanto stabilito nel DDL di Bilancio 2018, a cui si aggiungono 11 milioni di € di ulteriore manovra ticket già ricompresa nella macro area socio-sanitaria da destinare all'area anziani.

Il finanziamento di parte corrente 2018 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 e delle entrate proprie aziendali.

Si ritiene di confermare, per quanto compatibile con il presente provvedimento, ciò che è stabilito nelle determinazioni in merito al finanziamento degli anni precedenti.

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

1.4.1. Razionalizzazione della spesa ed efficientamento del Sistema

Le linee d'intervento per raggiungere obiettivi di razionalizzazione della spesa sono principalmente tre:

- 1) Conseguire i risparmi derivanti dall'adesione piena e puntuale al sistema di acquisti centralizzati (Arca S.p.a. e Consip S.p.a.) e aggregati;
- 2) Migliorare i costi dei processi sanitari, ragionando non solo per singolo fattore produttivo ma nella loro interezza, attraverso la verifica degli indicatori che possono permettere di individuare le aree più carenti;
- 3) Garantire una programmazione aziendale in sinergia con lo specifico obiettivo economico di seguito rappresentato;

- 1) La Centrale Acquisti regionale in qualità di soggetto aggregatore ha con Consip spa e gli altri soggetti aggregatori l'esclusività nell'acquisto delle categorie merceologiche che sono e saranno individuate dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri di cui all' articolo 9, comma 3, del decreto-legge 24 aprile 2014, n. 66, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 giugno 2014, n. 89 e successivi provvedimenti.

ARCA S.p.A., in particolare nell'ultimo biennio, ha coperto le aree di acquisto di beni e servizi più rilevanti in termini di spesa. Diventa perciò determinante in questa fase una piena e puntuale adesione alle convenzioni attive i cui esiti ad oggi hanno portato risparmi nella fase di aggiudicazione delle gare rispetto alla spesa storica.

A tal fine come nella costruzione delle procedure di gara aziendali è fondamentale che gli operatori sanitari più accreditati siano coinvolti sempre più dalle Direzioni Aziendali insieme agli operatori dei provveditorati ed amministrativi, nella preparazione ed esecuzione delle procedure centralizzate ed aggregate.

Rimane imprescindibile l'utilizzo costante nell'attività quotidiana di benchmarking propedeutici anche alla rinegoziazione dei prezzi d'acquisto. A tal fine si confermano le banche dati sviluppate e rese disponibili agli enti negli anni scorsi con i confronti fra strutture pubbliche regionali e nazionali e per alcuni dispositivi medici fra strutture pubbliche e private.

La comparazione della spesa dovrà essere estesa anche a tutti i servizi sanitari e non sanitari più importanti.

- 2) Se l'attività di benchmarking sviluppata in questi anni ha avvicinato per molte categorie merceologiche il prezzo di acquisto delle aziende sanitarie lombarde ai minimi regionali e nazionali, la prospettiva futura ci porta a lavorare per rendere più efficiente l'assorbimento dei diversi fattori produttivi all'interno dei singoli processi sanitari considerati nella sua interezza. Sia a livello ospedaliero considerando ad esempio i tempi di degenza, i costi delle sale operatorie e dei servizi di supporto ed i tempi di riabilitazione ospedaliera, sia nel percorso ospedale e territorio considerando i costi pre e post intervento acuto.
- 3) Le linee d'intervento ed i piani programmatici dovranno tener conto sempre in primo luogo della marginalità a livello di azienda, presidio ed unità operativa e la strategia aziendale deve essere costruita tenendo conto, a prescindere dal posizionamento della singola azienda 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. In tale contesto normativo sono previste disposizioni che disciplinano le procedure per conseguire miglioramenti nella produttività e nell'efficienza degli enti del Servizio sanitario nazionale, nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario e nel rispetto della garanzia 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) raggiungere l'efficienza produttiva in termini di quantità e/o prezzo dei fattori produttivi impiegati.

Gli interventi strutturali sui fattori produttivi potranno concentrarsi sulle quantità consumate (quantità assorbita/consumata di fattori produttivi a parità di produzione) e sui costi per unità di fattore produttivo consumato, agendo sulle modalità di acquisto, sulle rinegoziazioni e sui dati di benchmark, in coerenza con la specifica normativa di settore.

Come specificato nella sezione sul Controllo di gestione sono a disposizione delle aziende gli indicatori che rapportano i fattori produttivi con la produzione per facilitare il lavoro di benchmarking. Indicatori in linea con quelli identificati nel Decreto Ministeriale 21 giugno 2016 (vedi sezione dedicata ai Piani di efficientamento).

1.4.2. Obiettivi economici dell'aggregato costi Beni e Servizi

In sede di Bilancio preventivo 2018, l'assegnazione degli obiettivi economici sui 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 beni e servizi 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 beni e servizi sopra evidenziate, terrà conto:

- del trend storico correlato al livello di produzione e ai costi totali di produzione;

- del benchmarking con le altre aziende del sistema;
- della possibilità di ottenere risparmi in merito all'adesione a gare centralizzate regionali (ARCA S.p.a.) e dell'introduzione di dispositivi innovativi.

Nei decreti di assegnazione verrà definito il livello dei costi evidenziando il criterio applicato a ciascuna azienda.

La riduzione media di sistema prevista per ASST e IRCCS è del 1% sul valore dei beni e servizi al netto delle sterilizzazioni (AREU, utilizzi contribuiti, contributi dell'anno, File F, HCV, Doppio Canale e primo ciclo, Premi assicurativi RCT/RCO) – classi Dispositivi Medici e Altri Beni e Servizi.

Per le ATS la riduzione verrà applicata rispetto al trend storico.

La riduzione sarà calcolata sulla proiezione di chiusura dell'esercizio 2017 del III CET. L'importo assoluto della riduzione richiesta verrà applicato in via definitiva ai valori da consuntivo 2017 degli aggregati di spesa per classi omogenee di beni e servizi. La rimodulazione dell'obiettivo rispetto al consuntivo 2017 terrà conto dei decrementi rispetto ai dati di pre-chiusura. Inoltre tale riduzione verrà adeguata all'effettiva produzione 2018 comportando un continuo monitoraggio a livello aziendale per la valutazione dell'ulteriore sforzo di riduzione richiesto. Tali verifiche verranno effettuate in corso d'anno e formalizzate da Regione in sede di assestamento di bilancio precisando che la riduzione richiesta verrà ponderata sul mix di fattori di ogni singola azienda (personale/beni e servizi).

Per la verifica degli obiettivi verrà considerata la coerenza fra ricavi e costi della produzione ed in particolare per ASST/IRCCS dovranno essere previsti percorsi di razionalizzazione all'interno delle strutture ospedaliere attraverso delle analisi di costo per processo sanitario e l'implementazione di percorsi ospedale-territorio che migliorino la gestione delle risorse spese (farmaceutica, protesica, ecc.).

A partire dall'esercizio 2018 per le aziende sanitarie che hanno aderito al progetto di Data Center con Lombardia Informatica verranno decurtati i costi presenti a bilancio per l'informatizzazione. Per tutte le aziende che partecipano al Servizio bibliotecario biomedico garantito dalla ASST Ospedale Metropolitan Niguarda verrà decurtato il costo sostenuto per sostenere il finanziamento del nuovo servizio.

Per le aziende che si trovano per l'anno 2016 all'interno delle soglie previste dalle norme sui Piani di Razionalizzazione (Legge 208/2015 (art. 1, commi da 521 a 527) – parametri applicativi rivisti con legge 232/2016) o che potrebbero rientrarci nell'esercizio 2017, saranno previsti obiettivi ulteriori in ordine ai percorsi di efficientamento da concordare con Regione.

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.

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.

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

1.5. Area Bilanci

Ai sensi della normativa vigente il bilancio preventivo deve garantire l'equilibrio economico finanziario.

Il Bilancio preventivo 2018, ha carattere autorizzatorio e diviene lo strumento aziendale per garantire il perseguimento degli obiettivi di equilibrio economico secondo le linee programmatiche aziendali e di sistema, in quanto attuativo delle linee di indirizzo definite.

I Bilanci preventivi economici anno 2018 dovranno essere approvati in base alle disposizioni del D.lgs. n. 118/2011 e in relazione ai contenuti del presente atto e delle linee di indirizzo operative conseguenti nonché degli obiettivi economici assegnati. Nelle more dell'approvazione aziendale del Bilancio definitivo 2018 le aziende dovranno operare in dodicesimi, tenendo conto delle disposizioni contenute nel presente provvedimento, sulla base di quanto definito con il decreto di assestamento 2017.

Come di consueto con specifica circolare verranno definite le tempistiche di redazione e le modalità di invio dei bilanci preventivi 2018, che dovranno essere approvati dalla Giunta Regionale.

In continuità con gli esercizi precedenti, nei decreti di assegnazione delle risorse per l'esercizio 2018, saranno forniti puntuali limiti di costo invalicabili per i principali fattori produttivi (personale, beni e servizi, altri oneri, ...), sulla base delle regole previste dal presente provvedimento. I suddetti limiti terranno conto anche della necessità di attuare il nuovo modello socio-sanitario, nonché di perseguire obiettivi di stabilizzazione e contenimento dei costi.

Pertanto nei decreti di assegnazione delle risorse per l'anno 2018 saranno esplicitati, come effettuato gli scorsi anni, i valori per le varie tipologie di spesa che dovranno essere pienamente rispettati nelle allocazioni di bilancio e dovranno essere considerati vincoli gestionali, al fine del mantenimento dell'equilibrio aziendale e di sistema; come tali saranno oggetto di puntuale monitoraggio in corso d'anno.

In particolare, anche per l'esercizio 2018, 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 Dlgs.vo 118/2011;
- verifica e validazione del conto economico della libera professione.

Si richiamano le precedenti regole di Sistema e si riportano i seguenti elementi di novità per l'esercizio 2018.

Elementi di novità

- **Gestione Flussi Finanziari:** al fine di consentire una maggiore chiarezza ed operatività nella gestione delle risorse finanziarie, a partire dal presente esercizio è introdotto in

allegato al Decreto di assegnazione, oltre alla Scheda di assegnazione economica, anche una Scheda di assegnazione finanziaria.

La Scheda denominata "Scheda di raccordo economico-finanziaria" consentirà una migliore tracciatura e riconciliazione dei dati finanziari rispetto ai dati di assegnazione economica.

In tale Scheda verrà rappresentato:

- l'importo della rimessa mensile di cassa per singola Azienda e per singola tipologia di contributo
- l'importo del tetto dei pagamenti G3S preventivati a livello territoriale e per singola Azienda.

Sulla base di tale Schede più dettagliatamente rappresentata nelle apposite Linee Guida inviate alle singole Aziende e riportate nel presente provvedimento, le ATS avranno a disposizione preventivamente le risorse finanziarie disponibili per attuare una programmazione finanziaria che consentirà un attento monitoraggio in particolare dei pagamenti delle prestazioni agli erogatori del territorio pubblici e privati.

Preme sottolineare la responsabilità delle ATS nella corretta erogazione delle risorse agli erogatori pubblici e privati, oltre al pieno rispetto dei tempi di pagamento ai fornitori, e nella verifica con le Aziende Sanitarie pubbliche del territorio del budget G3S che non può eccedere il valore del tetto definito.

I valori esposti nella Scheda di assegnazione finanziaria che potranno essere aggiornati in corso d'anno, come precisato nelle apposite Linee Guida, costituiscono il limite massimo su cui applicare la percentuale di erogazione stabilita dalle regole di Sistema. Le ASST e le Fondazioni IRCCS dovranno concertare con l'ATS di riferimento il livello dei pagamenti G3S, nonché l'importo della rimessa mensile per singola linea di attività (ricoveri, ambulatoriale, File F, ecc.).

In corso d'anno verranno effettuati monitoraggi e le singole ATS dovranno, in un ruolo di governance finanziaria, preventivamente comunicare le variazioni rispetto ai contratti di riferimento e al budget assegnato. In sede di CET dovrà essere resa una specifica relazione sull'andamento finanziario trimestrale e prospettico sulla base delle indicazioni che verranno fornite.

- **Contabilizzazione in capo alle ATS della mobilità attiva extraregione da erogatori sanitari privati e della mobilità internazionale:** a partire dal bilancio preventivo 2018, ai fini di una migliore rappresentazione delle poste di credito e debito verso Regione, verrà introdotta la contabilizzazione dei ricavi e dei costi legati alla mobilità extraregionale. La gestione di tali conti è pertanto trasferita a decorrere dall'esercizio 2018, dalla Gestione Sanitaria Accentrata ai bilanci delle ATS, per i quali si rinvia alle apposite Linee Guida inviate alle Aziende.

Partite Intercompany

L'obiettivo richiesto anche per l'anno 2018 è il pieno allineamento delle partite intercompany, al fine di garantire le necessarie riconciliazioni di sistema e di bilancio consolidato. A tale scopo, l'utilizzo del nuovo strumento informatico "Partitario Intercompany", già messo a disposizione delle Aziende nel corso degli esercizi 2016 e 2017, verrà reso disponibile alle Aziende nel 2018 anche per il tramite della nuova Piattaforma WEB "Cruscotto per l'allineamento delle partite intercompany delle aziende del sistema socio-regionale".

Nel precisare che nel Partitario Intercompany dovranno essere rilevati sia le fatture/documenti già contabilizzati nella contabilità generale di ogni singola Azienda, sia la stima delle fatture/documenti che saranno emesse e/o ricevuti, secondo il criterio di competenza economica del periodo di riferimento, è richiesto di tracciare e trasmettere tramite il Sistema di Interscambio (S.d.I.) - Hub regionale - , tutti i documenti relativi a rapporti intercompany di "gestione diretta aziendale" tra Aziende Sanitarie Pubbliche della Regione (sia fatture che note di debito).

Utilizzi Contributi anni precedenti

I contributi dovranno essere appostati a bilancio previa verifica ed validazione del Collegio Sindacale, a garanzia di quanto disposto dal Dlgs 118/2011.

Non si intende pertanto autorizzata l'esposizione di valori previamente non verificati ed asseverati.

Si precisa che con riferimento alle risorse da FSR e Extra fondo accantonate nei bilanci d'esercizio 2015 – gestione ASSI delle ex Aziende Sanitarie Locali, che dal 1° gennaio 2016 sono confluite nei bilanci di costituzione delle Agenzie di Tutela della Salute – sezione sanitaria, si stabilisce che qualsiasi utilizzo per servizi ed interventi sociosanitari riguardante l'esercizio 2018 e successivi dovrà essere preventivamente autorizzato dalle Direzioni Generali Welfare e Presidenza con specifico provvedimento.

In carenza di autorizzazione regionale non sarà possibile l'utilizzo di tali risorse.

Modelli di Bilancio 2018

Si conferma la struttura dei modelli di bilancio introdotti per l'anno 2016 e 2017, richiamando quanto già esposto per i bilanci delle ATS per l'introduzione dei conti relativi alla mobilità:

- un sezionale specifico per le attività territoriali "NITER" (in capo alle ASST);
- specifici sezionali dedicati alle partite intercompany generati dalla gestione transitoria ex art 2 L 23/2015, che consentiranno di tracciare in maniera chiara e trasparente i rapporti che si genereranno reciprocamente, fino al completo passaggio di competenze in capo alle nuove Aziende regionali;
- un sezionale dedicato ad attività emergenza urgenza 118 AREU, con conseguente eliminazione delle colonne "di cui" utilizzate nei modelli 2015 NISAN_CE;
- un sezionale dedicato per l'attività di libera professione, che include non solo i ricavi e costi di diretta afferenza ma anche i costi indiretti e generali attribuibili pro-quota all'attività di libera professione;
- un sezionale dedicato alla gestione dei contributi e spese vincolate.

Le disposizioni previste dal D.Lgs n. 118/2011 che prevedono la riconduzione univoca del piano dei conti aziendale alle voci previste negli attuali modelli CE Min e SP Min, si intendono estese alle voci di bilancio regionale attive nelle specifiche sezioni (NISAN, NIASSI, NISOC, NITER, NIRIC, ecc).

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

CONTRIBUTI PSSR

Ai fini di efficientare il sistema per garantire la sostenibilità economico finanziaria dello stesso e coinvolgere a questo fine tutte le aziende ASST e Fondazioni IRCCS è necessario procedere con un percorso virtuoso di riduzione dei contributi definiti PSSR.

A tale fine verrà richiesto alle aziende di individuare e proporre azioni di miglioramento dell'equilibrio economico finanziario

Le azioni verranno definite per singola azienda sulla base del proprio posizionamento rispetto agli indicatori economico finanziari che verranno individuati.

1.5.1. Adempimenti di verifica e monitoraggio**Certificazioni Trimestrali**

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

In sede di monitoraggio trimestrale le Aziende socio- sanitarie sono tenute al rispetto del vincolo inderogabile definito dai valori appostati a Bilancio Preventivo.

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

Come effettuato nel corso del 2017, 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:

- o Osservazioni specifiche per singola Azienda;
- o Verifica della corretta allocazione dell'assegnazione per File F, HCV, Doppio Canale e Primo Ciclo;
- o Verifica della corretta allocazione dell'assegnazione di sangue ed emoderivati;
- o Andamento Entrate proprie.

Armonizzazione dei sistemi contabili regionali

Nel corso del 2018, in continuità con le regole degli esercizi precedenti, saranno fornite indicazioni relative:

- al continuo monitoraggio delle poste di ricavi/costi e crediti/debiti rispetto alle scritture regionali come da sistema informativo regionale e da indirizzi regionali in attuazione alle disposizioni del D.lgs. 118/2011 e successive modificazioni inerenti la Gestione Sanitaria Accentrata (GSA)
- al continuo monitoraggio dei rapporti di debito/credito tra le Aziende del Sistema Socio Sanitario regionale e la Regione, di cui alla DGR n. X/5844 del 18 novembre 2016;
- al continuo monitoraggio dei rapporti creditori e debitori Intercompany pregressi;
- al continuo monitoraggio delle partite relative all'Inventario di Costituzione delle nuove Aziende e costituenti il Bilancio di apertura delle nuove Aziende.

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.).

1.5.2. Il nuovo percorso attuativo della certificabilità dei bilanci degli enti del SSR di cui alla l.r. n. 23/2015

Con d.g.r. n. X/7009 del 31 luglio 2017 è stato approvato il Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) 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. Salute 1/3/2013 con scadenza al 31 dicembre 2019 e sono stati, altresì, nominati i soggetti della Regione responsabili del PAC.

Il nuovo PAC della Regione Lombardia ha confermato la suddivisione in 9 aree e cicli di bilancio, 53 obiettivi e 162 azioni: 7 aree per le Aziende Sanitarie pubbliche (Requisiti Generali, Immobilizzazioni, Rimanenze, Crediti e Ricavi, Disponibilità Liquide, Patrimonio Netto, Debiti e Costi), 1 area per la GSA e 1 area per il Consolidato regionale. Ciascuna area è suddivisa in obiettivi il cui raggiungimento avviene attraverso azioni; per ciascuno obiettivo è stato previsto la data di inizio operatività, i tempi di definizione e implementazione delle procedure e i tempi delle verifiche di corretta esecuzione delle stesse.

Per ciascuna area è stata prevista una scadenza valida per tutte le Aziende sanitarie, in modo tale da prevedere un percorso che sia concretamente realizzabile.

Per l'applicazione del PAC sono previste le seguenti fasi:

- a. avvio del percorso con redazione ed emanazione delle linee guida regionali per ciascuna area del PAC con possibilità di modifiche/integrazioni a seguito dei feed-back pervenuti dalle Aziende sanitarie;
- b. fase della predisposizione delle procedure dove per ciascun obiettivo e azione è prevista una scadenza entro la quale le aziende devono predisporre le procedure;
- c. fase della implementazione delle procedure dove per ciascun obiettivo e azione è prevista una scadenza entro la quale le aziende devono, in base a degli standard organizzativi, procedurali e contabili, applicare le procedure dall'interno dei processi amministrativo-contabili aziendali;
- d. per la fase delle Revisioni limitate Regione Lombardia si è riservata la possibilità di definire con successivo provvedimento eventuali modalità di effettuazione delle stesse e relative tempistiche, da concordare con le Aziende sanitarie nel rispetto delle scadenze di implementazione delle procedure previste nella deliberazione di Giunta di 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.

Nel corso del 2018 il PAC proseguirà secondo la tempistica prevista nella Relazione di accompagnamento contenuta nell'allegato 2 della d.g.r. n. 7009/2017.

Si richiama l'attenzione dei Direttori Generali ATS, ASST, Fondazioni IRCCS di diritto pubblico e AREU sulla rilevanza del raggiungimento degli obiettivi:

- verifica del grado di raggiungimento come adempimento regionale da parte del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali;
- garantire a livello aziendale la definizione e l'applicazione di procedure amministrativo-contabili con evidenziazione dei soggetti responsabili al fine della redazione di un bilancio veritiero e corretto.

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

1.6. Area gestione finanziaria

Anche per l'esercizio 2018 si confermano le indicazioni fornite per l'esercizio 2017 di seguito riepilogate.

Nel sottolineare il ruolo di governance finanziaria in capo alle ATS a livello territoriale, come sopra rappresentato, nel corso dell'esercizio verranno forniti gli appositi strumenti e saranno attivati specifici incontri per consentire una puntuale gestione finanziaria territoriale.

Si ritiene di confermare anche per l'anno 2017 la percentuale del 95% nel trasferimento degli acconti mensili alle aziende del sistema regionale, ivi compresi i pagamenti G3S. Corre l'obbligo di precisare che il trasferimento del 95% avviene considerando l'arco temporale 1 gennaio 2017 -31 marzo 2018. 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 D.G. Salute 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 in corso d'esercizio che 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.

Nella programmazione di cassa dell'esercizio 2018, le Aziende dovranno tenere conto dell'impatto derivante dell'impatto dei rinnovi contrattuali finanziati con sopravvenienze attive.

1.6.1. Trasferimenti da Regione alle Aziende Sanitarie pubbliche

I trasferimenti da Regione alle Aziende Sanitarie pubbliche avverranno attraverso acconti mensili, dove:

- per le ATS saranno commisurati al reale fabbisogno del proprio territorio. La determinazione degli acconti, inoltre, sarà calcolata al netto degli acquisti di beni e servizi a gestione centralizzata (propri e delle Aziende di appartenenza territoriale) e considerando il saldo di mobilità intra ed extraregionale; tale saldo sarà quantificato sulla base dei flussi di attività resi disponibili da un sistema messo a punto a livello regionale che consente la rilevazione dei dati effettivi di produzione/consumo delle singole aziende, dati che saranno esplicitati nei decreti di assegnazione 2018, e che consentiranno, anche, la tempestiva rilevazione dei debiti/crediti tra ATS per la mobilità intraregionale.

A tale fine a partire dall'esercizio 2018 come già precisato, verrà introdotta una "Scheda di raccordo economico-finanziario" che sarà parte integrante dei Decreti di Assegnazione, e che consentirà alle Aziende del Sistema Socio Sanitario di tracciare in modo puntuale e tempestivo le rimesse di cassa ricevute per singola tipologia di contributo regionale e di governare in maniera puntuale i trasferimenti ai singoli erogatori pubblici e privati. Per le ASST e Fondazioni IRCCS, l'AREU e l'Agenzia dei Controlli, le rimesse saranno erogate da Regione nei limiti degli importi attribuiti, a ciascuna Azienda, con i decreti di assegnazione dei finanziamenti di parte corrente dell'esercizio.

Anche per tali Aziende verrà introdotta una "Scheda di raccordo economico-finanziario" che sarà parte integrante dei Decreti di Assegnazione, e che consentirà alle Aziende del Sistema Socio Sanitario di tracciare in modo puntuale e tempestivo le rimesse di cassa ricevute per singola tipologia di contributo regionale.

- per le sole ASST e Fondazioni IRCCS che nei loro bilanci fanno rilevare debiti verso Regione riferiti ad esercizi pregressi, in continuità con gli esercizi precedenti verrà trattenuta la cassa relativa agli ammortamenti e verranno fornite indicazioni per le chiusure contabili per consentire tali recuperi.

Per quanto sopra esposto, si rinvia all'apposito paragrafo "Scheda di raccordo economico finanziario", precisando che tali linee guida sono già state anticipate alle Aziende Socio Sanitarie.

1.6.2. Trasferimenti di cassa tra ATS ed erogatori di appartenenza territoriale

Il rafforzamento del loro ruolo programmatico delle ATS previsto dalla L.r.23/2015, deve rappresentare l'opportunità per favorire un innovativo modello di governance del sistema socio-sanitario anche a livello economico e finanziario.

Le ATS dovranno adottare una metodologia standardizzata e condivisa per il calcolo degli acconti mensili alle Aziende pubbliche del proprio territorio, regolando le rimesse mensili sia in base al valore contrattato che alla reale produzione del singolo erogatore, in sinergia con la programmazione regionale. Le ATS oltre a garantire un regolare monitoraggio dovranno acquisire dalle Aziende, anche attraverso il Piano dei Flussi di cassa prospettici, gli elementi necessari ad impostare un'adeguata programmazione dei flussi finanziari al fine di consentire la corretta pianificazione delle rimesse di cassa reale e delle compensazioni G3S.

1.6.3. Trasferimenti verso erogatori pubblici

Anche per l'esercizio 2018 sarà necessario:

- garantire acconti mensili pari al 95% di tutte le prestazioni sanitarie a contratto/convenzione e non, precisando che il limite del 95%, comprensivo delle compensazioni G3S di competenza, potrà essere raggiunto entro il 31.3.2018;
- assicurare, agli aventi diritto, gli acconti relativi alle maggiorazioni tariffarie ex l.r. n. 7/2010, in misura non inferiore all'85% del valore dell'ultima validazione formale, in attesa delle determinazioni regionali per l'esercizio di competenza;
- garantire le rimesse di cassa reale 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.

1.6.4. Trasferimenti verso erogatori privati

- garantire acconti mensili pari 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 all'85% del valore dell'ultima validazione formale, in attesa delle determinazioni regionali per l'esercizio di competenza;
- 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.

1.6.5. Scheda di raccordo economico-finanziario

Al fine di consentire una maggiore chiarezza espositiva ed una migliore riconciliazione dei dati di gestione economica e finanziaria, nel corso del 2017 è stato avviato un percorso che ha visto sulla base del nuovo dimensionamento organizzativo delle nuove Aziende ATS ed ASST, previsto dalla LR 23/2015, la realizzazione di uno strumento di "stima del fabbisogno finanziario preventivo" delle singole Aziende e di calcolo delle rimesse regionali correnti.

Tale strumento sarà oggetto di aggiornamento sulla base degli andamenti effettivi di gestione (livello di produzione sanitaria, beni e servizi, pagamenti G3S, ecc.) delle singole Aziende e dei Decreti di assegnazione.

Lo strumento denominato "Scheda di raccordo economico finanziario" verrà messo a disposizione delle Aziende già in sede di Bilancio Preventivo Economico 2018, quale parte integrante dei Decreti di Assegnazione, e consentirà alle Aziende del Sistema:

- di tracciare in modo puntuale e tempestivo le rimesse per singola tipologia di contributo regionale
- di governare in maniera puntuale i trasferimenti ai singoli erogatori pubblici e privati..

Le Aziende sulla base dell'ipotesi previsionale di rimessa regionale dovranno procedere ad effettuare una stima preventiva anche delle altre entrate e di tutte le uscite di cassa dell'anno e concordare con i propri erogatori pubblici il fabbisogno necessario, nel rispetto del divieto di ricorso ad anticipazioni di tesoreria e del rispetto dei tempi di pagamento dei propri fornitori.

La Scheda di raccordo economico finanziario si compone dei seguenti elementi:

1) STIMA DEL FABBISOGNO DI CASSA CORRENTE PER LA PREVISIONE DELLA RIMESSA REGIONALE: la stima del fabbisogno viene calcolato come segue → Totale contributi in c/esercizio da Regione – Ammortamenti – Accantonamenti – eventuali maggiori acconti erogati = STIMA DEL FABBISOGNO.

- NB: Per le ATS, l'importo di cui sopra, relativo ai Contributi c/esercizio terrà inoltre conto del SALDO MOBILITA' INTRA (relativo agli erogatori pubblici e privati), del SALDO MOBILITA' EXTRA (relativo agli erogatori pubblici), della MOBILITA' EXTRA relativa agli erogatori privati, la cui contabilizzazione passa in capo alle ATS a decorrere dall'esercizio 2018, come meglio precisato nelle apposite linee guida, dell'IMPORTO PAGAMENTI G3S, relativi sia ai pagamenti di propria competenza che degli erogatori del territorio .

Per la stima di tali valori verranno utilizzati gli ultimi dati disponibili, che saranno esplicitati nel decreto di assegnazione. A corredo di tali informazioni, al fine di consentire un puntuale monitoraggio dell'andamento della produzione rispetto ai dati di bilancio preventivo, si precisa che alle ATS verranno inoltre forniti i dati di calcolo del saldo di mobilità intra ed extra nonché il valore di riferimento della mobilità extra per singolo erogatore pubblico e privato.

- NB: Per le ASST: l'importo del sezionale TER evidenzierà altresì l'IMPORTO DEI PAGAMENTI G3S TER (da compensare con Regione).

Per la stima di tali valori verranno utilizzati gli ultimi dati disponibili, che saranno esplicitati nel decreto di assegnazione.

2) STIMA DELL'IMPORTO MASSIMO EROGABILE DI CASSA: all'importo di cui al punto 1) verrà applicata la PERCENTUALE MASSIMA DI ACCONTO che verrà erogato all'Azienda, sulla base di quanto stabilito nelle regole di Sistema.

3) STIMA DELLE RIMESSE DI CASSA MENSILI: l'importo di cui al punto 2) verrà suddiviso mensilmente e per singola tipologia di contributo, per dare certezza alla capacità di spesa erogabile mensilmente per ciascuna Azienda.

4) STIMA DEL RESIDUO DA INCASSARE AL 31 DICEMBRE DI OGNI ANNO: evidenzia il saldo residuo sulla base dei Totali Contributi Assegnati e dell'importo delle rimesse di cassa mensili preventive.

5) LIMITE G3S ANNO 2018: la stima del limite dei pagamenti G3S anno 2018 viene ipotizzato sulla base degli ultimi dati disponibili e rappresenta il "budget provvisorio preventivo dei pagamenti di competenza 2018" da effettuare tramite il canale G3S.

Tale valore verrà calcolato da Regione, sulla base dei dati relativi all'anno 2017, secondo anno di messa a regime delle nuove Aziende ATS ed ASST secondo il nuovo modello organizzativo LR 23/2015, per singola Azienda e per singolo sezionale di bilancio SAN e TER, e verrà puntualmente monitorato con cadenza trimestrale, sulla base degli effettivi pagamenti G3S 2018.

Il limite G3S 2018 delle ATS, ASST, IRCCS, ecc. potrà essere rimodulato previa richiesta preventiva formale, debitamente motivata, da inviare alla DG Presidenza – UO Economico Finanziaria del Sistema Socio Sanitario per l'autorizzazione per il tramite delle

ATS di riferimento e dovrà essere controfirmata da tutti i soggetti erogatori pubblici interessati (ATS + ASST/IRCCS del territorio).

- NB: Per le ATS: nella "Scheda" verrà rappresentato sia il limite dei pagamenti dell'ATS sia il limite dei pagamenti dei singoli EROGATORI PUBBLICI. Come sopra anticipato, a corredo della "Scheda" di cui sopra, verrà altresì fornito il valore di riferimento per il pagamento della mobilità EXTRA per erogatore pubblico e privato.
- NB: Per le ASST/IRCCS: nella "Scheda" verrà rappresentato il limite dei pagamenti G3S 2018 che è rappresentato nella Scheda dell'ATS di riferimento.

NB: In questa fase non è stata prevista una "Scheda previsionale delle rimesse mensili "per CONTRIBUTI C/ESERCIZIO DA REGIONE – VINCOLATO (ad eccezione della "Sanità Penitenziaria", l.210, ecc che verranno erogati secondo quanto sopra indicato e secondo quanto esplicitato nel Decreto di assegnazione) e per CONTRIBUTI EXTRAFONDO relativi a progettualità in quanto oggetto di specifica rendicontazione.

- Eventuali svincoli di risorse di cassa aggiuntive: eventuali richieste integrative di cassa per svincoli di cassa (es. accantonamenti franchigie, ecc.) e/o per esigenze specifiche potranno essere autorizzate previa richiesta preventiva supportata da apposita relazione debitamente motivata, da inviare alla DG Presidenza – UO Economico Finanziaria del Sistema Socio Sanitario per l'autorizzazione.
- Rimodulazione rimesse mensili: le rimesse di cassa preventive mensili di cui sopra potranno essere rimodulate con cadenza trimestrale, per il tramite di apposito decreto, tenuto conto dell'andamento della produzione sanitaria per erogatore, dell'andamento della spesa per beni e servizi, dell'andamento dei pagamenti G3S.

1.6.6. Pagamenti verso fornitori

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).

Obiettivo per il corrente esercizio è il pieno allineamento al rispetto dei tempi di pagamento di tutte le aziende.

E' fatto obbligo alle aziende sanitarie di alimentare la piattaforma istituita di cui all'art. 41 DI 66/2014 convertito con modificazioni nella L. 23 giugno 2014 n.89 nei tempi e nei modi espressamente richiesti dalla norma. Si richiama inoltre il rispetto degli adempimenti previsti dal D.P.C.M 22/9/2014: Indicatore di tempestività dei pagamenti.

Permane altresì l'obbligo di adempiere ai debiti informativi finanziari periodici (Piano dei flussi di cassa prospettici e nota di accompagnamento), nel rispetto della qualità e della tempistica.

1.6.7. Gestione centralizzata G3S

A partire dal 2017, sono state introdotte specifiche procedure per il monitoraggio dei pagamenti attraverso il sistema G3S che consentirà di tenere sotto controllo l'ammontare massimo delle compensazioni effettuabili dagli Erogatori Pubblici e ATS di appartenenza territoriale e Regione per consentire il corretto trasferimento delle risorse finanziarie.

In sede di Bilancio Preventivo Economico 2018, nella "Scheda di raccordo economico – finanziaria", verranno esplicitati, sulla base di quanto già definito nell'esercizio 2017, secondo anno di messa a regime delle nuove Aziende ATS ed ASST, i limiti di per singola Azienda per pagamenti G3S anno 2018.

Tale limite, che rappresenta un "budget provvisorio preventivo" per singolo sezionale di bilancio SAN e TER, verrà puntualmente monitorati con cadenza trimestrale, sulla base degli effettivi pagamenti G3S 2018.

Eventuali modifiche al limite dovranno essere preventivamente richieste, tramite specifica nota da inviare alla DG Presidenza – UO Economico Finanziaria del Sistema Socio Sanitario.

Si precisa infine che i pagamenti relativi alla annualità 2017 dovranno essere trasmessi tassativamente a Finlombarda entro il 31 marzo 2018.

Saranno considerati obiettivi strategici da valutare in sede di obiettivi dei Direttori Generali il rispetto:

- dei tempi di pagamento;
- degli importi definiti con budget di cassa per cassa reale e pagamenti G3S;
- del divieto al ricorso dell'anticipazione di cassa del Tesoriere.

1.6.8. PCC – Reportistica standard per monitoraggi

Per consentire l'analisi e il monitoraggio periodico dei dati inviati dalle Aziende Sanitarie alla Piattaforma di Certificazione dei Crediti, e soprattutto una lettura condivisa del set di informazioni, anche a seguito dell'istituzione delle nuove Aziende (ex I-23/2015) e dei nuovi codici IPA, Regione Lombardia effettuerà ed invierà alle Aziende periodicamente un report di monitoraggio, estratto dalla PCC sulla base di parametri condivisi con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, di concerto con le Aziende Sanitarie e con i referenti della PCC.

Gli esiti delle rilevazioni periodiche saranno trasmesse al MEF anche in occasione dei tavoli di adempimento ministeriali.

1.7. Ulteriori disposizioni

1.7.1. Conto giudiziale

Permane l'obbligo di invio alla sezione di competenza della Corte dei Conti dei conti giudiziali.

Le Aziende dovranno curare l'invio e la trasmissione di conti giudiziali riferiti all'anno 2016, 2017 e 2018 secondo i nuovi Regolamenti resi in applicazione del Decreto Legislativo 26 agosto 2016, n. 174 Codice di giustizia contabile, adottato ai sensi dell'articolo 20 della legge 7 agosto 2015, n. 124. Permane altresì l'obbligo di trasmissione dei provvedimenti di aggiornamento dei propri agenti contabili, ivi inclusa l'individuazione del responsabile del procedimento per la verifica e il controllo amministrativo sui conti giudiziali, attraverso la sezione documentale del portale SCRIBA, tenuto anche conto dell'entrata in vigore del D.Lgs. n. 174/2016.

1.7.2. Convenzione Finlombarda

Con deliberazione n° VIII/4680 del 9 maggio 2007 la Giunta della Regione Lombardia ha istituito presso Finlombarda S.p.A. un fondo denominato "Fondo Socio-Sanitario" destinato al pagamento dei fornitori sia pubblici che privati delle ex Aziende Sanitarie Locali ed ex Aziende Ospedaliere e delle Fondazioni I.R.C.C.S. di diritto pubblico. Con Lettera d'incarico sottoscritta il 23 dicembre 2014 Regione ha confermato per il triennio 2015 – 2017 l'affidamento della gestione del Fondo a Finlombarda.

Considerata l'esigenza di garantire continuità all'operatività degli enti sanitari regionali, assicurando ai fornitori le tempistiche di pagamento concordate ed evitando periodi di inattività sulle operazioni di pagamento è autorizzata nelle more della sottoscrizione della Lettera d'incarico per la gestione del Fondo Socio - Sanitario per il triennio 2018-2020 a proseguire le proprie attività e, le Aziende Sanitarie (ATS, ASST e IRCCS) dovranno procedere al conferimento a Finlombarda S.p.A. dei mandati irrevocabili di pagamento entro il 31.12.2017 e Finlombarda S.p.A. ad accettarli.

Si rinvia a quanto specificato al punto "Scheda di raccordo economico finanziario" per la gestione del limite dei pagamenti G3S anno 2018.

1.7.3. SIOPE PLUS

L'articolo 1, comma 533, della legge 11 dicembre 2016 (legge di bilancio 2017), ha previsto l'evoluzione della rilevazione SIOPE in SIOPE+, al fine di migliorare il monitoraggio dei tempi di pagamento dei debiti commerciali delle amministrazioni pubbliche attraverso l'integrazione delle informazioni rilevate da SIOPE con quelle delle fatture passive registrate dalla Piattaforma elettronica (PCC) e, in prospettiva, di seguire l'intero ciclo delle entrate e delle spese.

SIOPE+ chiede a tutte le amministrazioni pubbliche di cui all'art. 1, comma 2, della legge n. 196 del 2009, di:

1. ordinare incassi e pagamenti al proprio tesoriere o cassiere utilizzando esclusivamente ordinativi informatici emessi secondo lo standard definito dall'AgID;
2. trasmettere gli ordinativi informatici al tesoriere/cassiere solo ed esclusivamente per il tramite dell'infrastruttura SIOPE, gestita dalla Banca d'Italia.

Per le aziende sanitarie, l'avvio a regime per le applicazioni del progetto SIOPE+ è disciplinato dai seguenti provvedimenti: decreto MEF del 14 giugno 2017 e decreto MEF del 25 settembre 2017, ovvero, avvio a regime dal 1° ottobre 2018 per le aziende sanitarie e ospedaliere.

Con l'attivazione a regime di SIOPE+ previa comunicazione formale di Regione viene meno dell'obbligo di comunicare alla PCC le informazioni riguardanti i pagamenti delle fatture effettuati tramite SIOPE+.

I richiamati decreti disciplinano le modalità di collaudo delle procedure di SIOPE+, ovvero:

- a) la produzione degli Ordinativi informatici di Incasso e di Pagamento (OPI) secondo lo standard emanato dall'Agenzia per l'Italia digitale (AgID);
- b) la trasmissione all'infrastruttura della banca dati SIOPE gestita dalla Banca d'Italia.

Dalla data di avvio a regime, i tesorieri e i cassieri potranno accettare solo ordini di pagamento secondo lo standard OPI, trasmessi attraverso il nodo dei pagamenti SIOPE+.

Maggiori informazioni sono disponibili sulle pagine web della Ragioneria Generale dello Stato al seguente link: <http://www.rgs.mef.gov.it/VERSIONE-I/e-GOVERNMEI/SIOPE/SIOPE/>

L'implementazione del SIOPE+ nelle aziende sanitarie deve tenere conto dell'attuale sistema G3S in uso per il pagamento dei fornitori del sistema sanitario lombardo.

Rispetto ai sistemi in essere per la fatturazione elettronica (che già consentono l'integrazione automatica con i sistemi contabili delle aziende sanitarie), gli interventi sulle interfacce di integrazione subiranno un percorso di evoluzione per arricchire lo scambio informativo con le aziende sanitarie con l'intento di abilitare e valorizzare l'evoluzione di sistemi informativi integrati.

Così come previsto dal DM 25/09/2017, dal 1° ottobre 2018 gli ordinativi di pagamento ed incasso dovranno essere emessi in conformità alle regole del SIOPE+ attraverso il tracciato standard OPI.

Questo aspetto incide sia sui pagamenti che avvengono sia per il tramite di Finlombarda sia per pagamenti ed incassi operati direttamente dalle aziende sanitarie.

In questo contesto si rendono necessari interventi significativi su tutto il processo e sui dati comunicati centralmente. Lombardia Informatica su incarico di Regione Lombardia attiverà un nuovo sistema e le aziende sanitarie saranno chiamate a realizzare le integrazioni opportune.

1.7.4. Estensione PagoPA alle Aziende Sanitarie per i ticket sanitari

PagoPA: rende disponibile al Cittadino diversi canali di pagamento offerti dai Prestatori di Servizi di Pagamento (PSP), cioè dagli istituti bancari aderenti a PagoPA, ed effettua le operazioni di addebito/accredito e di rendicontazione contabile. Le posizioni debitorie all'interno di PagoPA sono identificate univocamente tramite un Codice di Pagamento.

Nel corso dell'esercizio 2018 tutte le ASST dovranno consentire il pagamento dei ticket sanitari attraverso i servizi forniti dal sistema PagoPA.

Il servizio sarà erogato da Lombardia Informatica attraverso la tecnologia MALL-PagoPA, una soluzione tecnologico-organizzativa che consente al Cittadino di pagare i ticket delle prestazioni prenotate presso gli Enti Erogatori attraverso canali di pagamento complementari rispetto agli sportelli di cassa degli Enti Erogatori stessi. Grazie all'integrazione MALL-PagoPA, il Cittadino potrà pagare i ticket in due modalità:

1. dal Fascicolo Sanitario Elettronico
2. da un canale esterno offerto dai PSP

L'integrazione offerta dal MALL permette alle Aziende di evitare l'onere tecnologico ed organizzativo necessario per integrarsi a PagoPA.

Le Aziende già integrate al Siss, possono, attraverso l'integrazione al Mall rendere pagabili, su differenti canali di incasso, le proprie posizioni debitorie.

I sistemi informativi che dovranno essere coinvolti in questa integrazione sono:

- CUP Aziendali: registrano le prestazioni associate ad un appuntamento su una certa agenda e i corrispondenti importi dei ticket associati alle prescrizioni. Al momento della registrazione di un appuntamento, i CUP generano il codice di pagamento, secondo le regole richieste da PagoPA, e lo riportano nel riscontro di prenotazione consegnato al Cittadino. I CUP vengono "interrogati" dal Mall per avere l'elenco dei ticket relativi alle prenotazioni;
- MALL: interagisce con i CUP Aziendali per collezionare le "posizioni debitorie" di un cittadino, cioè i ticket da corrispondere alle Aziende, e le rende disponibili a PagoPA. Le posizioni debitorie sono associate a un codice di pagamento, univoco nella rete PagoPA, che identifica l'importo del ticket e l'Azienda beneficiaria del pagamento.

1.7.5. Adempimenti LEA (Livelli Essenziali di Assistenza)

Sono in corso di approvazione da parte del Comitato LEA del Ministero della Salute gli adempimenti relativi all'esercizio 2018.

Il rispetto di tali adempimenti costituirà obiettivo per le aziende sanitarie.

1.7.6. Prestazioni stranieri STP Onere 9

Essendo chiarito il nuovo quadro di riferimento a livello nazionale è richiesta la fatturazione delle prestazioni erogate nell'esercizio 2017 da parte degli erogatori pubblici e privati delle prestazioni di ricovero, ambulatoriale erogate a cittadini stranieri onere 9 (STP) alla ATS di competenza territoriale.

Sulla base dei flussi di attività le ATS dovranno procedere ai controlli per la verifica dell'ammissibilità al pagamento. I pagamenti avverranno sulla base delle rimesse effettive che perverranno dal Ministero della Salute e contestualmente trasferite da Regione alle ATS. Non potranno essere effettuati ulteriori pagamenti se non a seguito delle rimesse da parte del ministero della Salute per il tramite di Regione Lombardia.

Il Ministero della Salute validerà le risorse da trasferire a ciascuna Regione sulla base dei dati di attività che verranno desunti dai flussi di rendicontazione delle singole linee di attività ammissibili al rimborso sulla base della normativa di riferimento e pertanto si raccomanda puntualità nell'alimentazione dei flussi.

Si precisa che per altre tipologie di prestazioni (File F ecc) che non prevedono nella struttura del flusso l'evidenziazione della tipologia di assistito, verranno sottoposti al ministero specifici quesiti al fine di una risoluzione anche in ordine al pagamento di tali prestazioni.

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

L'attività del Nucleo operativo di Controllo Contabile si espletterà nel 2018 attraverso visite presso le ASST/IRCCS/ATS in ambiti contabili riguardanti la Contabilità generale ovvero la Contabilità analitica/Controllo di Gestione.

Tali verifiche potranno avere come obiettivo anche la ricognizione delle procedure amministrative contabili all'interno del percorso di Certificabilità dei Bilanci delle Aziende Sanitarie e di verifica nella riorganizzazione dei servizi amministrativi alla luce dell'applicazione della legge di riforma sanitaria 23/2015.

Le segnalazioni di difformità procedurali rilevate nei verbali a seguito di verifica verranno valutate riguardo al percorso di certificazione dei bilanci.

1.7.8. Risorse per la negoziazione

A partire dall'esercizio 2018 in caso di non completo utilizzo delle risorse negoziate (escluse le prestazioni di specialistica ambulatoriale) con gli erogatori del territorio di competenza, le ATS nel rispetto dei tetti contrattuali potranno, con riferimento all'ultimo trimestre, previa verifiche sulla completezza dei flussi informativi ed accordo con l'erogatore di riferimento, e previa autorizzazione con la DG Welfare, riorientare le risorse presso altri Erogatori dello stesso comparto (ovvero pubblico o privato).

Il volume massimo dell'importo delle risorse da riorientare è fissato nella percentuale massima del 10% delle risorse non utilizzate.

Si sottolinea che tali operazioni sono da considerarsi una tantum e non storicizzabili.

A seguito di quanto sopra, si rende necessario l'aggiornamento del contratto degli erogatori interessati.

Inoltre, nell'esercizio 2018, sempre in correlazione ad eventuali risparmi nell'area prestazioni e ricoveri, rispettando il vincolo del comparto, parte di tali risparmi potranno essere utilizzati per l'implementazione di sperimentali nell'ambito dei POT.

1.7.9. Tavoli di verifica della spesa

A partire dall'esercizio 2018 nei tavoli di verifica della spesa a livello regionale, per gli Erogatori Pubblici verranno coinvolte anche le ATS di riferimento territoriale.

2. Implementazione l.r. 23/2015 e percorso di presa in carico

2.1. Introduzione

Con la costituzione di nuovi enti sanitari, le ATS e le ASST, nate dall'accorpamento e dalla ridefinizione dei perimetri preesistenti degli Enti, è stato introdotto un profondo ripensamento delle modalità per la gestione della domanda e dell'offerta del Sistema Sanitario Lombardo.

Sotto tali presupposti, ed in linea con il Piano Nazionale delle Cronicità, in Regione Lombardia l'evoluzione dell'integrazione della componente ospedaliera con quella territoriale ha proseguito con la DGR X/4662 del 23/12/2015 avente ad oggetto "Indirizzi regionali per la presa in carico della cronicità e della fragilità in Regione Lombardia 2016-2018". La delibera affronta l'offerta sociosanitaria ribadendo il modello della presa in carico che prevede: la Valutazione multidimensionale (VMD), il Piano individuale (PI), che individua il percorso assistenziale più idoneo al soggetto bisognoso di assistenza, ed il Piano Assistenziale individualizzato (PAI) che concretizza gli interventi del Piano individuale. Vengono successivamente delineati i nuovi modelli di cura per la cronicità, sviluppati e attuati con successive delibere, basati su due elementi fondanti: l'integrazione degli interventi e la sostenibilità. Si tratta delle: Cooperative dei Medici di Medicina Generale, dei Presidi Territoriali (POT) e dei Presidi socio-sanitari territoriali (PreSST), i percorsi ospedalieri per i pazienti cronici e la RSA Aperta.

Con la DGR X/6164 del 30/01/2017 avente ad oggetto "Governo della domanda: avvio della presa in carico di pazienti cronici e fragili - determinazioni in attuazione dell'art. 9 della legge n. 23/2015" è stato concretizzato il framework operativo del processo della presa in carico definendone gli attori, il ruolo ed il funzionamento generale, e regolando, così, la parte della domanda. La delibera stabilisce come le Cooperative di medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta ed i soggetti sanitari e socio sanitari accreditati e/o a contratto, nei termini definiti, hanno provveduto a comunicare la loro candidatura a svolgere l'attività di gestore al fine di svolgere l'attività di presa in carico dei pazienti cronici della Regione sulla base di requisiti e criteri specifici forniti dalla Regione. In particolare, i gestori dovranno garantire di poter offrire al paziente cronico una presa in carico completa, un servizio integrato che gli consenta di effettuare tutte le prestazioni, visite, accertamenti nello stesso luogo. Le Strutture sono state selezionate dalle rispettive ATS di ubicazione delle stesse, costituendo un elenco di soggetti idonei alla presa in carico del paziente cronico. Quest'ultimo riceverà dalle ATS la lista dei gestori accreditati, in modo tale da poter effettuare la scelta della Struttura sanitaria che rispecchi le proprie esigenze. Il Gestore sottoscrive il Patto di cura di un anno con il paziente, con l'impegno a predisporre un PAI e la relativa programmazione per l'erogazione delle prestazioni indicate nel piano.

Con la DGR X/6551 del 04/05/2017 avente ad oggetto "Riordino della rete di offerta e di modalità di presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili in attuazione dell'art.9 della legge regionale 33/2009", si è data attuazione alla gestione della presa in carico lato offerta.

In particolare, ribaditi ruoli e responsabilità del processo e rimodulate le tariffe di presa in carico, viene individuata la Nuova Piattaforma Regionale di Integrazione (NPRI) quale strumento a supporto degli attori coinvolti nel processo di gestione della presa in carico che consenta l'operatività degli utenti direttamente interessati, sia interni che esterni al sistema di erogazione delle cure.

La DGR X/7038 del 03/08/2017 avente ad oggetto "Ulteriori determinazioni e indicazioni operative per la procedura di valutazione degli idonei di cui alla DGR 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" integra i criteri di valutazione dell'idoneità dei gestori, co-gestori e degli erogatori da parte delle ATS di cui alla DGR n. X/6551/2017 ed approva i set di riferimento del processo (prestazioni ed alle corrispondenti

branche specialistiche per le attività di laboratorio analisi e delle restanti prestazioni di specialistica ambulatoriale).

Le ATS hanno concluso la fase di valutazione dell'idoneità dei gestori, dei co-gestori e degli erogatori. Sono infatti stati predisposti e pubblicati gli elenchi relativi agli idonei al percorso di presa in carico (ruolo di gestore e co-gestore) e quelli relativi agli idonei per il ruolo di erogatore a supporto della presa in carico dei pazienti cronici da parte dei MMG/PLS in forma aggregata.

Entro il 31 ottobre 2017 i MMG/PLS in forma aggregata hanno esplicitato la filiera erogativa. È predisposto e disponibile dunque anche l'elenco degli erogatori che entro il 30 novembre 2017 saranno valutati dalle ATS.

2.2. Attuazione della dgr n. X/6551/2017

L'attività di arruolamento dei soggetti cronici e/o fragili, fulcro della nuova modalità di presa in carico, rappresenterà l'attività preponderante nel primo semestre 2018.

In quest'ottica il 2018 rappresenta un anno di transizione in quanto prenderà avvio la realizzazione, a livello pratico, della presa in carico dei pazienti cronici secondo il nuovo modello.

Sono stati costituiti con decreto del Direttore Generale Welfare n. 12800 del 18 ottobre 2017 un gruppo di lavoro tecnico "organizzativo gestionale", con la partecipazione della Direzione Generale Reddito di Autonomia e Inclusione Sociale e delle ATS, con il compito di verificare le varie fasi di attuazione del modello di presa in carico, al quale partecipano rappresentanze dei MMG, delle Associazioni degli enti erogatori accreditati e delle ASST. Il gruppo è articolato al suo interno in un sottogruppo che si occupa delle connesse tematiche informatiche e con il quale lavora in stretta sinergia.

La modalità individuata per raccogliere le adesioni da parte dei cittadini affetti da patologie croniche, all'interno dei gruppi soprarichiamati e della cabina di regia delle ATS, prevede l'invio di lettere informative scaglionate nel primo trimestre 2018.

Ulteriori specifiche sul percorso e sul processo organizzativo gestionale delle attività di presa in carico sono rinviati ad un ulteriore provvedimento in corso di definizione da approvare entro il 2017.

2.3. Governo dei tempi di attesa

Tra le azioni strategiche che la Giunta regionale si propone di avviare entro il termine della legislatura vi è l'adozione di un sistema organico di misure mirate al contenimento dei tempi di attesa, con particolare attenzione all'ambito delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, riferite ad esempio ad aspetti organizzativi, gestionali, di risorse umane e di rafforzamento/introduzione di misure di appropriatezza prescrittiva.

Strettamente connessi al traguardo prioritario del governo dei tempi di attesa, vi sono ulteriori obiettivi specifici cui tendere nel quadro del potenziamento complessivo del sistema sociosanitario, di cui è principale espressione l'evoluzione della legge regionale 33/2009, che si possono riassumere nei seguenti:

- rafforzare l'efficienza e l'accessibilità dei servizi e delle prestazioni, rendendo questi ultimi sempre più rispondenti alle reali esigenze delle persone e delle loro famiglie;
- promuovere ulteriormente l'appropriatezza e la qualità, nel solco delle azioni già intraprese dalla Giunta regionale negli anni passati;
- migliorare l'organizzazione delle strutture sanitarie e sociosanitarie mediante il più efficiente utilizzo delle risorse disponibili;
- favorire la crescita professionale degli operatori della sanità nonché l'occupazione.

Il nuovo modello organizzativo di presa in carico della cronicità e la programmazione delle prestazioni sanitarie all'interno del Piano Assistenziale Individuale (PAI) contribuiranno a ridurre in via tendenziale le liste di attesa.

In ordine alle modalità di governo delle liste e dei tempi di attesa per l'anno 2018, allo scopo di rendere omogenee su tutto il territorio Nazionale le regole per la compilazione della diagnosi o del sospetto diagnostico prevalente e a parziale superamento di quanto indicato nella DDGGRR N. 38571/98 e s.m.i. n. 1775/11, 3993/15 e in considerazione del sempre maggior utilizzo della Ricetta Elettronica per le prescrizioni di diagnostica ambulatoriale, si procede a semplificare l'assegnazione della classe di priorità.

Si segnala inoltre che Regione Lombardia ha aderito al progetto di Ricerca promosso e finanziato dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali – Agenas “Applicazione diffusa priorità cliniche alle prestazioni specialistiche ambulatoriali”.

La fase di avvio, che prevede l'implementazione di un modello basato su priorità cliniche condivise fra medici prescrittori e specialisti sarà applicata su base sperimentale a partire da alcune aree territoriali da individuarsi a seguito di opportune indagini epidemiologiche nonché sulla base dei dati empirici ad oggi raccolti attraverso pregresse esperienze di cosiddetta “integrazione ospedale-territorio”.

Le azioni, le modalità esecutive e le linee di intervento specifiche sul governo dei tempi di attesa, saranno articolate in un apposito provvedimento in corso di definizione.

2.4. Percorsi di accompagnamento della fragilità

Per rispondere in modo sempre più appropriato ai bisogni delle persone con fragilità, i servizi sociosanitari sono stati interessati negli ultimi anni da una profonda trasformazione. In particolare, i servizi maggiormente interessati nella risposta ai bisogni di queste persone sono principalmente rappresentati da: l'assistenza domiciliare integrata (ADI), i Centri Diurni Integrati (CDI), le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), le Residenze Sanitarie per Disabili (RSD) e le strutture di cure intermedie.

Con la finalità di realizzare modelli di integrazione funzionale e informativa tra componente sanitaria territoriale, ospedaliera e sociosanitaria lo sforzo di Regione Lombardia nel percorso di presa in carico della cronicità è stato quello di costituire organizzazioni flessibili ed integrate in grado di generare una propria offerta che, insieme all'ospedale ed alle cure primarie, creino un circuito virtuoso di integrazione.

In tal senso la stessa DGR X/6551 del 2017 prima, e la DGR X/7038 del 2017 poi, contemplano la casistica di utenza particolare che oltre allo stato di cronicità presenta una condizione di fragilità che richiede la soddisfazione di bisogni non esclusivamente sanitari, ma anche psico – socio – educativi. Infatti, si stima che in Regione Lombardia ci siano circa 600.000 persone in condizione di fragilità, che non sono noti *frequent user* ma che hanno bisogni tali da richiedere una presa in carico integrata sanitaria e sociosanitaria. A partire dal 2018 dovranno essere integrati, nella gamma di servizi per la presa in carico del paziente cronico, anche le tipologie di servizio socio-sanitario, con particolare riferimento alle seguenti fragilità: demenza, disabilità, salute mentale con doppia diagnosi di dipendenza. Ad esempio:

- per minori e adulti con disabilità diversificate, minori con sindrome di autismo: riabilitazione ambulatoriale, servizi semi residenziali, a ciclo diurno e residenziali per persone con disabilità, ADI, RSD;
- anziani fragili e persone con forme di demenza diversificate: ambulatori diagnostico-terapeutici, ADI, ADP/MMG, CDI, RSA, Nuclei Alzheimer, RSA aperta, Cure intermedie.
- persone tossicodipendenti con doppia diagnosi: SERT/SMI, comunità, strutture psichiatriche semi residenziali e residenziali.

A questo proposito, nel 2018 verranno avviate azioni innovative di presa in carico sociosanitaria, anche attraverso azioni di carattere sperimentale attuate a livello territoriale, con l'individuazione della sperimentazione di una tariffa di presa in carico specifica per le problematiche e le fragilità sopra identificate.

Nell'ambito dei percorsi di accompagnamento delle fragilità le ATS e le ASST hanno compiti specifici in tema di soccorso e assistenza sociosanitaria alle donne vittime di violenza. Onde agevolare l'attuazione delle linee guida nazionali di prossima emanazione, (Intesa

sull'adozione - Conferenza Stato-Regioni del 23 novembre 2017), la DG Welfare e la DG Reddito d'Autonomia e Inclusione Sociale forniranno congiuntamente ad ATS e ASST indirizzi specifici nel merito.

La condizione di fragilità e vulnerabilità necessita spesso, come sopra detto, di percorsi integrati che prevedono progetti personalizzati di supporto psico-socio educativo alla persona e alla famiglia e quindi chiamano in causa, i livelli istituzionali di riferimento

2.5. I presidi territoriali POT e PRESST

Regione Lombardia prosegue nel percorso avviato nel 2017 per rafforzare il proprio sistema di offerta, in coerenza con la riforma e con le con le D.G.R. n. X/6164/2017 e D.G.R. n. X/6551/2017 sulla presa in carico del paziente cronico. In tale ambito si inserisce lo sviluppo e l'implementazione dei Presidi Socio-Sanitari Territoriali (PreSST) e dei Presidi Ospedalieri Territoriali (POT).

Con successivo specifico atto di giunta regionale saranno definiti i requisiti di accreditamento istituzionale dei servizi attivabili in tali presidi, tra i quali le degenze di comunità. In tale atto saranno anche definite le modalità con cui i soggetti erogatori interessati dovranno provvedere, ove necessario, ad abilitare all'esercizio e accreditare i presidi. Sia pure in una logica di estrema flessibilità strutturale ed organizzativa, i PreSST e i POT devono, infatti, possedere gli strumenti necessari ad assicurare parte dei servizi di primo livello per la gestione del percorso dei pazienti presi in carico.

In questo contesto è necessario delineare un percorso comune che possa guidare le specifiche attività già avviate o da avviare a livello territoriale sulla base di proposte che potranno essere avanzate dalle ATS di riferimento, anche con il coinvolgimento delle unità d'offerta sociosanitarie.

Coerentemente con questo percorso, il medesimo specifico atto di giunta definirà le modalità di stabilizzazione di attività sperimentali già in atto nei diversi territori quali ad esempio:

- l'evoluzione in POT della sperimentazione "STAR - Servizio Territoriale di Assistenza Residenziale" di cui alla D.G.R. n. X/6766/2017, presso la Fondazione Richiedei – polo sociosanitario di Gussago;
- il proseguimento e l'eventuale implementazione della sperimentazione "Primo intervento geriatrico" di cui alla D.G.R. n. X/6503/2017, presso gli Istituti Milanesi Martinitt e Stelline e Pio Albergo Trivulzio di Milano per gli anziani che accedono al pronto soccorso dell'ASST Fatebenefratelli-Sacco;
- la trasformazione in degenza di comunità dell'attività attualmente svolta presso il presidio ospedaliero di Viadana dell'ASST di Mantova;
- l'avvio di ulteriori sperimentazioni di degenze di comunità a coordinamento infermieristico.

2.6. Medicina diffusa

All'interno della DGR X/6164 del 30/01/2017, che disciplina le principali funzioni del gestore, è possibile riscontrare la previsione di servizi volti ad assicurare l'accesso alla medicina diffusa, quali ad esempio la telemedicina.

La medicina diffusa, intesa quale insieme delle metodiche di assistenza al domicilio del paziente che fanno ricorso alle nuove tecnologie, rappresenta un fattore critico di successo nel percorso di riforma in atto ed, in particolare, nella presa in carico.

A questo proposito, la Regione intende avviare un percorso finalizzato alla messa a sistema sul territorio regionale della medicina diffusa, attraverso la definizione di requisiti di accreditamento e di un sistema di remunerazione.

In tal senso è prevista l'istituzione di un Tavolo di lavoro in merito all'applicazione delle Linee di indirizzo nazionali sulla Telemedicina, con i seguenti obiettivi:

- catalogare tutti i progetti di telemedicina attivi in Regione, che coprono l'intera gamma dei Servizi di Telemedicina (Telemedicina specialistica, Teleconsulto, Telecooperazione sanitaria);
- compilare per ognuno dei progetti di telemedicina attivi, di una scheda standard, predisposta a partire dai contenuti delle Linee di indirizzo, per consentire la rilevazione di tutti i parametri utili al calcolo degli indicatori proposti dalle stesse Linee di indirizzo;
- identificare alcune criticità di carattere organizzativo e tecnico, la cui definizione è considerata fattore abilitante all'eventuale estensione su scala regionale dei progetti di telemedicina in essere;
- sviluppare un'analisi del potenziale fabbisogno di servizi di telemedicina sul territorio lombardo;
- definire un nomenclatore delle prestazioni di medicina diffusa ed i requisiti di accreditamento per i soggetti abilitati all'erogazione delle suddette prestazioni per conto del SSR;
- definire in via sperimentale il sistema di remunerazione che, considerata la medicina diffusa una modalità alternativa di erogazione delle prestazioni ambulatoriali al domicilio del paziente, in prima istanza prenderà come riferimento il nomenclatore tariffario delle prestazioni ambulatoriali.

Questi passaggi consentiranno di abilitare ed incentivare gli strumenti di medicina diffusa nell'ambito dei programmi di presa in carico, divenendo le prestazioni di telemedicina parte della tariffa omnicomprensiva definita nei set di riferimento. Il Tavolo di lavoro avrà anche la responsabilità di monitorare gli impatti degli strumenti della medicina diffusa sulla presa in carico in termini di miglioramento dell'outcome e di recupero di efficienza (riduzione ospedalizzazioni per complicazioni, accessi in PS, etc).

2.7. Prevenzione

Le delibere di Presa in carico del paziente cronico e fragile (DGR X/6164/2017 e DGR X/6551/2017), in accordo con quanto disciplinato a livello centrale dal Piano Nazionale della Cronicità, pongono l'attenzione sulla necessità di porre in essere delle attività strutturate di prevenzione delle malattie croniche, al fine di contenerne la diffusione e definire un percorso di gestione delle stesse. In particolare, il Piano Nazionale della cronicità pone come punti cardine della prevenzione elementi quali l'informazione, educazione ed empowerment del paziente con l'obiettivo di miglioramento della qualità della vita.

L'attuale fase di evoluzione del sistema socio sanitario regionale avviata con la legge regionale n. 23/2015 ha raggiunto un grado di strutturazione del nuovo sistema di presa in carico del percorso di cura delle persone con malattia cronica, che rende maturo il completamento del sistema di offerta in relazione alla dimensione della "prevenzione" che persegue un "guadagno di salute" capace di:

- ritardare/ridurre la domanda "sanitaria"
- ritardare/ridurre/sostenere le fragilità
- Incidere complessivamente positivamente su benessere e qualità della vita di persone e comunità.

Le attività di prevenzione sono in particolar modo di rilevante importanza per gli utenti classificati a livello 4 e 5 della piramide di prevalenza della cronicità. In particolare si tratta di utenti non ancora "cronici", che utilizzano i servizi sanitari e sociosanitari in modo sporadico o che attualmente ancora li utilizzano, e per i quali il punto di attenzione maggiore è quello di riuscire a gestire a monte una eventuale insorgenza di una malattia cronica. Tale tipologia di utenza è prevalentemente afferente alle strutture territoriali di riferimento, oltre ai Medici di Medicina Generale. Questi ultimi, in tale ottica dovranno svolgere sempre di più un ruolo attivo nell'arruolamento, presa in carico, gestione e follow up del paziente cronico e fragile al fine che quest'ultimo fruisca in modo appropriato dei servizi offerti.

L'attività di prevenzione, al fine di essere efficace ed indirizzata al ventaglio di utenza complessivo, deve essere supportata da un'analisi strutturata e aggiornata del contesto. Ciò in particolare, può essere fatto mediante lo sviluppo di strumenti di analisi predittiva (noti con il termine *predictive analytics*) che possono permettere in modo automatizzato di quantificare il trend di evoluzione nei prossimi anni delle patologie croniche, accingendo in modo simultaneo a diverse fonti dati e sfruttando l'informazione in essi contenuta. Tali strumenti, di cui la Regione Lombardia intende dotarsi, accingendo a database pubblici, quali ad esempio quelli afferenti a dati sociodemografici ed epidemiologici e, utilizzando delle proxy di calcolo, permetteranno di delineare degli scenari evolutivi in termini di incidenza delle patologie croniche sul territorio regionale e nazionale, al fine di fungere da base per la strutturazione di politiche in tema di prevenzione.

Un altro strumento di cruciale importanza riguarda la gestione del paziente cronico e fragile da parte del MMG, ciò al fine di strutturare dei percorsi ad hoc, in particolare valutando la possibilità di avviare progettualità integrate a livello regionale con i MMG, al fine di affidare a questi ultimi la presa in carico di appositi percorsi assistenziali di pazienti fragili e a rischio di cronicità che ad oggi accedono in modo saltuario presso i servizi sanitari e sociosanitari. Tali pazienti potrebbero, in un'ottica di maggiore appropriatezza, seguire un percorso assistenziale e di miglioramento degli stili di vita, seguito dal MMG, avendo da quest'ultimo anche un accompagnamento costante durante tutte le fasi assistenziali volte alla prevenzione della malattia cronica. Interventi specifici potrebbero essere previsti in via sperimentale anche nelle RSA.

Una ulteriore leva su cui poter agire riguarda l'applicazione della medicina diffusa alla prevenzione delle malattie croniche. Come definito, infatti dal Piano Nazionale della Cronicità, i punti cardine della prevenzione in tale ambito sono l'informazione, l'educazione e l'empowerment del paziente con l'obiettivo di miglioramento della qualità della vita. Ciò può essere sviluppato mediante appositi moduli di coaching virtuali o svolti fisicamente presso alcune strutture territoriali su diversi ambiti (es. fumo, corretta alimentazione, diabete, etc.) al fine di perseguire un percorso strutturato a livello regionale sul corretto stile di vita. Su tale ambito è possibile, anche in base ai dati epidemiologici territorialmente disponibili, strutturare diversi percorsi di coaching mediante delle sperimentazioni promosse a livello regionale con i MMG. L'effetto correlato a tale attività è quello di garantire una diffusione del corretto stile di vita in modo strutturato con l'obiettivo di mantenere sempre più lontano gli utenti da comportamenti che potrebbero sfociare nella manifestazione di una patologia cronica.

Vista la rilevanza del tema prevenzione, e visti i suoi risvolti in ambito di gestione della cronicità e dei percorsi di presa in carico del paziente cronico, è fondamentale dunque che ogni attore della filiera sia coinvolto nell'attività di prevenzione. Oltre ai già citati MMG/PLS devono avere un ruolo attivo anche i POT e PreSST, non solo come erogatori di servizi (es. screening e vaccinazioni), ma anche come soggetti che monitorano comportamenti che possono portare l'insorgere di malattie croniche e promuovono comportamenti e stili di vita che allontanano le malattie croniche.

Strategie ed azioni del sistema socio sanitario regionale per la prevenzione della cronicità, declinate in coerenza con gli obiettivi di sistema del piano regionale di prevenzione 2014 – 2018, implementano e sostengono "processi di salute" in tutte le diverse fasce di età (*life circle*) e nei diversi contesti comunitari di vita delle persone. La prevenzione della cronicità è infatti centrata sull'orientamento degli stili di vita delle persone verso comportamenti favorevoli alla salute ma l'efficacia di tale processo è vincolata al riconoscimento della sua complessità. Gli stili di vita sono infatti determinati dalla interazione tra le caratteristiche personali dell'individuo, le interazioni sociali, le condizioni socio-economiche e di contesto ambientali, inoltre sono continuamente interpretati e messi alla prova in diverse situazioni sociali e pertanto non sono fissi, ma soggetti al cambiamento.

E' fondamentale quindi che la prevenzione delle malattie croniche sia improntata a criteri di sostenibilità organizzativa oltre che economica così da garantire continuità e coerenza all'azione, intersectorialità per riconoscere ed attivare il ruolo dei diversi soggetti "sociali"

che concorrono a vario titolo al processo di salute, equità attraverso una strategia di "universalismo selettivo" inteso come capacità di tailorizzare/orientare l'offerta generale a specifiche fasce di soggetti/gruppi di popolazione maggiormente esposti a fattori di rischio comportamentali e più resistenti a cambiamenti/compliance in relazione a fattori socio-economici di fragilità, attraverso una analisi della domanda che incroci tali indicatori con l'attuale stratificazione su indicatori sanitari/di consumo.

Le fasi del percorso prevedono il coinvolgimento attivo delle associazioni di pazienti/familiari nonché di altri soggetti che a vario titolo hanno ruolo nello sviluppo dei fattori di offerta del percorso, tra questi i Comuni, le Università, le Società scientifiche, le Associazioni professionali, di promozione sociale, ecc..

Fondamentale in tale percorso la dinamica relazionale e comunicativa attivata dai diversi soggetti che agiscono nella presa in carico, con l'obiettivo di mettere in grado le persone con malattia cronica o fattore di rischio di esercitare un maggiore controllo sulle proprie condizioni di salute, sostenendone la scelta competente e consapevole di porsi in una posizione di collaborazione e co-produzione con il team socio-assistenziale, così da renderle parte attiva nel proprio processo di salute/cura (rallentare/ridurre l'aggravamento e migliorare qualità della vita). E' di riferimento in questo senso il modello del Patient and Family Engagement inteso come costruito - ombrello all'interno del quale si collocano i concetti di aderenza, compliance, empowerment, health literacy, shared decision making, che qualifica lo scambio sistemico tra domanda e offerta di servizi sanitari, ai suoi diversi livelli e nelle sue diverse situazioni. Al fine di contribuire al percorso di definizione di raccomandazioni e linee di indirizzo sulle metodologie e sugli strumenti più efficaci e sostenibili per la messa a sistema di tale approccio nel percorso della cronicità, la DG Welfare insieme all'Università Cattolica di Milano, con la supervisione metodologica dell'Istituto Superiore di Sanità, ha promosso una conferenza di consenso che ha costituito un ambiente di scambio e di discussione tra esperti appartenenti a diversi contesti clinici e istituzionali e rappresentanti di associazioni di pazienti, i cui esiti scientifici saranno a breve disponibili.

2.8. Qualità dell'accompagnamento

La DGR X_6551 del 04 maggio 2017 prevede l'istituzione di un meccanismo di premialità per il gestore per il quale l'ATS compri una capacità di coniugare appropriatezza ed efficacia di presa in carico ed evidenti benefici per il singolo paziente e per l'intero sistema. Nel corso del 2018, Regione Lombardia, con apposito provvedimento, definirà uno specifico percorso finalizzato a costituire una metodologia di premialità che prevede:

La selezione degli indicatori specifici di appropriatezza organizzativa e clinica, legati a percorsi di presa in carico del paziente cronico, basati su evidenze scientifiche e standard di riferimento. Ad esempio: indicatori di appropriatezza nelle patologie oncologiche o nelle patologie cardiovascolari definiti dal Programma Operativo Appropriatazza del Ministero della Salute; indicatori di valutazione del livello assistenziale e di valutazione del ricorso alla medicina diffusa (incentivare la telemedicina e il domicilio rispetto al ricorso alla struttura).

Una metodologia di valutazione degli indicatori di appropriatezza per singolo gestore che prenda in considerazione la diversità di servizi offerti e di risorse impiegate.

Una metodologia di valutazione dei benefici di outcome attesi per specifici percorsi di presa in carico, identificando, sulla base di percorsi e/o protocolli clinico assistenziali derivati dalle Linee Guida per standardizzare i processi, indicatori di esito.

L'identificazione di un sistema di misurazione oggettiva dei benefici economici attesi derivanti da appropriatezza organizzativa e clinica e da outcome positivi, finalizzata alla quantificazione dei risparmi di sistema e quindi della premialità complessiva.

La definizione di un meccanismo di riparto della premialità tra i gestori, basato sull'esito degli indicatori selezionati e dei benefici rilevati; su incentivi a percorsi e servizi più in linea con le attese (ad esempio: ricorso alla medicina diffusa).

2.9. I progetti speciali e specificità territoriali

2.9.1. Progetto Milano

Nel corso del 2017 è stata data attuazione alla legge regionale n. 23/2015 nell'area urbana di Milano, attraverso la realizzazione delle azioni previste dal Progetto Milano, di cui alla d.g.r. n. 5954/2016.

In particolare, è stato completato il passaggio delle funzioni dall'ATS Città Metropolitana di Milano alle ASST del territorio, è stato costituito un Centro Servizi Milano (CSM) per garantire la continuità dell'assistenza tra le strutture di ricovero e cura e i setting assistenziali necessari dopo la dimissione e sono state realizzate iniziative per garantire una reale presa in carico.

L'attuazione dell'intero Progetto Milano è stata coordinata dal Collegio dei Direttori Generali, in collaborazione con la Direzione Generale Welfare nella fase di start up. L'Advisory Board sociosanitario della Città di Milano (composto dai Direttori Sociosanitari delle ASST e dell'ATS e i Direttori Sanitari delle Fondazioni IRCCS) ha assicurato una regia coordinata del processo, rappresentando uno specifico strumento operativo per l'individuazione di interventi migliorativi e il monitoraggio costante sull'andamento delle attività, sia a livello complessivo sia per le specifiche aree di lavoro.

Entro il 31/12/2017 deve essere concluso il passaggio di personale, le risorse economiche e il patrimonio dalla ATS della Città Metropolitana di Milano alle ASST Nord Milano, ASST Grande Ospedale di Niguarda, ASST Fatebenefratelli-Sacco, ASST Santi Paolo e Carlo, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, relativamente alle funzioni di competenza.

Nel 2018, l'attuazione della legge regionale n. 23/2015 nell'area urbana di Milano, proseguirà implementando iniziative e azioni orientate alla sua "armonizzazione" dei percorsi relativamente al processo di presa in carico delle persone con patologie croniche, garantendo un approccio unitario ed integrato. In questa prospettiva opererà il Collegio dei Direttori Generali e sarà orientata l'attività dell'Advisory Board sociosanitario.

2.9.2. Le farmacie a supporto della presa in carico

Le farmacie sono spesso uno dei punti di riferimento per la persona con cronicità e dei suoi familiari in quanto rappresentano un agevole punto di accesso, anche in funzione della loro capillarità sul territorio.

La DG Welfare nel corso del 2018, valutando i servizi necessari sul territorio, promuoverà le iniziative relative all'evoluzione dei servizi per il cittadino presso le farmacie pubbliche e private aperte al pubblico, in accordo con le competenti ATS e nel rispetto delle risorse disponibili, con particolare riferimento a progetti che favoriscano l'aderenza terapeutica ai trattamenti farmacologici nei pazienti cronici.

In particolare, nella ATS della Montagna (o, in alternativa, nella realtà territoriali a bassa densità abitativa caratterizzate da estrema difficoltà di accesso ai servizi legata alle distanze e numero limitato di erogatori di prestazioni specialistiche ambulatoriali), le farmacie, in via sperimentale, potranno assumere funzione di "microerogatori" a favore degli erogatori della rete della presa in carico.

Le strutture accreditate a contratto potranno stipulare con le farmacie, accordi per l'erogazione di prestazioni specialistiche sanitarie "di base" (ECG, Holter pressorio, spirometria) per le quali la Struttura accreditata è impegnata con contratti avvalimento con gestori o per i quali è a sua volta gestore; la Struttura accreditata a contratto assicura la verifica circa la qualità della prestazione resa dalle farmacie alle quali riconoscerà una quota parte della tariffa di cui al vigente nomenclatore; l'accordo disciplinerà anche le forme di rendicontazione affinché la Struttura accreditata a contratto possa rendicontare dette prestazioni nel normale flusso informativo di cui alla circ. 28/san e segg..

Le prestazioni che potranno essere erogate dalle farmacie sono esclusivamente quelle esenti e richieste all'erogatore nell'ambito del percorso di presa in carico del paziente cronico.

Gli erogatori, che sono anche gestori nella rete della presa in carico del paziente cronico, potranno contemplare nell'accordo anche ulteriori attività svolte dalle farmacie quali il monitoraggio dell'aderenza terapeutica e il counseling motivazionale per la promozione di sani stili di vita, nel quadro di un reciproco riconoscimento e valorizzazione delle competenze.

2.10. Comunicazione istituzionale

Nel 2018 l'attività di comunicazione e informazione dovrà agire come 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 delle nuove opportunità di presa in carico attivate in attuazione della l.r. 23/2015 di evoluzione del sistema sociosanitario lombardo.

Con riferimento alla presa in carico dei pazienti cronici e/o in condizioni di fragilità sociosanitaria gli enti del Sistema Sanitario e Sociosanitario dovranno in particolare puntualmente assicurare informazione sulle modalità di partecipazione al nuovo percorso: ai cittadini e alla loro famiglie, ma anche a tutti target potenzialmente coinvolti dal processo.

Più in dettaglio:

- le Agenzie di Tutela della Salute produrranno e invieranno entro i primi mesi del 2018 a ogni cittadino lombardo eleggibile alla nuova modalità di presa in carico una lettera personalizzata contenente le informazioni necessarie a valutare la nuova offerta di servizi, per poter consapevolmente aderire e individuare il gestore del proprio percorso di cura;
- i soggetti risultati idonei come Gestori dovranno concorrere a diffondere corretta informazione sui percorsi di orientamento dei cittadini verso l'adesione al nuovo modello, alla sottoscrizione del patto di cura e alla stesura del Piano Assistenziale Individuale;
- Gestori, Co-gestori ed Erogatori idonei dovranno informare i cittadini sulle nuove modalità operative, anche attraverso strumenti o punti informativi specifici dedicati ai pazienti cronici e ai loro familiari/care giver; oltre che alla popolazione, l'informazione dovrà essere assicurata anche agli enti locali e agli stakeholder, ma anche a tutte le categorie professionali del sistema sanitario e sociosanitario concorrenti alla buona applicazione del modello (medici, infermieri, farmacie, associazioni di volontariato, ecc.);
- gli Uffici Relazione con il Pubblico degli enti erogatori - pubblici e privati accreditati - dovranno essere opportunamente informati e formati sui percorsi di accesso ai servizi riservati ai pazienti cronici e fragili specifici di ciascuna azienda.

In generale, inoltre, poiché la comunicazione deve valorizzare una comune identità di sistema, si ricorda la necessità di applicare correttamente i marchi identitari aziendali su tutti i materiali prodotti. L'eventuale necessità di associare al brand aziendale il marchio di altri soggetti (ad es. un'Università) non dovrà generare nuovi marchi congiunti, ma sarà gestita in affiancamento, secondo le consuetudini del co-branding.

Si ribadisce inoltre l'importanza di proseguire con l'attività di aggiornamento dei siti aziendali ai cambiamenti organizzativi/funzionali introdotti dalla l.r. 23/2015, così da assicurare al cittadino il facile reperimento di ogni informazione necessaria all'accesso e alla fruizione dei servizi sanitari e sociosanitari.

In relazione a quanto sopra descritto le Agenzie di Tutela della Salute, d'intesa con la Direzione Generale Welfare, dovranno svolgere attivamente funzione di coordinamento

territoriale e di verifica dell'efficacia delle azioni di comunicazione intraprese. Ogni ATS pertanto dovrà curare l'integrazione funzionale delle attività realizzate nell'ambito di riferimento, relazionandosi con i soggetti afferenti, sia del sistema pubblico (ASST, IRCCS) sia del privato accreditato, sanitario e sociosanitario.

Da ultimo si ricorda la necessità di aderire alle convenzioni centrali di ARCA per la fornitura di servizi di comunicazione, così da assicurare anche attraverso un unico fornitore il più alto grado di coordinamento.

3. Programmi e attività consolidate

3.1. Programmazione, accreditamento e negoziazione

3.1.1. Indirizzi regolatori per la programmazione regionale nell'ambito della rete d'offerta sanitaria e sociosanitaria

La programmazione regionale in materia di accreditamento prosegue per l'anno 2018 secondo le linee di indirizzo introdotte dalla l.r. n. 23/2015, puntando ad una sempre maggiore integrazione tra l'ambito sanitario e quello sociosanitario, tra ospedale e territorio. Pertanto, i principali indirizzi per la programmazione regionale sono definiti considerando i seguenti obiettivi strategici regionali per il 2018:

- mantenere l'allineamento con le indicazioni ed i parametri previsti nel DM n. 70/2015 per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera per acuti e riabilitativa, puntando ad una sempre più equilibrata distribuzione dell'offerta sul territorio delle singole ATS;
- rafforzare la costruzione ed il ruolo delle reti clinico-assistenziali, nella gestione dei percorsi diagnostico terapeutici delle principali patologie, misurandone gli impatti in termini di risultato clinico (outcome) in coerenza con il percorso di presa in carico della cronicità;
- completare la trasformazione della rete di offerta lombarda con la piena attuazione dei POT e dei PreSST, attraverso la definizione dei requisiti di accreditamento e l'avvio di sperimentazioni volte, in coerenza con la mission già loro attribuita con precedenti deliberazioni, a intervenire su aree critiche del Sistema Sanitario Lombardo;
- avviare iniziative di programmazione dell'attività sanitaria specifica per intervenire sui alcuni indicatori della griglia LEA, al fine di rafforzare il posizionamento di Regione Lombardia, con la collaborazione delle ATS.

In questa prospettiva, un ambito di intervento particolarmente significativo avviato nel corso del 2017 è la riclassificazione delle unità di offerta di cure palliative, in coerenza con quanto previsto dalla nuova normativa LEA e finalizzata a promuovere la convergenza dei modelli residenziali e domiciliari di cure palliative, storicamente sviluppati attraverso percorsi paralleli in capo a due diversi Assessorati. Grazie alla nuova impostazione, si è pervenuti ad un unico profilo di hospice e ad un unico profilo di unità di cure palliative domiciliari, afferenti ad un'unica rete territoriale, in grado di garantire un percorso assistenziale integrato nei diversi livelli erogativi, dal domicilio al ricovero.

Gli strumenti introdotti per garantire la continuità tra ospedale e territorio comprendono la rete regionale di cure palliative, con funzioni di coordinamento e le sue articolazioni locali, coordinate dai Dipartimenti di cure palliative delle ASST, che sono chiamate a costituire le reti locali di cure palliative. I compiti delle reti locali comprendono la definizione di percorsi assistenziali condivisi e il coordinamento della presa in carico del cittadino a partire da uno qualunque dei nodi che compongono la rete. In questo modo l'attività ospedaliera può realmente integrarsi con l'attività svolta a livello ambulatoriale e domiciliare dai vari gestori operanti sul territorio offrendo al cittadino un'assistenza continuativa e coordinata anche per percorsi complessi.

Tra gli obiettivi raggiunti con la riclassificazione si evidenziano:

- l'armonizzazione dei modelli residenziali e domiciliari di cure palliative in ambito sanitario e sociosanitario in coerenza con i nuovi LEA, collocando le cure palliative, anche se erogate all'interno di una struttura ospedaliera, nell'ambito dell'assistenza sociosanitaria territoriale;
- il superamento della frammentarietà del sistema, ancora centrato sull'offerta, per garantire il coordinamento della presa in carico e del percorso di cura: costituzione della Rete Regionale e delle Reti di erogatori di cure palliative;
- la garanzia di percorsi rapidi e semplificati per una tempestiva presa in carico;
- la costruzione di sinergie e connessioni organizzative tra i vari livelli di erogazione, tra ospedale e territorio, tra sanitario, sociosanitario e sociale;

- la promozione dell'umanizzazione delle cure.

3.1.2. Accreditemento

Il sistema lombardo, come previsto dalla l.r. n. 23/15, conferma tra le proprie specificità, la prerogativa di spostare il vero momento programmatico dall'accreditemento alla contrattualizzazione.

La concessione dell'accreditemento 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.

Pertanto, al fine di favorire l'innalzamento del livello qualitativo degli erogatori presenti sul territorio, anche per il 2018 è possibile presentare alle ATS territorialmente competenti istanze di nuovi accreditamenti, ampliamenti e trasformazioni, sia in ambito sanitario che sociosanitario, secondo le vigenti procedure regionali, nel rispetto delle indicazioni specifiche previste dal presente provvedimento e dal DM n. 70/2015.

In riferimento ai vincoli posti dal DM n. 70/2015, si conferma che anche nel corso del 2018 non saranno possibili nuovi accreditamenti, ma solo trasformazioni e riconversioni, per le attività di ricovero per acuti, di degenza di riabilitazione e di cure intermedie.

Per quanto riguarda le sole degenze di riabilitazione ospedaliera, ogni ATS, qualora l'indice dei posti letto non sia superiore allo 0,7 posti letto per 1000 abitanti, così come indicato all'art. 1 del DM 70, potrà valutare una diversa distribuzione dei posti letto di riabilitazione, senza aumentarne il numero complessivo di ATS, con il vincolo che i posti letto di riabilitazione di mantenimento e generale geriatrica non possono comunque essere trasformati in posti letto riabilitazione specialistica.

Si riconferma che anche per il 2018 non sono possibili nuove autorizzazioni e nuovi accreditamenti per le attività di PMA, come già richiamato dalla D.G.R. n. X/4103/2015, fino all'approvazione del DM in applicazione dei nuovi LEA.

Al fine di integrare le attività sanitarie e sociosanitarie, si conferma che i Servizi di Medicina di Laboratorio (SMEL) possano attivare presso le RSA e i CDI punti prelievo esterni di cui all'allegato 3B della D.G.R. n. 3313/2001 in struttura sanitaria o sociosanitaria accessibili a tutti cittadini, a condizione che le strutture ospitanti abbiano lo stesso "status" autorizzativo o di accreditamento dello SMEL e che sia indicato in modo inequivocabile che l'attività di prelievo è in capo allo SMEL.

Fatte salve le eccezioni di cui sopra, possono, pertanto, essere accreditate le strutture sanitarie pubbliche e private autorizzate, nonché le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private che abbiano presentato la SCIA e che siano in possesso dei requisiti strutturali, tecnologici, gestionali ed organizzativi previsti dal DPR 14 gennaio 1997, nonché degli ulteriori requisiti stabiliti dalla Giunta regionale.

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

I processi di autorizzazione, di messa in esercizio e di accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie, nonché i requisiti minimi autorizzativi e di accreditamento generali e specifici sono definiti, anche nelle modalità di assolvimento, dalla Giunta Regionale, così come previsto dalla citata l.r. n. 23/15.

In conformità alle disposizioni della l.r. 23/2015, in particolare art.6 e art.15, e al fine di dare pieno adempimento alla DGR 4406/2015 "Recepimento dell'Intesa del 19 febbraio 2015, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della Legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome in materia di adempimenti relativi all'accreditemento delle strutture sanitarie", in particolare laddove prevede al pto.4: "di dare mandato alla Direzione Generale Welfare di adottare ogni necessario provvedimento per consentire l'esecuzione del presente atto" viene costituita, entro il 15/02/2018, la Cabina di Regia dell' Organismo Tecnicamente Accreditemante. La Cabina, composta da un rappresentante di ciascuna ATS

e da un coordinatore scelto tra i valutatori regionali inseriti nell'Elenco Nazionale degli auditor/valutatori degli Organismi Tecnicamente Accreditanti (OTA), ha il compito principale di redigere, in conformità alle indicazioni nazionali espresse con il manuale di Valutazione degli Organismi Tecnicamente Accreditanti, un unico Manuale per la declinazione dell'operatività dell'OTA, in un'ottica di uniformare il sistema di autorizzazione/accreditamento delle strutture sanitarie e di armonizzare i Manuali attualmente in uso.

Si riconferma che, in ambito sanitario, i processi di autorizzazione, di messa in esercizio e di accreditamento delle strutture sono gestiti attraverso l'applicativo ASAN (Anagrafica Regionale delle Strutture Sanitarie - Autorizzazione e Accreditamento), secondo i disposti della l.r. 23/15 e delle D.G.R. n. 38133/1998 e 3312/2001 e smi. L'utilizzo di tale applicativo, in sostituzione del precedente, è stato già formalizzato, con DGR n. 5954/16 "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Sociosanitario per l'esercizio 2017" . L'implementazione di ASAN consente e favorisce da parte dei componenti dell'OTA l'applicazione uniforme delle procedure, delle tempistiche e dei requisiti, derivati da normative nazionali e regionali di settore agevolando, inoltre, anche gli uffici regionali nella predisposizione dell'aggiornamento del Registro Regionale delle Strutture Accreditate e nell'aggiornamento del Manuale dell'Accreditamento

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

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

Regione Lombardia, verificata la completezza dei provvedimenti adottati dalle ATS e la rispondenza alle indicazioni regionali, a conclusione e perfezionamento dei provvedimenti stessi, procede all'iscrizione o all'aggiornamento nei registri informatizzati ASAN e AFAM, dandone riscontro con nota di presa d'atto alle ATS interessate e ai soggetti gestori.

Gli effetti giuridici dell'accREDITamento decorrono dalla data di iscrizione/aggiornamento al registro regionale.

Si conferma la possibilità che i soggetti gestori di più unità d'offerta sanitarie o sociosanitarie accreditate, anche di diversa tipologia, possano chiedere il riconoscimento di ente unico gestore, la cui competenza anche per il 2018 rimane in capo a Regione.

Si riconferma, per le strutture sanitarie, la possibilità di utilizzare per i ricoveri a carico del SSN, quindi sia per pazienti lombardi che per pazienti fuori regione, esclusivamente i posti letto accreditati e a contratto.

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

3.1.2.1. Unità d'offerta sociosanitarie con piano programma

Con la D.G.R. n. 4702/2015, il termine per il completamento i lavori di adeguamento ai requisiti strutturali e tecnologici vigenti è stato prorogato al 31/12/2017 per le unità di offerta sociosanitarie e al 31/12/2020 per le strutture sanitarie.

L'ultimo monitoraggio dello stato di attuazione dei piani programma evidenzia, alla data del 30/11/2017, ancora 29 unità di offerta con lavori non conclusi, come specificato nella seguente tabella.

Tipologia	n. udo in piano programma	n. udo totali
RSA	6	692
CDI	2	307
RSD	6	97
CDD	2	265
CSS	4	170
CF	2	235
RIA/INT.	7	43
TOTALE	29	1809

Per queste strutture, permangono tuttora valide le motivazioni della mancata conclusione dei piani programma già evidenziate e specificate nella citata D.G.R. n. 4702/15, a cui si aggiunge, in applicazione della l.r. n. 23/15, il passaggio di unità d'offerta sociosanitarie ad ASST con piani di adeguamento in corso e la conseguente necessità di aggiornare o reimpostare i piani programma in funzione della nuova collocazione aziendale.

Dovranno essere oggetto di attenta rivalutazione, in particolare, i casi in cui la nuova collocazione abbia comportato un trasferimento di sede delle unità d'offerta sociosanitarie, non necessariamente già in piano di adeguamento, presso strutture sanitarie ancora in fase di adeguamento.

Visto e considerato quanto sopra, rilevata la necessità di dare attuazione alla normativa di sistema che ha unificato gli ambiti sanitario e sociosanitario e di consentire il completamento degli interventi mancanti, per evitare l'interruzione di attività assistenziali con funzioni di servizio pubblico e danni gravi alle aziende e ai lavoratori delle stesse, si ritiene necessario prorogare il termine concesso per la conclusione dei lavori di adeguamento in ambito sociosanitario, armonizzandolo con l'ambito sanitario.

Qualora, al fine di ottemperare alle tempistiche definite nel presente atto, sia necessario reimpostare il piano programma, gli enti gestori che abbiano già segnalato con riscontro favorevole da parte della DG competente l'esigenza di introdurre variazioni alla progettualità avviata, potranno rivedere il programma dei lavori di adeguamento, modificando il progetto complessivo, anche con variazioni rispetto alla tipologia di unità d'offerta, previo parere favorevole della ATS competente, sentita la DG Welfare.

Pertanto, in analogia con quanto già stabilito con D.G.R. n. X/4702/2015 per le strutture sanitarie, il termine per l'adeguamento dei requisiti strutturali e tecnologici delle unità d'offerta con piano programma in corso è fissato al 31/12/2020, con le seguenti indicazioni:

1. il legale rappresentante delle unità d'offerta sociosanitarie che non hanno concluso il piano programma è tenuto a presentare entro il 31/12/2017 formale istanza di proroga dell'autorizzazione provvisoria alla ATS competente e per conoscenza alla Direzione Generale Welfare. Le richieste di autorizzazione provvisoria devono essere presentate con la medesima scadenza anche per le unità di offerta sociosanitaria gestite dalle ASST e interessate da piani programma a seguito di trasferimento di sede presso strutture sanitarie;
2. le ATS, effettuate le necessarie verifiche, provvedono ad emettere i conseguenti provvedimenti autorizzativi per il completamento dei piani programma con scadenza entro il 31/12/2020, contenenti le eventuali prescrizioni da ottemperare al fine di garantire il corretto proseguimento del servizio;
3. al fine di consentire l'espletamento delle verifiche di cui al punto 2, garantendo contestualmente di legittimare la continuità dell'assistenza, le autorizzazioni provvisorie al funzionamento in essere e in scadenza al 31/12/2017 si intendono prorogate per un massimo di 60 giorni, a condizione che l'Ente gestore abbia presentato l'istanza di proroga nei tempi e nelle modalità qui indicate;
4. con l'istanza di proroga il legale rappresentante dell'ente gestore deve certificare:

- a. l'impegno a concludere il piano in corso, con riformulazione del cronoprogramma, o con una proposta di modifica del piano medesimo, tale da garantire l'effettiva conclusione dei lavori entro il 31/12/2020;
 - b. lo stato di attuazione del piano programma, con la quota dei lavori o attività non eseguiti e la specificazione degli stessi;
 - c. le ragioni, motivate e documentate, che non hanno consentito il completamento dei lavori entro i termini previsti;
 - d. le misure strutturali, tecniche e/o organizzative, poste o da porre in essere nell'immediato, al fine di assicurare comunque, sia pure in modi diversi, il soddisfacimento dei fini sottesi alle prescrizioni dei relativi requisiti;
 - e. l'avvenuto adeguamento del piano straordinario di sicurezza, in relazione a quanto stabilito dal citato D.M. 19/3/2015 in materia di antiincendio, che deve evidenziare i divieti, le limitazioni e le condizioni di esercizio ordinarie e in emergenza per ciascuna delle fasi del piano programma seguendo in modo dinamico l'intero processo;
5. le ATS proseguono il monitoraggio semestrale dell'andamento dei lavori con verifiche documentali e sopralluoghi presso le strutture, con particolare attenzione agli aspetti relativi alla sicurezza degli utenti e dei lavoratori, dando comunicazione degli esiti alla Direzione Generale competente;
 6. le autorizzazioni provvisorie consentono il mantenimento dell'accreditamento e del contratto ove esistenti, fatte salve eventuali riduzioni di budget previste in sede di definizione degli indici di programmazione.

3.1.2.2. Medicina dello sport

Vista la D.G.R. n. 4121/2002 "Ulteriori determinazioni in merito ai percorsi procedurali per la dichiarazione di inizio attività, l'accreditamento e l'abilitazione alla certificazione dell'idoneità a praticare attività agonistica, delle strutture ambulatoriali pubbliche e private e degli studi professionali eroganti attività di medicina dello sport" e ritenuto utile procedere ad una ulteriore semplificazione del percorso per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture che erogano prestazioni di medicina dello sport, si dà mandato alla DG Welfare di:

- rivedere le procedure per l'autorizzazione degli studi professionali di medicina dello sport e per l'autorizzazione e l'accreditamento degli ambulatori di medicina dello sport pubblici e privati;
- valutare la possibilità di inclusione nel SISS degli erogatori pubblici e privati autorizzati all'esecuzione di visite per la certificazione dell'idoneità alla pratica sportiva agonistica;
- istituire il Libretto Elettronico dello Sportivo all'interno del fascicolo sanitario elettronico;
- individuare indicatori di qualità anche utilizzabili all'interno della negoziazione contrattuale per l'assegnazione delle risorse legate a obiettivi.

3.1.2.3. Riordino dei servizi di Medicina di laboratorio

Con la D.G.R. n. X/7466 del 4/12/2017 sono stati approvati i requisiti minimi per l'autorizzazione delle attività di laboratorio di Citogenetica e Genetica molecolare. È possibile quindi autorizzare e accreditare laboratori specializzati e sezioni specializzate in "Genetica medica e Citogenetica".

Non appena sarà recepito il DPCM 12 gennaio 2017 con l'adozione del nuovo tariffario si provvederà a ridefinire l'attribuzione delle prestazioni alle e sottobranchie di Medicina di Laboratorio e alla ridefinizione delle prestazioni che possono essere erogate dai SMel di base.

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

Per quanto riguarda le attività di laboratorio di Anatomia Patologica si sta concludendo l'iter di approvazione dei requisiti minimi; con l'atto di assunzione di tali requisiti sarà

sbloccata anche la possibilità di autorizzare e accreditare laboratori specializzati e sezioni specializzate in "Anatomia Patologica".

Si ricorda che le ASST per variare l'organizzazione dei propri SMeL in base ai POAS approvati devono provvedere alla modifica dell'assetto accreditato comunicandolo alla ATS competente per territorio.

Nel corso del 2018 saranno attivati dal Centro di Riferimento Regionale per la Qualità dei Servizi di Medicina di Laboratorio programmi di Valutazione Esterna della Qualità in Citogenetica e Genetica Molecolare che prevedranno anche valutazioni retrospettive delle prestazioni prodotte dagli SMeL nel rispetto in ogni caso della normativa sulla privacy e sul consenso informato, nelle forme che saranno definite dalla DG Welfare. I SMeL che eseguono in sede le prestazioni oggetto di valutazione sono tenute obbligatoriamente a partecipare ai succitati programmi, secondo le modalità definite dal Centro di Riferimento Regionale.

La Direzione Generale Welfare, ogni anno richiede attraverso il Centro di Riferimento Regionale dati relativi alla organizzazione e alla produzione dei SMeL. Questi dati sono spesso gli stessi richiesti con altre modalità dalle ATS in quanto sono utili per documentare l'assolvimento di requisiti minimi organizzativi autorizzativi. Si ritiene utile predisporre un'applicazione informatica sul sito del Centro di Riferimento Regionale in cui inserire dati che saranno utilizzati sia dalla DG Welfare sia dalle ATS (personale, prestazioni eseguite in sede e inviate in service, metodi analitici utilizzati, dati di produzione, ecc.). Tutte le strutture di laboratorio pubbliche e private, anche solo autorizzate, devono compilare obbligatoriamente il format che sarà predisposto, in accordo con le ATS, nei primi mesi del 2018.

3.1.2.3.1. Riordino dei Servizi di Laboratorio pubblici della Città di Milano

Viene ripreso il progetto del Riordino dei Servizi di Laboratorio pubblici della Città di Milano. Per la realizzazione del sistema informatico di interconnessione delle strutture delle varie ASST/IRCCS si prosegue nell'aggiornamento e nella armonizzazione dei sistemi informativi già disponibili anche attraverso un potenziamento delle risorse fino a un massimo di 1.000.000 euro.

Con specifico atto saranno definite le modalità della ripartizione delle somma succitata tra le ASST/IRCCS interessati. La manutenzione del sistema sarà poi a carico dei singoli HUB/spoke con modalità da definire.

Fermo restando quanto stabilito con la D.G.R. n. X/5954/2016 riguardo la non triangolazione e l'attuazione del service, trattandosi di un progetto di integrazione tra strutture pubbliche sarà definita con successivo atto della DG Welfare una modalità di rendicontazione e compensazione economica che tenga conto della necessità di documentare i maggiori ricavi a fronte delle maggiori spese di produzione per le strutture sede di HUB.

3.1.2.4. Attività contrattualizzate e attività in regime di solvenza

In continuità con quanto già stabilito per gli esercizi precedenti, si conferma che, al di fuori del rapporto contrattuale con il SSR, presso le strutture sanitarie e le unità d'offerta sociosanitarie accreditate e a contratto, è consentito lo svolgimento di attività in regime di solvenza, ovvero privata senza oneri a carico del FSR, a condizione che non vi sia commistione tra le attività contrattualizzate con il SSR e quelle erogate per i pazienti solventi, con le seguenti indicazioni:

- l'attività deve essere regolarmente autorizzata o abilitata all'esercizio, con il possesso di tutti i requisiti di legge;
- l'attività deve essere svolta in spazi dedicati, separati da quelli per l'attività istituzionale, o in tempi dedicati, ovvero in giorni e/o orari diversi da quelli per le attività istituzionali;
- le strutture devono dotarsi di adeguata segnaletica per indirizzare correttamente gli assistiti;
- la carta dei servizi deve indicare chiaramente la presenza di entrambi i servizi e le diverse modalità per accedervi.

Si rammenta che nell'ambito dell'attività in regime di solvenza non è consentito l'utilizzo del ricettario regionale. In tal senso verrà garantita dalle ATS l'attività di monitoraggio e verifica del rispetto di quanto sopra indicato.

3.1.3. Negoziazione e contratti

Le unità d'offerta accreditate e contrattualizzate sono chiamate a continuare l'erogazione delle prestazioni a contratto nell'ambito organizzativo definito dalla l.r. n. 23/15, che attribuisce alle ATS le funzioni di negoziazione e acquisto delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie dalle strutture accreditate in attuazione della programmazione definita dalla Regione.

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

È fatto divieto di sottoscrivere contratti con riserva generica e generale e comunque relativa ai principi fondamentali del regime di regolazione dei rapporti con il SSL.

La procedura per la negoziazione e sottoscrizione dei contratti, sia in ambito sanitario che in ambito sociosanitario, prevede la seguente tempistica:

- sottoscrizione del contratto provvisorio con tutti gli erogatori entro il 31 gennaio 2018
- sottoscrizione del contratto definitivo con tutti gli erogatori entro il 15 maggio 2018
- eventuali rimodulazioni di budget entro il 30 novembre 2018.

In linea con quanto previsto dalla l.r. 23/2015, le ATS nell'esercitare la funzione di negoziazione e acquisto delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie dalle strutture accreditate, si attengono ai volumi, budget e limiti definiti dal presente documento, assicurando l'erogazione dei LEA in modo uniforme nel territorio di competenza, anche avvalendosi della rimodulazione e dell'utilizzo di quote residue come più avanti precisato.

3.1.3.1. Area sanitaria

Sono confermate le disposizioni delle Regole 2017 in merito allo schema tipo di contratto da utilizzarsi per la sottoscrizione per l'anno 2018.

Si richiama inoltre quanto definito all'interno dell'Allegato 1) – Punto F) “Tetto per le prestazioni di bassa complessità per pazienti fuori Regione (erogatori privati)” della D.G.R. n. X/6592/2017. Con riferimento a questo punto, si specifica che la definizione di “alta complessità” sarà modificata/aggiornata alla luce degli accordi tra Regioni in fase di perfezionamento sulle alte specialità.

Come specificato nel primo capitolo, a partire dall'esercizio 2018, in caso di non completo utilizzo delle risorse negoziate (escluse le prestazioni di specialistica ambulatoriale) con gli erogatori del territorio di competenza, le ATS nel rispetto dei tetti contrattuali potranno, con riferimento all'ultimo trimestre, previa verifiche sulla completezza dei flussi informativi ed accordo con l'erogatore di riferimento, e previa autorizzazione con la DG Welfare, riorientare le risorse presso altri Erogatori dello stesso comparto (ovvero pubblico o privato). Il volume massimo dell'importo delle risorse da riorientare è fissato nella percentuale massima del 10% delle risorse non utilizzate.

Si sottolinea che tali operazioni sono da considerarsi una tantum e non storicizzabili.

A seguito di quanto sopra, si rende necessario l'aggiornamento del contratto degli erogatori interessati.

Prestazioni di ricovero

In relazione al budget per prestazioni di ricovero:

- devono essere indicate separatamente le quote destinate alle U.O. Cure palliative e la quota destinata all'attività domiciliare ex STCP; i ricoveri in day-hospice sono remunerati nell'ambito della quota destinata ai ricoveri alla tariffa di 160 euro/die;
- dovrà essere ridotta rispetto al 2017 la valorizzazione riferibile ai 108 DRG ad elevato rischio di inappropriatazza riconducendola a una percentuale $\leq 20\%$ rispetto ai DRG "appropriati" di cui al Patto per la Salute 2010-2012, monitorato nell'ambito della verifica degli adempimenti LEA da parte delle Regioni.

Prestazioni ambulatoriali

Con riferimento alla determinazione del budget per l'erogazione di prestazioni ambulatoriali, escluso lo screening, rimangono invariate le regole di calcolo già definite con i provvedimenti delle annualità precedenti. Verrà scorporato un budget (regionale) per le prestazioni effettuate dai soggetti presi in carico, stimato sulla base degli arruolati nei primi mesi del 2018.

È possibile, ad invarianza del budget assegnato, la rimodulazione delle branche specialistiche ambulatoriali a contratto (ad esempio variazioni od ampliamenti di branca), previa valutazione da parte della ATS dei bisogni del territorio.

Prestazioni di screening

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

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

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

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

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

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

Nel budget 2018 deve essere identificata una quota destinata prioritariamente alle attività di screening oncologico organizzato dalle ATS garantendo un aumento di almeno il 3% rispetto all'analoga quota 2017: tale quota potrà essere utilizzata esclusivamente per le attività di screening oncologico organizzato dalle ATS; ove nel corso dell'anno si rilevasse un avanzo rispetto a quanto contrattualizzato, in seguito a esplicita dichiarazione della ATS, la quota eccedente potrà essere utilizzata per altre prestazioni. Per le specifiche si rimanda al capitolo dedicato alla prevenzione.

Funzioni non tariffabili

Al fine di impostare la remunerazione delle funzioni non coperte da tariffe predefinite per l'esercizio 2018 in coerenza con l'evoluzione normativa e le indicazioni degli organi di

controllo regionali, si provvederà ad emanare nei primi mesi del 2018 un provvedimento ad hoc nel quale verrà precisato il nuovo assetto della partita unitamente ai relativi criteri e determinanti economici.

La remunerazione delle funzioni relative all'esercizio 2017 avverrà con i criteri di cui, da ultimo, alla dgr. n. 6577/2017.

Applicazione dei nuovi LEA

Ai fini dell'applicazione dei nuovi LEA, risultano in corso di formalizzazione i provvedimenti di competenza del Ministero della Salute: saranno pertanto adottati nel corso del 2018 i conseguenti atti regionali.

Telemedicina

Considerata l'importanza che il tele-consulso, la tele-refertazione e la tele-assistenza rivestono nell'applicazione della l.r n. 23/2015, sarà costituito nel 2018 uno specifico Gruppo di approfondimento Tecnico (G.A.T.) finalizzato a valutare quali tariffe sia opportuno riconoscere agli erogatori pubblici e privati accreditati per l'erogazione delle anzidette prestazioni.

3.1.3.2. Area sociosanitaria

Il processo di negoziazione e contrattualizzazione segue le modalità previste nella parte generale con le specificità che seguono.

La possibilità di sottoscrivere nuovi contratti è limitata alle fattispecie di seguito elencate:

1. Unità d'offerta sociosanitarie realizzate con fondi pubblici

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

- a) per i casi di finanziamento statale, che il medesimo sia espressamente finalizzato allo sviluppo della rete sociosanitaria e, in particolare, alla realizzazione della specifica unità d'offerta da mettere a contratto; la stipula di un contratto di mutuo, anche se finalizzato, non può essere assimilabile alla condizione sopra richiamata;
- b) per i casi di finanziamento regionale, che il medesimo sia espressamente finalizzato allo sviluppo della rete sociosanitaria e, in particolare, alla realizzazione della specifica unità d'offerta da mettere a contratto, che risulti assegnato dalla DG 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 2018, 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. Hospice nelle zone carenti

A seguito della riclassificazione delle unità di offerta dedicate alle Cure Palliative, si è pervenuti all'identificazione di un unico profilo di hospice superando la dicotomia tra sistema sanitario e sociosanitario.

In processo di riclassificazione ha portato alla seguente situazione:

ATS	popolazione (ISTAT 1/1/2017)	p.l. accreditati ex sociosan.	p.l. a contratto ex socosan	p.l. a contratto ex sanitario	totale p.l. a contratto	indice di dotazione: p.l. a contratto /10.000 ab.
MILANO CITTA' M.	3.447.539	142	142	144	286	0,83
INSUBRIA	1.435.442	53	48	30	78	0,54
MONTAGNA	336.555	11	11	25	36	1,07
BRIANZA	1.208.097	43	43	32	75	0,62
BERGAMO	1.109.933	50	42	24	66	0,59
BRESCIA	1.162.351	44	42	53	95	0,82
VAL PADANA	771.998	32	32	54	86	1,11
PAVIA	547.251	30	30	55	85	1,55
Regione	10.019.166	405	390	417	807	0,81

La tabella evidenzia che le ATS di Insubria, Brianza e Bergamo presentano una sotto dotazione di posti letto rispetto alla dotazione media regionale e che in alcune ATS è presente una disponibilità di posti letto accreditati e non contrattualizzati.

Le due condizioni – dotazione carente e disponibilità di posti accreditati non a contratto – sono presenti nelle ATS di Bergamo e della Insubria.

Pertanto, al fine di incrementare la dotazione di posti letto di hospice nelle aree carenti, per l'esercizio 2018 si prevede la progressiva messa a contratto dei posti letto di hospice accreditati nelle ATS che presentano una dotazione inferiore rispetto alla dotazione media regionale, sulla base delle risorse disponibili.

Budget – il modello di governo delle risorse in ambito sociosanitario

Il meccanismo dell'assegnazione del budget in capo ai soggetti gestori, quale fondamentale strumento che ha consentito negli anni l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza in coerenza con l'equilibrio economico finanziario aziendale e di sistema, viene confermato per il 2018 per tutte le unità d'offerta sociosanitarie.

Con decreto della DG competente verrà ripartita per ATS l'assegnazione delle risorse di FSR 2018 destinate all'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza garantiti attraverso la rete delle unità di offerta sociosanitarie, secondo i criteri definiti dalla presente programmazione.

Determinazioni in materia di contrattualizzazione delle RSA

La rete delle RSA (a contratto 664 strutture con 57848 posti letto) si è dimostrata in questi anni flessibile, capace di evolversi e di adattarsi ai mutati bisogni della popolazione e alle trasformazioni del sistema, diventando l'unità d'offerta cardine nella gestione del paziente

anziano stabilizzato o in fase di stabilizzazione e un nodo fondamentale nella rete per la presa in carico della cronicità.

Al fine di mantenere la capacità ricettiva della rete e dare continuità assistenziale agli ospiti già inseriti sui posti avviati in applicazione della DGR n. X/3996/2015, si conferma la stabilizzazione dei relativi contratti.

Gli ospiti ricoverati presso le RSA sono oggi i grandi anziani, con più patologie croniche, spesso con forme più o meno gravi di deterioramento cognitivo e che comportano un impegno assistenziale sempre maggiore.

La Regione garantisce per ciascun ospite ricoverato su posti a contratto, il pagamento di una tariffa giornaliera a carico del FSR legata alle condizioni dell'ospite stesso, che annualmente porta alla remunerazione di più di 20 milioni di giornate di degenza.

Anche gli ospiti e le loro famiglie sono chiamate a sostenere parte degli oneri, attraverso il pagamento della retta, che negli ultimi anni ha fatto registrare in alcune ATS un aumento medio anche superiore a 1500 euro/anno.

Si ritiene necessario continuare l'azione di sostegno agli ospiti delle RSA e alle loro famiglie, anche rispetto alla possibilità di adeguare le tariffe attualmente riconosciute, in raccordo con le organizzazioni dei gestori delle RSA stesse, nell'ambito di una politica regionale orientata al contenimento delle rette oltre che in relazione ad altre misure da definire.

Determinazioni in materia di contrattualizzazione di RSD

Alcuni territori regionali presentano un indice di dotazione di posti letto di RSD inferiore alla dotazione media regionale.

Le ATS che presentano, al 31/10/17, un indice di dotazione inferiore alla media regionale sono: ATS Città Metropolitana di Milano, ATS dell'Insubria, ATS della Brianza, ATS di Bergamo e ATS di Brescia.

Pertanto, nelle sole ATS che presentano una sotto dotazione, per le sole RSD che nel 2017 hanno realizzato una produzione maggiore rispetto al budget assegnato ad aprile, nel corso del 2018 sarà valutata, compatibilmente con le risorse disponibili, la possibilità di adeguare il budget.

Permanenza di persone con età maggiore di 65 anni in RSD

Rispetto agli ospiti anziani inseriti su posti a contratto di RSD, ferma restando l'esigenza di garantire la continuità del percorso di vita anche dopo i 65 anni, si ritiene necessario differenziare i criteri di classificazione e remunerazione al fine assicurare gli appropriati standard di assistenza e valorizzare l'impegno delle RSD che accolgono i cittadini con disabilità anche gravi, facendosene carico anche in età anziana.

Si prevede, pertanto, che gli utenti tipici di RSD con età maggiore di 65 anni, vengano ricondotti a tre differenti classi SiDI, con corrispondente tariffa e standard assistenziale, in funzione della classe SOSIA di appartenenza, secondo la seguente tabella e nel limite massimo di risorse aggiuntive pari a 2.000.000 di euro:

CLASSE SOSIA	Classe SiDI	Standard	Tariffa
Classi 1, 2 e 3	Classe 2	2000 min/set	€ 90,5
Classi 4, 5 e 6	Classe 4	1200 min/sett	€ 56,0
Classi 7 e 8	Classe 5	900 min/sett	€ 45,0

Determinazioni in materia di contrattualizzazione di cure intermedie

Nel 2018 le unità d'offerta che hanno aderito al sistema di cure intermedie ai sensi della D.G.R. n. X/3383/2015 proseguono l'attività con le medesime regole definite da tale atto.

Determinazioni in materia di contrattualizzazione della riabilitazione residenziale per l'età evolutiva

Serie Ordinaria n. 52 - Giovedì 28 dicembre 2017

Con la D.G.R. n. X/1185/2013 è stato avviato il riordino della riabilitazione residenziale ex art. 26 legge 833/78, confluita nel regime di ricovero per cure intermedie di cui alla successiva D.G.R. n. X/3383/2015.

La citata D.G.R. n. X/1185/2013 escludeva esplicitamente da tale riordino le strutture riabilitative residenziali ex art. 26 dedicate all'età evolutiva, rinviando la revisione ad un successivo provvedimento.

Si tratta di 5 centri di riabilitazione per l'età evolutiva, per un totale di n. 152 posti letto ripartiti – secondo la classificazione utilizzata per la riabilitazione sociosanitaria degli adulti – in posti di specialistica (n. 33) di mantenimento (n. 75) e di generale (n. 44).

Questi centri si confrontano, da diversi anni, con una serie di criticità e difficoltà cliniche, gestionali ed economiche, legate al fatto che questa tipologia di unità di offerta residenziale per l'età evolutiva è stata inclusa in un modello normativo riabilitativo pensato per la persona adulta.

Tali unità d'offerta in regime di ricovero hanno in carico bambini con disturbi del neurosviluppo e disabilità complesse/pluri-disabilità in area motoria, intellettiva, sensoriale, della salute di base, della comunicazione, del comportamento che trascinano bisogni complessi ed intensi di assistenza e cure. Frequentemente alle gravi disabilità sono associate barriere ambientali, relative al contesto sociale e/o familiare, che rendono non realizzabile un intervento intensivo, estensivo, integrato e personalizzato (come richiesto dalle Linee Guida per questo grado complesso di disabilità), esclusivamente in un contesto domiciliare.

L'assenza di un documento di indirizzo specifico per la riabilitazione residenziale di minori con disabilità particolarmente complesse da un punto di vista clinico-gestionale e ad alto impatto sociale (a livello regionale e nazionale), rende non integrata e omogenea la modalità di risposta al bisogno riabilitativo di questi piccoli pazienti.

In tale prospettiva, con specifico provvedimento regionale, sarà prevista la riclassificazione dei centri di riabilitazione per l'età evolutiva ex art. 26 nella nuova unità d'offerta "Centro Residenziale Terapeutico-Riabilitativa a media intensità per minori con disturbi del neurosviluppo e disabilità complessa".

La riclassificazione ridefinirà, entro la rete sociosanitaria, una unità di offerta in grado di prendere in carico, assistere in regime di degenza, orientare ed accompagnare i minori con bisogni complessi in area assistenziale, clinica e sociale e le loro famiglie, in linea con quanto previsto dall'art. 32 del DPCM 12 gennaio 2017 sui nuovi LEA prevedendo risorse per un massimo di 2.000.000,00 di euro.

Determinazioni in materia di contrattualizzazione delle UCP-Dom

Sono messe a contratto per il 2018 le UCP-DOM sociosanitarie già accreditate e a contratto nel 2017, unicamente con la/e medesima/e ATS con cui il soggetto è già a contratto nel 2017.

Nel contratto dovranno essere indicate le ASST di erogazione del servizio.

Con la D.G.R. n. X/5918/16 sono state ridefiniti i profili e le tariffe per le UCP-Dom.

Al fine di garantire il mantenimento dell'attività erogata per far fronte al crescente bisogno, per il 2018 si prevede un incremento delle risorse di parte corrente di FSR rispetto all'assegnazione 2017 pari a euro 6.700.000.

Le risorse assegnate per l'UCP-Dom costituiscono il finanziamento necessario a coprire l'intero fabbisogno annuale, in analogia a tutte le altre udo soggette a budget.

Si sottolinea l'importanza che le ATS provvedano a monitorare costantemente l'andamento della spesa UCP-Dom al fine di consentire l'erogazione del servizio per tutto il corso dell'anno e il rispetto del budget riconosciuto.

A tale fine le ATS provvedono ad assegnare ai singoli gestori un budget annuale suddividendolo nei 4 trimestri sulla base del consumo storico medio di ATS per ciascun trimestre dell'anno 2017, in base alle indicazioni fornite ai fini della contrattualizzazione.

Le quote di budget trimestrale costituiscono il budget di riferimento per ciascun trimestre e rappresentano pertanto le risorse massime che possono essere riconosciute al singolo gestore in tale periodo.

Fermo restando il budget annuale che dovrà essere rispettato al termine del IV trimestre, l'eventuale eccedenza prodotta in ciascuno dei primi tre trimestri può essere riconosciuta fino al complessivo raggiungimento del 5% del budget annuale, ottenuto dalla somma delle eccedenze nei primi tre trimestri.

Determinazioni in materia di contrattualizzazione di ADI

Sono ammessi al contratto 2018 gli enti gestori di ADI già accreditati e a contratto nel 2017, unicamente con la/e medesima/e ATS con cui il soggetto è già a contratto nel 2017.

Nel contratto dovranno essere indicati gli ambiti territoriali di effettiva erogazione del servizio.

Considerato l'andamento dei costi per l'ADI del 2017 e in coerenza con le indicazioni della l.r. n. 23/15 che promuove la presa in carico domiciliare e in attuazione del Piano regionale per la cronicità di cui alla DGR n. X/4662/2015, per il 2018 si prevede un incremento delle risorse di parte corrente di FSR rispetto all'assegnazione 2017.

Rispetto alla gestione del budget ADI assegnato alle ATS, si rammenta che "Le ASST concorrono attivamente all'attuazione del sistema di governo del budget ADI definito dalle ATS. A tal fine le ATS procedono alla definizione di sotto budget di ASST nell'ambito dell'assegnazione disposta con Decreto regionale. Le ASST concorrono pertanto a garantire una dinamica dei consumi in linea con le risorse, tenendo conto in particolare della necessità di garantire un accesso equilibrato al servizio per tutto il corso dell'anno, senza cali negativi nell'ultimo trimestre. Le ASST governano la presa in carico in ADI assicurando l'appropriatezza dell'accesso attraverso la valutazione multidimensionale del bisogno, garantendo in ogni caso piena libertà di scelta dell'assistito tra i soggetti gestori".

Al fine di consentire alle ASST di contribuire al governo della spesa, le ATS sono tenute ad assegnare alle ASST il rispettivo sotto budget provvisorio entro il 31/01/2018 sulla base delle risorse assegnate.

Si sottolinea, inoltre, l'importanza che le ATS provvedano a monitorare, con la collaborazione della ASST, l'andamento sia della spesa ADI che dei voucher emessi al fine di consentire l'erogazione del servizio per tutto il corso dell'anno e di rispettare il budget riconosciuto.

A tale fine le ATS provvedono ad assegnare ai singoli gestori un budget annuale suddividendolo nei 4 trimestri sulla base del consumo storico medio di ATS per ciascun trimestre dell'anno 2017, in base alle indicazioni fornite ai fini della contrattualizzazione.

Le quote di budget trimestrale costituiscono il budget di riferimento per ciascun trimestre e rappresentano pertanto le risorse massime che possono essere riconosciute al singolo gestore in tale periodo.

Fermo restando il budget annuale che dovrà essere rispettato al termine del IV trimestre, l'eventuale eccedenza prodotta in ciascuno dei primi tre trimestri può essere riconosciuta fino al complessivo raggiungimento del 5% del budget annuale, ottenuto dalla somma delle eccedenze nei primi tre trimestri.

Gestioni dirette

Si richiama la l.r. n. 23/2015, che ha previsto il passaggio delle competenze delle gestioni dirette all'epoca in capo alle ex ASL e trasferite alle nuove aziende ASST.

Nel corso del 2018 Regione intende approntare una specifica attività di monitoraggio e di analisi comparativa tra il livello dei costi e la produzione realizzata delle strutture sociosanitarie direttamente gestite, per la quale verranno fornite successive indicazioni. Nelle more di tali indicazioni, le ASST sono tenute a predisporre una specifica analisi delle proprie attività a gestione diretta, con la finalità di avviare processi di razionalizzazione dei costi e mantenimento di adeguati volumi di produzione.

Per il 2018, le ATS procederanno a far sottoscrivere alle ASST che gestiscono direttamente unità d'offerta sociosanitarie, ivi compresa l'ADI e le UCP-Dom e con la sola esclusione dei Consultori familiari e dei SerT, apposito contratto per la definizione dei rapporti giuridici ed

economici, secondo le indicazioni che verranno successivamente emanate dalla competente DG Welfare.

A tal fine, la DG Welfare procede a definire nell'ambito del finanziamento riconosciuto alle ATS la quota di budget destinata alle ASST per le gestioni dirette da utilizzare per finanziare i nuovi contratti.

3.1.3.3. Le fasi del processo negoziale nel 2018

In rapporto alle singole tre fasi del processo negoziale 2018 si definiscono le seguenti indicazioni.

CONTRATTO PROVVISORIO

Le ATS stipulano entro il 31/01/2018 con gli enti gestori i contratti provvisori con valore a tutto il 30/04/2018 e le relative schede di budget provvisorio pari al valore di 4/12 dell'ultimo budget sottoscritto nel corso dell'anno 2017.

Per l'assistenza domiciliare (ADI e UCP-Dom sociosanitarie):

- il budget provvisorio 2018 è pari ai 4/12 del budget rimodulato (compresa l'eventuale quota di rimodulazione storicizzabile e al netto della quota di eventuale rimodulazione non soggetta a storicizzazione, precisando che la quota coperta con gli accantonamenti non è soggetta a storicizzazione);
- in tale budget deve essere specificato il budget trimestrale provvisorio relativo al primo trimestre pari a 3/4 del budget provvisorio 2018, che costituirà il budget trimestrale di riferimento per la produzione del primo trimestre.

Per le unità d'offerta messe a contratto, in tutto o in parte, nel corso del 2017, il budget provvisorio potrà essere definito rapportando al periodo 1/1/2018-30/4/2018, il budget riferito solo ad una parte dell'anno 2017.

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 31/01/2018, con valore al 30/04/2018.

Per le unità d'offerta di nuova contrattualizzazione nel 2018 si procede alla stipula di un contratto provvisorio con valore a tutto il 30/04/2018, sulla base degli schemi di riferimento di cui alla circolare n. 5/2017, e alla sottoscrizione della corrispondente scheda di budget provvisoria da calcolarsi prendendo a riferimento la tariffa e la saturazione medie della ATS di ubicazione per la medesima tipologia di unità d'offerta, rapportata al periodo temporale di validità del contratto (ovvero al 30/04/2018).

CONTRATTO DEFINITIVO

Entro il 15/05/2018, secondo le indicazioni che verranno emanate dalla DG Welfare, le ATS procedono a sottoscrivere i nuovi contratti con i soggetti gestori e la relativa scheda di budget, negoziando i budget definitivi validi per l'intero anno 2018, nel quadro delle risorse assegnate con decreto della Direzione Generale competente, in applicazione dei criteri di cui al presente provvedimento.

Si richiama che la determinazione del budget 2018 comprende l'eventuale quota derivante dalla rimodulazione tra unità d'offerta della stessa tipologia, mentre non comprende l'eventuale quota derivante dalla rimodulazione tra unità di offerta di differente tipologia.

Il budget definitivo comprende quanto assegnato a titolo di budget provvisorio ed è definito in applicazione dei seguenti criteri, fermo restando il limite massimo del budget di produzione assegnato con Decreto della DG competente per tipologia di unità di offerta:

- a) RSA: per le RSA che nel 2017 non abbiano avuto variazione di posti a contratto: produzione riconosciuta per l'anno 2017 (compresa l'eventuale quota di rimodulazione

- storicizzabile e al netto della quota di eventuale rimodulazione non soggetta a storicizzazione);
- b) RSD: per le RSD che nel 2017 non abbiano avuto variazione di posti a contratto: produzione riconosciuta per l'anno 2017 (compresa l'eventuale quota di rimodulazione storicizzabile e al netto della quota di eventuale rimodulazione non soggetta a storicizzazione), incrementato in funzione della nuova modalità di classificazione degli ospiti con età maggiore di 65 anni;
 - c) CDI, CDD, CSS, Cure intermedie derivanti da ex post acuta che nel 2017 non abbiano avuto variazione di posti a contratto: produzione riconosciuta per l'anno 2017 (compresa l'eventuale quota di rimodulazione storicizzabile e al netto della quota di eventuale rimodulazione non soggetta a storicizzazione);
 - d) hospice sociosanitari: tariffa ex DGR n. X/5918/2016 per saturazione definitiva riconosciuta nel 2017 sui posti a contratto di ciascuna unità d'offerta (compresa l'eventuale quota di rimodulazione storicizzabile e al netto della quota di eventuale rimodulazione non soggetta a storicizzazione);
 - e) servizi residenziali e semiresidenziali per le dipendenze: tariffa media giornaliera del secondo semestre 2017 per saturazione definitiva riconosciuta nel 2017 sui posti a contratto di ciascuna unità d'offerta (compresa l'eventuale quota di rimodulazione storicizzabile e al netto della quota di eventuale rimodulazione non soggetta a storicizzazione). Con riferimento all'art. 19 del Provvedimento 5 agosto 1999 della Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, in ordine al programma terapeutico unico, si consente, nell'ambito della disciplina regionale dell'Ente Unico, agli enti interessati di richiedere, in tempo utile per la sottoscrizione dei contratti provvisori di inizio anno, alla DG Welfare di poter accedere alla sottoscrizione di un unico contratto con una delle ATS presso cui ha accreditato e a contratto le unità d'offerta in area dipendenze. Tale scelta implica l'attribuzione all'ATS individuata di un unico budget, di cui avrà unitaria ed unica responsabilità di governo negoziale, contrattuale e di monitoraggio. L'esercizio di questa funzione avverrà d'intesa con le ATS di cui sopra, avvalendosi altresì delle attività di controllo e vigilanza Sociosanitaria di queste. In prima fase di applicazione l'ATS individuata è autorizzata a sottoscrivere un contratto provvisorio unico con budget pari alla sommatoria dei singoli budget provvisori che sarebbero stati contrattualizzati dalle singole ATS in assenza della presente previsione;
 - f) unità d'offerta o nuovi posti messi a contratto nel 2017: riportando ad anno intero le prestazioni riferite solo ad una parte del 2017, valorizzate sulla base della tariffa media giornaliera e della saturazione media riconosciuta dell'anno 2017 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);
 - g) contrattualizzazione di nuove strutture o di nuovi posti nel 2018: secondo i criteri e nei limiti definiti nel quadro della presente programmazione: tariffa media giornaliera e saturazione media riconosciuta dell'anno 2017 della ATS di ubicazione, in relazione all'utenza tipica, per la medesima tipologia di unità d'offerta;
 - h) riduzione dei posti contrattualizzati: tariffa media giornaliera del 2017 per saturazione definitiva riconosciuta nel 2017 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)
 - i) consultori privati a contratto: il budget massimo è determinato sul budget assegnato in sede di contratto definitivo del 2017; il pagamento delle prestazioni erogate verrà in ogni caso effettuato al netto dell'importo derivante dall'incasso dei ticket vigenti nonché delle quote fisse aggiuntive previste dalla l. n. 111 del 15/11/2011 e definite con provvedimenti regionali;
 - j) riabilitazione, comprese cure intermedie ex riabilitazione residenziale: il budget massimo è determinato sul budget assegnato in sede di contratto definitivo del 2017; il

pagamento delle prestazioni erogate verrà in ogni caso effettuato al netto dell'importo derivante dall'incasso dei ticket vigenti nonché delle quote fisse aggiuntive previste dalla l. n. 111 del 15/11/2011 e definite con provvedimenti regionali;

- k) servizi multidisciplinari integrati (SMI) dell'area dipendenze: il budget massimo è determinato sul budget assegnato in sede di contratto definitivo del 2017;
- l) soggetti gestori di ADI: produzione riconosciuta nel 2017 per la sola attività domiciliare di ADI ordinaria (compresa l'eventuale quota di rimodulazione storicizzabile e al netto della quota di eventuale rimodulazione non soggetta a storicizzazione, precisando che la quota coperta con gli accantonamenti non è soggetta a storicizzazione), con un incremento da calcolare secondo le indicazioni che verranno fornite dalla competente DG Welfare in funzione delle risorse assegnate; le indicazioni per la ripartizione trimestrale saranno fornite con successiva nota della DG Welfare;
- m) soggetti gestori di UCP-DOM ambito sociosanitario: produzione riconosciuta nel 2017 per l'attività domiciliare nell'ambito delle sole cure palliative (compresa l'eventuale quota di rimodulazione storicizzabile e al netto della quota di eventuale rimodulazione non soggetta a storicizzazione, precisando che la quota coperta con gli accantonamenti non è soggetta a storicizzazione), con un incremento, legato agli adeguamenti tariffari ex D.G.R. 5918/16, da calcolare secondo le indicazioni che verranno fornite e comunque entro il limite massimo complessivo regionale di 6.700.000 euro; le indicazioni per la ripartizione trimestrale saranno fornite con successiva nota della DG Welfare.

Si applicano, inoltre, le seguenti determinazioni:

- a) in ordine all'utenza non tipica (Stati Vegetativi, SLA, soggetti provenienti da ex ospedali psichiatrici e disabili a cui sono stati riconosciuti i benefici della D.G.R. n. 5000/2007) sarà in ogni caso 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 Sospia 1 e Sidi 1);
- b) le persone ricoverate in unità d'offerta sociosanitarie in condizione di Stato Vegetativo e che abbiano, nel corso della degenza, lievi miglioramenti del punteggio della Glasgow Coma Scale, comunque con valore non superiore a 13, mantengono le medesime condizioni di ricovero, continuando ad essere remunerate e rendicontate come stati vegetativi, con i medesimi standard assistenziali, modalità di verifica da parte delle ATS e senza oneri a carico dell'utente e dei familiari;
- c) anche per il 2018 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;
- d) anche per il 2018 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 e dai consultori familiari privati, 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;
- e) 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;

- f) al cittadino extracomunitario, privo di assistenza familiare e di regolare titolo di soggiorno, in condizioni di gravissima disabilità intesa come condizione di "dipendenza vitale" ai sensi delle D.G.R. 2655/2014 e D.G.R. 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;
- g) 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 12622 del 7/4/2003;
- h) in applicazione delle regole vigenti sulla mobilità sociosanitaria (vedi 13/41/CR05a/C7, Conferenza delle regioni e delle province autonome) le prestazioni di Assistenza Domiciliare Integrata non rientrano nell'ambito di quelle soggette a compensazione interregionale e richiedono pertanto l'applicazione del sistema di fatturazione diretta della prestazione all'ASL fuori regione di residenza dell'assistito. Al fine di concorrere a garantire omogeneità nella gestione a livello territoriale di tale casistica, si richiede pertanto alle ATS e alle ASST di raccordarsi ai fini della comunicazione all'ASL fuori regione della necessità di presa in carico in ADI di un cittadino suo residente, in conformità a quanto previsto dall'accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria (13/41/CR05a/C7 Conferenza delle regioni e delle province autonome);
- i) devono risultare sospesi da altri contratti, 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. Nel caso di rinuncia a proseguire l'attività, si prevede che:
- j) l'ente gestore può comunicare entro il 31/12/2017 all'ATS la volontà di rinunciare nel 2018 all'erogazione di cure intermedie ex assistenza residenziale post acuta;
- k) 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, con esclusivo riferimento ai posti sospesi in precedenza a contratto, in ogni caso entro i limiti dell'ultimo budget sottoscritto nel 2017 per le cure intermedie ex assistenza residenziale post acuta;
- l) ai fini dell'allineamento dei decreti di assegnazione delle risorse di FSR alla dinamica in oggetto, le ATS chiedono ai competenti uffici della DG 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. Resta infatti fermo che la dinamica in oggetto non può comportare una richiesta da parte delle ATS di risorse aggiuntive, traducendosi invece nella rimodulazione di una quota delle risorse assegnate nel 2018 alla ATS.

Ai fini della sottoscrizione del contratto annuale e della relativa scheda di budget, l'ATS utilizza lo schema tipo "*Schema di contratto per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra ATS e soggetto gestore di unità d'offerta sociosanitarie accreditate corredato dalle relative schede budget*", che verrà fornito dalla competente DG Welfare, con l'elenco della normativa generale e specifica per ogni tipologia di unità di offerta.

Ai fini della sottoscrizione del contratto annuale con le unità di offerta sociosanitarie direttamente gestite dalle ASST, come individuate nella circolare n. 9/2016 della DG Welfare, l'ATS utilizza lo specifico schema tipo.

EVENTUALE RIMODULAZIONE

Nel quadro del finanziamento di FSR 2018 assegnato, le ATS possono procedere ad effettuare eventuali rimodulazioni di budget, previa comunicazione alla Regione, entro il termine massimo del 30 novembre 2018, 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 ipoprodotto 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 isorisorse complessive di ATS;
- tenendo conto, nel quadro delle risorse assegnate, delle dinamiche di avvio ed utilizzo di posti di nuova contrattualizzazione, facendo riferimento, dove possibile, alla tariffa media giornaliera e alla saturazione media per l'anno 2017 della ATS di afferenza e con riguardo all'utenza tipica;
- consentendo agli Enti gestori unici un riposizionamento, rispetto agli importi già negoziati, di quote di budget nell'ambito della stessa tipologia d'offerta e nella stessa ATS;
- considerando anche il budget "Altri costi";
- escludendo l'utilizzo della quota di risorse relativa alla "Produzione extra budget stimata" in quanto finalizzata alla remunerazione dell'ulteriore onere a carico del FSR per l'utenza non tipica (SLA, SV, disabili ex DGR n. 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 2018; tale indicazione deve essere esplicitamente riportata nella scheda di budget di nuova sottoscrizione;
- non sono ammesse rimodulazioni compensative di budget tra l'assegnazione di FSR finalizzata al finanziamento dell'area di offerta della rete consolidata dei servizi e quella delle misure di cui alla D.G.R. n. X/2942/2014;
- non sono ammessi spostamenti di posti a contratto in fase di rimodulazione.

La Direzione Generale Welfare provvede, con apposita nota, a fornire entro il mese di ottobre 2018 successive indicazioni attuative delle presenti determinazioni in materia di rimodulazione

Le ATS garantiscono in ogni caso ai competenti uffici della DG 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.

SPOSTAMENTO DI VOLUMI DI POSTI A CONTRATTO E DEL RELATIVO BUDGET

Nel 2018, gli Enti Unici gestori di più unità di offerta possono proporre alle ATS interessate lo spostamento dei propri assetti contrattualizzati e delle relative quote di budget tra territori di ATS diverse, solo nell'ambito della medesima tipologia di unità d'offerta ed in funzione del miglior allineamento dei territori stessi agli indici di dotazione medi regionali delle diverse tipologie di unità d'offerta. A tale riguardo dovrà essere presentata apposita richiesta alla competente DG Welfare e alle ATS interessate. La DG Welfare, verificati gli indici di dotazione medi regionali, fornirà le opportune indicazioni alle ATS in merito alla richiesta pervenuta.

Nel 2018 gli Enti Unici gestori di più unità d'offerta possono anche proporre spostamenti dei propri assetti contrattualizzati e delle relative quote di budget all'interno della stessa ATS, al fine di permettere alle ATS un riequilibrio dell'offerta nei propri ambiti territoriali.

Lo spostamento può anche riguardare unità d'offerta differenti purché, oltre a garantire un riequilibrio dell'offerta nell'ambito territoriale, l'unità d'offerta che riduce il proprio assetto sia e rimanga al di sopra dell'indice di dotazione medio regionale.

Anche in questo caso dovrà essere presentata apposita richiesta alla competente DG Welfare e alle ATS interessate. La DG Welfare, verificati gli indici di dotazione medi regionali, fornirà le opportune indicazioni alle ATS in merito alla richiesta pervenuta.

Gli spostamenti di budget tra unità d'offerta diverse sono, comunque, subordinati al necessario provvedimento regionale di allineamento dei budget di produzione.

La rimodulazione dell'assetto si conclude in ogni caso con la sottoscrizione di una nuova scheda di budget e, nei casi in cui sia necessario, di un nuovo contratto.

Nell'ambito delle strutture di riabilitazione, per i soggetti che erogano sia prestazioni in regime di ricovero/ciclo diurno che in regime ambulatoriale e/o domiciliare, fermo restando il budget complessivamente assegnato contrattualmente, è possibile richiedere lo spostamento di volumi contrattualizzati e delle relative quote di budget dal regime residenziale/ciclo diurno al regime ambulatoriale e/o domiciliare. Tale rimodulazione deve essere autorizzata dalla ATS territorialmente competente, comporta, se necessario, la richiesta di modifica dell'assetto accreditato e deve essere comunicata alla DG Welfare. Nell'ambito delle degenze riabilitative, si precisa inoltre che non è possibile trasformare posti accreditati in posti a maggiore intensità assistenziale e tariffa, anche se avviene nell'ambito del budget sottoscritto.

DISCIPLINA DEL CONTRATTO UNICO

I soggetti gestori di più unità d'offerta nell'ambito della stessa ATS, nell'ottica della semplificazione amministrativa, possono sottoscrivere un unico contratto, con le seguenti precisazioni:

1. il contratto unico è una mera misura di semplificazione amministrativa, che non presuppone il riconoscimento di ente unico gestore di cui alla D.G.R. n. 2569/2014;
2. al contratto unico vengono allegare distinte schede di budget, tante quante sono le unità d'offerta gestite dal soggetto contraente.

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

Serie Ordinaria n. 52 - Giovedì 28 dicembre 2017

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 2018 si forniscono le seguenti indicazioni relative al trattamento delle assenze nelle unità d'offerta sociosanitarie:

- per quanto riguarda RSA, RSD, CDI, CDD, CSS e Ciclo Diurno Continuo (Riabilitazione), 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 e Riabilitazione), 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 educative personalizzata e per la verifica delle attività programmate, per un massimo di 4 giornate annue. La valorizzazione delle giornate riferite alle attività di programmazione è determinata sulla base della tariffa media di struttura del trimestre di riferimento. Tale remunerazione comporta che nel Fascicolo di ogni singolo utente per il quale viene riconosciuta risulti chiaramente evidenziata la progettazione e la verifica dei progetti educativi individuali;

- per tutte le unità d'offerta sociosanitarie le assenze dovute a soggiorni climatici organizzati per gli utenti non concorrono alla determinazione del limite dei giorni di assenza massimi remunerabili a carico del FSR, purché anche durante il soggiorno sia garantito lo standard assistenziale previsto per l'unità d'offerta. Per gli ospiti CSS che frequentano anche CDD e partecipano a soggiorni climatici, si conferma che durante il soggiorno climatico viene riconosciuta la quota a carico del FSR per la struttura che organizza il soggiorno e garantisce l'assistenza all'ospite: ovvero se il soggiorno è organizzato dal CDD la remunerazione va al CDD e non al CSS e viceversa;
- per gli utenti di unità d'offerta per le dipendenze, non è prevista la remunerazione a carico del FSR in caso di assenze per rientri in carcere;

Le ATS, nello svolgimento delle proprie funzioni, hanno il compito di effettuare i necessari controlli di appropriatezza, al fine di garantire che sussistano le condizioni previste per il superamento del limite dei 20 giorni complessivi annui di assenza e che tali condizioni siano documentate nel FaSAS.

Non possono essere pagate prestazioni per la fruizione contemporanea di più unità di offerta socio sanitarie.

Fanno eccezione i casi in cui:

- la persona assistita in RSA/RSD/CDI/CDD, a causa di un repentino deterioramento delle condizioni di salute, necessita 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 socio sanitaria di provenienza dell'ospite;
- la persona assistita in CSS fruisca anche di prestazioni rese in ADI, Riabilitazione o in CDD;
- la persona assistita in CDD fruisca anche di prestazioni rese in CSS.

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 2018 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 necessitano 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. 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. 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).

3.2. Innovazione nella gestione sociosanitaria

3.2.1. Misure residenzialità leggera, residenzialità minori disabili gravissimi, RSA aperta.

Vengono confermate anche per l'anno 2018 le misure residenzialità leggera, residenzialità minori disabili gravissimi e RSA aperta.

Per il 2018 è prevista un'assegnazione specifica per misura, secondo i valori invalicabili di seguito indicati:

- RSA Aperta pari ad euro 35.063.000 con un incremento di euro 3.059.000 rispetto all'esercizio precedente;
- Residenzialità assistita/leggera pari ad euro 4.678.000 confermando l'importo dell'esercizio precedente;
- Residenzialità minori disabili gravissimi pari ad euro 2.708.000 con un incremento di euro 926.000 rispetto all'esercizio precedente;
-

Le risorse destinate a sostegno delle misure, verranno ripartite alle singole ATS con successivo decreto, tenendo conto dell'attività storica erogata, nonché degli indici di popolazione target, specifici per misura e per territorio.

Nel corso del 2017, gruppi di lavoro multiprofessionali composti da operatori di tutti i territori delle ATS e coordinati dagli uffici regionali, si sono occupati della revisione di tali misure in un'ottica di allineamento ai LEA e di appropriatezza dei percorsi di presa in carico.

Con successivo provvedimento della Giunta Regionale verrà quindi data attuazione alla revisione delle misure sopra indicate.

Pertanto, sino all'entrata in vigore di tale provvedimento, sono mantenute salve le disposizioni di cui alla D.G.R. n. 2942/2014.

Entro il 15 marzo 2018 le persone già beneficiarie delle misure dovranno essere rivalutate, secondo le modalità stabilite dal provvedimento di revisione.

Nel corso del 2018, le ATS hanno il compito di mantenere costante il monitoraggio delle attività e del relativo utilizzo delle risorse economiche, in funzione sia dell'appropriatezza dei servizi resi, sia dell'equilibrio economico che dovrà essere assicurato entro il limite invalicabile del relativo livello di FSR programmato dal presente provvedimento.

Con riguardo alla misura RSA Aperta, per ciascun beneficiario è definito per l'anno 2018 un budget massimo pari ad euro 3.600, da rapportare al periodo effettivo di ogni presa in carico. Tale valore è stato definito sulla base del costo medio regionale di presa in carico dell'ultimo biennio. In tal modo si intende assicurare la dovuta accessibilità alla misura alle persone in possesso dei requisiti previsti, evitando che la distribuzione non equa delle risorse impedisca il riconoscimento del beneficio agli aventi diritto. Per il primo trimestre 2018, in attesa che venga ultimato il processo di rivalutazione delle persone già beneficiarie, viene inoltre disposto che a ciascun beneficiario della misura RSA aperta, attraverso il voucher mediamente più utilizzato (voucher profilo 1 di 350 euro mensili) possano essere riconosciuti interventi fino ad un valore massimo di euro 1.050, salva restando la possibilità di concordare con l'ATS soluzioni diverse, laddove per particolari condizioni si rendesse necessario.

Gli enti gestori delle strutture che intendono svolgere l'attività connessa alle diverse misure devono presentare la propria candidatura all'ATS di riferimento entro il 31 gennaio 2018.

Le ATS, verificate le candidature e valutata anche la possibilità di un'eventuale estensione dell'offerta erogativa, sulla base delle rilevate disponibilità e dei fabbisogni territoriali, entro il 15 febbraio 2018, procedono alla sottoscrizione del contratto. La ATS, previa valutazione della copertura territoriale dell'offerta e senza incremento dei limiti di budget assegnati, può accogliere altre domande di contratto.

Le ATS dovranno garantire la pubblicazione degli elenchi degli enti erogatori delle specifiche misure sul sito aziendale, assicurando anche la massima diffusione ai medici di cure primarie, alle ASST e ai Comuni.

Nel corso del 2018 verrà attivato un tavolo tecnico con i gestori delle unità d'offerta che hanno sostenuto negli anni la misura Residenzialità minori disabili gravissimi e con le ATS interessate, che avrà come obiettivo l'individuazione del percorso per la prevista futura stabilizzazione.

3.2.2. Misura residenzialità assistita per religiosi.

La D.G.R. n. 5954/16 in aggiunta ai 200 posti già attivi, aveva riconosciuto l'ampliamento di n. 75 ulteriori posti, dedicati all'accoglienza assistita di religiose e religiosi all'interno del proprio ambiente di vita, riconoscendo l'impegno diretto della comunità nell'assistenza continuativa, anche attraverso l'erogazione di prestazioni da parte di operatori qualificati, valorizzandone il ruolo di cura e accudimento.

Ai fini del riconoscimento della misura per il 2017 veniva fissato un tetto massimo di risorse pari ad euro 2.223.587, calcolato in ragione del numero di posti e del valore medio delle tariffe.

Tenuto conto delle esigenze espresse in ordine all'opportunità di assicurare tale tipologia di offerta anche a territori ad oggi privi, per il 2018 potranno essere attivati e finanziati, preferibilmente in quei territori che ne risultano sprovvisti, ulteriori 25 posti.

Le risorse destinate alla misura, fissate per l'anno 2018 in un budget complessivo invalicabile pari ad euro 2.500.000, saranno pertanto ripartite alle ATS nei cui territori sono ubicate le comunità per religiosi/e in proporzione al numero di posti attivati. L'incremento rispetto all'esercizio precedente è fissato in euro 277.000 euro.

Confermando per la misura residenzialità assistita per religiosi/e le regole stabilite dalla D.G.R. n. 4086/15, al fine di facilitare alle ATS il compito di governo delle risorse, con il presente atto si stabilisce che gli oneri della misura vengono posti a carico dell'ATS di ubicazione della comunità e non di quella di residenza. I competenti uffici regionali trasmetteranno alle ATS il format di contratto revisionato alla luce delle modifiche introdotte col presente provvedimento.

3.2.3. Minori vittime di abuso ex d.g.r. n. X/5342/16

Nel 2018, viene confermata la misura, prevedendo un finanziamento complessivo fino ad un massimo di euro 13.000.000.

Anche per questa misura, entro la fine del corrente anno, è prevista l'adozione di un provvedimento di revisione che confermando, in allineamento ai LEA, il criterio che individua la tipologia di utenza nei minori vittime di abuso/grave maltrattamento, tenendo conto dei riscontri rilevati e delle verifiche effettuate nel corso del 2017, è finalizzato a:

- promuovere l'appropriatezza degli inserimenti dei minori vittime di abuso e maltrattamento all'interno di strutture residenziali;
- sostenere il miglioramento della qualità dei progetti di intervento, nelle diverse fasi della loro articolazione (valutazione, progettazione, realizzazione, verifica e valuation esiti);
- migliorare l'appropriatezza tecnica e professionale dell'erogazione delle prestazioni socio-sanitarie.

L'aggiornamento si basa su criteri di appropriatezza degli inserimenti in comunità che, per il target di utenza individuato, rilevano che la tipologia di accoglienza e la durata devono essere coerenti e strumentali ai bisogni di continuità affettiva e relazionale del minore.

L'allontanamento del minore dalla propria famiglia e l'inserimento in una struttura residenziale richiedono inoltre debba essere assicurata congruenza tra valutazione ed analisi dei bisogni e progettazione ed attuazione degli interventi. Questa finalità generale chiama in gioco tutti gli attori della rete istituzionale e dei servizi che intervengono nelle diverse fasi, a partire dalla decisione dell'A.G. di allontanamento del minore dalla famiglia. Con successivo atto di Giunta Regionale verrà data attuazione alla revisione della misura, in particolare attraverso l'introduzione di indicatori di qualità che hanno come obiettivo specifico il mantenimento dell'unitarietà del percorso, la sua coerenza e congruità con la storia evolutiva del minore, la promozione della crescita e del benessere del minore nonché la sua protezione e tutela.

L'ATS e l'ente capofila dell'accordo di programma per la realizzazione del piano di zona ovvero il Comune titolare della funzione di tutela del minore dovranno sottoscrivere apposita convenzione che definisce i rapporti giuridici ed economici ai fini del riconoscimento dell'importo giornaliero a carico del Fondo Sanitario Regionale.

La revisione della misura rende necessario anche un allineamento dei flussi informativi, in ordine ai quali verranno, pertanto, fornite specifiche indicazioni.

Nell'anno 2017, in osservanza a quanto stabilito dalla D.G.R. n. 5954/16, si è effettuata inoltre la valutazione degli esiti relativi all'azione innovativa a favore dei minori in stato di abbandono inseriti nel percorso di adozione. Considerata l'esiguità della casistica rendicontata e ritenuto di poter ricondurre la stessa all'ambito delle funzioni già assicurate dai Consulenti Familiari, si dà seguito alla chiusura dell'azione innovativa, fermo restando il riconoscimento, all'interno del sopra citato finanziamento complessivo, di casi già in carico nel 2017 che ancora necessitano di una continuità degli interventi.

3.2.4. Assistenza Domiciliare Integrata

Il contesto attuale è caratterizzato da una serie di elementi che impongono una revisione del processo di erogazione dell'ADI

Pertanto, nel corso del 2017 gruppi di lavoro multi professionali composti da operatori di tutti i territori delle ATS e coordinati dagli uffici della DG Welfare, si sono occupati della revisione di tale unità d'offerta, in un'ottica di allineamento ai LEA e di appropriatezza dei percorsi di presa in carico.

Il progressivo incremento delle patologie croniche, l'allungamento della durata della vita e il miglioramento della capacità di cura qualificata, con un'attenzione strategica centrata sull'intervento domiciliare, hanno portato all'incremento della domanda di ADI e allo sviluppo di interventi professionali sempre più qualificati e integrati. Inoltre va considerato che l'attuale modello di erogazione dell'ADI ha le sue basi in una prima sistematizzazione del servizio, attuata nel 2012, che ha dato avvio ad una fase sperimentale, tutt'ora in corso, caratterizzata dall'introduzione di un sistema di valutazione omogeneo, di nuovi profili assistenziali e delle relative tariffe.

L'evoluzione dei bisogni delle persone, da un lato, e la "maturazione" del "sistema ADI" raggiunta sul territorio regionale, dall'altro, richiamano la necessità di una stabilizzazione del modello, tenuto conto degli esiti della sperimentazione.

L'attuazione della l.r. n. 23/15, introducendo nel sistema la presa in carico delle persone con patologie croniche, o in condizioni di fragilità e di non autosufficienza, ha imposto un ripensamento dell'ADI per un suo più compiuto inserimento all'interno del percorso in atto, anche prevedendo che la valutazione per l'accesso all'ADI venga effettuata dagli erogatori.

Infine, i nuovi LEA hanno maggiormente sistematizzato gli interventi di ADI, definendo livelli di intensità assistenziale, basati sul CIA, cui occorre riferirsi per allineare l'erogazione dell'ADI sul territorio regionale.

Considerato quanto sopra riportato, la stabilizzazione del modello erogativo, riguarda: le modalità e gli strumenti di valutazione, i livelli assistenziali alla luce 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", i profili tariffari, le modalità di remunerazione, i nuovi flussi di rendicontazione delle attività e le regole di negoziazione.

La revisione dell'ADI sarà definita con successivo specifico provvedimento della Giunta Regionale. Nelle more del perfezionamento della messa a sistema del nuovo modello di erogazione dell'ADI, vengono mantenute salve le regole attuali.

Per assicurare adeguata formazione all'utilizzo dell'InteRAI HC, strumento valutativo in uso, è previsto un percorso formativo per il personale degli enti erogatori che le ATS dovranno attivare e coordinare, avvalendosi delle équipes valutative già formate delle ASST.

Le ATS dovranno prevedere e garantire all'interno del suddetto percorso formativo un focus sull'appropriata gestione delle risorse economiche a sostegno della domiciliarità.

3.2.5. Azioni per la qualità della vita delle persone sottoposte a terapia oncologica chemioterapica

L'iniziativa continua anche per il 2018, secondo le stesse modalità e criteri. Lo stanziamento sarà pari a quello per il 2017 e sarà ripartito tra le ATS secondo le modalità da definire con specifico atto

3.2.6. Piano regionale demenze e modello di presa in carico

In applicazione a quanto previsto dalla D.G.R. n. X/5954/16 in relazione allo sviluppo del Piano regionale delle demenze, nel corso del 2017 è stato attivato un gruppo di lavoro composto da professionisti delle seguenti discipline: geriatria, neurologia, epidemiologia, psicologia clinica, psicoterapia, neuropsicologia, assistenza sociale. Il gruppo ha operato, nel solco tracciato dal nuovo modello regionale di presa in carico della cronicità, in collaborazione con ingegneri informatici, alla definizione di una proposta di PAI delle demenze, diversificato in ordine al livello di gravità delle stesse secondo la Clinical Dementia Rating Scale, indicando, per ogni livello di malattia, data set minimi degli interventi da prevedere nel PAI. Tale proposta, anche a seguito di eventuale preventiva sperimentazione, costituirà la base per l'inserimento del PAI demenze nella piattaforma informatizzata regionale della presa in carico della cronicità.

Nel corso del 2018, previa valutazione favorevole della ATS territorialmente competente e senza oneri aggiuntivi a carico del FSR, i gestori di unità d'offerta sociosanitarie con documentata esperienza nell'assistenza dei soggetti affetti da demenze, possono avviare progetti innovativi nell'ambito dell'offerta di servizi sociosanitari a favore della popolazione affetta da demenza, volti a sperimentare nuove modalità applicative del modello di presa in carico, tra cui i cosiddetti "Villaggi Alzheimer".

In tale prospettiva verranno sviluppate azioni innovative nei diversi contesti territoriali anche attraverso sperimentazioni con il coinvolgimento dei servizi accreditati.

3.2.7. Sperimentazioni riabilitazione minori, case management e post acuti homeless

In applicazione a quanto stabilito dalla D.G.R. n. X/5954/16 nel corso del 2017 è stato predisposto un applicativo fornito alle ATS per la rilevazione complessiva dei progetti sperimentali attivati, ai sensi della D.G.R. n. 3239/12, nell'ambito della riabilitazione minori, finalizzata a definirne il più idoneo percorso di stabilizzazione.

Dai dati delle attività è emerso che i n. 31 progetti attivati nell'area della riabilitazione minori disabili, hanno interessato n. 1696 minori di cui:

- ✓ il 12% di età compresa nella fascia 0 – 5 anni (n. 206);
- ✓ il 43% di età compresa nella fascia 6 – 10 anni (n. 724);
- ✓ il 30% di età compresa nella fascia 11- 14 anni (n. 507);
- ✓ il 13% di età compresa nella fascia 15 – 18 anni (n. 217);
- ✓ il 2% hanno riguardato ragazzi di età > 18 anni (n. 42);

Le diagnosi principali più rappresentative sono quattro:

- ✓ 24% disturbi evolutivi globali (F84) (n. 399 minori)
- ✓ 19% disturbi evolutivi specifici (F81) (n. 319 minori)
- ✓ 13% disturbi linguaggio espressivo (F80) (n. 217 minori)

✓ 9% sindrome ipercinetica non specificata (F90) (n. 150 minori).

Nelle more della riconduzione all'interno di nuovi modelli per la presa in carico che si stanno sviluppando in applicazione a quanto stabilito dalla l.r. n. 23/2015, le sperimentazioni attive sia nell'area della riabilitazione minori disabili sia nell'area del case management proseguiranno anche nel 2018.

Si conferma la riconduzione a questo ambito anche della sperimentazione attiva presso l'ATS Città Metropolitana di Milano dal titolo "Counseling educativo/abilitativo a favore di soggetti con autismo e disturbi generalizzati dello sviluppo" di cui alla D.G.R. n. 5545/16, che potrà proseguire nel 2018 alle medesime condizioni, anche economiche, già in essere.

Nel 2018 verrà attivato un gruppo di lavoro che avrà il compito di definire un "minimum data set" di interventi, riconducibili all'area del case management, erogabili a favore del soggetto e della sua famiglia, da sperimentare in maniera omogenea nei diversi territori, ai fini della prevista stabilizzazione.

Per garantire l'attuazione degli interventi, la Direzione Generale competente procederà, con successivo atto, a determinare il livello di utilizzo a carico FSR di risorse già disponibili nei bilanci delle ATS, sulla base della produzione nell'anno 2017 dei singoli soggetti attuatori.

Il progetto post acuti homeless, attivo sul territorio del Comune di Milano e rivolto a persone in situazione di grave emarginazione sociale e in condizioni di precarietà sanitaria proseguirà nel 2018, alle medesime condizioni già in essere, anche in termini di finanziamento. Si conferma, infatti, che l'ambito di maggiore assimilabilità a cui ricondurre la progettualità, pur con specifiche differenziazioni, è quello delle cure post acute, il cui percorso di revisione è ancora in atto. L'ATS Città Metropolitana dovrà fornire ai competenti uffici regionali, a cadenza semestrale, relazione descrittiva dell'andamento della suddetta progettualità.

3.3. Cure primarie

3.3.1. Attuazione accordi integrativi regionali e presa in carico dei pazienti cronici

Le ATS devono attenersi al rispetto dell'assegnazione economica regionale 2018 per la medicina convenzionata, che comprende anche la guardia turistica laddove attivata.

A seguito del rinnovo degli Accordi integrativi regionali per i Medici di medicina generale e i Pediatri di famiglia, per il 2018 le ATS devono sottoscrivere i conseguenti Accordi aziendali attuativi, attenendosi ai criteri e alle modalità ivi individuati.

Parimenti, a seguito del rinnovo dell'Accordo integrativo regionale per gli Specialisti /Professionisti ambulatoriali convenzionati con il SSN, per il 2018 le ASST devono sottoscrivere i conseguenti Accordi aziendali attuativi, attenendosi ai criteri e alle modalità ivi individuati. Nel 2018 i medici di medicina generale e i pediatri di famiglia che hanno aderito alla nuova modalità regionale di presa in carico dei pazienti cronici in attuazione dell'art. 9 della l.r. n. 23/2015 sono coinvolti nel relativo processo di attuazione coordinato da Regione e reso operativo dalla ATS.

Le risorse destinate alla remunerazione del PAI per il medico di medicina generale e per il pediatra di famiglia che hanno aderito nel 2017 in qualità di gestori o co-gestori, ai sensi della DGR n. X/6551/2017, saranno determinate sulla base del numero di pazienti cronici presi in carico.

3.3.2. Apertura degli ambulatori pediatrici nelle giornate di sabato e prefestive

Questo servizio aggiuntivo attivato dal 2012 attraverso progettualità aziendali con la finalità di garantire la copertura assistenziale per i pazienti in età pediatrica nelle giornate del sabato e prefestive (qualora queste ultime precedano più di un giorno di festività), mediante il coinvolgimento prevalente dei pediatri di famiglia, è stato mantenuto negli anni seguenti perché ritenuto idoneo a fornire una risposta assistenziale nei giorni di assenza del proprio pediatra di famiglia per i casi non urgenti.

Le relazioni delle ATS sull'attività 2017, contenenti i dati relativi al servizio (numero e collocazione territoriale delle postazioni attivate, numero accessi, numero invii al PS) indicano un incremento progressivo del numero di accessi negli anni, dando evidenza che il servizio è ormai conosciuto e utilizzato dalla popolazione.

Si ritiene pertanto opportuno confermare anche per il 2018 il servizio, con la prospettiva di valutare il suo possibile inserimento nel contesto del percorso di riforma della medicina territoriale introdotto dalla legge Balduzzi (L.189/2012).

In continuità con il 2017, anche per il 2018 è, pertanto, confermata l'assegnazione alle ATS delle risorse economiche necessarie, nell'ambito del fondo complessivo di 2 milioni di euro, con la possibilità per le ATS di riorganizzare il servizio sul territorio in modo più omogeneo laddove si rilevino criticità o un bacino troppo limitato di utenza, tenendo comunque conto degli elementi già disponibili nel percorso di riforma in atto (mappatura territoriale delle AFT, individuazione di POT/PreSST, ubicazione di sedi di CA).

Si richiamano a questo proposito anche i contenuti dell'Accordo Stato-Regioni 7 febbraio 2013 recante le "Linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale" in cui vengono proposti diversi modelli organizzativi che, sulla base delle caratteristiche del territorio, possono privilegiare l'offerta di continuità assistenziale di cure primarie presso strutture territoriali (aggregazione MMG/PLS nelle future AFT o riconversione di strutture ospedaliere quali i POT) o presso strutture ospedaliere.

In caso di attivazione presso le strutture ospedaliere deve essere previsto un percorso dedicato, ma organizzativamente integrato con le attività di PS/DEA.

3.3.3. [Comitati zonalisti degli specialisti/professionisti ambulatoriali convenzionati](#)

I Comitati zonalisti comprendenti ASST in territori di ATS risultanti dalla fusione di due o più ASL (ATS Insubria, ATS Brianza, ATS della Valpadana, ATS Città metropolitana di Milano) sono rimodulati a partire dal 1 gennaio 2018 in modo da ricomprendere tutte le ASST del medesimo perimetro territoriale della ATS di riferimento ed individuando una sola Azienda sede principale del Comitato.

Le ATS interessate hanno definito la scelta dell'Azienda sede principale attraverso il coinvolgimento delle ASST afferenti. Di seguito è riportata la tabella con la nuova articolazione dei Comitati zonalisti e della relativa Azienda sede principale del Comitato. L'unica eccezione è costituita dal perimetro territoriale della ATS Città Metropolitana di Milano, in cui si prevede unicamente il passaggio del ruolo di Azienda sede principale del Comitato zonale dalla ATS alla ASST Nord Milano.

Considerato che per la ASST Nord Milano, la funzione di Azienda sede principale del Comitato richiede significativi adeguamenti organizzativi a fronte di un territorio particolarmente vasto, si ritiene necessario prevedere un congruo tempo di adeguamento, mantenendo attivi per il 2018 gli attuali due comitati zonalisti della Provincia di Milano e di Lodi/Melegnano.

Serie Ordinaria n. 52 - Giovedì 28 dicembre 2017

Denominazione Comitato Zonale del	Aziende afferenti secondo la L.R. 23/2015	Azienda sede principale del Comitato
Comitato Zonale di Bergamo	ASST di Bergamo Est	ASST Papa Giovanni XXIII
	ASST di Bergamo OVEST	
	ASST Papa Giovanni XXIII	
Comitato Zonale di Brescia	ASST Francia Corta	ASST degli Spedali Civili di Brescia
	ASST Garda	
	ASST degli Spedali Civili di Brescia	
Comitato Zonale di Como-Varese	ASST Lariana	ASST Lariana
	ASST Sette Laghi	
	ASST Valle Olona	
Comitato Zonale di Mantova-Cremona	ASST di Crema	ASST di Mantova
	ASST di Cremona	
	ASST di Mantova	
Comitato Zonale di Monza-Lecco	ASST di Lecco	ASST di Monza
	ASST di Monza	
	ASST di Vimercate	
Comitato Zonale di Lodi-Melegnano	ASST di Lodi	ASST di Lodi
	ASST Melegnano e della Martesana	
Comitato Zonale di Milano	ATS della Città Metropolitana di Milano	ASST Nord Milano
	ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda	
	ASST Nord Milano	
	ASST Fatebenefratelli Sacco	
	ASST Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini/CTO	
	ASST Santi Paolo e Carlo	
Comitato Zonale della Provincia di Milano	ASST Ovest Milanese	ASST Ovest Milano
	ASST Rhodense	
Comitato Zonale di Pavia	ASST di Pavia	ASST di Pavia
Comitato Zonale di Sondrio	ASST della Valtellina e dell'Alto Lario	ASST della Valtellina e dell'Alto Lario
	ASST della Valcamonica	

Al fine di garantire il regolare utilizzo delle graduatorie a valere sul 2018, le Aziende sede principale dei nuovi Comitati Zonali di Como-Varese, Mantova-Cremona e Monza-Lecco, devono utilizzare, oltre alle proprie graduatorie a valere sul 2018, rispettivamente le graduatorie approvate dalle Aziende principali degli ex Comitati zonali di Varese, Cremona e Lecco per l'assegnazione delle ore di incarico vacanti nelle aziende che fino al 31/12/2017 afferivano a detti comitati. Parimenti, tutte le attività connesse alle graduatorie 2018 devono essere gestite nel rispetto di tali graduatorie.

Le Aziende facenti parte del Comitato zonale concorrono agli oneri sostenuti dall'Azienda individuata come sede principale secondo modalità concordate tra le stesse.

Si precisa che le ATS non sono più ricomprese all'interno dei Comitati zonali a seguito dell'attuazione della l.r. n. 23/2015, non avendo più tra le proprie competenze l'attività erogativa nei confronti dei cittadini che è stata trasferita alle ASST. L'unica eccezione è

rappresentata dalla ATS della Città metropolitana di Milano che resta all'interno del Comitato zonale di Milano, in quanto ha mantenuto specialisti ambulatoriali convenzionati con il SSR per le funzioni di prevenzione MTS ai sensi della DGR n. X/6968/2017.

3.3.4. Minori stranieri da iscrivere al SSR

La Direzione Salute ha disposto nella DGR n. X/1185 del 20/12/2013 "Determinazioni in ordine alla gestione del SSR per l'esercizio 2014":

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

Pertanto a partire dal 1/1/2014 ha preso avvio in via sperimentale e per la durata di un triennio l'erogazione del suddetto pacchetto di iniziative. La sperimentazione, così come avviata nel 2014, si è conclusa il 31/12/2016.

Con DGR n° X/5954 del 05/12/2016 la sperimentazione è stata prorogata di un anno e quindi con scadenza al 31/12/2017.

Al fine di garantire un'assistenza sanitaria completa a questa fascia di cittadini particolarmente esposta ed a rischio, evitando in questo modo che l'accesso al SSR passi unicamente attraverso il pronto soccorso, viene prorogata al 31/12/2018 la scadenza della sperimentazione, alle stesse condizioni e con le stesse modalità indicate nella nota H1.2014.0002151 del 21/01/2014, nelle more di un eventuale definizione del regime assistenziale più adeguato in termini di protezione della salute dei minori stranieri irregolari. Ai minori stranieri non in regola con le norme di soggiorno dovrà essere assegnato, in fase di iscrizione, un codice STP, per i minori comunitari restano valide le indicazioni della nota H1.2014.0002151 del 21/01/2014.

3.4. Salute mentale

La recente normativa regionale in materia di salute mentale (l.r. n. 15/2016) deve trovare omogenea applicazione sul territorio, in particolare rispetto alla integrazione dei servizi nel trattamento dei pazienti che si trovano in situazioni di transizione e/o di scavalco tra le diverse aree che la compongono (NPIA – psichiatria dell'adulto – dipendenze – disabilità). Nel corso del 2018 verranno quindi definite al riguardo specifiche linee di indirizzo regionali, a cominciare dalle principali tipologie di utenza NPIA (disturbi psichiatrici, disturbi neurologici, disabilità complessa e autismo, disturbi di apprendimento), con il coinvolgimento di tutti i servizi di riferimento e delle associazioni dei familiari e degli utenti, ponendo particolare attenzione alle situazioni di maggiore complessità e all'individuazione di criteri e indicatori per il monitoraggio della presa in carico.

3.4.1. NPIA

Dal 2018 si ritengono consolidati gli esiti della sperimentazione avviata con la D.G.R. n. X/4981/2016 e della successiva D.G.R. n. X/6965/2017, per la riduzione delle liste di attesa per prestazioni relative all'autismo e di logopedia. Le relative risorse per le ATS sono conseguentemente da considerarsi storicizzate e rientranti nel budget ordinario.

Per quanto riguarda la residenzialità di NPIA, le strutture residenziali terapeutiche devono procedere alla registrazione costante 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. Le comunità residenziali terapeutiche sono tenute a garantire la continuità assistenziale a tutti gli utenti accolti ed in particolare, trattandosi di utenti minorenni, si prevede che le dimissioni

debbano essere concordate con la UONPIA e che, nei casi eccezionali in cui sia assolutamente necessario rivedere il percorso residenziale, la UONPIA venga coinvolta con almeno 30 giorni di preavviso, in modo da consentire il reperimento di una nuova adeguata collocazione.

Ricoveri Ordinari di NPIA

Negli ultimi anni il numero di pazienti assistiti dai servizi di UONPIA è aumentato in modo rapido e consistente. In particolare, tra le patologie emergenti, le acuzie psichiatriche in adolescenza (APA) seguono un trend in fortissima crescita.

A fronte di questo andamento epidemiologico, la dotazione di posti letto di ricoveri ordinari in NPIA risulta insufficiente rispetto al bisogno, in particolare per l'area milanese.

Nel corso del 2018 verrà pertanto avviata una analisi di fattibilità per la realizzazione di 10 p.l. di ricovero ordinario in NPIA sull'area milanese.

Integrazione sanitaria per accoglienza minori in comunità educative (servizio sociale di accoglienza residenziale per minori)

Minori con prevalente bisogno educativo e residuale bisogno sanitario vengono frequentemente inseriti all'interno delle strutture terapeutiche di NPIA.

Al fine di migliorare appropriatezza di intervento e di rendere disponibili posti terapeutici di NPIA a minori con bisogni sanitari più complessi, in via sperimentale per l'anno 2018, si prevede che le ATS possano autorizzare l'inserimento di tali minori presso comunità educative, sulla base di un progetto personalizzato redatto dalla UONPIA di riferimento, con corresponsione di una quota sanitaria aggiuntiva. A ciascun minore inserito devono essere garantite, nell'ambito del progetto individuale, le prestazioni specialistiche, sanitarie e sociosanitarie necessarie in base alla certificazione della UONPIA.

La quota sanitaria non potrà superare il 40% della retta giornaliera totale e in ogni caso non potrà essere superiore a 60 euro/die. Per il 2018 la spesa sarà a carico del flusso 43San, senza modificarne il tetto complessivo di spesa. A conclusione della sperimentazione con specifico provvedimento verranno definite le modalità organizzative e procedurali per l'attuazione degli interventi.

Fascicolo elettronico univoco NPIA – riabilitazione minori

Il sistema informativo attualmente in uso per la specialistica ambulatoriale e per la riabilitazione minori presentano alcune criticità che ne rendono necessaria una revisione per poter disporre delle informazioni necessarie ai fini della programmazione: utilizzano un sistema di classificazione non adatto ai disturbi NPIA, non consentono di rilevare le comorbilità, i dati fondamentali di percorso e gli esiti. Pertanto, nel corso del 2018 si provvederà ad analizzare la fattibilità della messa a sistema di un fascicolo elettronico univoco per i servizi di NPIA e di riabilitazione dell'età evolutiva, che raccolga e metta a disposizione in tempo reale i dati utili per la programmazione degli interventi (descrizione diagnostica dei soggetti in carico e in trattamento, monitoraggio delle attività svolte e dei servizi coinvolti, esiti ecc).

Reti

Per un più efficace utilizzo delle risorse (sia finanziarie che di personale) a disposizione dei servizi di NPIA, si propone che nel corso del 2018 la DG Welfare promuova la formazione di reti coordinate di cura regionali per i principali disturbi (ADHD, Autismo, DSA, DSL, disturbi psichiatrici in adolescenza), anche ai fini della rimodulazione dei relativi modelli clinico-organizzativi (così come già realizzato nell'ambito di alcuni progetti innovativi).

Formazione

Al fine di favorire l'integrazione dei servizi e percorsi di presa in carico che garantiscano la continuità assistenziale, nel corso del 2018 le ASST provvedono ad inserire nei propri Piani di formazione la programmazione di eventi di formazione congiunta tra la NPIA, l'area

consultoriale, le cure primarie, i servizi per l'emergenza-urgenza, la psichiatria dell'adulto e i servizi per le dipendenze patologiche.

3.4.2. Psichiatria

Budget di salute

La capacità dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) di costruire con il paziente e i familiari una presa in carico efficace è cresciuta negli anni, ma oggi incontra alcune criticità legate alle risorse umane disponibili a livello territoriale, ai meccanismi di finanziamento dei DSM e alla eterogeneità dei processi e dei contenuti della presa in carico nella rete dei Centri Psico-Sociali (CPS).

Poiché a determinare un'efficace presa in carico concorrono sia fattori gestionali che clinici, si rendono necessarie azioni correttive a più livelli: da una maggiore elasticità nell'utilizzo delle risorse economiche, a una più precisa definizione dei percorsi clinici di presa in carico, a una rimodulazione degli interventi delle varie figure professionali all'interno del processo di cura.

Tra le azioni percorribili, si colloca il budget di salute, che rappresenta tutte le risorse rese disponibili a una persona con gravi problemi di salute mentale per ricevere i servizi di cui ha necessità. Il budget di salute è strutturato sui bisogni del paziente, è flessibile e non è legato a un tipo particolare di servizio o a uno specifico erogatore. L'investimento economico rappresenta la sintesi delle risorse economiche, professionali e umane necessarie per innescare un processo volto a ridare a una persona, attraverso un progetto terapeutico e riabilitativo individuale, una maggiore stabilità clinica e un migliore funzionamento sociale. Non più centrato sulla remunerazione delle singole prestazioni, il budget di salute si presenta quindi 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 DSM (indipendentemente dalla sede di trattamento).

E' un modello particolarmente indicato per utenti che presentano disturbi gravi e bisogni complessi – alti utilizzatori dei servizi e consumatori di risorse, a elevato rischio di cronicizzazione – per i quali sono necessari numerosi interventi multidisciplinari, in ambito sia sanitario che sociosanitario che sociale, e con differenti strumenti.

Sulla base di queste considerazioni presso la DG Welfare ha lavorato un apposito gruppo di approfondimento tecnico che ha predisposto un progetto di sperimentazione del budget di salute, delineando le tempistiche e l'analisi degli impatti finanziari. È stato previsto il "congelamento" di alcuni posti di residenzialità psichiatrica afferenti ad ASST e l'utilizzo del relativo budget per interventi territoriali che sperimenteranno la presa in carico di un numero di pazienti doppio rispetto a quelli precedentemente trattati in regime residenziale, a parità di complessità clinica e peso assistenziale.

Nel corso del 2018 la DG Welfare provvederà a dare avvio alla sperimentazione prevista.

Residenzialità Psichiatrica

Nel corso del 2018 dovrà essere rivista anche l'attuale organizzazione dell'assistenza residenziale con l'obiettivo di favorire un progressivo e parziale spostamento a favore delle attività territoriali delle risorse a essa attualmente dedicate nell'ambito di progetti che vedano una piena integrazione delle risorse formali (sanitarie, sociosanitarie e sociali) e informali.

Nei nuovi LEA la residenzialità psichiatrica per adulti viene suddivisa nelle seguenti categorie: SRP1, SRP2 e SRP3 (facendo riferimento ad un precedente accordo Stato-Regioni recepito da RL con D.G.R. n. 4702/2015).

In Regione Lombardia le SRP3 coincidono con le CPB (Comunità a bassa protezione). I nuovi LEA approvati dallo Stato nel 2017 portano al riconoscimento a queste strutture solo del 40% della tariffa applicata, lasciando l'ulteriore 60% a carico dei pazienti, delle loro famiglie o dei Comuni.

Pertanto, data la peculiarità del target ospitato da queste strutture e dalla fondamentale necessità della continuità del percorso sanitario, le strutture CPB – SRP3 della Lombardia potranno individuare, a loro la scelta, uno tra i seguenti percorsi possibili:

- riclassificazione in una delle tre tipologie di SRP3 (SRP3.1; SRP3.2; SRP3.3) in coerenza con le indicazioni (requisiti organizzativi e tariffe) che verranno fornite con successivo atto;
- riclassificazione in programmi di residenzialità leggera, mantenendo inalterato il budget a disposizione;
- trasferimento del budget attualmente a disposizione su altre attività (già accreditate) erogate dallo stesso gestore e chiusura dei posti di CPB;
- riconversione del budget in attività semiresidenziali o altre attività territoriali e chiusura dei posti di CPB
- riclassificazione in SRP2 (con adeguamento dei requisiti di personale); (questa riclassificazione potrà avvenire solo dopo la definizione, con successivo provvedimento, dei nuovi requisiti e delle tariffe delle categorie SRP1 e SRP2 e fatto salvo l'equilibrio di sistema).

Progetti di diagnosi precoce e trattamento della depressione perinatale

I progetti di screening pre e post partum avviati nel 2017 con l'obiettivo di diagnosticare e trattare precocemente eventuali sindromi depressive nelle donne in gravidanza e nelle neo mamme, devono proseguire ed essere ulteriormente implementati nel 2018.

Nuovi contratti per psichiatria adulti e NPIA

Dal 2014 si è riscontrato un trend in diminuzione della elevata spesa per inserimenti in strutture accreditate che lavorano in regime di extra contratto (accoglienza di casi in emergenza, inserimenti dal Tribunale, casi complessi, ecc.).

Pertanto si ritiene utile trasferire una quota percentuale dalle risorse extra contratto al budget delle ATS per i contratti, in modo da:

- consolidare strutture residenziali e semiresidenziali lombarde accreditate che lavorano attualmente senza un contratto
- attivare altri posti tecnici per riportare sul territorio regionale persone che sono attualmente ospitate in strutture di altre regioni.

La quota percentuale delle risorse extra-contratto che verrà recuperata potrà, in alternativa alla contrattualizzazione di strutture accreditate già operanti, essere utilizzata per l'attivazione di:

- SRP3
- programmi di residenzialità leggera
- programmi intensivi domiciliari/ambulatoriali (quali per esempio sperimentazioni di affido etero-familiare).

La decisione in merito alle aree a cui indirizzare le risorse extra contratto è demandata alle ATS che, tramite gli appositi Organismi di Coordinamento previsti dalla l.r. n. 15/2016, valuteranno la congruenza dell'offerta rispetto ai bisogni del territorio e individueranno le priorità di intervento.

La contrattualizzazione di nuovi posti per l'area NPIA non potrà di norma superare lo standard di 21 pl/100.000 abitanti 0-17 anni.

Il trasferimento delle risorse e la conseguente possibilità di stipulare nuovi contratti, subordinata alla verifica dei dati di consuntivo 2017, verrà regolamentata con successivo atto e avrà come effetto immediato (registrato negli atti formali di bilancio) l'abbattimento del tetto di spesa 43/San della cifra equivalente.

Si precisa che le ATS che hanno una spesa pro capite extra-contratto superiore a 3,9 euro/anno (media regionale), dovranno mostrare una riduzione dell'ammontare complessivo della spesa extra-contratto (al netto dell'operazione di trasferimento di risorse sul budget dei contratti).

Il livello di spesa 43San o, se dovuta, la sua riduzione, costituiscono per il 2018 elemento di valutazione per i Direttori Generali delle ATS e delle ASST, alle quali le rispettive ATS avranno, come per il 2017, attribuito uno specifico tetto di spesa.

Fanno eccezione al precedente capoverso le seguenti situazioni:

- La ATS della Montagna segnala con una propria relazione di analisi della domanda di salute del territorio e della offerta di servizi residenziali Prot.n.0050803/2017 del 9/11/2017 la necessità di garantire il passaggio intermedio nel percorso riabilitativo assistenziale di ogni paziente che passa da modalità di alta assistenza a quelle di bassa assistenza, in modo da offrire ai pazienti con quadro clinico stabilizzato un più appropriato setting di cura di minore intensità e costo contrattuale, che attualmente viene offerto solo extra contratto (43San).
Pertanto la ATS della Montagna potrà disporre di un budget per la 46San aumentato della quota (identificata dalla stessa ATS) di 172mila euro annui e, contestualmente, l'assegnazione del tetto di budget di 43San (extra contratto) sarà equivalente alla quota assegnata nel 2017 detratta della stessa cifra di 172mila euro.
Con tale budget aggiuntivo la ATS procederà alla contrattualizzazione di posti aggiuntivi di CPM – SRP2, secondo le normative vigenti.
- La ATS della Brianza sta procedendo, in accordo con gli uffici regionali e le ASST coinvolte, alla necessaria messa a sistema del Presidio Corberi di Limbiate al fine di allinearla alle normative vigenti in materia di residenzialità. Tale progetto prevede lo spostamento di 8 ospiti attualmente presenti nella struttura e affetti da patologie afferenti alla salute mentale verso strutture terapeutiche di psichiatria. Dato che viene segnalata la difficoltà di reperire sul territorio strutture a contratto in grado di accogliere in tempi rapidi questi pazienti, la ATS della Brianza potrà, dietro presentazione di apposito progetto sul gruppo di pazienti che ne dimostri sia la mancanza di posti a contratto immediatamente disponibili, sia l'appropriatezza di inserimento relativamente alle necessità sanitarie dei pazienti stessi, procedere con inserimenti (limitatamente agli 8 pazienti in questione) con spesa a carico del flusso 43San, oltre al tetto di budget assegnato per l'anno 2017.

Contratti

Nel rispetto delle tempistiche già descritte per le attività sanitarie di cui sopra, e fatte salve le disposizioni di cui ai precedenti paragrafi, le ATS potranno sottoscrivere contratti per un importo complessivo non superiore al budget assegnato nell'anno 2017.

Al fine non solo di governare in un'ottica di sostenibilità la spesa 43/San, ma anche di migliorare l'appropriatezza degli interventi erogati, le ATS dovranno monitorare con regolarità le motivazioni dei dinieghi di accoglimento da parte delle strutture a contratto.

Al riguardo, nel corso del 2018 si procederà alla verifica di fattibilità per la realizzazione di un sistema informativo che consenta in tempo reale di conoscere la disponibilità di posti delle strutture residenziali di psichiatria, neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza e per le dipendenze patologiche.

3.4.3. Programmi e progetti innovativi

Nel corso del 2017 la numerosità dei pazienti inseriti in programmi e progetti innovativi di psichiatria e NPIA è stata superiore a 30mila unità, per un totale di prestazioni superiore a 300mila. Un tale volume di pazienti e di prestazioni fornisce chiara indicazione in merito all'elevato bisogno e, di conseguenza, alla necessità di mantenere attivi programmi e progetti, in quanto la eventuale sospensione di queste attività sarebbe causa di interruzione di pubblico servizio.

Pertanto, si riconferma anche per il 2018 la destinazione per territorio delle medesime risorse assegnate nel 2017 (si precisa che il progetto del CPS di Chiari si intende riassorbito in questi progetti e il suo ammontare va ad aggiungersi alla cifra complessiva dei progetti 2017) e si demanda alle ATS il compito di valutare l'opportunità di proseguire i predetti

programmi/progetti innovativi in essere e/o di destinare parte dei finanziamenti disponibili alla attivazione di nuove progettualità.

Anche per il 2018, in particolare nell'ambito della NPIA, potranno proseguire i progetti sovra territoriali esistenti (tra cui il progetto PERCIVAL) e i restanti progetti dovranno essere trasversali all'ATS e afferire alle seguenti aree prioritarie di intervento: psicopatologia dell'adolescenza, neuropsicologia, disabilità complessa e autismo, migranti. Per quanto riguarda la psichiatria degli adulti, oltre alle tematiche strategiche relative a intervento precoce/area giovani, disturbi emotivi comuni/emergenti, presa in carico e lavoro di rete, dovrà essere data preferenza a progetti volti alla implementazione del budget di salute; uguale priorità al tema del budget di salute dovrà essere data in eventuali nuove sperimentazioni che prendessero avvio nel corso del 2018. Deve essere garantito la massima integrazione tra psichiatria, neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, psicologia e dipendenze nell'ambito di progetti elaborati sulle stesse tematiche, su argomenti contigui (in particolare per i progetti nell'area della psicopatologia dell'adolescenza) o attivi nello stesso territorio. Inoltre, nei progetti dovranno essere evidenziati i raccordi con i progetti della medesima area attivati in altre ATS, in particolare per quanto riguarda la formazione e la stesura di percorsi, protocolli e procedure condivisi, nella direzione di una sempre maggiore trasversalità degli interventi e verso la strutturazione di reti coordinate di cura.

Entro il 31 dicembre 2017 le ATS dovranno segnalare agli uffici regionali i progetti che dovranno essere finanziati nel 2018.

Per quanto riguarda la valorizzazione delle prestazioni di NPIA indirette e non riconducibili erogate nell'ambito dei progetti, si confermano le indicazioni della nota prot.n. G1.2016.0025283 del 26.07.2016.

Al fine di garantire la qualità e la continuità delle attività progettuali e il loro consolidamento si invitano le ASST a programmare una graduale stabilizzazione del personale in esse impegnato, all'interno e nei limiti dei prossimi piani di gestione delle risorse umane.

3.4.4. Registro contenzioni

Si richiama al corretto inserimento nel sistema informativo PsicheWeb dell'informazione di ricovero in regime di TSO (come da pregresse indicazioni) e alla compilazione del "registro degli episodi di contenzione", che dal 1 gennaio 2018 diviene parte integrante del sistema informativo della psichiatria (PsicheWeb). Le informazioni relative alle contenzioni attuate nel corso del 2017 mantengono la modalità di rilevazione nell'attuale registro in formato excel; gli episodi di contenzione attuati dal 1 gennaio 2018 dovranno essere inseriti nel sistema informativo PsicheWeb. Le contenzioni attive tra il 31/12 ed il 01/01 (aperte nel 2017 e chiuse nel 2018) dovranno essere registrate in PsicheWeb. Gli attuali registri in uso in formato excel sono da conservare fino a diversa indicazione. Anche nel 2018 le ASST dovranno dimostrare una effettiva riduzione degli episodi di contenzione praticate nei SPDC di competenza.

3.5. Dipendenze

In applicazione alla l.r. n. 23/2015 e alla l.r. n. 15/2016, nel corso del 2018 le ASST devono avere dato avvio alle attività integrate tra gli ambiti della salute mentale e delle dipendenze nei propri DSMD, attraverso la stesura di uno specifico piano di attività che preveda percorsi integrati e valuti anche la possibilità di ricoveri ospedalieri per persone affette da disturbo da uso di sostanze (alcol e/o sostanze illecite) presso reparti individuati in raccordo con la direzione strategica.

A seguito dell'approvazione dei nuovi LEA, le ASST devono adeguare l'organizzazione dei servizi in modo da consentire l'erogazione delle prestazioni in tema di GAP. In tema di gioco di azzardo patologico, inoltre, nel nuovo "Piano d'azione GAP" sarà previsto l'avvio di sperimentazioni di servizi residenziali.

Preso atto che l'Osservatorio Regionale Dipendenze (OReD) è decaduto a seguito della istituzione presso la DG Welfare dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale previsto dalla l.r. n. 23/2015, con funzioni di rilevazione, analisi e restituzioni dati sia per l'ambito sanitario sia sociosanitario, nel corso del 2018 la DG Welfare provvederà a implementare le funzioni e le attività già in capo all'OReD, a cui ricondurre anche il coordinamento del Tavolo Tecnico Regionale Osservatori (TTRO), con riferimento anche al metodo e alle attività sviluppate nel contesto del SIAPAD- Sistema integrato Analisi e Previsione Abuso e Dipendenze, sviluppatosi nell'ambito dell'ATS Città Metropolitana di Milano.

Inoltre, presso la DG Welfare proseguirà il percorso avviato per la revisione della rete dei servizi residenziali e semi-residenziali per le dipendenze e per l'ottimizzazione del raccordo con i servizi invianti.

Alla luce dei contenuti della Carta dei Servizi sottoscritta congiuntamente dalle società scientifiche di Psichiatria (SIP), di Neuropsichiatria dell'Infanzia e della Adolescenza (SINPIA) e dalla Federazione Italiana degli operatori dei dipartimenti e dei servizi delle dipendenze (FeDerSerD), relativa ai pazienti con comorbilità e delle disposizioni della l.r. n. 15/2016, gli organismi di coordinamento della salute mentale (OCSM/OCNPIA) costituiti presso le ATS dovranno essere integrati con la componente relativa alle dipendenze, sia per quanto riguarda i servizi pubblici che il privato accreditato che il terzo settore. È in ogni caso facoltà delle ATS e ASST di concerto, definire ulteriori articolazioni e/o tavoli tecnico-tematici dell'OCSMD per le diverse tematiche trattate.

3.6. Aggiornamento assistenza extra ospedaliera per AIDS /HIV

La rete assistenziale residenziale e semiresidenziale per malati di AIDS/sindromi HIV correlate in regione Lombardia ha visto una evoluzione significativa delle sue caratteristiche.

Pur mantenendo la forte connotazione di sussidiarietà dell'origine, quando il privato sociale ha fornito la risposta alla domanda assistenziale all'emergenza AIDS, sono stati regolati, attraverso lo strumento della convenzione, i rapporti con le associazioni/enti, uniformando le modalità di accesso con univoci strumenti di valutazione del fabbisogno assistenziale.

L'assistenza extra ospedaliera, residenziale e semiresidenziale, a malati di AIDS/sindromi HIV correlate, in Regione Lombardia è attualmente regolata dai seguenti atti dispositivi:

- DGR 19 ottobre 2001, n. VII/6471 "Riorganizzazione dell'assistenza territoriale dei malati di AIDS e presa in carico dei malati di AIDS nell'area penale"
- DGR del 16 febbraio 2005, n. VII/20766 "Determinazione in merito alle strutture residenziali e semiresidenziali extra – ospedaliere di assistenza alle persone affetta da HIV/AIDS e conseguente adeguamento delle tariffe e aggiornamento dello schema tipo di convenzione"
- Circolare 12/SAN/2007 Direzione Generale Sanità e Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale: "Assistenza extraospedaliera malati di AIDS e sindromi HIV correlate"

Attualmente l'offerta è così composta:

- 15 strutture per un totale di 149 posti Alta Integrazione Sanitaria
- 8 strutture per un totale di 66 posti di Bassa Intensità Assistenziale
- numero 40 posti di Assistenza diurna

I costi dell'ultimo triennio relativamente alla rete di offerta sopra descritta sono di seguito indicati:

- 2014 € 9.937.000,00
- 2015 € 10.252.000,00
- 2016 € 10.224.000,00

SOFIA è il sistema informativo che consente, alle ATS di competenza, di gestire l'intero processo (scheda di valutazione multidimensionale dei bisogni clinici e sociali, ricerca della struttura più idonea e confacente ai bisogni del Paziente, registrazione del Piano di

Assistenza Individualizzato - PAI e suo monitoraggio); consente altresì l'osservazione dell'erogazione a livello regionale e la rendicontazione delle giornate di assistenza da parte delle diverse strutture eroganti il servizio, ai fini delle richieste di rimborso e della consuntivazione.

Di seguito si elencano alcune elementi di criticità emerse anche nel confronto all'interno delle Commissione Regionale AIDS (ove è rappresentato il Coordinamento Case Alloggio AIDS) che richiedono la revisione complessiva dell'offerta:

- le mutate caratteristiche della patologia
- rigidità suddivisione delle case alloggio in due tipologie assistenziali non coerente con la variegata domanda
- necessità di ripensare all'offerta dei centri diurni anche a favore di strutture intermedie (ad esempio appartamenti protetti)
- facilitare il reinserimento sociale dei soggetti che provengono da aree di disagio (es tossicodipendenza) in presenza di un discreto grado di compenso clinico.

In questa fase di riorganizzazione del SSR nel suo complesso e ancor di più nello specifico processo della presa in carico del paziente cronico, si rende necessario attivare un tavolo tecnico intra-direzionale finalizzato a definire le modalità per ricondurre la rete delle strutture extra ospedaliere nel percorso autorizzazione-accreditamento-contratto, analogamente a tutte le altre tipologie di strutture sociosanitarie afferenti al SSR, individuando anche possibilità di integrazione con altre tipologie di strutture (es psichiatriche; riabilitative ecc) in risposta alle problematiche sopra citate.

3.7. Sanità penitenziaria

Equipe forensi

Preso atto che ad oggi solo alcune ASST hanno proceduto con la attivazione delle equipe forensi previste dalla D.G.R. n. 5340/2016 e preso atto altresì del fatto che diventa necessario e urgente procedere con la implementazione del piano regionale per il superamento degli OPG approvato dal Ministero della Salute e dal Ministero dell'Economia e delle Finanze, si chiarisce innanzitutto che il costo medio annuo lordo indicato per le unità di personale previsto in assunzione nelle premesse della D.G.R. n. 5340/2016 va inteso escluso di oneri riflessi ed IRAP. Inoltre si ribadisce che, a parità di spesa complessiva l'azienda potrà rimodulare le unità di personale per le diverse figure professionali previste e il rapporto di tempo parziale/tempo pieno, assicurando in ogni caso la piena funzionalità della stessa equipe per i medesimi scopi individuati dalla D.G.R. n. 5340/2016.

Sportello psicologico per operatori degli istituti penitenziari

Al fine di tutelare salute psicofisica degli operatori che a vario titolo accedono alle carceri, nel corso del 2018 le ASST, con la collaborazione delle proprie UO di psicologia, dovranno provvedere alla realizzazione di uno "sportello" per il carcere, mediante la diffusione presso gli istituti penitenziari di materiale informativo e riferimenti (numero di telefono, e-mail) per un adeguato supporto psicologico.

Struttura Beccaria

Si conferma l'indicazione alla ATS di Milano relativa alla individuazione ed attivazione di 4 posti accreditati di residenzialità terapeutica espressamente dedicati a minori con problemi di salute mentale (spesso associati ad uso/abuso di sostanze) che incorrono in procedimenti di natura penale, senza aumento del valore complessivo dei contratti stipulati per NPJA e Psichiatria degli adulti.

I posti dovranno essere individuati in strutture in grado di rispondere alle esigenze già emerse nel corso degli inserimenti effettuati nel 2017.

Attuazione l.r. 24 novembre 2017 n. 25 "Disposizioni per la tutela delle persone sottoposte a provvedimenti dell'Autorità giudiziaria"

Le ATS e le ASST, a completamento degli interventi di tutela della salute e per quanto di competenza, partecipano alla attivazione di percorsi di recupero e reinserimento delle persone sottoposte a provvedimenti dell'Autorità giudiziaria, in collaborazione con gli Enti locali e il Terzo settore.

Sistema informativo per il Monitoraggio del superamento OPG (SMOP)

Entro 45 giorni dalla avvenuta notifica dell'inserimento dei pazienti residenti nei comuni afferenti al proprio DSMD all'interno delle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza, le ASST devono provvedere al corretto e completo aggiornamento dei dati raccolti nel sistema informatico SMOP, con particolare riferimento al Piano Terapeutico Individuale. La corretta e puntuale compilazione del sistema SMOP costituirà indicatore di risultato per la valutazione dei Direttori Generali delle ASST.

3.8. Le reti socio-sanitarie

In Lombardia sono attive già da diversi anni le reti assistenziali quale modello di integrazione dell'offerta in grado di garantire diffusione sul territorio di Centri di eccellenza e di tecnologie ad elevato standard, sinergie tra gli operatori e condivisione collegiale dei protocolli di procedura sulla base delle best practice.

L'occasione fornita dalla L.R. n. 23/2015 impone un ripensamento radicale del Sistema sociosanitario regionale che deve saper agire secondo il paradigma della personalizzazione delle risposte alla specificità dei bisogni con un approccio di intensità di presa in carico differenziato.

I modelli di presa in carico devono essere riorganizzati superando la logica "verticale" delle cure, intese come una sommatoria di singoli atti diagnostici, terapeutici ed assistenziali, in funzione dell'attuazione di un modello a rete integrata che permette razionalizzazione e rigorosa appropriatezza degli interventi in funzione di un'economicità complessiva della filiera erogativa.

A fronte del nuovo scenario, la possibilità di continuare a rispondere alla domanda di salute e assistenza in modo adeguato ed efficace, è agire sui modelli organizzativi attraverso cui viene costruita e articolata la rete d'offerta.

3.9. Le reti clinico-assistenziali

La rete clinico-assistenziale rappresenta "un modello organizzativo che assicura la presa in carico del paziente mettendo in relazione, con modalità formalizzate e coordinate, professionisti, strutture e servizi che erogano interventi sanitari e sociosanitari di tipologia e livelli diversi nel rispetto della continuità assistenziale e dell'appropriatezza clinica e organizzativa. La rete individua i nodi e le relative connessioni definendone le regole di funzionamento, il sistema di monitoraggio, i requisiti di qualità e sicurezza dei processi e dei percorsi di cura, di qualificazione dei professionisti e le modalità di coinvolgimento dei cittadini"

Nel corso del 2018 verrà definito e stabilizzato il passaggio dal modello delle reti di patologia al modello organizzativo delle reti clinico-assistenziali già attivate in Lombardia e/o previste dal DM 70-2015 (ROL; REL; ReNe; Rete Diabete; Rete Pneumologica; Rete Ictus; Rete Stroke; Rete Trauma; Rete Udito; Rete Epilessia, Rete epatologica ecc.),

La necessità di un'organizzazione in rete scaturisce dalla crescente complessità dei bisogni sanitari e sociosanitari, che difficilmente possono trovare risposta in un'unica realtà aziendale.

Sviluppare la rete clinico-assistenziale, significa evolvere da un modello di erogazione dei servizi basato prevalentemente su regole e contratti e fondato su relazioni gerarchiche tra i vari livelli organizzativi, verso un modello innovativo e dinamico, che promuove fortemente

la qualità e l'appropriatezza di cura al servizio del paziente e a vantaggio della sostenibilità del sistema.

Nel modello in rete, la condivisione dei casi clinici e soprattutto i processi di consenso su protocolli diagnostico-terapeutici nell'ambito della "comunità" professionale", promuovono una modalità operativa che tende ad allineare i comportamenti individuali a "buone prassi" condivise.

Le reti clinico-assistenziali concretizzano una modalità gestionale integrata, multiprofessionale e multidisciplinare, che realizza percorsi di continuità assistenziale a garanzia dell'appropriatezza degli interventi, dell'omogeneità di trattamento sul territorio e della sostenibilità economica.

Finalità

Il modello organizzativo di rete clinico-assistenziale deve prioritariamente:

- garantire equità di accesso alle cure e precoce presa in carico;
- essere basato sul quadro epidemiologico, sull'analisi multifattoriale dei fabbisogni e sui bacini di utenza;
- essere coerente con gli standard quali-quantitativi definiti dalla normativa nazionale vigente, con particolare riferimento al D.M. n.70/2015.

Elementi costitutivi

Al fine di garantire il miglior funzionamento delle reti clinico-assistenziali, devono essere definiti:

- i criteri per l'individuazione dei soggetti che partecipano alla rete;
- la *governance* e le regole di funzionamento;
- i percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali e il loro aggiornamento in base alle evidenze scientifiche;
- i requisiti di qualità e sicurezza dei processi e dei percorsi di cura;
- il sistema di monitoraggio;
- i criteri di individuazione degli operatori e della loro qualificazione professionale;
- i percorsi che assicurano ai pazienti l'accesso all'innovazione tecnologica;
- le modalità di coinvolgimento delle persone, delle famiglie e delle associazioni di pazienti;
- i percorsi che assicurano ai pazienti la presa in carico secondo il criterio della prossimità territoriale al loro domicilio.

Obiettivi

Gli obiettivi che caratterizzano le reti clinico-assistenziali si sostanziano nei seguenti punti:

- migliorare l'appropriatezza diagnostico-terapeutica, grazie alla condivisione di conoscenze, competenze e informazioni, fornendo contemporaneamente al paziente un'offerta assistenziale di qualità, con riduzione dei tempi di attesa;
- garantire la continuità delle cure tra ospedale e territorio che rappresenta un obiettivo primario;
- valorizzare le eccellenze e le risorse già esistenti sul territorio per meglio integrarle in un network al servizio del paziente.

Strumenti

Strumenti per la realizzazione degli obiettivi delle reti clinico-assistenziali sono:

- la condivisione di raccomandazioni/protocolli clinici/PDTA per la diagnosi e la cura delle varie patologie, in senso multidisciplinare e multi-professionale, attraverso un percorso di consenso nella "comunità dei professionisti" delle Strutture che erogano servizi;

- l'utilizzo di strumenti telematici sviluppati in integrazione con il CRS-SISS (Carta Regionale dei Servizi, Sistema Informativo Socio-Sanitario) per la condivisione dei casi e lo scambio di dati clinici relativi ai pazienti, nel rigoroso rispetto della vigente normativa sulla privacy;
- la promozione della formazione e dell'aggiornamento continuo degli operatori della rete;
- la promozione della ricerca clinico-assistenziale, traslazionale, epidemiologica e valutativa e indipendente, anche al fine di favorire processi di Health Technology Assessment.

Indicatori

Uno degli elementi che connotano le reti clinico-assistenziali, che ne caratterizzeranno le attività nell'esercizio 2018 e ne definiscono il valore aggiunto, si sostanzia nell'attivazione di processi di valutazione delle performance della rete in relazione a diversi obiettivi attraverso l'individuazione di specifici indicatori, sia della rete che dei Percorsi Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali.

Il sistema degli indicatori è via via sviluppato all'interno del portale regionale al quale accedono le Strutture pubbliche e private accreditate. I dati sono restituiti come confronto internale aziendale e tra Aziende nel tempo e rispetto ad uno standard atteso. Finalisticamente l'impianto degli indicatori è indirizzato a rappresentare la continuità nella presa in carico dei pazienti.

Le ricadute positive dell'organizzazione in rete per la presa in carico dei pazienti

Lo sviluppo della rete clinico-assistenziale comporta numerosi benefici:

- a) Per il cittadino. L'aumento delle conoscenze specialistiche e la progressiva introduzione di tecnologie sofisticate, rendono sempre più importante la dimensione collaborativa della prestazione sanitaria. La messa in rete delle Strutture e la condivisione di linee-guida garantisce equità di accesso ai cittadini e lo stesso livello qualitativo di cura in tutto il territorio regionale.
- b) Per i professionisti. La rete migliora l'efficacia dell'organizzazione ed è strumento per condividere linee-guida diagnostico-terapeutiche per un approccio di cura sempre più appropriato ed efficace. Grazie alla collaborazione inter-istituzionale, che si sostanzia nelle regole di funzionamento del network, la singola prestazione può essere effettuata in un punto o in un altro della rete, a seconda del livello assistenziale richiesto dal caso e del livello assistenziale erogabile. Anche Strutture di piccole dimensioni non collocate nei grandi centri urbani, possono maturare *expertise* super-specialistiche e/o fruire di risorse ad alta tecnologia. La gestione in rete dei pazienti consente, inoltre, una collaborazione continua con il territorio. Infine, la condivisione delle conoscenze e la collaborazione sull'assistenza contribuiscono a facilitare la collaborazione sulla ricerca clinica di importanza strategica per il settore sanitario.
- c) Per gli organismi di governo e di gestione (Regione e ATS). Le informazioni in rete rappresentano strumenti per l'esercizio della funzione di tutela delle ATS attraverso verifiche di efficacia/efficienza basate non solo su indicatori economici, ma anche sull'appropriatezza delle prestazioni erogate.

Le reti saranno governate da un apposito organismo di livello regionale – Cabina di regia regionale - rappresentativo delle componenti istituzionali e professionali e dei principali stakeholder.

Nel corso del 2018 per ogni rete attiva, verrà individuata la struttura sanitaria che garantirà una funzione di Segreteria Tecnica e di coordinamento operativo della rete stessa. A tale scopo, ad ogni struttura sanitaria pubblica così individuata, sarà riconosciuto un contributo fino a un massimo di 50.000 euro attraverso la formalizzazione di apposite convenzioni.

3.9.1. La rete dell'emergenza urgenza e le reti tempo dipendenti

L'articolazione della rete dell'emergenza urgenza sanitaria è rappresentata:

- dalle Sale Operative Regionali dell'Emergenza Urgenza (SOREU) 118 e dalla rete territoriale del soccorso;
- dalla rete ospedaliera dell'emergenza.

Il Sistema dell'Emergenza Urgenza extra e intra ospedaliero ha visto nel corso del 2017, ulteriori sviluppi con l'istituzione del Dipartimento Regionale Interaziendale dell'Emergenza Urgenza extraospedaliero (DRIEU), così come previsto dalla d.g.r. n. X/5954 del 05/12/2016 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2017".

Al DRIEU, che è coordinato da AREU, partecipano i Direttori dei Dipartimenti di Emergenza Urgenza/Area Critica delle ASST che devono garantire la continuità dell'attività di soccorso tramite il mantenimento delle dotazioni di personale previste dagli accordi convenzionali con AREU, e favorire l'impiego dei professionisti nel contesto sia intra che extraospedaliero, a vantaggio della qualità del sistema dell'Emergenza Urgenza, ripartendo proporzionalmente i relativi oneri tra ASST e AREU.

Al fine di garantire, senza soluzione di continuità, il proseguo e la piena operatività del coordinamento connesso al Sistema dell'Emergenza Urgenza extraospedaliera regionale disciplinato nelle convenzioni tra AREU e le Aziende Sanitarie pubbliche, il cui testo è stato approvato con DGR n. IX/3591 del 06/06/2012, la durata delle predette convenzioni è prorogata sino all'approvazione di un nuovo apposito provvedimento deliberativo adottato dalla Giunta di Regione Lombardia.

Nel 2018 AREU formulerà, di concerto con il DRIEU, una proposta di revisione dell'organizzazione della attività di emergenza urgenza territoriale sulla base di oggettivi parametri di sicurezza e di appropriato utilizzo delle risorse su gomma e su ala rotante, con il definitivo superamento della d.r.g. n. IX/1964 del 6/7/2011. I Direttori di Dipartimento di Emergenza Urgenza/Area Critica, di concerto con le Direzioni Generali di ASST e ATS, forniscono supporto ad AREU favorendo la riorganizzazione dei mezzi sul territorio anche attraverso la condivisione di percorsi istituzionali.

Nell'anno 2018 proseguirà l'attuazione del programma di assunzioni previsto dalla d.g.r. n. X/5088 del 29/4/2016 nel rispetto dei vincoli finalizzati alla riduzione del ricorso al "sistema premiante", che saranno determinanti per il raggiungimento degli obiettivi previsti, prevedendo la possibilità di reclutare personale medico specialista in diverse discipline (Anestesia e Rianimazione/ Medicina d'Urgenza).

Il Sistema dell'Emergenza Urgenza extra e intra ospedaliero così costituito garantisce.

- la migliore applicazione dei criteri di centralizzazione dei pazienti secondo la programmazione regionale sulle reti di patologia tempo-dipendente,
- la condivisione, anche con le ATS, degli aggiornamenti dei Piani di gestione del sovraffollamento dei PS con le strutture afferenti alla rete ospedaliera dell'emergenza urgenza, nell'ambito della funzione di indirizzo e monitoraggio attribuita dalla l.r. 23/2015,
- lo sviluppo e l'utilizzo degli strumenti resi disponibili dai progetti regionali per l'integrazione informatica tra il sistema 118 e i Pronto Soccorso e tra questi e il sistema regionale EUOL, per favorire una funzionale allocazione delle persone soccorse e la tempestiva presa in carico da parte delle strutture dei pazienti.

Nel corso del 2018 si prevede di procedere con la fase attuativa del riordino attraverso l'individuazione puntuale dei Presidi che afferiscono alla rete dell'emergenza-urgenza, conseguente al censimento finalizzato ad aggiornare le informazioni raccolte dalla Direzione Generale Welfare in collaborazione con AREU, a garanzia di un profilo adeguato di assistenza sanitaria.

Con i successivi atti deliberativi di approvazione dei POAS è stato necessario ricostruire le informazioni ed identificare i nuovi azionamenti rispondenti alle logiche dettate degli

accorpamenti dei Presidi Ospedalieri così come individuati dalla l.r. 23/2015 per le nuove ASST.

I documenti prodotti dai tavoli tecnici, costituiranno linee generali di indirizzo di *governance* sulle reti, finalizzate a innescare un sistema virtuoso incentrato non solo sui nodi della rete, ma anche sulle connessioni. Regione Lombardia incentiva a questo fine lo scambio di professionisti, tecnologie, immagini, fino a prevedere specifiche condivise di informazioni e i criteri per la presa in carico e per le attività di consultazioni multidisciplinari.

Per quanto attiene la d.g.r. X/3767 del 3/7/2015 "Approvazione del progetto La gestione della patologie neurochirurgiche nel territorio mantovano (sperimentazione interaziendale Azienda ospedaliera di Mantova e Cremona)", che si prefiggeva l'obiettivo primario di migliorare la qualità assistenziale dei pazienti che afferiscono al bacino d'utenza della provincia di Mantova, consentendo un intervento tempestivo sulle urgenze neurochirurgiche e, come obiettivo secondario, il recupero della mobilità passiva verso le altre Regioni, con conseguente riduzione dei costi a livello di sistema regionale attraverso la revisione della rete di offerta data dall'integrazione delle ASST di Mantova e Cremona, si conferma che le logiche di sviluppo di attività complesse tra diverse aziende sono sicuramente vantaggiose per il sistema regionale e vanno contestualizzate in un assetto coerente per gli aspetti relativi all'accreditamento e al rispetto degli standard previsti dal DM 70/2015.

Tale sperimentazione viene pertanto prorogata nel 2018 in attesa della valutazione complessiva delle fasi di progetto espletate.

La logica che Regione Lombardia, di concerto con le indicazioni nazionali e internazionali, intende continuare a perseguire per la gestione delle reti di patologia tempo dipendenti è legata alla individuazione dei centri Hub che devono svolgere compiti e funzioni a loro assegnate non solo di tipo assistenziale ma anche di tipo organizzativo generale nei confronti della gestione complessiva dei pazienti da centralizzare, anche garantendo una attività di consulenza verso i centri Spoke. In generale il centro Hub non dovrebbe mai essere nella condizione di non accogliere un paziente del bacino d'utenza assegnato al centro salvo contemporanee emergenze superiori alla capacità massima di accoglienza dichiarata dal Presidio nel Piano di Gestione Sovraffollamento.

Gli Hub sono deputati inoltre a svolgere attività di formazione continua per il personale delle strutture, a partecipare agli audit e a stendere protocolli operativi concordati con gli spoke e con AREU, sulla base delle evidenze scientifiche e delle necessità organizzative.

Nel corso del 2018 sarà definito il processo di indirizzo e governance e saranno aggiornati in Piani di rete al fine di garantire la piena coerenza fra gli stessi e i requisiti individuati da Agenas.

Piani di gestione del sovraffollamento dei PS

Con la D.G.R. n. X/7406 del 20/11/2017 sono state definite le indicazioni per la gestione del sovraffollamento dei Pronti Soccorsi.

Per il 2018 si prevede lo stanziamento complessivo di 4 milioni di Euro, di cui fino a un massimo di 2 milioni per il periodo 1 Gennaio – 31 Marzo.

Si precisa che, per tutte le modalità di incremento dei posti letto a disposizione dei PS definite in delibera, è possibile l'attivazione per un massimo di 60 giorni.

Per le degenze subacute attivate (modalità 1 e 3) viene riconosciuta una tariffa unica giornaliera pari a Euro 170,00.

Sviluppo dei sistemi informativi

Nella gestione dei processi di rete dell'emergenza urgenza e delle reti tempo dipendenti rivestono particolare significato la disponibilità di informazioni in un tempo breve per permettere di organizzare la gestione del paziente critico secondo modalità più puntuali.

Il sistema E.U.O.L. (Emergenza Urgenza On Line) ha visto nel corso del 2017 il completamento dell'integrazione informatica degli applicativi gestionali in uso nei Pronto Soccorso regionali. Gli utenti accreditati di tutte le strutture dotate di Pronto Soccorso avranno accesso al cruscotto di monitoraggio, che riporta i dati aggiornati a cadenza ravvicinata degli accessi e dei tempi di permanenza dei pazienti nei PS, compresi i percorsi fast track, le aree di osservazione breve intensiva (OBI), laddove attivate, e i tempi di attesa del ricovero nei reparti di degenza (tempo di boarding).

Le ulteriori misure disponibili nel cruscotto sull'afflusso e sul grado di affollamento, potranno essere utilizzate sia dalle strutture, per l'attivazione del Piano di Gestione del Sovraffollamento del PS, sia dalle Sale Operative Regionali dell'Emergenza-Urgenza.

L'utilizzo del cruscotto di E.U.O.L. consentirà inoltre alle strutture di verificare l'aggiornamento delle informazioni sull'organizzazione funzionale e sulla capacità di accoglienza dei PS, su cui si basa l'affidabilità delle informazioni in esso contenute.

Alla luce dei risultati del censimento in corso sul grado di informatizzazione dei sistemi gestionali delle risorse critiche ospedaliere, si valuterà la possibilità di sviluppare un'integrazione in E.U.O.L. analoga a quella realizzata per il Pronto Soccorso, al fine di favorire una migliore organizzazione dei trasferimenti interospedalieri e una corretta destinazione dei pazienti soccorsi dal 118, nel rispetto delle regole stabilite dalla programmazione regionale delle reti di patologia tempo-dipendente.

Numero Unico di Emergenza Europeo 112 (NUE 112)

Il Servizio NUE 112 di Regione Lombardia viene erogato nel rispetto dei parametri di qualità che hanno permesso di ottenere la Certificazione ISO 9001.

Il personale selezionato, formato ed inserito nelle CUR è espressione di una professionalità acquisita sul campo riconosciuta a livello nazionale ed è il punto di riferimento per le Regioni che intendono avviare il Numero 112 secondo il modello realizzato in Regione Lombardia. Nel corso del 2017 con d.g.r. n. X/6403 la Regione Lombardia ha dichiarato conclusa la fase di sperimentazione del Servizio NUE 112 ed ha confermato come definitivo in nr. 177 unità il fabbisogno di personale dedicato al succitato servizio. A seguito di tale determinazione AREU ha avviato nell'anno 2017 le procedure per l'assunzione a tempo indeterminato delle unità autorizzate.

Nel corso del 2018 dovranno essere completate le procedure di assunzione a tempo indeterminato per le unità già autorizzate per le quali la Regione dovrà garantire la copertura economica.

A seguito dell'inserimento a ruolo del personale dedicato al Servizio NUE 112 verranno individuate risorse economiche necessarie per lo sviluppo professionale operativo al fine di consentire il mantenimento degli standard qualitativi certificati dal sistema di qualità ISO 9001 nonché aggiornare il personale secondo le indicazioni che verranno inserite nel Disciplinare Tecnico Standard per il funzionamento delle CUR dalla Commissione Consultiva del Ministero dell'Interno Istituita ai sensi dell'Art 75 bis comma 2, del D.LGS. 1 Agosto 2003 n° 259) ed adempiere a quanto richiesto in materia di formazione del personale dedicato.

Nel corso del 2018 AREU potrà essere impegnata, sulla base di specifici accordi, a supportare altre regioni, negli aspetti organizzativi e operativi, per l'avvio del NUE 112 secondo il modello delle Centrali Uniche di Risposta.

Nel 2018 verranno incentivate la Collaborazione e il raccordo con le altre Regioni impegnate nell'attivazione del servizio NUE 112.

3.9.2. Ulteriori provvedimenti di adeguamento al DM 70-2015

Con il DM 2 aprile 2015 n. 70 è stato approvato il Regolamento recante gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.

Con DGR n. X/4873 del 29/02/2016 è stato approvato il primo provvedimento di adeguamento della rete ospedaliera lombarda coerente con le disposizioni del decreto in

argomento e nel corso del 2018, facendo seguito alle delibere di approvazione dei POAS, proseguirà l'adeguamento della rete ospedaliera lombarda agli standard individuati dal DM al fine di ridefinire le strutture di degenza e dei servizi che costituiscono la rete assistenziale ospedaliera.

In particolare saranno identificati i presidi ospedalieri sedi di Pronto Soccorso (PS), Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA I livello) e Dipartimento di Emergenza di Alta Specializzazione (DEA II livello), secondo i livelli organizzativi che li caratterizzano ai sensi del DM70/2015 e sulla base delle oggettive esigenze del territorio (volumi di attività e bacini di riferimento).

Proseguirà, inoltre, l'attività di riorganizzazione della rete dell'emergenza-urgenza che comprende anche le reti di patologia tempo-dipendenti, in una articolata integrazione di HUB & SPOKE, attraverso i documenti generali di indirizzo di governance prodotti dai tavoli di confronto regionali al fine di favorire:

- lo sviluppo di percorsi assistenziali in una logica di gestione condivisa dei pazienti anche attraverso l'utilizzo della telemedicina o sfruttando modalità di trasferimento secondario e/o *back transport* tra i diversi centri;
- lo sviluppo di modelli organizzativi integrati e multidisciplinari, comprensivi degli aspetti trattati in materia di accreditamento e di organizzazione ospedaliera, nonché per lo sviluppo di specifiche progettualità.

Tali determinazioni saranno oggetto di monitoraggio, in collaborazione con le ATS, attraverso l'utilizzo di indicatori di processo e di esito definiti nell'ambito di tavoli tecnici in piena coerenza con i requisiti e gli standard che Agenas ha individuato.

3.10. La rete per l'assistenza materno-infantile

Punti Nascita

Prosegue la riorganizzazione della rete dei Punti nascita secondo quanto previsto dall'Accordo Stato/Regioni del 2010, dal DM 70/2015, dalla DGR X / 4873 del 29/02/2016 e anche in relazione al riscontro alla richiesta di deroga per i punti nascita <500/anno presentata da Regione Lombardia con il progetto sperimentale attivato per la definizione di elementi di governo clinico in area materno infantile. In ogni caso sarà favorita l'attivazione di modelli organizzativi che, nelle situazioni a basso rischio ostetrico, pur rispondendo a criteri di qualità e sicurezza, garantiscano una maggiore continuità dell'assistenza in gravidanza, parto e puerperio e il rispetto della fisiologia dell'evento. Tale obiettivo deve prevedere un potenziamento delle attività territoriali del consultorio per la sorveglianza della gravidanza a basso rischio da parte dell'ostetrica (assistenza ostetrica one to one nell'intero percorso) e un'operatività integrata con la struttura di riferimento per il parto, ove saranno prioritariamente attivate Aree funzionalmente collegate o adiacenti alla U.O. di Ostetricia e Ginecologia finalizzate all'assistenza alle gravidanze a basso rischio, gestite da personale ostetrico.

Rete di assistenza al neonato Patologico.

Prosegue il progetto di riorganizzazione della rete di offerta delle Terapie Intensive Neonatali in coerenza con i requisiti definiti dal Decreto Ministeriale n. 70/2015.

Percorsi integrati ospedale-territorio per la gestione della gravidanza a basso rischio ostetrico (BRO)

Nell'obiettivo di modulare l'accompagnamento alla gravidanza, al parto e al puerperio nel rispetto della fisiologia devono essere promossi percorsi differenziati in rapporto al differente livello di rischio, prevedendo che la gestione delle gravidanze BRO sia affidata in autonomia all'ostetrica nell'ambito di protocolli clinico-assistenziali e check list per la valutazione/rivalutazione dei fattori di rischio. Questo modello, già individuato nell'Accordo Stato Regioni del 2010, nelle Linee Guida "Gravidanza Fisiologica" dell'I.S.S., nonché in specifiche Linee di Indirizzo promosse dal Comitato Percorso Nascita Nazionale

(31.10.2017), risulta essere il più appropriato sia in termini organizzativi che assistenziali e rappresenta una concreta opportunità di integrazione ospedale e territorio e di continuità assistenziale (assistenza ostetrica one to one nell'intero percorso). Previa valutazione del possesso di tutti i requisiti e degli standard organizzativi, tecnologici e di sicurezza necessari, i Punti nascita dovranno istituire Aree funzionali BRO in continuità o contiguità con le U.O. di Ostetricia. Strumento base di questo modello organizzativo è costituito dall'Agenda del percorso nascita la cui diffusione, insieme alla definizione degli aspetti operativi correlati (codifica delle valutazioni effettuate dall'ostetrica, tariffazione, prescrizioni) saranno oggetto di una specifica delibera.

Parto analgesia

Si conferma il mantenimento dell'obiettivo già posto per il 2017 della presenza di almeno un Punto Nascita per ogni ASST in cui sia possibile la parto analgesia H 24, con indicazione ad una progressiva implementazione, in rapporto alle risorse disponibili. Nel 2018 l'utilizzo della parto analgesia rientrerà nel sistema di monitoraggio del Cruscotto Regionale di Governo Clinico del settore Materno-Infantile

Miglioramento dell'appropriatezza dei tagli cesarei

Prosegue l'impegno di Regione Lombardia nell'obiettivo di un sempre più appropriato utilizzo del taglio cesareo. Si confermano pertanto le variazioni tariffarie in rapporto alle soglie per le differenti classi 1-3 e 2A-4A secondo la classificazione di Robson. Prosegue lo stretto monitoraggio dei valori di tutte le classi nell'ambito del Cruscotto Regionale di Governo Clinico

Protezione, Promozione e Mantenimento dell'allattamento al seno

L'allattamento al seno è elemento determinante della salute materno-infantile e pertanto va protetto, promosso e mantenuto. Traendo spunto dai 10 passi UNICEF del "Baby Friendly Hospital Initiative" e dai 7 passi UNICEF Baby Friendly Community Initiative devono essere promossi specifici progetti operativi con particolare attenzione alla continuità del sostegno dell'allattamento tra Ospedale e Territorio (Consultori e PLS), in coerenza con gli obiettivi regionali

Al fine di poter valutare i risultati delle azioni di sostegno e promozione verrà attivato, da parte delle Regione, entro il primo semestre 2018, un sistema di monitoraggio del tasso di allattamento al seno alla dimissione dal Punto nascita e nei primi mesi di vita, in occasione delle sedute vaccinali, in coerenza con quanto espresso relativamente a "Promozione della salute del bambino e della mamma nel percorso nascita" (di cui alla D.G.R. 3654/2015 "PRP 2015 – 2018").

Comitati Percorso Nascita locali

Deve essere aggiornata, con dati al 31 dicembre 2017, la Carta dei Servizi specifica per ogni ASST con Punti Nascita, comprendente le informazioni relative a numero di parti, tasso di tagli cesarei primari, la presenza, della partoanalgesia con peridurale e della guardia, in struttura, H24 di ginecologo, anestesista e pediatra, per ciascun Punto nascita.

La Carta dei Servizi deve essere pubblicata nelle lingue delle principali etnie cui appartengono le donne afferenti al Punto nascita

I Comitati Percorso Nascita locali dovranno definire le modalità operative e la formazione necessaria per l'attivazione del percorso dell'assistenza ostetrica alla gravidanza a basso rischio e per la promozione dell'allattamento al seno con modalità integrata ospedale e territorio. Dovranno inoltre promuovere l'utilizzo dell'Agenda Regionale del Percorso nascita di prossima diffusione, in tutte le strutture e servizi dedicati alla gravidanza, nell'area di competenza.

Qualità e Sicurezza

Deve essere definito un progetto di miglioramento della qualità e sicurezza per ogni ASST dotata di Punti Nascita che, individuate le situazioni di criticità più significative, partendo dai dati riportati nel cruscotto regionale di Governo Clinico – Materno Infantile, preveda un piano di miglioramento completo di indicatori. Il Progetto di miglioramento completo di indicatori dovrà essere definito entro giugno 2018.

In ogni Punto Nascita deve essere garantita, con riferimento al progetto sperimentale presentato da Regione Lombardia, la sistematica e completa redazione e immissione dei dati CeDaP, compresi quelli relativi agli items introdotti da Regione Lombardia.

Resta attivo il sistema regionale finalizzato all'emersione degli eventi potenzialmente avversi nelle Sale Parto: sistema dei Trigger.

Saranno definiti ulteriori obiettivi inerenti il tema della sicurezza e l'utilizzo del sistema Trigger al fine di evidenziare i temi formativi sul rischio e sicurezza in sala parto (*ulteriori aspetti sono affrontati nel capitolo relativo al Risk management*).

Prosegue la partecipazione di Regione Lombardia al Sistema di sorveglianza della mortalità perinatale.

Monitoraggio sistematico dei nuovi items previsti dai LEA attinenti i Punti Nascita.

Verrà attivato un sistema di monitoraggio che consenta una puntuale e continua valutazione dell'andamento delle azioni di sostegno previste dai LEA per l'allattamento al seno e degli screening da effettuare alla nascita: screening neonatale esteso per malattie metaboliche, patologie oculari (prova del riflesso rosso), sordità (integrato alla Rete Regionale Udito). Tale monitoraggio potrà essere esteso ad altre procedure di screening come quello per le cardiopatie congenite (saturimetria-indice di perfusione).

Riorganizzazione dei punti di offerta per l'assistenza pediatrica ospedaliera

Nel 2018 avrà inizio un processo di riorganizzazione della rete ospedaliera pediatrica, anche in rapporto a quanto previsto dal DM 70/2015, finalizzato a garantire qualità, sicurezza e appropriatezza in tutti i punti di offerta e un assetto a rete con definizione dei differenti livelli di operatività (sistema hub e spoke). Questo processo consentirà anche una più razionale distribuzione delle risorse che sono significativamente critiche in questo ambito specialistico. Con questo obiettivo le U.O. di Pediatria devono garantire il servizio di guardia attiva 24 ore/24 funzionale anche per l'attività di Pronto Soccorso e il ricovero dei soggetti di età < 18 anni in area pediatrica. Al fine di migliorare l'appropriatezza del ricovero deve essere garantita l'attività di Osservazione Breve Intensiva Pediatrica e devono essere attivati percorsi assistenziali integrati ospedale-territorio.

Il processo di riorganizzazione sarà esteso anche alle altre Unità di offerta di Area Pediatrica, in rapporto ai criteri previsti dal DM 70/2015.

Nel 2018 verrà attivato un sistema di indicatori nell'ambito del Cruscotto Regionale di Governo Clinico al fine di supportare il processo di riorganizzazione e rendere disponibili misure di qualità, sicurezza e appropriatezza agli operatori per attivare azioni di miglioramento.

RETE INTEGRATA MATERNO-INFANTILE (RIMI)

Le ATS in accordo con le ASST dovranno individuare specifici temi progettuali inerenti alle situazioni di fragilità in area materno infantile da declinare con particolare attenzione agli aspetti della intercettazione precoce, alla presa in carico e alla continuità assistenziale. Nella progettazione dovranno essere individuati anche gli elementi per la definizione degli indicatori per il monitoraggio del processo assistenziale/presa in carico.

Entro aprile 2018 dovrà essere definito il progetto prevedendone l'operatività dal secondo semestre e la relazione finale con entro febbraio 2019.

RETE INTERAZIENDALE MILANO MATERNO-INFANTILE (RIMMI)

Per il 2018 permane obiettivo fondamentale per RIMMI il completamento dell'analisi delle caratteristiche organizzative e strutturali dei punti di erogazione e la riorganizzazione della rete con definizione del livello operativo e dell'intensità delle cure dei diversi punti di offerta. Il modello a rete di RIMMI comporta anche il governo della domanda e l'appropriatezza degli interventi da realizzare attraverso la elaborazione e la condivisione dei percorsi diagnostico-assistenziali, che rappresentano il fulcro operativo della rete. In tale ambito devono essere previste modalità di collaborazione e integrazione anche con Strutture private accreditate con significativa attività in ambito materno-infantile.

Deve essere attuato il progetto relativo alla realizzazione di una specifica piattaforma informatica in grado di gestire adeguatamente lo scambio di informazioni necessarie per il governo della rete sia sul piano clinico (condivisioni di informazioni per attività ambulatoriale e di ricovero) sia su quello del governo gestionale (condivisione di informazioni inerenti alla qualità e volumi di scambio tra i diversi nodi della rete).

La gestione del bambino in condizioni critiche

Vanno attuati e monitorati gli aspetti organizzativi e operativi previsti nella D.G.R. n. X/6576/2017 che ha definito un modello organizzativo a rete per la gestione ottimale dei minori in condizioni critiche conseguenti a patologie tempo dipendenti individuando le strutture Hub.

Nell'ambito di questo modello dovranno essere valutate eventuali necessità di potenziamento di posti letto intensivi e sub intensivi e di ottimizzazione delle risorse umane e tecnologiche.

Trasporto materno, neonatale e pediatrico

In coerenza con quanto definito dall' Accordo Stato -Regioni del 2010, con quanto previsto dalla legge di RL 23/2015 e secondo gli specifici standard operativi proposti dal Comitato Percorso Nascita Regionale dovrà essere compiutamente definito il processo che governa il trasporto della donna gravida (STAM) e del neonato (STEN).

Nello specifico, conclusa la fase sperimentale condotta in due aree, è necessario attivare lo STAM nell'intero territorio Regionale secondo la logica Hub e Spoke e va ridefinita l'organizzazione dello STEN nella Regione analogamente a quanto già attuato nell'area R.I.M.M.I., individuando AREU per il coordinamento, per il tramite delle SOREU, e le ASST per i contratti con i vettori e per l'assistenza sanitaria al trasporto. Per il 2018, previa specifica valutazione della DG Welfare, sarà implementata ed estesa a tutta la Regione, la piattaforma informatica che supporta il lavoro della rete sul piano organizzativo e clinico, utilizzando le capienze del contratto in essere con Lombardia Informatica o attingendo ai fondi previsti al punto 4.5.14.13 della DGR n. X/5954 del 05.12.2016.

E' inoltre indispensabile l'individuazione e l'attivazione di un Sistema di trasporto pediatrico qualificato, secondo le medesime modalità organizzative.

Areu pertanto, nell'ambito delle attività inerenti il coordinamento dei trasporti secondari, dovrà strutturare un processo per l'individuazione dei vettori ritenuti idonei a tale attività di trasporto nell'ambito di protocolli condivisi con gli specialisti; rimangono in capo alle strutture ospedaliere il contratto con il vettore, il trasferimento del paziente, la competenza e la responsabilità clinica.

Classificazione dei diversi punti di offerta della rete materno infantile e corretto utilizzo delle risorse assegnate

La poca specificità e ridotta capacità di classificazione del sistema DRG in ambito neonatale, pediatrico e in misura ridotta in ambito ostetrico, è cosa nota e riportata da tutta la letteratura in materia.

Va proseguito l'obiettivo di arricchire la capacità descrittiva – tipologia, livello assistenziale, qualità e sicurezza – delle prestazioni erogate nei diversi Punti Nascita proseguendo con quanto già fatto da RL sul tema (D.G.R. n. 3976/2012 e n. 3993/2015).

Nel corso del 2018 continueranno le azioni finalizzate per un sempre maggior controllo del corretto utilizzo delle risorse assegnate (D.G.R. n. 3993/2015), con particolare attenzione ai criteri di accesso e utilizzo delle U.O. ad alto livello di intensità di cure, come Unità di Medicina Materno Fetale e Terapia Intensiva Neonatale, e alla programmazione della rete di offerta. Nel corso del 2018 si passerà da un sistema di controllo basato sull'autocertificazione del corretto utilizzo ad un controllo su campione dei NOC.

Proseguiranno le azioni finalizzate, anche con manovre sulle tariffe collegate alle SDO, al processo organizzativo di concentrazione in Centri di Riferimento della Patologia della Gravidanza (Medicina Materno Fetale) e della Patologia Neonatale (Terapia Intensiva Neonatale) in coerenza con quanto definito dall'Accordo Stato/Regioni del 2010 e D.M. n. 70/2015.

Tale metodologia verrà progressivamente applicata anche alle U.O. di Pediatria in rapporto all'attuazione del processo di riorganizzazione complessiva della rete, nella logica Hub e Spoke.

Variazioni tariffarie

Prosegue la politica tariffaria di Regione Lombardia finalizzata al riconoscimento della complessità assistenziale nella logica Hub e Spoke.

3.11. La rete delle cure palliative

Nel corso del 2018 prosegue il processo di evoluzione del modello organizzativo della rete di cure palliative in Lombardia in applicazione della D.G.R. n. X/5918/2016 e della successiva D.G.R. n. X/6691/2017.

Il modello organizzativo della rete di cure palliative, in coerenza con la riforma avviata con l.r. n.23/2015, promuove il governo dei processi di presa in carico e di cura in grado di migliorare e semplificare l'accessibilità ai servizi e le risposte ai bisogni specifici dei pazienti. Il modello prevede la presa in carico proattiva e l'identificazione del bisogno di cure palliative, anche attraverso la valutazione multidimensionale finalizzata all'attuazione di appropriati percorsi di cura.

In questa ottica, è necessario prevedere interfacce operative tra la Rete della Cronicità ex D.G.R. n. X/6551/2017 e la Rete di Cure Palliative che favoriscano le sinergie dei soggetti erogatori che intervengono nei processi di presa in cura, anche attraverso PDTA condivisi con la Rete Locale di Cure Palliative.

A questo scopo, la DG Welfare promuoverà lo sviluppo di specifici strumenti di valutazione e procedure di presa in carico omogenei a livello regionale, così come previsto dal DPCM 12 gennaio 2017 nuovi LEA.

Nell'ambito delle cure palliative domiciliari, in particolare, la DG Welfare darà le indicazioni necessarie per l'identificazione dei pazienti da prendere in carico e per la definizione dell'appropriato profilo di cura.

Rispetto alle cure palliative erogate in ambito ospedaliero, verranno fornite indicazioni per l'erogazione nei diversi regimi assistenziali:

- hospice
- prestazioni ambulatoriali
- macroattività ambulatoriale complesse (MAC)
- day-hospice.
- consulenza intraospedaliera.

In tal senso, viene dato mandato alla DG Welfare di meglio definire e caratterizzare le attività che possono essere erogate in regime ambulatoriale, MAC e day-hospice.

Infine, in attuazione della D.G.R. n. X/5455/2016, si proseguirà, sino a compimento, il progetto formativo regionale Ospedale Territorio Senza Dolore, attraverso i corsi periferici di primo livello che verranno svolti in sinergia con ciascuna ATS.

3.12. La rete di terapia del dolore

Nel corso del 2018 si proseguirà nel percorso avviato con le D.G.R. n. IX/4610/2012, n. X/2563/2014 e n. X/4983/2016 che hanno individuato i Centri specialistici di terapia del dolore rispettivamente di Secondo e di Primo Livello (CTDSL e CTDPL) e hanno dettato indicazioni per lo sviluppo del modello organizzativo della Rete di terapia del Dolore. Con la successiva D.G.R. n. X/6691/2017 sono state fornite, tra l'altro, ulteriori indicazioni per l'istituzione dell'Organismo di coordinamento della rete di terapia del dolore.

Al fine di pervenire ad un coordinamento a livello regionale della Rete di terapia del dolore, in un'ottica di efficientamento dei sistemi, nel corso del 2018 verranno intraprese diverse azioni avviando nell'ambito del sopracitato organismo, in coerenza alle D.G.R. n. X/2563/2014 e n. X/4983/2016, una funzione di coordinamento della rete, 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 offerta di TD, in particolare attraverso le seguenti azioni:

- monitoraggio, con il coinvolgimento delle ATS, mirato alla rilevazione puntuale della rete locale di offerta di cura, sia in termini di modello organizzativo e contesto territoriale della struttura che di volumi e di tipologia delle attività erogate.
- definizione delle modalità di riclassificazione dell'assetto di accreditamento dei Centri di Terapia del Dolore di Primo e di Secondo Livello.

In coerenza con la D.G.R. X/5455/2016, si proseguirà, sino a compimento, il progetto formativo regionale Ospedale Territorio Senza Dolore, attraverso i Corsi svolti centralmente e rivolti ai professionisti operanti nella Rete di Terapia del Dolore.

3.13. La rete delle cure palliative e della terapia del dolore pediatriche

Le cure palliative pediatriche rappresentano una importante risposta ai minori che si trovino in particolari condizioni di malattia inguaribile e/o terminale. Le cure palliative e la terapia del dolore pediatriche, presentano rispetto all'adulto alcune criticità e peculiarità di intervento, che impongono la necessità di considerare e programmare risposte specifiche. Nel 2018 si dà mandato alla DG Welfare di perseguire le seguenti azioni:

- attivare un tavolo tecnico specifico, con il coinvolgimento delle ATS e di esperti del settore, che abbia tra i propri compiti:
 - Monitoraggio mirato alla rilevazione dello sviluppo della rete CPP e TDP
 - definizione di percorsi diagnostico-terapeutici di presa in cura del bambino e della sua famiglia, volti a garantire la continuità dei percorsi assistenziali ospedale-territorio
- definizione di percorsi formativi specifici per i professionisti della rete di cure palliative e la terapia del dolore pediatriche finalizzati a sviluppare un sistema omogeneo in termini di qualità delle cure e dell'appropriatezza della presa in carico del bambino e della sua famiglia.

3.14. Rete Udito, Epinetwork e Sids

Proseguono i lavori delle reti di patologia che individuano Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali mirati a prendersi cura dei malati affetti da patologie specifiche. Il modello di rete regionale, infatti, facilita la comunicazione tra professionisti di discipline e ruoli diversi favorendo la formazione continua e il miglioramento continuo della qualità delle prestazioni erogate, definendo standard di qualità attesi.

Epinetwork, Rete Udito e la rete per SIDS sono esempi avanzati di applicazione del modello organizzativo regionale di rete di patologia (Network di patologia).

3.15. Sistema regionale trapianti e sangue

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.

Continuerà nel corso del 2018 il percorso di riorganizzazione e razionalizzazione di diversi settori del Sistema Regionale Trapianti al fine di mantenere il livello di qualità, efficacia e innovazione che fa della medicina dei trapianti un'eccellenza del Sistema sanitario lombardo.

In particolare, attraverso il supporto tecnico del Coordinamento Regionale Trapianti (CRT) saranno affrontati i seguenti temi:

- riorganizzazione e nuova articolazione territoriale delle aree del procurement di organi e tessuti a scopo di trapianto terapeutico;
- revisione dei criteri quali-quantitativi per l'individuazione delle Strutture sanitarie idonee ad effettuare i trapianti di organi e di tessuti, nel quadro delle disposizioni nazionali, europee e internazionali e delle conoscenze scientifiche sugli standard di sicurezza e di qualità per il trapianto di organi e tessuti; semplificazione dell'iter amministrativo delle procedure autorizzative;
- revisione del funzionamento delle banche dei tessuti e implementazione di una banca regionale polifunzionale presso una delle strutture sanitarie lombarde.
- reingegnerizzazione dei percorsi di qualità del processo donazione-trapianto e standardizzazione del monitoraggio degli esiti mediante audit;
- revisione della filiera di processo donazione-trapianto, attraverso gli strumenti di gestione del rischio clinico e il coinvolgimento dei risk manager aziendali;
- implementazione di linee di trapianto integrate con il PDTA delle insufficienze d'organo (linea cuore, linea polmone, linea fegato, linea rene, linea diabete tipo I);
- sviluppo dei percorsi innovativi nell'attività di procurement (prelievo e trapianto di organi da donazione a cuore fermo (DCD)).

Si dà mandato al Coordinatore Regionale Trapianti, in raccordo con AREU, di predisporre la proposta per la successiva approvazione in Giunta, del Programma Regionale in tema di innovazione e trasporti di organi e tessuti ai fini del miglioramento ed efficientamento delle attività trapiantologiche. Per sostenere gli interventi contenuti nel programma saranno messe a disposizione risorse economiche fino a un massimo di 300.000 €.

In ragione della rilevante esperienza tecnico-scientifica nel settore dei trapianti di fegato per tumore, l'IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori di Milano è identificato quale centro di riferimento per il trapianto in questo specifico settore.

3.16. Sistema trasfusionale regionale

La Legge Regionale 3 marzo 2017, n. 6 ha abrogato la legge regionale 8 febbraio 2005, n. 5 (*"V Piano regionale sangue e plasma della Regione Lombardia per gli anni 2005/2009"*), inserendo un articolo specifico sul Sistema trasfusionale regionale. Il nuovo dettato normativo demanda alla Giunta l'adozione dei provvedimenti relativi all'organizzazione del Sistema Trasfusionale e al mantenimento dell'efficienza del Sistema stesso al fine di continuare a garantire prioritariamente, in regime di sicurezza e sostenibilità economica, l'autosufficienza regionale di sangue e il contributo all'autosufficienza nazionale.

La Giunta ha già provveduto ad avviare un ampio processo di sviluppo e di riorganizzazione del Sistema sangue attraverso l'approvazione di una serie di provvedimenti che tra gli altri, hanno definito i ruoli, i compiti e le funzioni dei soggetti che partecipano alla rete trasfusionale, le interconnessioni tra i nodi della rete e da ultimo hanno definito il percorso di riorganizzazione/centralizzazione delle attività trasfusionali con l'individuazione dei centri di lavorazione e validazione (CLV).

L'evoluzione del Sistema Sanitario Regionale di cui alla L.R. 23/2015 ha reso necessaria una rivisitazione degli afferimenti dei diversi SIMT ai Centri di Lavorazione e Validazione (CLV) di

Serie Ordinaria n. 52 - Giovedì 28 dicembre 2017

competenza, secondo logiche di sistema atte a garantire l'autosufficienza regionale e la collaborazione per l'autosufficienza nazionale, mantenendo gli standard di accreditamento così come definiti dalle regole regionali.

Con gli atti deliberativi di approvazione dei POAS di AREU e delle ASST anche la struttura organizzativa e di indirizzo delineata attraverso il coordinamento della Conferenza Scientifica dei DMTE da parte della Struttura Regionale di Coordinamento di AREU ha avuto il pieno compimento attraverso l'individuazione di 9 Dipartimenti di Medicina Trasfusionale. I Dipartimenti individuati hanno al loro interno le funzioni di raccolta espletate dalle Unità di raccolta e dai Servizi trasfusionali, le funzioni di lavorazione e validazione del sangue e degli emocomponenti garantite dai Centri di lavorazione e validazione (CLV), e le attività di medicina trasfusionale da espletarsi presso tutte le strutture di ricovero.

Nel corso del 2018 AREU, di concerto con la conferenza scientifica dei DMTE, proporrà alla Giunta un piano per lo sviluppo dei prossimi anni, che fissi gli obiettivi del Sistema Trasfusionale Regionale, definendo la possibilità di introdurre elementi di innovazione nella struttura organizzativa, nonché lo sviluppo della medicina trasfusionale rispetto alle politiche di patient blood management e di appropriatezza di utilizzo degli emocomponenti e dei plasmaderivati privilegiando quelli di produzione regionale.

AREU ha confermato la possibilità di aumentare la disponibilità di plasmaderivati di produzione regionale attraverso la riduzione del magazzino di plasma raccolto e non ancora lavorato, generando minori necessità di spesa che ogni Azienda sanitaria sostiene per l'acquisto dei prodotti al di fuori del circuito regionale.

Pertanto, in merito agli effetti economici sulla spesa delle singole aziende del SSR, che complessivamente comporteranno un efficiente del sistema, si precisa che:

- a) per le ASST/Fondazioni IRCCS verrà considerata la riduzione del costo per l'acquisto di "Farmaci ed emoderivati", in sede di elaborazione del Decreto di assegnazione delle risorse destinate al finanziamento di parte corrente del F.S.R. per l'esercizio 2018;
- b) per l'Azienda Regionale Emergenza Urgenza il finanziamento complessivo per l'anno 2018 è incrementato fino a 5,5 Euro/milioni, rispetto all'anno 2017.

Tariffe per le unità di emocomponenti raccolte

La d.g.r. n. X/5954 del 05/12/2016 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2017" ed in particolare il capitolo 4.5.7 "Sistema Trasfusionale Regionale" ha definito la tariffa per sacca di sangue intero raccolta e ceduta alle Strutture sanitarie sedi di Centri di Lavorazione e Validazione (CLV) sangue ed emocomponenti e le relative condizioni da applicarsi tra le Strutture Sanitarie sedi di servizi trasfusionali e di CLV, nelle more di una più precisa definizione delle tariffe da applicarsi sulle unità di emocomponenti raccolte mediante aferesi.

SRC/AREU con la nota inviata prot. n. G1.2017.0012797 dell'11/04/2017 individua un'integrazione tariffaria relativamente agli esami obbligatori e di qualificazione biologica effettuati dai CLV sulle unità di emocomponenti raccolte mediante aferesi, ai fini di una corretta gestione dei rapporti economici aziendali tra le Strutture Sanitarie sedi di servizi trasfusionali e di CLV.

Le tariffe identificate vengono di seguito dettagliate in tabella:

Tipologia esame	Tariffa
NAT (HCV, HBV, HIV)	€ 18,00
NAT West Nile Virus	€ 15,00
Sierologia (HbsAg;Anticorpi anti-HCV Test sierologico per la ricerca combinata di anticorpo anti HIV 1-2 e antigene HIV; Anticorpi anti-Treponema Pallidum (TP) con metodo immunometrico)	€ 9,00
ABD [ABO test diretto ed Rh (D)]	€ 3,00

A partire dal 1 gennaio 2018 pertanto le ASST sede di CLV provvederanno a fatturare trimestralmente alla ASST sede di servizio trasfusionale che ha eseguito la raccolta degli emocomponenti mediante aferesi, gli esami effettuati sulle unità stesse alle tariffe sopra esposte, prevedendo che, laddove il servizio trasfusionale e il CLV facciano parte della medesima ASST il movimento potrà essere rilevato a livello di contabilità analitica.

Si ribadisce che le quote di rimborso per le attività di raccolta si riferiscono ad attività svolte dalle Associazioni/Federazioni dei donatori volontari di sangue utilizzando il materiale di consumo fornito dal Servizio trasfusionale di riferimento.

Dal 1 gennaio 2017, la d.g.r. n. VII/15690/2013 è revocata in toto e sostituita con le disposizioni della d.g.r. n. X/5235 del 31/5/2016. La stessa d.g.r. ha recepito, tra gli altri, i contenuti dell'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 14/4/2016 (Rep. Atti n. 61/CSR), approvando le quote di rimborso economico ivi contenute e riportate nell'Allegato C) della stessa delibera. Tali nuovi contenuti potranno essere oggetto di specifico confronto tra AREU/SRC e le Associazioni dei Donatori, nell'ambito della progettualità regionale, a parità di risorse economiche impiegate.

3.17. Ricerca, innovazione e internazionalizzazione

3.17.1. Ricerca

3.17.1.1. Sostegno alla ricerca biomedica: finanziamento delle attività della Fondazione Regionale per la Ricerca Biomedica (FRRB)

Ai sensi dell'Accordo di cooperazione di cui alla DGR X/6639 del 29/05/2017, la Direzione Generale Welfare di concerto con la Direzione Generale Università, Ricerca e Open Innovation e per il tramite della Fondazione Regionale per la Ricerca biomedica (FRRB), definisce gli indirizzi per il sostegno e lo sviluppo della ricerca biomedica in Lombardia.

Entro il 28 febbraio 2018 FRRB proporrà formalmente a Regione Lombardia il Piano d'Azione 2018, da approvarsi con delibera di giunta regionale congiunta. Il Piano costituisce il documento programmatico, contenente il dettaglio delle attività che saranno svolte nel 2018, articolate su tre direttrici strategiche con riferimento alla valorizzazione:

- della ricerca biomedica e più in generale del settore delle Life Sciences;
- del capitale umano dedicato alla ricerca;
- del posizionamento strategico di Regione Lombardia nel contesto europeo di finanziamento della ricerca biomedica.

Al finanziamento del Piano d'Azione 2018 saranno destinati fino a 26.000.000 €. L'importo ricomprende:

- 1.000.000 di euro per la copertura dei costi di funzionamento della FRRB per le attività correlate all'implementazione del Piano d'Azione 2018;
- fino a un massimo di 1,8 milioni di euro per il cofinanziamento regionale dei programmi di rete all'interno del nuovo Bando ministeriale di Ricerca Finalizzata 2018 con riferimento alle seguenti aree tematiche di interesse regionale:
 - Valutazione di interventi di antimicrobial stewardship integrati con percorsi di stewardship diagnostica per migliorare gli esiti clinici e ridurre la resistenza attraverso l'uso appropriato di antibiotici;
 - Valutazione dei modelli di interventi sanitari (predittivi, preventivi, personalizzati) come strumento strategico di programmazione e gestione dei servizi sanitari (per scelte terapeutiche, valutazione di fattibilità utilità sostenibilità) anche con l'utilizzo di big data;
 - Nuovi approcci metodologici e valutativi al paziente terminale;
 - Definizione e sperimentazione di un nuovo modello di governance del sistema sanitario basato sulla integrazione di strumenti quali l'HTA, linee guida, PDTA, processi di misurazione e controllo delle performance sanitarie ai fini della pianificazione,

- programmazione realizzazione e controllo delle attività sanitarie nei diversi setting assistenziali;
- Progettazione e sperimentazione di una strategia di change management applicata al rapporto ospedale territorio per la gestione proattiva della cronicità supportata da tecnologie digitali;
 - Medicina di precisione e personalizzata.

3.17.1.2. Ricerca regionale a gestione diretta: finanziamento di progetti di innovazione in ambito sanitario e socio-sanitario

E' obiettivo della Direzione Generale Welfare incentivare e consolidare la conoscenza scientifica nel settore sanitario, promuovendo lo sviluppo progetti di innovazione di durata biennale, in coerenza con le indicazioni programmatiche e con gli interventi di sostegno che si sono succeduti negli anni.

Per il 2018 saranno destinati pertanto:

- fino a 4.000.000 € per la sperimentazione di:
 - modelli organizzativi innovativi per la presa in carico di pazienti fragili, affetti da patologie croniche e/o invalidanti, al fine di garantire la continuità assistenziale sociosanitaria,
 - nuovi strumenti di building health in grado di garantire la costruzione e conservazione di un approccio responsabile e comunitario al tema della salute;
 - progetti di intervento a tutela delle fragilità, anche attraverso la promozione di pratiche motorie (tra le quali ippoterapia e velaterapia), in funzione di percorsi di riabilitazione globale e integrazione sociale, e percorsi di gestione della balbuzie;
 - sistemi di emergenza-urgenza e allerta in ambito di abuso di sostanze;
 - progettualità a supporto della gestione delle malattie rare;

- fino a 4.000.000 € per la sperimentazione di:
 - modelli gestionali che contemplino l'utilizzo di tecnologie informatiche e di telemedicina per il miglioramento della qualità di vita del paziente al fine di promuovere l'efficientamento dei percorsi di presa in carico;
 - progetti aziendali o interaziendali che contemplino l'impiego di tecnologie e strumenti diagnostici e terapeutici innovativi per la cura tra gli altri di sordità, cecità, malattie cardiologiche, neurologiche, nefrologiche, malattie reumatiche e dell'apparto respiratorio;
 - tecniche di disinfezione e sanificazione in ambienti confinati ospedalieri.

3.17.1.3. Interventi per la prevenzione e cura della fibrosi cistica

Le 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, ammontano per il 2018, a 240.000 €.

L'assegnazione delle quote sarà effettuata in relazione alle progettualità elaborate dal:

- Centro di Riferimento Regionale: IRCCS Ospedale Policlinico di Milano;
- Centro di supporto: ASST Spedali Civili di Brescia.

La presentazione dei progetti a Regione Lombardia avverrà esclusivamente a cura del Centro di Riferimento Regionale, incaricato di tenere i rapporti con il Centro di supporto.

3.17.1.4. Indirizzi per il Sistema Bibliotecario Biomedico Lombardo (SBBL)

Con riferimento al Sistema Bibliotecario Biomedico Lombardo (SBBL) risulta già a regime per il 2018 il processo di riordino complessivo dei servizi erogati e delle modalità di

compartecipazione ai costi di funzionamento di SBBL, avviato a seguito dell'approvazione della legge di evoluzione del sistema sanitario lombardo (L.R. 23/2015).

Nel 2018 si procederà al rinnovo della convenzione in scadenza tra Regione Lombardia e il Centro di Riferimento Regionale (CRR) di SBBL. Inoltre, in continuità con le annualità precedenti, saranno destinati a SBBL 1.700.000 € come contributo di Regione Lombardia ai costi di funzionamento del Sistema.

In aggiunta alla quota anzidetta è prevista una compartecipazione al costo da parte dei soggetti aderenti al Sistema, che sarà determinata sulla base dei livelli di servizio effettivamente fruiti, e verrà formalizzata con successivo atto della Direzione Generale Welfare.

Lo stesso atto definirà anche le regole di compartecipazione al costo da parte dei soggetti privati.

3.17.2. Promozione dell'internazionalizzazione del sistema socio-sanitario

3.17.2.1. Iniziative di sostegno a progetti di cooperazione internazionale ed interventi sanitari umanitari

Riuso del patrimonio mobiliare dismesso dalle strutture sanitarie e sociosanitarie

Consolidate le attività di promozione e supporto, controllo e monitoraggio su utilizzo dei beni dismessi e destinazione degli stessi, secondo le indicazioni contenute nella delibera n. X/6007 del 19 dicembre 2016.

Interventi sanitari umanitari

Nel 2018 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 (d.g.r. n. X/898/2013, ddgs 8749/2014).

L'istanza per il ricovero è presentata da soggetti del Terzo settore in generale, non aventi finalità di lucro, con sede operativa in Regione Lombardia da almeno un anno, e con esperienza documentata di almeno 2 anni in attività di sostegno di progetti di assistenza in ambito sanitario alle popolazioni dei Paesi in Via di Sviluppo.

Nel 2018 potranno essere accolte dallo stesso richiedente fino a 10 domande.

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.

3.17.2.2. Iniziative a sostegno dell'internazionalizzazione del sistema sanitario lombardo

Progetti europei

Proseguirà la gestione dei progetti europei in corso e il coordinamento di nuove iniziative inerenti la partecipazione diretta della Direzione Generale Welfare alla progettualità europea e alle reti europee.

Promossa e consolidata la partecipazione a progetti strategici innovativi, in più programmi a gestione diretta, della UE (Horizon 2020, Health, CEF, ICT, etc) e a programmi di cooperazione territoriale (Interreg, Italia Svizzera, Spazio Alpino, Central Europe, etc) in particolare, in tema di interoperabilità dei servizi di e-health, anche in applicazione della Direttiva 2011/24/UE (assistenza sanitaria transfrontaliera) di sviluppo di modelli di medicina proattiva e personalizzata a favore della popolazione fragile e affetta da patologie croniche, in tema di prevenzione per la promozione della salute attraverso il miglioramento della qualità e accessibilità di servizi dedicati in ambito sanitario.

Reference Site Collaborative Network (RSCN)

A seguito del riconoscimento della Commissione Europea di Regione Lombardia, quale "Reference Site- EIP on AHA 3 Stars", su una scala di 4, proseguiranno le attività trasversali con il coinvolgimento di comunità locali, strutture sanitarie e socio sanitarie, organizzazioni e imprese del settore, cittadini, per garantire un approccio globale e integrato alla cura e all'assistenza e affrontare l'invecchiamento della popolazione e le problematiche sanitarie e sociali ad esso associate attraverso soluzioni e tecnologie innovative,

"EIP on AHA" identifica un partenariato di soggetti pubblici e privati, impegnati in diversi settori, che la Commissione Europea ha attivato nel 2011 con l'intento di migliorare la salute e la qualità della vita in particolare delle persone anziane e con l'obiettivo di aumentare di 2 anni – entro il 2020 - l'aspettativa media di vita in buona salute.

L'ambizione di Regione Lombardia in termini di innovazione per un invecchiamento attivo e in buona salute è in particolare centrata sulle strategie regionali per la cronicità/fragilità attraverso l'invio di proposte (commitment) su temi specifici.

Obiettivo: riunire partner provenienti da tutta Europa che si sono impegnati ad attuare strategie per la creazione di ambienti age-friendly che supportano l'invecchiamento attivo e sano della popolazione della Comunità Europea

Il mandato attuale del partenariato è valido fino al 2020; nel corso del 2018 verranno attivate nuove importanti iniziative trasversali in ambito europeo volte ad assicurare che l'innovazione digitale per l'invecchiamento sano e attivo continui a raggiungere un numero crescente di cittadini:

Progetto Mattone Internazionale Salute (ProMIS), coordinamento del Ministero della Salute

Il Pro.M.I.S. (Programma Mattone Internazionale Salute) è una struttura permanente a supporto delle Regioni e Province Autonome nei loro processi di internazionalizzazione, Regione Lombardia partecipa attivamente ai lavori, supportando le iniziative del progetto in funzione delle priorità della programmazione regionale.

Rappresenta un innovativo ed efficace modello di "governance" che favorisce l'accesso ai fondi europei e lo sviluppo di proposte di interesse regionale con la disseminazione dei risultati.

Tra le iniziative in atto che proseguiranno nel 2018 si citano:

- rete italiana dei Reference Site EIP on AHA, adozione del documento sulla Metodologia per i Reference Site italiani dal titolo "METHODOLOGY FOR THE ITALIAN REFERENCE SITES: Which organisation structure?", che ha lo scopo di descrivere le modalità, strumenti e la struttura di gestione per definire un «modello» e valutarne la sua efficacia;
- eventi e lavori di gruppo per la preparazione di progetti nazionali e internazionali, ambito salute
- tavolo turismo sanitario, nell'ottica di valorizzare il patrimonio di conoscenze e competenze sviluppate nelle singole strutture sanitarie, che, oltre a costituire una risorsa per migliorare la qualità delle cure, offre l'opportunità di attrarre ulteriori risorse a sostegno delle strutture ospedaliere e di accrescere l'attrattività internazionale del SSR lombardo.

Sviluppo del "turismo" (mobilità) sociosanitario internazionale

Esiste un trend in forte espansione del turismo sociosanitario in Europa. Regione Lombardia ha già individuato tra le priorità della propria agenda politica regionale quella di cercare di intercettare una parte consistente dell'incoming europeo e mondiale sin dalla Delibera IX/4295 del 25/10/2012. Priorità confermata in via legislativa dalla l.r. 23/2015. La recente liberalizzazione "Schengen" rende ancora più importante sviluppare questo incoming.

Il mercato mondiale del turismo sociosanitario ha raggiunto, infatti, un valore superiore ai 100 miliardi di euro, secondo le stime più prudenti.

Il sistema sociosanitario della Regione Lombardia, considerato tra i migliori al mondo, associato alla percezione che il mondo ha di questo territorio operoso, per la creatività e l'eccellenza che contraddistingue le imprese, i professionisti e le istituzioni in molti campi,

con la sua cultura, la sua tradizione, la sua storia e la visione della vita si candida ad essere centro di eccellenza a livello globale.

In questa prospettiva ci si propone di unire la vocazione turistica della Lombardia con un'immagine riconosciuta all'estero di meta affascinante e coinvolgente (design, shopping, fashion, cucina, storia, arte, ...) con un servizio sociosanitario di eccellenza riconosciuto al fine di posizionarsi come meta sociosanitaria e turistica in grado di attrarre una fetta significativa di questo mercato.

Nel 2018 si avvia il percorso per la costruzione di una Rete di Strutture pubbliche e private di eccellenza capace di coniugare un'offerta ampia, diversificata e qualificata di prestazioni sanitarie e sociosanitarie insieme a un pack di servizi di accoglienza legati all'unicità del territorio lombardo.

3.18. Prevenzione

3.18.1. Realizzazione dei programmi del Piano Regionale Prevenzione (PRP): indicazioni attività 2018.

Premessa - Stato di avanzamento

Il Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2014-2018 rappresenta il più importante atto di indirizzo programmatico per tutta l'area della prevenzione, della promozione e tutela della salute anche in relazione agli obiettivi fissati nel Piano Nazionale di Prevenzione (PNP) 2014-2018.

Regione Lombardia ha rendicontato al Ministero della Salute (MS) per l'anno 2016 l'avanzamento del proprio PRP 2014-2018. Il MS presa visione della documentazione prodotta e trasmessa dalla Regione ed effettuato il calcolo dello scostamento tra valori osservati e standard al 2016 degli indicatori "sentinella" individuati, ha certificato Regione Lombardia per l'anno 2016: il 93% degli indicatori sentinella di tutti i programmi regionali presenta uno scostamento tra valore osservato e standard al 2016 non superiore al 20% previsto per la valutazione positiva ai fini LEA).

Entro il 31.03.2018 Regione Lombardia renderà conto al MS per l'anno 2017 l'avanzamento del proprio PRP 2014-2018.

3.18.2. Promozione della salute e prevenzione della cronicità

L'obiettivo generale comune a questo ambito, in coerenza a quanto previsto dai LEA 2017, è *ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie croniche (con particolare riferimento a quelle non trasmissibili - MCNT)*: nel solco della l.r. 23/2015 questo impegno diventa ancor più centrale nel contesto delle politiche di regione Lombardia.

Promozione di stili di vita favorevoli alla salute e prevenzione fattori di rischio comportamentali nei contesti di comunità

Proseguirà lo sviluppo degli interventi nei *setting* scuola, luoghi di lavoro, comunità locali, ambienti sanitari e sociosanitari, con l'obiettivo generale di promuovere il potenziamento dei fattori di protezione (*life skills*) e l'adozione competente e consapevole (*empowerment*) di comportamenti salutari nella popolazione giovanile e adulta ed in specifici target, perseguendo la diffusione di azioni, finalizzate in particolare a:

- Ridurre il numero dei fumatori ed estendere la tutela dal fumo passivo, il consumo di alcol a rischio, il consumo eccessivo di sale (nella cornice generale di "sana alimentazione"), gli incidenti domestici e stradali.
- Aumentare il consumo di frutta e verdura (nella cornice generale di "sana alimentazione"), l'attività fisica delle popolazioni: generale, con fattori di rischio/patologie croniche, ultra64enne, prevenire le dipendenze.
- Aumentare nella popolazione generale e a rischio, nei genitori, nei care giver, nel volontariato, nei soggetti titolari di policy di settore, ecc., la conoscenza e la consapevolezza dei rischi e delle misure di prevenzione attuabili.

- Migliorare nei diversi gruppi professionali (Infermieri, Ostetriche, A.S., Educatori professionali, psicologici, case e care manager, MMG, PLS, Medici competenti, ecc.) la conoscenza dei fenomeni e le competenze nelle azioni di prevenzione/promozione salute da sviluppare nei diversi setting socio-sanitari con attenzione particolare a quegli ambiti, anche di residenzialità quali ad esempio le RSA, dove tali azioni sono determinanti anche nel favorire il benessere psicologico e sociale, e quindi la riduzione di ansia, depressione, decadimento cognitivo, perdita di autonomia nella popolazione anziana.
- Garantire la tutela del diritto alla salute alle fasce di popolazione in stato di grave emarginazione mediante azioni quali ad esempio la distribuzione, attraverso gli enti locali e il Terzo settore, delle derrate alimentari.

Proseguirà l'azione di governance locale e regionale per incrementare il coinvolgimento dei settori non sanitari (approccio WHO "Salute in tutte le politiche" e programma nazionale "Guadagnare salute" di cui al DPCM 4.5.2007") nel riorientamento dei contesti di vita e di lavoro al fine di rendere facilitanti le scelte salutari individuali. In tal senso attenzione sarà ulteriormente posta ad individuare i soggetti titolari delle politiche in tali contesti nonché nello sviluppo di processi di rete (SPS, WHP, Città Sane, SaluteinComune, Conciliazione vita-lavoro) che rappresentano per il SSL strumenti per la diffusione di una responsabilità sociale per la salute e per incrementare l'impatto quantitativo (copertura popolazione) degli interventi di prevenzione della cronicità.

Per quanto riguarda la Rete SPS, l'Intesa con l'Ufficio Scolastico Regionale su "Scuole che Promuovono Salute" sottoscritta nel 2011, verrà aggiornata attualizzandola al nuovo assetto organizzativo del SSL ed agli indirizzi metodologici della Rete europea "Schools for Health". Nell'area delle dipendenze (sostanze legali e illegali, gioco d'azzardo) le strategie integrate, inter istituzionali ed intersettoriali di cui sopra dovranno vedere ulteriore sviluppo sia negli ambiti scolastici che extrascolastici per valorizzare/promuovere le capacità personali (*life skills*: auto efficacia, resilienza, pensiero critico, ecc.) e contestualmente prevenire e ridurre il disagio (sociale, familiare) aumentando la percezione del rischio e l'*empowerment* degli individui.

In questa area, in relazione al contesto scolastico, particolare attenzione dovrà essere posta nella diffusione dei programmi *Life Skills Training* Lombardia e *Unplugged* Lombardia. Per quanto attiene il contesto extrascolastico, le ATS, nella cornice metodologica dei PIL, in sinergia con le ASST ed i Comuni, con l'attivazione dei diversi settori a vario titolo coinvolti (commercio, cultura, sicurezza, associazionismo, ecc.) definiranno un programma d'azione per la riduzione del rischio da dipendenza e per favorire le capacità personali; tale programmazione, dovrà prevedere nell'*area delle dipendenze e della marginalità anche giovanile* l'individuazione dei contesti locali particolarmente a rischio (luoghi della movida, stazioni, aree periferiche, ecc.) nell'ambito dei quali, con il contributo degli Enti del Terzo Settore:

- realizzare interventi *evidence based* e/o raccomandati (rif. Documento Tecnico 2013 "Programmi e interventi di prevenzione selettiva, prevenzione indicata, riduzione dei rischi/danni connessi all'uso/abuso ricreazionale di sostanze e riduzione dei danni/rischi connessi all'abuso/dipendenza da sostanze. Definizioni, obiettivi, azioni". GdL tecnico DG Famiglia - Cabina di Regia Regionale di monitoraggio delle Sperimentazioni Welfare ex DGR 3239/12)
- finalizzati alla rilevazione/valutazione del rischio individuale ed alla relativa sensibilizzazione ed aggancio per l'accompagnamento ai servizi territoriali di presa in carico, secondo modalità diversificate adattabili, in maniera flessibile, a bisogni differenti;
- implementare interventi che garantiscano uno spazio di tregua dalla strada, svolgendo un ruolo neutro, non istituzionalizzato di primo contatto per le persone in difficoltà con possibilità di sviluppare anche processi di empowerment, counselling e orientamento verso percorsi di inclusione;

- promuovere modifiche strutturali-ambientali (fisico/organizzativo/sociale) sostenute da processi partecipati (Rif. "Urban Health" – WHO).

Tale percorso richiede necessariamente un approccio integrato tra ambito sociale e sociosanitario, in tal senso, per sostenere e orientare la messa a sistema di questo modello di programmazione integrata, sarà attivato un percorso di lavoro regionale, condotto congiuntamente dalle DD GG Welfare e Reddito d'Autonomia e inclusione sociale, con la partecipazione attiva di ATS, ASST, rappresentanti del Terzo Settore e altri eventuali stakeholder.

In relazione all'area della prevenzione del gioco d'azzardo patologico, la programmazione, fermo restando la metodologia sopra citata ed il proseguimento delle attività in essere definite dalle ATS nei PIL sulla base delle rispettive analisi di contesto, sarà orientata da quanto previsto dall'emanando "Piano d'azione GAP" (di cui al Decreto Ministero Salute 6 ottobre 2016 – "Riparto Fondo per il gioco d'azzardo patologico - Art 1, comma 946 Legge stabilità 2016" e riparto 2017, nelle more delle indicazioni attuative richieste da Regione Lombardia allo stesso dicastero).

Nell'ottica del complessivo approccio orientato all'accountability delle attività previsto dal Piano Regionale di Prevenzione 2014 – 2018, anche per l'area delle dipendenze nei setting extrascolastici verranno definiti strumenti e metodologie di documentazione e monitoraggio (con descrittori qualitativi e quantitativi) da condividere con i soggetti a vario titolo coinvolti nelle attività.

Per lo sviluppo degli obiettivi di cui al programma "Promozione della salute del bambino e della mamma nel percorso nascita" del PRP 2014 – 2018, proseguirà l'azione sinergica tra ATS e ASST e soggetti del territorio a vario titolo coinvolti, in tal senso si rimanda al capitolo RETE PER L'ASSISTENZA MATERNO-INFANTILE per quanto attiene gli obiettivi specifici relativi all' *allattamento al seno (implementazione e sistema di monitoraggio)* e della messa a sistema degli screening audiologico e oftalmologico (*implementazione e flusso*).

Nell'ambito del processo di programmazione integrata ospedale – territorio dovranno inoltre essere implementate azioni finalizzate al potenziamento dei fattori di protezione nei bambini sino al terzo anno di vita attraverso la promozione di "competenze genitoriali" (*health literacy*), con particolare attenzione all'appropriatezza dei processi di comunicazione anche in relazione a contesti di particolare fragilità e/o disagio sociale (*health equity*), tra tali fattori la *lettura precoce ad alta voce a cui fa riferimento il programma "Nati per leggere"* di cui alla DGR 5506/2016.) Al fine di supportare tale percorso proseguirà l'attività del tavolo promosso dalla DG Welfare con rappresentanti ASST, ATS, Università, Società Scientifiche, Associazioni, per la diffusione di azioni integrate e la contestuale rilevazione di esperienze e opportunità di rete nei diversi territori.

Prevenzione della cronicità

Come già indicato in premessa lo sviluppo del modello regionale di presa in carico dei pazienti cronici (DGR 6164 e 6551 2017) richiede il completamento del sistema di offerta in relazione alla dimensione della "prevenzione". In questo senso il PRP 2014 – 2018 individua, in coerenza con gli indirizzi nazionali e le evidenze di letteratura, l'obiettivo di messa a sistema di un programma di diagnosi precoce di condizioni di rischio aumentato per MCNT nella popolazione in età 45 – 60 con offerta di approccio comportamentale (*counselling ed invio*) in grado di potenziare le risorse personali individuali (*empowerment*) per l'adozione consapevole di stili di vita salutari e, se necessario, di quello farmacologico.

Nel 2018 saranno pertanto implementate azioni finalizzate alla modellizzazione regionale di tale programma, ed alla eventuale contestuale attivazione di percorsi locali sperimentali attuati sinergicamente da ATS, ASST, Gestori, che si strutturerà sui seguenti principali elementi:

- Individuazione della popolazione target nella fascia di età 45-60 anni, mediante:
 - ✓ Sotto stratificazione della popolazione in relazione a presenza di fattori di rischio intermedi (ipertensione, glicemia elevata, dislipidemie, obesità/sovrappeso) e/o una

cronicità non complicata e con particolare attenzione alla presenza di fattori di rischio socio – economici (per una offerta orientata al principio di universalismo selettivo proprio dell'health equity)

- ✓ Rilevazione dei fattori di rischio comportamentali nel PAI
- Offerta di *Counselling motivazionale breve*
- Offerta di *Educazione sanitaria/terapeutica* individuale e di gruppo (famiglia, care giver), anche attraverso l'utilizzo di modelli peer)
- Mappatura territoriale (ATS) dell'offerta di programmi che promuovono l'attività e l'esercizio fisico (vedi paragrafo dedicato) e relativa diffusione delle informazioni nei contesti ed ai soggetti a vario titolo coinvolti, per promuovere attivamente la partecipazione/invio dei soggetti target
- Mappatura territoriale (ATS) delle strutture per il trattamento del tabagismo e relativa diffusione delle informazioni nei contesti ed ai soggetti a vario titolo coinvolti, per promuovere l'invio dei soggetti target
- Formazione degli operatori sociosanitari (Case e Care manager, Infermieri, MMG, Educatori, ecc.) con particolare riferimento al processo di engagement (Rif. "Promozione del patient engagement in ambito clinico-assistenziale per le malattie croniche: raccomandazioni dalla prima conferenza di consenso italiana" http://www.recentiprogressi.it/articoli.php?archivio=yes&vol_id=2812&id=28441) ed alle tecniche di orientamento comportamentale (counselling motivazionale, minimal advice)
- Materiale di comunicazione finalizzato all'aumento di competenze sulla gestione della patologia e su stili di vita raccomandati per ridurre rischio/aumentare salute, definito secondo i principi del marketing sociale, equity oriented e co-costruito con il contributo dei diversi stakeholder
- Disponibilità di PDTA integrati con aspetti di prevenzione
- Partecipazione attiva delle associazioni di pazienti
- Sistema di monitoraggio di impatto e di processo

Incremento della pratica dell'attività e dell'esercizio fisico nella popolazione generale e in target specifici, promuovendo lo sviluppo di opportunità e di supporto da parte delle comunità locale

Stante le consolidate evidenze di efficacia disponibili in letteratura è ormai riconosciuto che la pratica quotidiana di attività fisica, svolta secondo i livelli raccomandati, contribuisce, oltre che alla prevenzione delle principali patologie croniche e degenerative, a favorire il benessere sociale e psicologico riducendo ansia, depressione, ad aumentare il grado di autonomia degli anziani attraverso la riduzione del decadimento cognitivo, della marginalità sociale, delle cadute, supportando quindi complessivamente quello che viene definito l'"invecchiamento attivo e in buona salute " (Active and Healthy Ageing).

Lo sviluppo delle azioni per incrementare le opportunità per la pratica dell'attività e dell'esercizio fisico nella popolazione generale e in target specifici è pertanto strategica e richiede lo sviluppo del processo di governance locale da parte delle ATS sia nella sinergia con ASST e Gestori che nella attivazione di tutti gli stakeholder (Comuni, Enti di varia natura, Fondazioni, RSA, Associazioni di volontariato, di promozione sociale e sportiva, professionali, Palestre, ecc.) che a vario titolo concorrono a supportare miglioramenti e/o cambiamenti strutturali di natura urbanistica e organizzativa (*urban health*) che facilitano uno stile di vita attivo quotidiano (percorsi pedonali e bike casa – scuola, casa- lavoro, *green way*, ecc.) ed a incrementare l'offerta di opportunità per gruppi ed individui.

In tale contesto dovrà essere dato ulteriore sviluppo alla diffusione dei Gruppi di Cammino, con riferimento alla popolazione con fattori di rischio intermedi di cronicità e/o malattie croniche ed alla popolazione over 64, con particolare attenzione all'ingaggio di fasce di popolazione con fragilità sociale.

Nel 2018, in attuazione a quanto previsto dall'art. 56, comma 4 della l.r. 3 marzo 2017 n. 6 , verrà attivato il percorso per la definizione di indirizzi regionali per la diffusione di una rete di

offerta di programmi strutturati di esercizio fisico (basati su protocolli di Attività Fisica Adattata - AFA, Esercizio Fisico Adattato EFA, validati e standardizzati per gruppi omogenei, realizzati da Laureati in Scienze Motorie) per le persone con fattori di rischio intermedi (ipertensione, glicemia elevata, dislipidemie, obesità/sovrappeso) e patologie croniche, attivati da soggetti sul territorio da soggetti idonei (pubblici e privati). Per la definizione di tale modellizzazione regionale sarà costituito un gruppo di lavoro tecnico con la partecipazione di rappresentanti di ATS, delle Facoltà di Scienze Motorie delle Università lombarde, dei Servizi di Medicina dello Sport, delle Società Scientifiche di settore e altri soggetti a vario titolo coinvolti. Nell'ambito di tale percorso di modellizzazione sarà definito anche un set di criteri per l'adesione a questa rete di offerta da parte di Palestre private che, nell'ambito delle proprie azioni di responsabilità sociale, intendano partecipare al processo di promozione della salute nelle comunità locali. Anche in questo percorso, la fase di modellizzazione regionale potrà contestualmente vedere l'eventuale attivazione di percorsi sperimentali attivati dalle ATS.

Monitoraggio e rendicontazione

Nel 2018 sarà ulteriormente sviluppato (d'intesa con DORS Regione Piemonte - e alla luce del percorso in essere con il Ministero della Salute) il sistema informativo sovra regionale "Banca dati di progetti, interventi e buone pratiche di prevenzione e promozione della salute (PRO.SA.)" (DGR 3018/2015) che mantiene valenza di flusso di rendicontazione; sarà mantenuta la survey regionale annuale "Stili di vita" e sarà ridefinito il set di indicatori all'interno del cruscotto Performance della Prevenzione.

3.18.3. Vaccinazioni

Nel corso del 2017 si è completato e strutturato il passaggio della erogazione dell'attività vaccinale in ASST, attraverso la realizzazione di quanto previsto dal decreto n. 3682 Del 28/04/2016 "Organizzazione dell'offerta vaccinale alla luce della l.r. 23/2015" è avvenuto secondo quanto programmato nei piani inviati da ATS - ASST in risposta alla nota Protocollo G1.2016.0024665 del 19/07/2016 "attivazione del percorso per l'organizzazione in ASST e in ATS dell'attività vaccinale alla luce della l.r. 23/2015 e del decreto 3682/2016" e dei successivi indirizzi della DG Welfare, confermando altresì il ruolo di governance del processo in capo alle ATS.

In particolare, relativamente all'acquisto dei vaccini le ATS svolgono un ruolo non solo di controllo ma anche supporto alle ASST valutando e correggendo ove necessario la definizione dei fabbisogni utili alla realizzazione della gara unica Regionale. Pertanto gli acquisti da parte delle ASST ricevono da parte delle ATS verifica ed assenso, secondo la modalità della gara centralizzata descritta nelle Regole 2017.

Con Decreto DDG n. 10534 del 4/9/2017 avente ad oggetto "ISTITUZIONE DEL TAVOLO TECNICO DELLE VACCINAZIONI PER L'AGGIORNAMENTO OPERATIVO ED IL MONITORAGGIO DELLE ATTIVITÀ VACCINAZIONE ALLA LUCE DELLA LEGGE DI EVOLUZIONE DEL SSRL" è stato costituito l'ambito di confronto tecnico ed organizzativi tra ATS ASST e DG Welfare per attività vaccinale in regione Lombardia.

Implementazione PNPV 2017-2019 e PRPV 2017-2019

Regione Lombardia ha già attivato l'implementazione di nuove offerte vaccinali in coerenza con le indicazioni del PNPV 2017-2019, approvato in Conferenza Stato-Regioni il 19 gennaio 2017, fermo restando la necessità di addivenire a definire con il nuovo Piano regionale di prevenzione vaccinale l'offerta completa per i cittadini lombardi in tema di profilassi vaccinale garantita dai Lea o comunque fruibile presso il SSR in *copayment*.

Non sono previste offerte in tema di vaccinazioni oltre a quanto esplicitamente indicato negli atti di indirizzo regionale ed in particolare nell'emanando Piano Regionale di Prevenzione Vaccinale che definisce, in coerenza con il piano nazionale, sia la tipologia di

offerta sia le modalità di erogazione di profilassi vaccinale (compresa quella in copagamento) in Regione Lombardia.

Il nuovo PRPV 2017- 2019 verrà proposto alla deliberazione della giunta regionale entro gennaio 2018 e conterrà anche le determinazioni già anticipate con atti di indirizzo generale (Regole 2017).

Offerta vaccinale nel percorso di presa in carico del cronico

Con DGR n.3993/2015, anticipando le indicazioni del PNPV 2017/19 Regione Lombardia ha individuato l'offerta vaccinale da garantire ai soggetti portatori di patologie/status che espongono a maggior rischio di contrarre alcune patologie prevenibili da vaccino.

Nell'ambito della percorso di presa in carico ed in particolare in tutti i PAI dei soggetti cronici arruolati dovrà essere verificata l'offerta attiva e gratuita delle vaccinazioni così come previsto dagli atti sopracitati.

Gestionale regionale per la registrazione delle vaccinazioni

Nel corso del 2017 con LISPA è stato avviato il percorso per il riuso di "SI AVR", gestionale unico per la registrazione della attività vaccinale, consentendo ad ASST, ATS, e DG Welfare una visione unitaria nel rispetto dei differenti livelli di competenza e quindi di visione.

Entro gennaio 2018, verrà terminata la migrazione dei dati vaccinali dai dipartimentali della area sperimentale (ATS Bergamo); successivamente alla migrazione di Bergamo seguiranno le migrazioni delle altre ATS.

Obbligo vaccinale e comunicazione

In risposta al fenomeno del rifiuto delle vaccinazioni, in crescita e presente in tutto il territorio nazionale anche se con differente forza da regione a regione, il MS, con la l. 31 luglio 2017, n. 119 (conversione e modifica del dl 7 giugno 2017, n.73) ha introdotto l'obbligo di sottoporre a n. 10 vaccinazioni tutti i minori di età tra 0 e 16 anni, compresi i minori stranieri non accompagnati, superando di conseguenza eventuali disposizioni regionali. Tale norma ha dettato, per fini di tutela della salute pubblica, disposizioni dirette alla promozione e al mantenimento di adeguate condizioni di sicurezza epidemiologica in termini di profilassi e copertura vaccinale.

Regione Lombardia pertanto, ha:

- messo in campo azioni per diffondere le informazioni ai cittadini circa le modalità previste dalla norma per documentare l'adesione alle offerte vaccinali obbligatorie attraverso il proprio sito ed i siti delle ASST/ATS;
- definito modalità semplificate per acquisire l'attestazione delle vaccinazioni eseguite attraverso il FSE;
- individuato modalità per effettuare la richiesta di completamento del ciclo vaccinale documentando in tal modo la decisione di far vaccinare il proprio figlio;
- continuato a sviluppare il proprio sistema di informazione, di monitoraggio dei percorsi vaccinali e di accompagnamento per favorirne l'adesione;
- avviato, in ottica di semplificazione per i cittadini, la verifica dei propri sistemi informativi con l'intento di fornire direttamente dal prossimo anno scolastico le informazioni complete ai servizi educativi dell'infanzia ed alle scuole dell'obbligo, secondo le modalità previste dai ministeri interessati.

Quanto sopra descritto si è aggiunto all'impegno per l'adesione responsabile all'offerta vaccinale, sia attraverso un percorso che favorisce l'aumento della consapevolezza (campagna Wikivaccini), sia attraverso azioni organizzative (invio a tutti i pediatri degli elenchi degli assistiti non correttamente vaccinati) sia attraverso l'attività dei centri vaccinali di richiamo dei genitori non aderenti.

3.18.4. Malattie infettive

Sistema di sorveglianza

Nel 2018, fermo restando l'indirizzo nazionale ed europeo verrà aggiornata la delibera che descrive gli interventi di sorveglianza, prevenzione, profilassi e controllo delle malattie infettive.

Le ATS, provvederanno di conseguenza a rivedere le procedure interne della sorveglianza delle malattie infettive per garantire una piena e rapida presa in carico delle diverse fasi (dalla ricezione della segnalazione, all'eventuale intervento, alla segnalazione a Regione o a Ministero e ISS), aggiornando se del caso i protocolli di intesa con le ASST per garantire l'attivazione per la somministrazione di attività di profilassi in caso di necessità.

Nel 2018 sarà data piena applicazione degli indirizzi regionali, aggiornati nel 2017, in materia di:

- sorveglianza, prevenzione, profilassi e controllo della tubercolosi in Regione Lombardia
- sorveglianza, prevenzione e controllo delle infezioni sessualmente trasmesse (IST).

Analogamente, sulla base dei risultati raggiunti in relazione alla qualità ed efficienza del sistema di sorveglianza e controllo delle malattie infettive ed in coerenza con le evidenze epidemiologiche saranno sostenuti e sviluppati interventi rivolti alle patologie emergenti (Zika virus; West Nile virus.) ed alle sorveglianze rinforzate (meningiti; tubercolosi; HIV/MTS...).

Laboratori di riferimento per la sorveglianza epidemiologica

Con DGR X / 6969 del 31/07/2017 è stato approvato il protocollo d'intesa tra Regione Lombardia e Università degli Studi di Milano che ha portato a sistema la rete dei laboratori di riferimento regionale, con l'obiettivo di rendere più efficiente l'attività di sorveglianza di laboratorio delle malattie infettive ed in particolare la sorveglianza di morbillo e rosolia, Poliomielite e Epatite virale A, B, C, D, E.

La Rete dei laboratori di riferimento regionale delle malattie infettive risulta pertanto così costituita:

- per la Tubercolosi il Laboratorio di Microbiologia e Virologia AO Niguarda, Piazza Ospedale
- per la Listeria e le Salmonellosi (Accertamenti ulteriori in casi particolari definiti da ASL di diagnosi): il Laboratorio Enterobatteri Patogeni ASST Santi Paolo e Carlo (sostituisce nella DGR 3190/2015) Laboratorio Enterobatteri Patogeni Dipartimento di Scienze della Salute – Polo Universitario San Paolo – AO San Paolo)
- per le Meningo encefaliti virali - West Nile, Zika, Chikungunya, Dengue e altre arbovirus: Laboratorio ASST Fatebenefratelli Sacco e IRCCS San Matteo Pavia
- per le Malattie Invasive Batteriche tipizzazione dei ceppi derivanti da infezioni invasive (meningiti, sepsi, polmoniti): Laboratorio Microbiologia Fondazione Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena – Milano
- per Morbillo e Rosolia: Laboratorio IRCCS San Matteo Pavia e Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute Università degli Studi di Milano
- per Poliomielite e Epatite virale A, B, C, D, E. laboratorio Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute Università degli Studi di Milano

Vengono:

- attivati accertamenti con finalità epidemiologico/preventive e di Sanità pubblica a supporto dell'attività di sorveglianza e controllo delle malattie infettive in regione Lombardia in coerenza con quanto previsto dalla DGR del 26 febbraio 2015 - n. X/3190
- fornite informazioni alle ATS e alle ASST utili al miglioramento della efficienza e dell'efficacia dell'attività di sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive aggiornandole sugli esiti delle analisi effettuate direttamente o indirettamente;
- predisposti protocolli per l'attività di sorveglianza e controllo delle malattie infettive in regione Lombardia;

- assolti i debiti informativi verso l'Istituto Superiore di Sanità per tutta l'area delle malattie infettive;
- definiti e realizzati i piani annuali di formazione dei professionisti e degli operatori coinvolti nella attività di sorveglianza di malattie infettive in Lombardia
- mantenuti costanti aggiornamenti sulle innovazioni tecnologiche e sulle evoluzioni epidemiologiche delle patologie di interesse.

Per questa attività la rendicontazione economica avverrà attraverso l'elaborazione da parte delle ASST/IRCCS del conto economico trimestrale (CET) nel quale si chiede di compilare la nota integrativa specifica.

3.18.5. Screening

In coerenza con quanto previsto dagli obiettivi del programma dedicato all'interno del Piano Regionale di Prevenzione 2014- 2018, nonché dagli obiettivi LEA l'azione del SSL dovrà essere orientata ad incrementare i livelli di copertura della popolazione target dei programmi di screening, sostenere il processo per l'ampliamento delle classi di età di screening colon retto e mammella (DDG n. 3711 del 04/04/2017), attivare il programma di screening della cervice uterina su tutto il territorio regionale in coerenza con la DGR n.7013 del 31/07/2017.

Al fine di supportare il processo di implementazione degli obiettivi di ampliamento target e screening cervice verrà attivato un tavolo di confronto regionale con i rappresentanti dei Centri Screening delle ATS

In riferimento agli elementi di natura qualitativa, si richiamano alle ATS i seguenti aspetti:

- Volumi di mammografie di screening lette per radiologo (di riferimento è 5000 letture/anno per radiologo) e ove necessario attivare percorsi di razionalizzazione
- Analisi della casistica dei cancro di intervallo e dei cancro in stadio avanzato per colon retto e mammella
- Analisi del percorso casa-laboratorio del kit per l'esecuzione del fobt al fine di garantire la tracciabilità nelle diverse fasi del percorso (punto di consegna del campione da parte dell'utenza, punto di raccolta dei campioni, invio al laboratorio di analisi)
- Razionalizzazione e standardizzazione dell'attività dei centri screening in coerenza con quanto previsto dal DDG n. 13960 del 10/11/2017

Al fine di sostenere il processo di miglioramento continuo dei programmi di screening, anche in riferimento all'ingaggio di fasce di popolazione con fragilità, si procederà con il percorso di «Audit Partecipato» con l'utilizzo del modello «PRECEDE - PROCEED» (DDS n. 1935 del 17 marzo 2016) dei Centri Screening delle ATS.

3.18.6. Salute e ambiente

Nell'ambito del Programma P.10 del PRP 2014-2018, denominato "INTEGRAZIONE SALUTE E AMBIENTE", nel quadro degli obiettivi e delle azioni volte ad incrementare la capacità di lettura e di intervento sistemico sul territorio delle Amministrazioni e degli Enti locali, le ATS operano ai fini dell'integrazione delle informazioni ambientali con quelle per la tutela della salute dei cittadini.

Per la tutela del cittadino, in attesa del recepimento statale dei *Tools for Health Impact Assessment* (T4HIA) – Strumenti per la Valutazione di Impatto sulla salute Pubblica (VIS) nelle procedure di valutazione ambientale di piani, progetti e programmi, nella consapevolezza che l'ambiente rappresenta uno dei principali determinanti extra-sanitari della salute umana, perseguiranno i rapporti di coordinamento e collaborazione con l'area Ambiente al fine di perfezionare la qualità dei contributi sanitari resi nell'ambito dei procedimenti valutativi ed autorizzativi di livello regionale e provinciale. Le ATS, assicurano, per gli impianti di gestione dei rifiuti, accanto alla verifica dei requisiti di protezione della salute umana ex art. 184 bis DLgs 152/2006, anche la verifica dei criteri di registrazione ed esenzione dalla registrazione delle sostanze recuperate secondo i Regolamenti REACH/CLP.

Nella programmazione di attività intra e inter-istituzionali per la tematica ambiente e salute da trasmettere, entro la fine di febbraio 2018, alla DG Welfare/UO Prevenzione, anche per consentire - messe a fattor comune le esperienze di ciascuna ATS - la realizzazione di momenti formativi regionali. Detta programmazione, da definire anche mediante il coinvolgimento degli osservatori epidemiologici, dovrà:

- ex-ante: dare evidenza di accordi inter-istituzionali (ARPA, IZS, Registri Patologia ecc..) per la progettazione, la pianificazione e la realizzazione di studi di background/stato di salute/indagini epidemiologiche a livello locale e sovralocale;
- a consuntivo: consentire la presentazione degli studi realizzati, in continuità con quanto richiesto da questa DG nell'ambito del progetto "EpiAmbNET", finanziato dal Centro nazionale per la Prevenzione ed il controllo delle malattie (CCM) del Ministero della Salute (<http://www.ccmnetwork.it/progetto.jsp?id=node/1905&idP=740>), teso a rafforzare il contributo della epidemiologia sul tema Ambiente e Salute secondo le linee indicate dal Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018.

3.18.7. Tutela della salute e sicurezza del lavoratore

Azioni per la riduzione del fenomeno infortunistico e tecnopatico

Fermo restando l'obiettivo assegnato ai Servizi PSAL delle ATS, di controllare il 5% delle imprese attive site nel territorio di competenza, per il soddisfacimento dell'attuale LEA, i controlli condotti dai Servizi Prevenzione e Sicurezza sul Lavoro (PSAL) delle ATS secondo i criteri di priorità di rischio fondata sull'analisi del contesto socio-economico ed epidemiologico, e nel rispetto dei principi di evidenza di efficacia - quali interventi a contrasto agli eventi infortunistici e tecnopatici - sono modulati in repressione o assistenza in ragione della capacità e della motivazione alla prevenzione da parte dell'azienda. In questo modo, saranno strutturati, secondo le indicazioni già fornite dalla DG Welfare/UO Prevenzione con specifico riguardo alla rilevazione dell'attività nel Sistema Informativo della Prevenzione/I.M.Pre.S@, Piani mirati di Prevenzione che, peraltro, hanno il vantaggio di coinvolgere un numero più ampio di imprese, assicurando una maggior copertura dei controlli e una maggior efficacia dell'azione di prevenzione.

Nel settore delle costruzioni, in ragione dell'alta incidenza di infortunio sul lavoro, la programmazione dei controlli deve essere mirata, nella totalità delle notifiche preliminari ex art. 99 DLgs 81/08 presenti nell'archivio Ge.C.A. del Sistema Informativo della Prevenzione, ai cantieri a priorità di rischio. La DG Welfare fornirà indirizzi puntuali alle ATS onde consentire loro di programmare entro il 28 febbraio la quota dei controlli in edilizia.

Proseguono le attività per il raggiungimento dell'obiettivo specifico di emersione delle malattie professionali individuato dal PRP 2014-2018, Programma P.9 "TUTELA DELLA SALUTE E SICUREZZA DEL LAVORATORE", di cui il Piano regionale SSL è esplicitazione. Detto obiettivo, assegnato alle ATS e alle ASST sede di UO OML, è misurato attraverso l'indicatore sentinella la cui fonte dati è il Sistema Informativo Regionale della Prevenzione - area Person@ - Ma.P.I.

Completata la progettazione e realizzazione della funzionalità telematica per la segnalazione degli elementi essenziali di patologie da sovraccarico biomeccanico, il suo rilascio entro il corrente anno 2017 consentirà anche ai medici di medicina generale di contribuire - in una logica di rete tra operatori sanitari - all'emersione delle malattie professionali. L'utilizzo da parte loro del predetto servizio darà evidenza quantitativa della capacità di promozione della ricerca attiva delle citate patologie delle ATS e delle UO OML c/o ASST.

L'incremento dei casi di mesoteliomi, tumori naso-sinusal e tumori del polmone e della vescica, patologie da sovraccarico biomeccanico inseriti nel Sistema Informativo della Prevenzione/Ma.P.I. dai medici ospedalieri e dai medici di medicina generale, quale esito delle azioni di sensibilizzazione e promozione della funzionalità telematica condotte dalle ATS e dalle ASST sede di UO OML, sarà, altresì, l'elemento valorizzato ai fini del soddisfacimento dell'obiettivo.

Ulteriore strumento a contrasto del fenomeno infortunistico e tecnopatico è rappresentato dall'attività di promozione della salute e prevenzione dei fattori di rischio che, nei luoghi di lavoro, trova espressione in programmi coerenti con il modello *Total Worker Health* - politiche, programmi e pratiche che integrano la prevenzione dai rischi e pericoli per la salute connessi al lavoro con la promozione del benessere del lavoratore quale azione strategica per prevenire infortuni e malattie (*National Institute for Occupational Safety and Health* - NIOSH) - coordinati dalle ASST sede di UOOML, in un percorso di sviluppo del "Core Protocol per la sorveglianza sanitaria degli addetti in sanità". In questa fase di avvio del programma TWH, l'elemento valorizzato ai fini del soddisfacimento dell'obiettivo è lo studio di contesto/fattibilità funzionale alla pianificazione degli interventi.

Formazione alla salute e sicurezza sul lavoro: il processo di integrazione della competenza nei curricula scolastici

Lo sviluppo di competenze in materia di salute e sicurezza sul lavoro (SSL) nei curricula scolastici è oggetto di interventi che si innestano nei percorsi realizzazione dell'alternanza scuola-lavoro per gli studenti delle classi III degli istituti di secondo grado, condotti dalle ATS in collaborazione con INAIL Provinciale e con gli Ambiti territoriali dell'Ufficio Scolastico Regionale, in coerenza con il Protocollo approvato con DGR 5192 del 23.5.2016.

L'attuale attenzione degli Istituti centrali competenti all'ipotesi di rivisitazione del vigente impianto normativo per la formazione dei lavoratori - rivisitazione che intenderebbe valorizzare l'apprendimento per competenza negli studenti - riconosce rilievo agli interventi sopra citati, pur nella chiara consapevolezza che il processo intrapreso richiede risorse ulteriori e tempi di realizzo medio-lunghi. In questo contesto, l'indicatore specifico di attività potrà essere rimodulato, seppure continueranno ad essere valorizzate le azioni coordinate ATS, INAIL, USR a sostegno dell'applicazione del Protocollo per il soddisfacimento dell'obiettivo del PNP/PRP.

3.18.7.1. Prevenzione e controllo rischio amianto

A tutela del cittadino e del lavoratore, nell'area della prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro, proseguiranno le azioni sanitarie sul tema amianto, ormai a sistema.

Il servizio telematico di Segnalazione di Malattie Professionali, integrato in SISS, darà evidenza quantitativa dell'attività di ricerca attiva dei predetti tumori professionali svolta dalle ATS e dalle UOOML c/o ASST.

3.18.7.2. Piano dei controlli sulle sostanze chimiche

Piano REACH e CLP

Nell'ambito del programma P.11: "PIANO DEI CONTROLLI SULLE SOSTANZE CHIMICHE" del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2014-2018, le ATS sono chiamate a realizzare 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). Le ATS eseguiranno un numero di controlli documentali ed analitici in conformità a tale piano e comunque in numero non inferiore al numero di controlli effettuati nell'anno precedente.

Le tecniche di controllo da utilizzare restano quelle indicate al paragrafo 1.2 dell'Accordo Stato-Regioni del 29 ottobre 2009 (Rep. Atti n. 181/CSR) e le attività di campionamento ed analisi di sostanze, miscele e articoli sono condotte in linea con quanto stabilito dall'Accordo Stato-Regioni del 7 maggio 2015 (Rep. Atti n. 88/CSR) riguardante il protocollo tecnico nazionale per la rete dei laboratori e le attività di campionamento ed analisi di sostanze, miscele e articoli.

I controlli sia documentali che analitici sono rilevati nel Sistema Informativo della Prevenzione/I.M.Pre.S@ (comprensivo dell'area campionamenti - per il prodotto campionato, per il formulato e per l'esito analitico trasmesso dal laboratorio che ne ha effettuato l'analisi - e dell'area provvedimenti relativa alle sanzioni eventualmente irrogate).

Prodotti fitosanitari: controlli sul commercio e sull'impiego e attività analitica

Il Programma per il controllo dei prodotti fitosanitari sul commercio e sull'impiego prevede che il controllo ufficiale sia eseguito in base alla valutazione dei rischi e tenendo altresì conto dei precedenti esiti di conformità alla normativa di settore. L'attività di campionamento è tra le attività di controllo che devono essere rendicontate in I.M.Pre.S.@, inserendo sia il tipo di prodotto campionato, che il formulato che l'esito analitico trasmesso dal laboratorio che ne ha effettuato l'analisi.

3.18.8. Sicurezza alimentare e tutela del consumatore**Alimenti vegetali e MOCA – attuazione L.G. Regolamenti (CE) 882/2004 e 854/2004**

Per quanto riguarda la Sicurezza Alimentare, l'anno 2018 si caratterizza per la completa entrata in vigore dell'Accordo Stato - Regioni 10 novembre 2016 "Linee guida per il controllo ufficiale ai sensi dei Regolamenti (CE) 882/2004 e 854/2004". Questo comporta che la consueta attività di controllo ufficiale dei SIAN deve essere rimodulata per tenere conto delle indicazioni date da documento nazionale, recepito da Regione Lombardia, a partire dalle modalità di suddivisione delle attività di competenze in macrocategorie e conseguente categorizzazione del rischio, per finire con le modalità di rendicontazione dell'attività svolta in Impres@. Il *DataWareHouse* rimane infatti lo strumento per la UO Prevenzione di monitoraggio dell'attività di controllo dei SIAN e di rendicontazione al Ministero della Salute, per rispondere tra l'altro agli indicatori LEA.

Conseguentemente sono obiettivi prioritari per ATS:

- L'adeguamento dei gestionali dipartimentali entro marzo 2018 e conseguente rendicontazione in Impres@ secondo i tracciati aggiornati.
- La redazione del Programma integrato controlli, da inviarsi alla UO Prevenzione entro il 28/02/2018, completo del report dell'anno precedente e definito in coerenza con le indicazioni regionali, sia per quanto riguarda i principi di pianificazione e programmazione, che per quanto riguarda la frequenza e il numero dei controlli e il numero e la tipologia dei campioni e delle determinazioni. Le procedure andranno eventualmente aggiornate di conseguenza.

Le ATS inoltre provvederanno alla programmazione delle attività in modo da garantire:

- La partecipazione al processo di Audit sulle Autorità Competenti Locali in materia di alimenti non di origine animale (SIAN) ai sensi del Reg CE 882/2004, in coerenza con il decreto dirigenziale 11493 del 17/12/2015, garantendo la redazione e implementazione di eventuali piani di azione conseguenti all'audit.
- L'effettuazione di verifiche dell'efficacia dei controlli ufficiali eseguiti secondo gli indirizzi regionali di riferimento e rendicontate di conseguenza.
- L'unificazione entro giugno 2018 di tutte le procedure dei SIAN, tenendo conto delle indicazioni regionali.
- Il completamento della formazione del 100% degli operatori del controllo ufficiale (medici, tecnici della prevenzione, altro personale tecnico) secondo quanto previsto dal primo percorso dall'Accordo Stato – Regioni 07/02/2013 (24 ore di formazione in aula sul Reg. CE 882/2004 e conseguente normativa concernente il controllo ufficiale, in corsi di massimo 30 persone), con rendicontazione alla UO Prevenzione secondo il format che verrà fornito.
- L'effettuazione di formazione a cascata all'interno dell'ATS in caso di partecipazione a corsi organizzati da Ministero e Regione. La partecipazione a corsi CE – BTSF dovrà avvenire in raccordo con la UO Prevenzione, garantendo altresì la partecipazione alla realizzazione di eventi formativi a livello regionale.

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 e delle attività etniche.

La rendicontazione dei controlli effettuati nel 2017 dovrà essere inserita in Impres@ entro il 14/02/2018. I controlli analitici degli alimenti dovranno essere inseriti nei database nazionali

(NSIS VIG, NSIS Pesticidi, Cruscotto CROGM) secondo le frequenze e le modalità stabilite dal Ministero della Salute. L'attività di controllo ufficiale ai sensi del Reg. (CE) 882/2004 deve essere attuata secondo quanto previsto dal Manuale degli Standard e in coerenza con il documento "Indirizzi regionali per il controllo ufficiale degli alimenti non di origine animale, dei materiali destinati al contatto con gli alimenti e delle acque destinate al consumo umano" (DGR n. 3993 del 04/08/2015) ed eventuali altri atti di indirizzo regionali.

Acque destinate al consumo umano

Per quanto riguarda la qualità delle acque destinate al consumo umano, è in corso di implementazione la nuova normativa sul controllo della radioattività, in collaborazione con ARPA Lombardia e in raccordo con i gestori del servizio idrico, e si proseguirà il monitoraggio dei contaminanti chimici e dei patogeni, a tutela della salute dei cittadini. Un'attività mirata riguarderà inoltre le "Case dell'acqua", con la verifica dei piani di autocontrollo dei gestori e dei principali parametri microbiologici e chimici, quando necessario.

I controlli analitici delle acque destinate al consumo umano, comprese le cassette dell'acqua, dovranno essere inseriti in Impres@ secondo le modalità e le tempistiche consolidate.

Gestione allerta alimenti – RASFF e richiami al consumatore

In coerenza con il sistema di allerta nazionale ed europeo, a tutela dei consumatori dovranno essere mantenuti gli standard di qualità ed efficienza del sistema di allerta, garantendo l'attività in essere di informazione rapida nel caso di riscontro di alimenti e materiali destinati al contatto con gli alimenti non conformi ai requisiti previsti dalla pertinente normativa.

Ciò comporta:

- Caricamento dei dati delle notifiche nell'applicativo regionale.
- Caricamento dei dati relativi alle notifiche con un impatto extra-regionale nel portale europeo iRASFF e trasmissione al punto di contatto regionale.
- Pubblicazione sul portale NSIS del Ministero della Salute degli avvisi di richiamo predisposti dagli OSA, secondo il format ministeriale rispettando le modalità e la tempistica previste dalla UO Prevenzione.

3.18.9. Laboratori di prevenzione

A fronte dell'evoluzione del SSR, i LP opereranno secondo quanto indicato negli atti di costituzione ed organizzazione della Rete (DGR 4441/2012; DGR 1103/2013 e DGR 4761/2016) e per un miglioramento della sua efficienza. In particolare per quanto riguarda la gestione dei campioni di alimenti e MOCA i laboratori dovranno elaborare entro marzo 2018 un documento di linee guida sul campionamento e la gestione del campione, comprendente procedure tecniche sulla manipolazione del campione globale, verbali di apertura, tempi di conservazione delle aliquote, modalità di trasmissione dei referti, avviso di violazione in caso di non conformità, etc..

Le attività non riconducibili al supporto analitico ai Dipartimenti di Igiene e Prevenzione sanitaria dovranno progressivamente essere ricondotte, nell'ottica della riorganizzazione della rete dei LP e del SSR, alla rete dei laboratori clinici, accreditati per tali analisi (es. attività di tossicologia - ricerca di droghe d'abuso - in capo ai SERT ora collocati in ASST), fatta salva la verifica di opportunità economica per il SSR e l'attivazione di conseguenti apposite convenzioni. Fermo restando la residualità di tale attività rispetto al complessivo erogato dai Laboratori di Prevenzione.

L'acquisto di nuova strumentazione e/o l'implementazione da parte dei Laboratori di Prevenzione di nuove metodiche sviluppiabili per combinazione matrice/analita dovrà essere preventivamente concordata con la DG Welfare – UO Prevenzione, all'interno di una gestione coordinata della rete.

I laboratori di riferimento regionale dovranno provvedere alla progressiva sostituzione della strumentazione ad alte prestazioni tecniche con vetustà superiore a 10 anni o provvedere alla verifica della loro adeguatezza al fine di garantire la rispondenza alla normativa di settore e alle metodiche ufficiali.

Riducendo ulteriormente la sovrapposizione delle offerte analitiche si perseguirà una ulteriore razionalizzazione all'interno della Rete dei Laboratori di Prevenzione, anche al fine di migliorare la capacità di risposta a fronte delle prestazioni richieste dal Ministero della Salute nelle LLGG 882 (LEA).

Si conferma l'indicazione a procedere con gare aggregate con aggiudicazione ad una global service per le manutenzioni delle apparecchiature e degli strumenti di laboratorio. Entro Aprile 2018 si dovrà procedere con un consistente adeguamento dei LIMS dei laboratori al nuovo tracciato del database ministeriale NSIS – VIG, per attuare il quale le ATS potranno attingere ai proventi delle attività di controllo e agli introiti percepiti ai sensi del DLgs 194/08 per gli OSA che trattano alimenti non di OA.

3.18.10. Unità Operative Ospedaliere di Medicina del Lavoro

La Rete delle UOOML, nel 2017, è stata ridefinita dalla Giunta che ne ha aggiornato l'organizzazione e puntualizzato attività e funzioni. Le ASST sede di UOOML danno evidenza del soddisfacimento degli obiettivi istituzionali di competenza, rendicontando le attività ambulatoriali di Medicina del Lavoro utilizzando il flusso 28/SAN e completando il tracciato anche con le informazioni relative all'attribuzione economica (prestazione a carico del SSR/a carico del fruitore). La ricerca attiva delle malattie professionali è valorizzata dalle UOOML nel Sistema Informativo della Prevenzione/Ma.P.I. e nel Servizio di Segnalazione delle Malattie Professionali. Le prestazioni erogate dalle UOOML nell'ambito della funzione svolta in qualità di Medico Competente per la ASST di appartenenza saranno rilevate secondo successive indicazioni regionali. Altresì, le attività a funzione svolte in coordinamento con le ATS saranno rilevate secondo successive indicazioni regionali.

3.18.11. Interventi di semplificazione: raccordo con gli sportelli unici per le attività produttive

In conformità alle previsioni del D.p.r. n. 160/2010 "Regolamento per la semplificazione e il riordino della disciplina sullo Sportello Unico per le Attività Produttive" che identifica il S.U.A.P. quale soggetto pubblico di riferimento per i procedimenti aventi ad oggetto l'esercizio di attività produttive, la l.r. n. 11/2014 "Impresa Lombardia: per la libertà di impresa, il lavoro e la competitività" ha previsto specifici interventi di semplificazione a favore delle imprese con particolare riferimento al miglioramento dei livelli di servizio.

Sulla base di tale contesto normativo è in atto un lavoro di miglioramento del raccordo fra le ATS e i SUAP lombardi relativamente ai procedimenti d'interesse, al fine di razionalizzare i processi e definire modalità procedurali secondo standard di efficienza e di riduzione dei tempi.

Pertanto, nell'ottica di una maggiore semplificazione per le imprese e nell'ambito dell'attuazione della Direttiva 2006/123/CE (Direttiva Servizi), si provvederà a completare la ricognizione dei procedimenti amministrativi di competenza del Dipartimento di Igiene e Prevenzione sanitaria al fine di rendere uniforme la gestione degli stessi. Si proseguirà inoltre a sviluppare sinergie atte a favorire il raccordo operativo a livello locale fra le ATS e i SUAP, anche attraverso la gestione informatizzata dei procedimenti (utilizzo della Scrivania Enti Terzi, resa disponibile dal gestore del portale telematico nazionale "www.impresainungiorno.gov.it"). Continuerà l'attività di predisposizione, in raccordo con il livello nazionale, della modulistica relativa ai procedimenti di competenza delle ATS, in attuazione dei decreti legislativi n.126/2016 e n. 222/2016 e della l.r. n. 33/2009.

A seguito della valutazione dei tariffari del Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria, aggiornati ai sensi della DGR X / 4702 del 29/12/2015 "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Sociosanitario per l'esercizio 2016", che si concluderà entro Marzo 2018, si

procederà all'eventuale emanazione di ulteriori indirizzi per semplificare ed uniformare, a livello regionale, il Tariffario (prestazioni e costi).

Tali obiettivi verranno attuati dalle Direzioni Generali Welfare e Sviluppo Economico, in linea di continuità con il programma di lavoro già avviato per la diffusione del fascicolo informatico d'impresa, attraverso il coinvolgimento diretto dei Dipartimenti competenti e degli Sportelli Unici per le attività produttive.

3.18.12. Performances: monitoraggio e valutazione dell'attività di prevenzione

Per il 2018 si conferma, in continuità con i precedenti anni, l'utilizzo dello strumento di misurazione delle performances nell'area della prevenzione.

Tenuto conto della adesione di Regione Lombardia al network delle regioni Sant'Anna di Pisa, da cui concettualmente discende il sistema lombardo delle performances della prevenzione, gli indicatori comuni saranno resi coerenti nel processo di valutazione degli stessi.

3.18.13. Valorizzazioni economiche area prevenzione

Area promozione della salute e prevenzione della cronicità

In continuità con i precedenti anni per l'attività - beni e servizi - dei Piani Integrati Locali (in particolare marketing sociale, comunicazione, collaborazioni intersettoriali) sono assegnate risorse pari ad euro 520.000 così suddivise:

- euro 60.000 ATS Bergamo
- euro 60.000 ATS Brescia
- euro 60.000 ATS Brianza
- euro 60.000 ATS Insubria
- euro 40.000 ATS Montagna
- euro 60.000 ATS Padana
- euro 40.000 ATS Pavia
- euro 140.000 ATS Milano

Alla ATS di Milano città metropolitana, in relazione ai programmi Life Skills Training e Unplugged Lombardia ed in relazione alle indagini su scala regionale, promosse su scala nazionale dal Ministero della Salute e coordinate dall'Istituto Superiore di Sanità, "Health Behaviour in School-aged Children – HBSC 2018", "Global Youth Tobacco Survey – GYTS 2018", "Fertilità adolescenti 2018 sono assegnate, per attività di coordinamento, raccordo organizzativo con Enti centrali di riferimento, formazione, produzione e stampa materiali, produzione di rapporti regionali, risorse pari euro 180.000

Area vaccini

Garanzia di budget acquisto vaccini per attuazione completa dell'offerta del PNPV 2017/19 come da indicazione LEA – DPCM 12 gennaio 2017.

In vista del passaggio al nuovo sistema centralizzato delle vaccinazioni - SIAVR, dovrà essere garantita la copertura dei costi di trasferimento della banca dati dei gestionali aziendali, fino a un massimo complessivo di € 100.000,00.

Area malattie infettive

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 (come sopra elencati) è valorizzata fino ad un massimo di 500.000,00 euro.

In coerenza con quanto previsto nel Piano Regionale della Prevenzione 2014/18, tenuto conto degli indirizzi del Consiglio Regionale con Deliberazione 27 luglio 2016 n. X/1133, e della conseguente DGR 6968 del 31 luglio 2017 "REVISIONE E AGGIORNAMENTO DELLE INDICAZIONI IN TEMA DI SORVEGLIANZA, PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI SESSUALMENTE TRASMESSE (IST)", sarà prevista la possibilità di effettuare gli accertamenti sierologici per le malattie a trasmissione sessuale (in analogia con quanto previsto per la

diagnosi di sieropositività HIV) presso i centri MTS della ASST. In relazione ai soli beni e servizi è ipotizzabile una valorizzazione per i laboratori di ASST ove presente un centro MTS fino ad un massimo di 500.000,00 euro.

Area Screening

In continuità con quanto previsto dalla DGR 5954/2017

- in relazione a quanto definito dal Decreto della Direzione Generale Welfare n. 3711 del 04/04/2017 sull'ampliamento delle classi d'età dello screening colonrettale e mammografico si conferma anche per il 2018 un costo aggiuntivo rispetto al 2017 al budget di screening fino ad un massimo di 14.000.000 euro
- in relazione a quanto definito dalla DGR n.7013 del 31/07/2017 in merito all'attivazione dello screening del tumore della cervice uterina si conferma anche per il 2018 un incremento fino a 5.000.000 euro in relazione all'acquisto dei nuovi test che avverrà comunque con gara centralizzata ARCA (ciò in riferimento al decreto n. 12386 del 28/11/2016 nel quale sono stati identificati i 5 laboratori che dovranno acquistare i kit per l'esecuzione dei test poiché "per le prestazioni prodotte nell'ambito dello screening del carcinoma della cervice uterina non saranno applicate le tariffe del Nomenclatore Tariffario e che saranno riconosciuti i costi evidenziati nei bilanci degli Enti, emergenti all'implementazione dell'attività stessa"), e in relazione all'aggiornamento dei SW dipartimentali fino ad un massimo di € 30.000,00 per ATS.

Utilizzo proventi

Sono inseriti nel capitolo dedicato del bilancio:

- gli introiti che riguardano sanzioni a seguito della attività di controllo:
 - per sicurezza sul lavoro - DLgs 81/08
 - REACH e CLP - Reg (CE) 1907/2006 e Reg (CE) 1272/2008
- e la quota regionale degli introiti ai sensi del DLgs 194/08 per gli OSA che trattano alimenti non di OA

Detti introiti saranno utilizzati secondo specifiche indicazioni che la DG Welfare fornirà. Resta comunque che, nelle more delle predette indicazioni, possono essere garantite le attività di manutenzione dei beni necessari all'attività di controllo attingendo a detti fondi. – quali macchine ed attrezzature.

Per quanto riguarda la quota di competenza ATS relativa agli introiti ai sensi del DLgs 194/08 per gli OSA che trattano alimenti non di OA, la stessa potrà essere utilizzata per le attività di manutenzione dei beni necessari all'attività dei Laboratori di Prevenzione, compresi i gestionali informatici.

Attività di controllo censimento dei manufatti in amianto

Gli introiti relativi alle sanzioni applicate secondo i criteri adottati con dgr 30.01.2013, n. IX/477, irrogate dai Comuni a seguito dell'accertamento di mancata comunicazione della proprietà di manufatti in amianto da parte di soggetti pubblici e privati - collocati all'interno del capitolo di contabilità speciale n. 30268 a ciò destinato – saranno utilizzati, a norma della legge regionale, 29 settembre 2003, n.17ex art. 8 co. 2, per incrementare le azioni di informazione alla popolazione. In questa logica, le ATS collaborano con i Comuni nella individuazione e definizione di proposte che soddisfino il bisogno informativo dei cittadini in ordine al tema amianto.

3.19. Medicina legale

Nell'anno 2017 è stata richiesta alle ASST un' articolata riorganizzazione del complesso delle attività medico-legali, prima distribuite tra strutture ospedaliere e servizi territoriali, prevedendone l'unificazione in specifiche Unità Operative, al fine di realizzare appieno

quanto previsto dalla legge di riforma del SSR (L. 23/2015) secondo quanto previsto dall'atto di indirizzo organizzativo della DGR n. X/5513 del 02/08/2016.

Nel corso dell'anno 2017 sono, inoltre, intervenuti due importanti provvedimenti normativi che hanno ulteriormente rimarcato le funzioni delle strutture di medicina legale, e precisamente:

- il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, 12 gennaio 2017, di definizione e aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, che, nell'allegato 1, individua e definisce le prestazioni medico-legali che devono essere assicurate dal Servizio Sanitario Nazionale;
- la legge 8 marzo 2017 n. 24 recante "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie" che impone una particolare attenzione alle competenze medico-legali della Aziende Sanitarie nella prevenzione e gestione del contenzioso.

Di seguito si rappresentano i punti cardine su cui concentrare le attività per l'anno 2018 al fine di consentire una migliore operatività, proseguendo nel percorso già avviato e indirizzando nuova attenzione per migliorare i percorsi per il cittadino disabile e l'acquisizione delle certificazioni medico-legali sia monocratiche che collegiali.

Miglioramento dei percorsi per il cittadino disabile

Le U.O. di medicina legale gestiscono la fase accertativa di invalidità civile, cecità civile, sordità, disabilità ed handicap dovendo seguire rigide impostazioni normative da tempo ritenute obsolete. Il "secondo programma di azione biennale per la promozione dei diritti e l'integrazione delle persone con disabilità", strumento di attuazione della Convenzione ONU di cui alla legge 3 marzo 2009 n. 18, che ha ricevuto il parere favorevole della conferenza Stato Regioni ed Unificata (Rep. Atti n. 92/CU del 3 agosto 2017), conferma e rilancia la necessità di un'azione incisiva e di un'ampia riforma del sistema di riconoscimento, approfondendone al tempo stesso i contenuti ed indicando un percorso attuativo che possa efficacemente consentire di raggiungere l'obiettivo. Indipendentemente dalla riforma strutturale del sistema di accertamento medico-legale della disabilità, che richiede profonde modifiche normative, si individuano alcune azioni di miglioramento che possono e debbono essere da subito perseguite al fine di ottimizzare i percorsi dei cittadini disabili in un Welfare moderno, maggiormente inclusivo, equo ed efficiente.

Il D. Lgs. 13/04/2017, n. 66 prevede, a partire dall'anno 2019, la modifica della composizione delle commissioni di cui all'art. 4 della legge 104/92 al fine di consentire un migliore accertamento della condizione di disabilità dei minori; sarà pertanto necessario attuare, già a partire dal 2018, la riorganizzazione delle attività delle commissioni al fine di consentire percorsi di valutazione e accertamento distinti e specializzati per minori e adulti, prevedendo la necessità del coinvolgimento delle previste figure specialistiche (come pediatri e neuropsichiatri infantili).

L'attenzione per il cittadino in condizione di fragilità, tuttavia, non si manifesta unicamente con il contenimento dei tempi di attesa degli accertamenti, in questo particolare settore condivisi con l'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale, ma anche con l'attenzione ad aspetti strutturali ed organizzativi relativi alla fase dell'accertamento quali l'accoglimento in spazi e strutture adeguate e l'espletamento della visita con tempi di ascolto e modalità relazionali adatte.

In questa prospettiva diviene un obiettivo da perseguire per tutte le ASST la riorganizzazione del settore tale da assicurare l'espletamento dell'attività accertativa in ambienti idonei ad un accoglimento confortevole con tempi e modalità di visita volti ad assicurare la giusta attenzione all'utente.

Attività di accertamento e certificazione a valenza medico legale

L'espletamento delle attività di accertamento e certificazione, in forma monocratica o collegiale, deve avere luogo all'interno di contesti strutturalmente e tecnologicamente

adeguati, messi a disposizione a cura delle competenti articolazioni territoriali e/o di medicina legale delle ASST sulla base delle indicazioni ministeriali che dettagliano le procedure e le caratteristiche tecniche, ambientali e strumentali, per un corretto espletamento delle visite, siano queste effettuate in forma monocratica (attività medico-legali di I livello) o collegiale in ambito di Commissione Medica Locale. Anche a tale specifico riguardo, pertanto, le ASST dovranno verificare la rispondenza, e se del caso adeguare le strutture e l'organizzazione del lavoro, a quanto previsto dalle soprarichiamate circolari.

Il sistema di registrazione degli accertamenti sanitari dovrà inoltre essere strutturato in funzione della implementazione della "cartella medico legale", intesa quale fascicolo elettronico di raccolta di tutte le informazioni relative alle prestazioni medico legali fruite da ciascun cittadino, così da consentire una verifica anamnestico-documentale finalizzata alla formulazione di giudizi sempre più tempestivi e appropriati.

Accertamenti in forma collegiale

Tra i compiti e le funzioni medico-legali che la legge di riforma sanitaria ha attribuito alle ASST, rientrano attività accertative svolte all'interno di collegi o commissioni medico-legali, nella cui composizione è prevista una multidisciplinarietà con intervento di diversi specialisti. A titolo esemplificativo sono di seguito indicate alcune tipologie:

- Commissioni di accertamento della condizione di invalidità, handicap e disabilità, in particolare relativamente al collocamento lavorativo mirato dei disabili ai sensi della L. 68/1999;
- Visite sanitarie di controllo della permanenza dello stato invalidante ai sensi dell'art. 10 legge 68/1999;
- Collegi Medici per l'accertamento della inidoneità psicofisica al servizio dei dipendenti pubblici, per il riconoscimento della inabilità lavorativa, per il cambio mansione, la proroga dell'assenza per malattia in casi previsti dai CCNL, ecc.

L'integrazione dei collegi e commissioni con le diverse figure medico-specialistiche necessarie alle valutazioni previste dalle normative di riferimento, nonché per le diverse tipologie di soggetti da valutare, deve essere favorita dalle ASST, ove possibile, mediante la previsione di specifiche modalità di utilizzo del proprio personale sanitario.

Una peculiare rilevanza, anche in forza del preciso dettato normativo in tal senso, assume la partecipazione del medico del lavoro ai collegi medico-legali (per gli aspetti tecnici relativi alla verifica diretta delle modalità e delle condizioni di lavoro, per l'accertamento della compatibilità o per la verifica di mansioni adatte in caso di variazioni dell'organizzazione del lavoro).

Richiamato quanto già previsto dalle regole di sistema 2017, considerato che la partecipazione ai collegi/commissioni in questione (attività esplicitamente prevista nei Livelli Essenziali di Assistenza) era assicurata, prima della riforma, per il tramite dei servizi PSAL dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL, rimasti ora all'interno delle ATS, è da ritenersi - nel caso in cui tale personale non sia reperibile all'interno delle ASST (UOML) - che lo stesso debba ancora essere garantito dalle ATS, attraverso la stipula di apposite convenzioni o mediante altro strumento organizzativo (protocollo d'intesa o altro) ritenuto idoneo allo scopo.

Sempre nell'ambito degli accertamenti medico-legali deve essere assicurata, alle commissioni di accertamento della condizione di cieco civile, la competenza specialistica oculistica così da poter garantire una efficiente organizzazione delle sedute con contenimento dei tempi di attesa.

L'impiego degli specialisti per le finalità di cui sopra andrà pianificato sulla base di una valutazione dell'eventuale impatto, sull'attività istituzionale ordinaria, della partecipazione di tale personale alle attività medico-legali collegiali, potendo prevedere, se del caso, anche l'adozione di specifici "sistemi premianti".

Deve inoltre essere garantita la necessaria dotazione strumentale e tecnologica, indispensabile supporto alle commissioni di accertamento della cecità civile ai fini della

verifica obiettiva e strumentale di quanto emergente dall'esame della documentazione sanitaria presentata nel corso dell'accertamento.

Attività medico legali a supporto del polo ospedaliero

Le UU.OO. di medicina legale delle singole ASST realizzano la gestione unitaria delle prestazioni medico legali di rilevanza territoriale e ospedaliera, fornendo il necessario presidio del supporto specialistico medico legale tanto ai servizi territoriali quanto alle articolazioni organizzative ospedaliere.

Con specifico riguardo al polo ospedaliero, il personale delle UU.OO. di Medicina Legale garantisce, in particolare, il necessario contributo alle attività formative rivolte agli operatori di ciascuna ASST su tematiche di rilevanza medico legale.

Il supporto specialistico di consulenza medico legale viene inoltre garantito, dalle UU.OO. di Medicina Legale, per la gestione del contenzioso da attività sanitarie e nella diretta partecipazione alle attività del Comitato valutazione sinistri, in stretto coordinamento con le funzioni aziendali di Avvocatura e Risk Management nonché nell'implementazione del Fascicolo Elettronico per la Gestione dei Sinistri. Ciò consentirà di digitalizzare l'archivio della documentazione relativa ai sinistri anche al fine di rendere più omogenea la gestione delle fasi del contenzioso.

Ottimizzazione organizzativa per una omogenea offerta al cittadino

Le ASST garantiscono l'equilibrato governo delle prestazioni medico-legali anche per il tramite dell'organizzazione in forma dipartimentale interaziendale; il coordinato funzionamento degli specifici settori medico-legali deve essere finalizzato ad assicurare e migliorare il livello prestazionale preesistente alla riforma. In particolare il dipartimento medico-legale:

- presidia i tempi di attesa in linea con le direttive regionali
- assicura un'informazione corretta e trasparente per le prestazioni di competenza
- vigila sull'appropriatezza e sulla qualità delle prestazioni rese implementando sistemi di monitoraggio interaziendali
- favorisce un'ottimale utilizzo delle risorse di personale e tecnologico-informatiche a livello sovra-aziendale
- implementa attività di condivisione e sviluppo di buone pratiche tra gli operatori delle strutture medico legali afferenti.

Nell'ambito del dipartimento va garantita l'uniformità dei sistemi informatici per la gestione degli accertamenti tanto collegiali che monocratici, perseguendo l'obiettivo di realizzare una cartella medico-legale informatizzata intesa quale strumento gestionale finalizzato ad ottimizzare i percorsi dell'utente e garantire la completezza dei dati a disposizione del SSR. Inoltre il miglioramento continuo del livello di qualità andrà perseguito mediante l'individuazione, a livello interaziendale, delle aree di criticità per singoli settori di attività medico-legale, avviando processi di miglioramento con l'obiettivo di una continua crescita della qualità del servizio erogato.

Sempre a livello interaziendale è stata prevista, per l'anno 2017, l'attivazione di specifici protocolli d'intesa tra ASST, a livello sovra-dipartimentale, per la reciprocità di intervento in tutti i casi in cui si configurino problematiche relative alla terzietà di giudizio nelle valutazioni su dipendenti della stessa Azienda. Tale previsione, pienamente operativa nel 2018, dovrà essere accompagnata dall'implementazione di buone regole per l'individuazione e la gestione dei casi di potenziale conflitto di interesse nonché a garanzia della necessaria terzietà ed indipendenza di giudizio.

3.20. Prevenzione veterinaria

Premessa

Il nuovo assetto organizzativo della Sanità Pubblica Veterinaria, attuato con le modalità codificate nelle leggi regionali n.23 del 11/08/2015 e n. 15 del 29/06/2016, consentirà di dare

nuova efficienza ai Dipartimenti e Distretti Veterinari ed appropriatezza alle prestazioni erogate. La nuova organizzazione adottata nel corso del 2017 consentirà la piena operatività dei Dipartimenti Veterinari con l'adozione uniforme del modello di governo previsto dal PRPV 2015/2108, che prevede:

- Un approccio olistico "one health" ai problemi della prevenzione veterinaria;
- Misurazione e valutazione delle performance, in particolare per gli indicatori di processo, passando da una prima fase sperimentale, attuata nel 2017, ad una seconda fase di piena operatività con valutazione e benchmarking tra Dipartimenti;
- Un approccio sempre più partecipativo con il coinvolgimento dei principali portatori d'interesse (associazioni, produttori, trasformatori e consumatori);
- Trasparenza del sistema e coinvolgimento dei D.P.V. delle Ats nella progettazione e validazione di nuovi modelli operativi.

I Dipartimenti dovranno promuovere l'uniformità di indirizzo tecnico scientifico dei Servizi e dei Distretti Veterinari mediante l'adozione del Manuale Operativo delle Autorità Competenti, come codificato nella DGR N.X/6299 del 6/03/2017. Al fine di migliorare l'efficienza del sistema dei controlli, in tutte le ATS verrà attuato il processo di dematerializzazione dell'attività di controllo, attualmente in fase di sperimentazione in un'ATS, con una progressiva digitalizzazione dell'intero processo al fine di ridurre gli adempimenti burocratici a carico degli operatori addetti all'attività di controllo.

In considerazione delle emergenze verificatesi nel corso del 2017 (influenza aviaria, fipronil e blue tongue) nel programma annuale dei Piani aziendali dovrà essere data particolare attenzione alla gestione dei piani di emergenza e la programmazione degli obiettivi vincolanti e strategici dovrà essere attuata per i seguenti macro ambiti, profondamente interconnessi tra loro:

- Verifica della sicurezza degli alimenti di origine animale;
- Prevenzione delle malattie animali;
- Verifica dell'Igiene e sicurezza veterinaria a livello di produzione primaria a tutela dei consumatori;
- Azioni sanitarie in sostegno della competitività e dell'export dei prodotti di o.a.;
- Prevenzione del randagismo, tutela animali da compagnia e interventi assistiti con animali.

Particolare attenzione dovrà essere data all'attuazione della DGR N°X/6066 del 29/12/2016, in materia di controlli di competenza della Sanità Pubblica Veterinaria nel campo della condizionalità, anche alla luce del recente report della Commissione Europea -DG Agri sul sistema dei controlli in Italia (Agea).

3.20.1. Governance della sanità pubblica veterinaria

OBIETTIVI

Predisposizione e attuazione del Piano annuale aziendale delle attività dei Dipartimenti di Prevenzione Veterinaria integrato tra autorità competenti e del piano di controllo in materia di condizionalità sulle aziende zootecniche beneficiarie di aiuti comunitari, secondo le modalità codificate dal Piano Regionale Integrato della Prevenzione Veterinaria.

Attuazione della DGR N. X/6299 del 06/03/2017 con adozione del "Manuale Operativo aggiornato delle autorità competenti locali", relativo ai controlli ufficiali in materia di sicurezza alimentare di cui al Regolamento (CE) n. 882/2004, con particolare riguardo ad un sistema di verifiche interne per la valutazione di efficacia e appropriatezza dell'attività di controllo e del raggiungimento degli obiettivi.

Approccio integrato al controllo ufficiale in materia di sicurezza alimentare, salute e benessere degli animali.

AZIONI

Il dipartimento veterinario delle ATS:

Predisporre il Piano Integrato Aziendale della Prevenzione Veterinaria entro il 28/02/2017 secondo le indicazioni del PRISPV e della relativa Circolare regionale, con l'individuazione degli obiettivi vincolanti e strategici;

Assolve e rendiconta i debiti informativi necessari per il governo delle attività di controllo tramite il Sistema Informativo Veterinario Integrato (SIVI) e i Sistemi di rendicontazione in atto. A tal fine, attua in modo puntuale la raccolta e la registrazione dei dati necessari all'elaborazione del set di indicatori di attività/processo, secondo le modalità stabilite dalla UO Veterinaria, con lo scopo di dotare i DPV delle ATS di uno strumento uniforme, trasparente, appropriato, operativo e flessibile da impiegare, a seguito degli esiti della sperimentazione, per la programmazione in tutte le ATS;

Predisporre e attua un programma di audit interni al DPV, con il coinvolgimento delle strutture complesse Dipartimentali/Distrettuali, al fine di verificare la corretta adozione dei Manuali aziendali previsti dalla DGR 6299/2017;

Ogni Dipartimento, quindi, predisporre, sperimenta e verifica modalità di controllo interdisciplinari e, laddove opportuno, multiprofessionali, nello spirito dell'approccio "One Health". Tale attività di controllo potrà essere svolta sulla base di piani aziendali che dovranno definire, in rapporto alla specifica realtà territoriale, obiettivi misurabili, il cui raggiungimento potrà essere previsto anche nel corso di più anni. In quest'ultimo caso, il piano dovrà specificare i risultati intermedi che si intendono raggiungere con la relativa tempistica e le modalità di verifica del loro conseguimento.

3.20.2. Verifica della sicurezza degli alimenti di origine animale

OBIETTIVI

Miglioramento dell'efficacia, appropriatezza ed efficienza dei controlli ufficiali in materia di Sicurezza degli Alimenti di Origine Animale mediante:

Organizzazione di controlli ufficiali presso strutture situate in aree soggette a vincoli geografici, nel rispetto delle condizioni previste dalle pertinenti disposizioni nazionali e comunitarie, così da garantire il raggiungimento degli obiettivi codificati dalla normativa attuale e attuazione delle procedure di semplificazione realizzate in collaborazione con i SUAP e la Direzione Sviluppo Economico;

Appropriata gestione delle NC rilevate in corso di controlli ufficiali e miglioramento dell'efficienza delle attività di controllo mediante campionamento e analisi;

Controllo della contaminazione del latte e dei prodotti a base di latte da parte dell'aflatossina M1 e verifica del tenore di contaminanti ambientali nella filiera agroalimentare, al fine sia di valutare la conformità degli alimenti ai criteri legali vigenti sia di verificare il tenore di contaminanti "emergenti";

Attuazione delle misure di informazione rapida nel caso di riscontro di alimenti e/o mangimi non conformi ai requisiti di norma.

AZIONI

Predisposizione e attuazione di un piano di controlli sugli stabilimenti situati in zone svantaggiate e soggette a vincoli geografici, al fine di assicurare il puntuale rispetto di quanto previsto dalle pertinenti Linee Guida emanate dal Ministero della Salute e dalle Regioni dell'arco alpino. Eventuale attuazione di analisi dei fabbisogni e valutazione degli spazi di flessibilità applicabili in materia di requisiti previsti dai regolamenti comunitari in materia di lay-out;

La completezza ed efficacia delle azioni correttive a seguito del rilievo di NC deve essere verificata e documentata dal competente Servizio Veterinario entro 15 giorni dalla scadenza della NC stessa; Corretto processo di campionamento ufficiale in tutte le sue fasi e verifica della trasparenza ed efficacia dei sistemi di autocontrollo attuati dall'industria tramite attività di campionamento e analisi;

Attuazione delle azioni previste dal piano latte 2018 con il coinvolgimento dei laboratori che effettuano le analisi in autocontrollo, al fine di una gestione trasparente, e delle attività

di monitoraggio e sorveglianza in materia di contaminazioni ambientali sulle filiere agroalimentari, in conformità alle disposizioni regionali;

Caricamento dei dati relativi alle notifiche con un impatto extra-regionale nel portale europeo iRASFF e trasmissione al punto di contatto regionale. Pubblicazione sul portale NSIS del Ministero della Salute degli avvisi di richiamo predisposti dagli OSA, secondo il format ministeriale.

3.20.3. Prevenzione delle malattie animali

OBIETTIVI

Assicurare la tutela e la salvaguardia del patrimonio zootecnico regionale con il mantenimento delle qualifiche sanitarie di indennità dalle malattie, in particolare quelle riconosciute a livello comunitario e della malattia di Aujeszky al fine di ottenere dalla Commissione Europea il riconoscimento ufficiale del piano regionale di eradicazione;

Prevenire negli allevamenti l'introduzione e la diffusione delle malattie diffuse degli animali, mediante controlli rispondenti a criteri di efficacia e appropriatezza; in particolare promuovere l'innalzamento dei livelli di biosicurezza degli allevamenti zootecnici e monitorare la possibile comparsa di malattie emergenti;

Attuazione di piani specifici volontari (paratbc, IBR, CAE) che hanno come obiettivo l'innalzamento del livello sanitario degli allevamenti, in modo di favorire l'export verso Paesi Terzi di animali e loro prodotti;

Attuazione di un piano di sorveglianza sulla fauna selvatica quale strumento fondamentale per la prevenzione di malattie di interesse zoonosico e zootecnico.

AZIONI

Attuazione dei controlli programmati negli allevamenti secondo le numerosità e le frequenze dei piani nazionali e regionali e registrazione puntuale dei controlli nei sistemi informativi, anche garantendo il raggiungimento dei parametri impiegati per la valutazione del livello di erogazione dei livelli di assistenza (LEA);

Verifica dell'esecuzione delle misure di profilassi nei confronti del virus della Blue Tongue, sierotipo 4, come previste dal Decreto n.2929/2017;

Migliorare l'appropriatezza e l'efficacia dei controlli ufficiali di sanità animale mediante l'attuazione delle azioni correttive prescritte a seguito di una non conformità rilevata. Verifica in equipe con il referente in materia dei requisiti di biosicurezza negli allevamenti avicoli e tempestiva attivazione delle misure previste dalla norma in caso di insorgenza di focolai di malattie epidemiche;

Coinvolgimento delle organizzazioni professionali della produzione primaria e della trasformazione all'attività di divulgazione e formazione, volte ad incentivare la partecipazione ai piani regionali ad adesione volontaria (paratbc, IBR, CAE);

Predisposizione di protocolli operativi condivisi e adesione degli Enti coinvolti nella gestione della fauna per favorire l'identificazione precoce di eventuali patogeni di rilevanza per la sanità pubblica e/o di nuova introduzione sul territorio regionale.

3.20.4. Gestione del farmaco e benessere animale

OBIETTIVI

Riduzione e corretta gestione dell'utilizzo di antimicrobici negli allevamenti Lombardi tramite l'applicazione del "Piano Regionale di Contrasto dell'Antimicrobico-resistenza - Linee Guida per il contrasto all'antimicrobico-resistenza e il controllo del consumo di antibiotici in ambito umano e in ambito veterinario";

Rafforzamento dei controlli nell'ambito della protezione degli animali allevati a scopo zootecnico mediante l'utilizzo di indicatori basati sugli animal based measures, con il coinvolgimento degli allevatori e degli stakeholders;

Attuazione del piano regionale della sperimentazione con promozione dei metodi alternativi nel rispetto del D.Lgs. 26/2014, della Legge 4/2015 e delle relative disposizioni regionali.

AZIONI

Monitoraggio del fenomeno dell'antimicrobico-resistenza nelle produzioni animali, attraverso la Sorveglianza sul consumo e la corretta gestione degli antimicrobici, con il coinvolgimento degli operatori delle filiere agro-zootecniche;

Attivazione di percorsi di formazione per gli operatori del controllo ufficiale sui nuovi parametri di valutazione del benessere e sulle relative modalità di verifica;

Esecuzione dei controlli ufficiali previsti e coinvolgimento degli stabilimenti di allevamento, fornitori e utilizzatori nell'attuazione del progetto regionale.

3.20.5. Azioni sanitarie in sostegno della competitività e dell'export dei prodotti di O.A.

OBIETTIVI

Sostegno all'export di prodotti di origine animale e attuazione delle azioni previste dalla DGR X/7014 del 31/07/2017

AZIONI

Costituzione di un gruppo di supporto all'interno di ciascuna ATS che segua in modo specifico le problematiche relative agli stabilimenti che esportano verso Paesi terzi e che sia in grado di prestare supporto ai veterinari ufficiali incaricati dell'esecuzione dei controlli ufficiali e della sottoscrizione dei certificati sanitari di esportazione presso tali stabilimenti.

Attuazione di un sistema di controlli in grado di fornire le garanzie richieste dai Paesi terzi di sbocco delle derrate di origine animale originarie o provenienti dalla Lombardia. Puntuale e appropriata supervisione sugli impianti inseriti in una o più liste di stabilimenti approvati.

3.20.6. Prevenzione del randagismo e tutela animali da compagnia

OBIETTIVI

Attuazione del "Piano triennale degli interventi in materia di educazione sanitaria e zoofila, di controllo demografico della popolazione animale e di prevenzione del randagismo 2015-2017" e impiego delle risorse finanziarie assegnate, in conformità alla DGR n. X/3611 del 21/05/2015 ("Piano regionale triennale degli interventi in materia di educazione sanitaria e zoofila, di controllo demografico della popolazione animale e di prevenzione del randagismo 2015-2017") e al Decreto n. 11538/2015;

Applicazione della nuova normativa regionale in materia di prevenzione del randagismo e tutela degli animali d'affezione (legge regionale n. 33/2009 e regolamento regionale n. 2/2017).

AZIONI

Attuazione degli interventi previsti dalla DGR n. 3611/2015 entro il 31 dicembre 2018 e coinvolgimento delle Istituzioni scolastiche nelle attività di formazione mediante interventi mirati di educazione al possesso responsabile, al rispetto e alla corretta convivenza con gli animali d'affezione;

Verifica dei requisiti delle strutture di ricovero degli animali d'affezione, delle modalità di detenzione degli animali e la corrispondenza dei soggetti presenti nella struttura con i dati registrati nell'Anagrafe degli Animali d'Affezione; Formazione degli operatori responsabili di strutture adibite al ricovero di animali d'affezione o di referenti di colonie feline o interventi di aggiornamento di medici veterinari liberi professionisti sulle novità normative e sull'utilizzo del sistema informativo dell'Anagrafe degli Animali d'Affezione, anche mediante la pubblicazione di materiale informativo sui siti aziendali.

4. Gli strumenti del sistema

4.1. Osservatorio epidemiologico

Attuazione della DGR n. X/4893 Approvazione del documento «Disciplina delle collaborazioni di enti esterni con Regione Lombardia nell'ambito delle attività di programmazione, gestione, controllo e valutazione dell'assistenza sanitaria, previste dall'art. 85, comma 1, lettera B) del d.lgs. 196/2003 e del conseguente accesso ai dati del Datawarehouse regionale» - Modifiche ed integrazioni alla d.g.r. n. 2017 del 1 luglio 2014.

La sopra citata DGR n. X/4893 prende atto che Regione Lombardia, nell'ambito delle proprie funzioni istituzionali di tutela della salute dei cittadini, ha l'esigenza di svolgere attività di valutazione e monitoraggio dell'efficacia dei trattamenti sanitari erogati, dell'appropriatezza e della qualità dell'assistenza, della soddisfazione dell'utente, dei fattori di rischio per la salute (art. 8 octies e art. 10 d. lgs. 502/92); in particolare, il trattamento dei dati effettuato da Regione Lombardia ha l'obiettivo di valutare e confrontare (tra gruppi di popolazione o tra strutture) l'appropriatezza, l'efficacia e l'efficienza dell'assistenza erogata, anche con riferimento a specifiche patologie o problematiche sanitarie e anche attraverso la caratterizzazione dell'esposizione a fattori di rischio, la ricostruzione dei percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali e l'analisi e il confronto degli esiti di salute; tale trattamento si inserisce nell'ambito delle finalità di rilevante interesse pubblico di programmazione, controllo, valutazione ed appropriatezza dell'assistenza sanitaria, previste dall'art. 85 comma 1 lettera b) del d.lgs.196/2003.

La legge regionale 23/2015 all'articolo 5-bis prevede che l'Osservatorio Epidemiologico Regionale, istituito presso la competente Direzione Generale Welfare, abbia il compito di coordinare, indirizzare e presidiare tecnicamente le attività sopra esposte nei termini di seguito ricordati:

- comma d) fornire tutte le informazioni di supporto necessarie alle diverse direzioni generali della Giunta regionale per l'attuazione delle attività di programmazione sanitaria, di valutazione dell'efficacia e dell'efficienza in materia sanitaria, di controllo di qualità delle prestazioni sanitarie;
- comma j) fornire tutte le informazioni e dati di supporto necessari alle diverse direzioni generali della Giunta regionale e al Ministero della Salute per l'attuazione delle leggi regionali e nazionali.

La DGR X/4893 prevede inoltre che con le regole di sistema annualmente approvate dalla Giunta Regionale vengano definiti gli specifici ambiti di interesse che prevedono il possibile coinvolgimento di enti esterni, precisando le banche dati (ed eventualmente anche i singoli campi) disponibili. Per il 2018, in considerazione dell'importanza prevalente che avrà l'implementazione del nuovo modello di stratificazione della popolazione in funzione della cronicità e della conseguente nuova modalità di presa in carico dei soggetti affetti da patologie cronico degenerative, i temi di interesse programmatico e valutativo che potranno vedere la DG welfare collaborare con gli enti accreditati inseriti nell'Albo regionale sono i seguenti:

- ulteriore sviluppo e manutenzione del sistema di stratificazione della domanda di salute, anche prevedendo di inserire variabili che possano cogliere aspetti di fragilità e di vulnerabilità;
- integrazione di informazioni di tipo socio economico con quelle di tipo sanitario e socio sanitario al fine di poter sviluppare dei modelli predittivi relativamente alla correlazione tra le condizioni di salute e le condizioni socio economiche degli individui
- sviluppare strumenti di supporto alla presa in carico quali cluster e pattern di riferimento per la definizione del PAI e per il controllo e monitoraggio delle attività di presa in carico della cronicità

- sviluppare modelli predittivi di correlazione tra l'aderenza alle terapie farmacologiche ed alle attività di follow up e le condizioni di salute intese in termini di peggioramento delle stesse e di utilizzo di setting di cura più complessi e disagiati per i soggetti e per le loro famiglie.

Governance

Nel comma 2 dell'articolo 5 bis la legge regionale 23/2015 prevede inoltre che l'Osservatorio epidemiologico attiva collegamenti funzionali con gli osservatori epidemiologici istituiti dalle altre regioni, con l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari, con il laboratorio epidemiologico dell'Istituto superiore di sanità, con le università, gli enti di ricerca e con le strutture sanitarie pubbliche e private in grado di fornire supporto per il raggiungimento degli obiettivi di cui al comma 1.

Al fine di poter svolgere questa funzione si stabilisce che con atto della Direzione Welfare venga costituito il Consiglio scientifico dell'Osservatorio Epidemiologico della Regione Lombardia secondo i seguenti indirizzi.

Il Consiglio scientifico dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale (OER):

- è costituito da esperti, di norma espressi dalle Università lombarde e dagli istituti scientifici di ricovero e cura, con documentate competenze negli ambiti di interesse;
- coadiuva il Dirigente responsabile dell'Unità Organizzativa OER nello svolgimento delle proprie funzioni, in particolare nella progettazione delle attività nell'ambito del monitoraggio dei percorsi di presa in carico della cronicità, del loro impatto sugli esiti clinici e sulla sostenibilità economica, nella realizzazione di monografie e rapporti sui temi di interesse dell'OER, nella promozione di iniziative tese a dare impulso alla ricerca epidemiologica traslazionale attraverso percorsi/programmi formativi e l'utilizzo controllato di basi informative regionali.

4.2. Linee di indirizzo sugli acquisti delle Aziende/ Agenzie Sanitarie e Risk management

4.2.1. Il sistema degli acquisti del Servizio Sanitario Regionale

Regione Lombardia coordina per l'anno 2018 l'organizzazione del sistema degli acquisti regionale già descritto nella Delibera n° X/5954 del 05/12/2016 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 2018 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 nonché per il tramite dell'eventuale rinnovo con estensione delle categorie merceologiche obbligatorie del DPCM 24 dicembre 2015 in corso di adozione in seno al Tavolo Tecnico dei Soggetti Aggregatori.

4.2.1.1. Normativa approvvigionamento Enti Sanitari e utilizzo della piattaforma telematica SINTEL

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 ARCA S.p.a. e Consip S.p.A. e condizioni di esperibilità di procedure autonome" si ribadisce che alla luce dei cambiamenti normativi e dei chiari indirizzi giurisprudenziali espressi di seguito esposti nel dettaglio, nell'ottica di una migliore programmazione degli acquisti:

- Gli Enti Sanitari non possono attivare procedure di acquisto relative a beni e/o servizi già oggetto di Contratti/Convenzioni stipulati in loro favore da ARCA S.p.A. o oggetto di convenzione CONSIP;
- Gli Enti Sanitari non possono attivare procedure di acquisto autonome relative ad iniziative per approvvigionamenti già oggetto di programmazione sanitaria a livello

regionale ed attribuite ad ARCA, fermo restando che detti Enti potranno attivare procedure autonome, inviando informazione preventiva alla Direzione Generale Welfare, solo in casi eccezionali e per una durata e quantità limitate a soddisfare il fabbisogno dell'Ente fino alla data di attivazione delle Convenzioni programmate a livello aggregato.

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

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

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

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

Ambiti di aggregazione derivanti dal DPCM 24 dicembre 2015 "Individuazione delle categorie merceologiche ai sensi dell'articolo 9, comma 3 del decreto legge 24 aprile 2014, n. 66, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 giugno 2014, n. 89, unitamente all'elenco concernente gli oneri informativi"

Si conferma, per gli Enti Sanitari, l'obbligo di acquisto per il tramite esclusivo del Soggetto Aggregatore Regionale ARCA S.p.A. o Consip S.p.a. per l'acquisto dei beni e servizi compresi nelle 19 categorie e soglie individuate dal DPCM 24 dicembre 2015:

- Farmaci;
- Vaccini;
- Stent;
- Ausili per incontinenti (ospedalieri e territoriali);
- Protesi d'anca;
- Medicazioni generali;
- Defibrillatori;
- Pace maker;
- Aghi e siringhe;
- Servizi integrati per la gestione delle apparecchiature elettromedicali;
- Servizi di pulizia per gli enti del Servizio Sanitario Nazionale;
- Servizi di ristorazione per gli enti del Servizio Sanitario Nazionale;
- Servizi di lavanderia per gli enti del Servizio Sanitario Nazionale;
- Servizi di smaltimento rifiuti sanitari;
- Vigilanza armata;
- Facility management immobili;
- Pulizia immobili;
- Guardiania;
- Manutenzione immobili e impianti.
- (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 24 dicembre 2015)

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

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

I contratti stipulati autonomamente dagli Enti Sanitari prima dell'entrata in vigore di tale obbligo sulle categorie merceologiche citate non possono essere oggetto di proroga, 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 ARCA S.p.a. e di utilizzare gli indirizzi mail dedicati, come nel caso delle richieste riguardanti i farmaci.

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

- stipulare autonomamente un contratto ponte per lo stretto periodo necessario all'approvvigionamento fino alla data di attivazione del Contratto/Convenzione da parte di ARCA contenente la clausola di risoluzione anticipata espressa vincolata alla predetta attivazione del Contratto da parte del Soggetto Aggregatore di riferimento o Consip;
- 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;
- ARCA, quale ipotesi residuale e marginale, qualora non operi direttamente l'approvvigionamento, può indicare la disponibilità di Convenzioni attive presso altri soggetti aggregatori extra regionali qualora siano attivati accordi in tal senso (rif. Circolare Ministero Economia e Finanze e Ministero della Salute Prot. 20518/2016 del 19 febbraio 2016).

Ambiti merceologici ulteriori rispetto al DPCM 24 dicembre 2016. Ambiti di aggregazione.

Per gli acquisti su ambiti merceologici diversi da quelli individuati dal DPCM 24 dicembre 2015, rimangono ferme le indicazioni inserite nella normativa sull'obbligatorietà degli acquisti degli Enti Sanitari (art. 1, comma 449 della Legge 27 dicembre 2006, n. 296 e art. 15, comma 13, lettera d) del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito con Legge 7 agosto 2012, n. 135 nonché con nota H1.2013.0008332 del 13/03/2013).

L'aggregazione – da parte di ARCA – di beni e servizi non ricompresi nelle categorie di cui al citato DPCM è definita all'interno della 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 Arca e, in subordine, Consip (rif. art. 1, comma 449 della Legge 27 dicembre 2006, n. 296, art. 1, comma 6 bis 1 della L.r. 28 dicembre 2007 n. 33).

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

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

- per gli acquisti inerenti le categorie merceologiche presenti nella "piattaforma CONSIP", è fatto obbligo per gli Enti Sanitari di ricorrere agli strumenti di acquisto e negoziazione telematici messi a disposizione da Consip S.p.A. (SDA e MePA) o da ARCA (es. SDA e Accordi Quadro);
- In via residuale rispetto alle procedure centralizzate che rivestono la priorità per il sistema regionale, le Aziende sanitarie dovranno procedere attraverso forme di acquisizione aggregata - per gli acquisti inerenti le categorie merceologiche non presenti nella "piattaforma CONSIP" o ARCA - tramite le unioni formalizzate di acquisto il cui perimetro è confermato rispetto alla delibera n. X/5954 del 05/12/2016.

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 Delibera Giunta Regionale n. 818 del 25/10/2013.

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

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

Approvvigionamento beni e servizi ICT

Sulle modalità di acquisizione di beni e servizi ICT, le Aziende Sanitarie sono tenute all'osservanza di quanto disposto all'art. 1 commi da 512 a 517 della L.208/2015. Conseguentemente dovranno considerare la Pianificazione dettata dal tavolo Tecnico degli Appalti e coordinata da ARCA che ha programmato le procedure ICT ripartendole tra ARCA e LISPA (per quest'ultima vedasi anche nota prot. 10249 del 17 Ottobre 2017).

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 2018 per gli enti sanitari è di incrementare ulteriormente la spesa effettuata attraverso procedure centralizzate/aggregate rispetto allo stesso periodo 2017, in particolare per quanto riguarda la categoria dei dispositivi medici migliorando in particolare l'adesione alle convenzioni centralizzate di ARCA S.p.a..

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

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

Per quanto riguarda il coordinamento fra i diversi livelli di acquisto, risulta essenziale tenere sotto controllo tutte le fasi del processo d'acquisto partendo da una corretta programmazione fino alla verifica dell'utilizzo dei beni e servizi acquistati. Nel caso di procedure centralizzate e aggregate è quindi indispensabile rafforzare il controllo dell'esecuzione dei contratti al fine di far arrivare, nella tempistica prevista, le corrette informazioni di riscontro alla Centrale di acquisto/Ente Capofila.

Eventuali difettosità o carenze delle forniture o servizi devono essere prontamente documentati al fine di poter dare alla Centrale Acquisti Regionale gli strumenti per applicazione di penali o recesso da lotti specifici.

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

Regione con il coordinatore del raggruppamento d'acquisto delle ATS sperimenterà la possibilità di verifica e misurazione delle procedure effettuate in via telematica e sull'adesione alle convenzioni centralizzate ARCA/CONSIP delle ASST/IRCCS all'interno del proprio territorio.

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

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

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

- Entro il 15 Gennaio 2018 – Revisione programmazione degli acquisti relativa agli anni 2018 e 2019 (gare centralizzate in ARCA/LISPA, gare aggregate e da svolgere in autonomia);
- Entro il 15 Marzo 2018 – Revisione degli acquisti relativi agli anni 2018 e 2019 (gare centralizzate in ARCA/LISPA, gare aggregate e da svolgere in autonomia) e prima programmazione per l'anno 2020;
- Entro il 1 Ottobre 2018 - Revisione della programmazione per gli anni 2018 e 2019 e 2020;
- Entro il 15 Gennaio 2019 – Revisione della programmazione degli acquisti relativa agli anni 2019 e 2020.

Tali scadenze sono solo indicative e dovranno essere ricollegate 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 amministrazioni pubbliche 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.

Nelle more di definizione del Regolamento di costituzione dei gruppi di lavoro attualmente in atto e che regolamerà l'acquisizione dei nominativi dei professionisti da dedicare alla stesura dei capitolati e alle commissioni di gara, dal 2018 verrà utilizzato il Modulo Budget anche per la raccolta dei nominativi dei professionisti che le aziende segnalano a supporto dei tavoli tecnici per la preparazione dei capitolati e documenti delle procedure di gara centralizzate e per la composizione delle commissioni di gara di ARCA S.p.a.
Le istruzioni per il caricamento da parte delle aziende verranno inviate con note successive.

4.2.1.2. Istruttoria istanze di autorizzazione

Informazione attivazione di procedure di acquisto autonome

Viene confermato quanto previsto nelle delibere n. X/ 4702 del 29/12/2015 e n. X/5954 del 05/12/2016.

Verifica preventiva procedure di global service e facility management

Viene confermato quanto previsto nella delibere n. X/ 4702 del 29/12/2015 e X/5954 del 05/12/2016.

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.

4.2.1.3. Sistema regionale monitoraggio beni e servizi

Dispositivi medici

Viene confermato quanto previsto nelle delibere n. X/ 4702 del 29/12/2015 e X/5954 del 05/12/2016.

Flusso consumi Dispositivi Medici

Viene confermato quanto previsto nelle delibere n. X/ 4702 del 29/12/2015 e X/5954 del 05/12/2016.

Gli indicatori degli adempimenti LEA prevedono che:

- La trasmissione dei dati di tutte le aziende sanitarie riferite a tutti mesi del periodo Gennaio-Dicembre 2018.

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.

- La spesa rilevata nel periodo Gennaio-Dicembre 2018 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.

SISTEMI DI VERIFICA E DI MONITORAGGIO

Viene confermato quanto previsto nelle delibere n. X/ 4702 del 29/12/2015 e X/5954 del 05/12/2016.

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

Viene confermato quanto previsto nelle delibere n. X/ 4702 del 29/12/2015 e X/5954 del 05/12/2016.

Direzione Generale Welfare richiederà alle aziende per l'anno 2018 una verifica semestrale delle procedure d'acquisto effettuate con proroghe a contratti esistenti in conformità al quadro normativo esistente. La stessa dovrà essere inviata con la relazione trimestrale sugli

acquisti alla fine del primo semestre e a fine anno il giorno 15 del mese successivo alla chiusura del semestre.

Sarà valutato positivamente l'utilizzo limitato delle proroghe e in particolare delle proroghe reiterate relative a contratti scaduti da più tempo e la stretta osservanza delle disposizioni normative in materia.

Procedure negoziate per forniture e servizi ritenuti infungibili

Per quanto riguarda le procedure negoziate per forniture e servizi ritenuti infungibili si rimanda alle Linee Guida ANAC n. 8 "Ricorso a procedure negoziate senza previa pubblicazione di un bando nel caso di forniture e servizi ritenuti infungibili". Si rammenta il principio espresso in via preliminare nelle linee guida: da un punto di vista giuridico ed economico, i concetti di infungibilità ed esclusività non sono sinonimi. L'esclusiva attiene all'esistenza di privative industriali, secondo cui solo il titolare di un diritto di esclusiva (brevetto) può sfruttare economicamente un certo prodotto o servizio, mentre un bene o servizio è infungibile se è l'unico che può garantire il soddisfacimento di un certo bisogno.

4.2.1.4. Applicazione art. 113 del decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50 – incentivi per funzioni tecniche

Con riferimento all'applicazione dell'articolo 113 del D. Lgs. 50/2016, riguardante gli incentivi per le funzioni tecniche da calcolarsi e modulare sugli importi di lavori, servizi e forniture verranno attivati gruppi di lavoro con l'obiettivo di applicare schemi di regolamento aziendali omogenei per la disciplina del fondo anche in relazione al comma 5 del medesimo articolo dedicato alle procedure esperite per il tramite delle centrali di committenza.

4.2.1.5. Obiettivi 2018 – 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 2018".

4.2.2. Area controllo di gestione

La Direzione Generale Welfare effettuerà anche nel corso del 2018 puntuali analisi di dettaglio dei dati derivanti dai Flussi Co.An. inviati dalle Aziende, mantenendo l'obiettivo di fornire sia a Regione Lombardia che alle aziende del SSR strumenti di monitoraggio del trend dei costi e della correlata produzione.

Si ribadisce la necessità di un utilizzo dei dati analitici nel processo di formazione delle scelte strategiche aziendali come nella valutazione dell'efficacia ed efficienza delle proprie linee produttive e si richiede una particolare attenzione nella corretta imputazione dei valori economici tra ospedale e territorio, in modo da evitare che i costi di attività tipicamente non ospedaliere vengano attribuiti ai presidi centrali.

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

Le aziende devono, a tal fine, dotarsi sempre più di un sistema aziendale di contabilità analitica e controllo di gestione in grado di rilevare e correlare dati di attività e fattori produttivi in grado di rilevare i valori economici non più solo per linea di attività, ma in un'ottica matriciale, per linea di attività e struttura.

Si conferma anche per il 2018, l'analisi delle singole classi CND di dispositivi medici, per le quali verrà, inoltre, verificata la quadratura con i rispettivi valori di bilancio. Si conferma che l'analisi verterà sul rapporto tra i costi dei dispositivi e la produzione, al fine di valutare l'efficienza e la razionalizzazione di questi fattori produttivi a parità di produzione (es. per i dispositivi ad alto costo rilevazione del prezzo unitario medio d'acquisto e incidenza del costo sul valore DRG), in modo da fornire alle singole aziende utili strumenti per individuare le migliori modalità di acquisto e le eventuali attività di rinegoziazione.

Per quanto riguarda il sistema degli indicatori, nel corso del 2018 proseguiranno le attività di verifica sul risultato degli indicatori specifici e di performance rilasciati negli anni precedenti e suddivisi come segue:

- 1) Indicatori specifici
 - a. I01: % costo CND W – Materiale Diagnostico su fatturato di produzione
 - b. I02: costo Strumentario chirurgico (K, L) su numero DRG chirurgici e AMB chirurgica
 - c. I03: % costo CND P – Materiali protesici (endoprotesi) su fatturato DRG con protesi
 - d. I04: % costo CND J – Materiali protesici (dispositivi impiantabili attivi) su fatturato DRG con protesi
 - e. I05: costo Farmaci su gg degenza
 - f. I06: Costo sala operatoria per 1.000 euro di fatturato chirurgico
 - g. I07: Costo sala operatoria per intervento
 - h. I08: Prestazioni per interni laboratorio per 1.000 euro di fatturato
 - i. I09: Prestazioni per interni radiologia per 1.000 euro di fatturato
 - j. I10: Prestazioni per interni anatomia patologica per 1.000 euro di fatturato
 - k. I11: Prestazioni per interni trasfusionale per 1.000 euro di fatturato
 - l. I12: Costo farmaci a giornata di degenza pesate
 - m. I13: Costo Dispositivi Medici per caso per disciplina
 - n. I22: Incidenza % costo amministrativi sul totale costo personale
- 2) Indicatori di performance
 - a. I14: Costo Dispositivi Medici per 1.000 euro di fatturato
 - b. I15: Costo Beni Sanitari per 1.000 euro di fatturato
 - c. I16: Costo Personale Comparto Assistenza a giornata di degenza
 - d. I16 bis: Costo Personale Comparto Assistenza per 1.000 euro di fatturato poliambulatorio ospedaliero
 - e. I17: Costo Personale tecnico per 1.000 euro di fatturato Servizi
 - f. I18: Fatturato di Produzione per tecnico
 - g. I19: Fatturato di Produzione per medico
 - h. I20: Costo Medico per 1.000 euro di fatturato
 - i. I21: Costo Personale per 1.000 euro di fatturato

Per le ATS, partendo dal modello ministeriale LA, è stato individuato un set di indicatori di consumo per livello di assistenza (Prevenzione, Distrettuale, Ospedaliera) che verrà rilasciato nell'anno 2018 con specifici indicatori di spesa, di mix e di raggiungimento del target, i quali consentiranno una valutazione composita dell'efficacia ed efficienza di ciascuna Agenzia nella soddisfazione dei propri fabbisogni.

Gli indicatori sono suddivisi come segue:

- 1) Indicatori dell'area della prevenzione
 - a. T04: Attività di screening
 - b. T05: vaccinazioni
- 2) Indicatori dell'area distrettuale
 - a. T15: Assistenza alle donne, famiglie, coppie (consultori)
 - b. T17: Assistenza riabilitativa ai disabili
 - c. T18: Assistenza ai tossicodipendenti
 - d. T19: Assistenza agli anziani e ADI
 - e. T20: Assistenza ai malati terminali
 - f. T21: Assistenza a persone affette da HIV

A partire dai flussi di contabilità analitica con competenza 2018, è stato previsto un aggiornamento delle linee guida regionali sul Controllo di Gestione delle ATS/ASST/IRCCS. Le Aziende dovranno, pertanto, adattare i propri sistemi di rilevazione alle nuove regole e seguire le indicazioni che verranno fornite dai referenti regionali. Per quanto concerne i moduli di quadratura relativi ai flussi Co.An, in continuità con quanto già impostato negli anni precedenti, si richiederà a tutte le aziende una quadratura tra Co.An e Co.Ge.

Per favorire una gestione corretta dei dati aziendali e per uniformare le metodologie di raccolta dei dati e di calcolo, saranno attivati a livello regionale:

- 1) Dei piccoli gruppi di lavoro composti dai referenti del controllo di gestione di aziende omogenee tra loro, per condividere a rotazione l'attuale assetto delle rilevazioni di Co.An. e i possibili miglioramenti a livello aziendale e regionale;
- 2) Un gruppo ad hoc verrà formato per lavorare come sperimentazione sulla presa in carico del paziente nell'ottica della corretta misurazione dei costi delle prestazioni e di controllo della tariffa di presa in carico;
- 3) Dei momenti di condivisione per raffrontare i costi dei servizi non sanitari più rilevanti, in termini di importi, non inseriti nella programmazione della Centrale d'acquisti. In particolare verranno incentivate le aziende ad attivare e rendere operativa la figura dell' "energy manager" anche in un'ottica di benchmarking dei costi fra le diverse aziende.

Si conferma che, anche per il 2018, oltre ai flussi trimestrali, saranno richiesti gli invii relativi ai flussi aggiuntivi di preventivo e preconsuntivo Co.An, le cui scadenze saranno comunicate con apposite note regionali.

4.2.3. Risk management

La nuova legge 24 del 08.03.2017 rilancia la tematica della sicurezza delle cure in un periodo in cui alle strutture è richiesto un crescente livello di sicurezza.

Lo sviluppo di un sistema nazionale di linee guida va nella direzione di cercare di diminuire la variabilità dei processi organizzativi cercando di contenere e di evitare gli eventi avversi che in sistemi complessi come quello sanitario sono in molti casi prevedibili e prevenibili.

La misura e l'analisi dei fattori di rischio dell'organizzazione, e la comprensione delle cause degli eventi avversi e eventi sentinella diventa la determinante principale per un piano di risk management efficace e per poter avere dall'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità un quadro sistemico a livello nazionale.

Obiettivo regionale è di fare crescere il grado di implementazione a livello aziendale delle linee guida Ministeriali ed internazionali, attraverso l'attuazione di progetti e la diffusione di protocolli e procedure operative in tema di sicurezza del paziente e delle cure.

Il Piano Annuale di Risk Management anno 2018 dovrà essere elaborato con riferimento ai contenuti delle 17 Raccomandazioni Ministeriali in materia di rischio clinico. Si veda il sito del Ministero della Salute per accedere alla versione aggiornata.

Data la contiguità delle aree del risk management e qualità si reputa, inoltre, importante che le aziende definiscano una strategia e un piano complessivo di miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure ragionando anche in un'ottica di condivisione della rendicontazione delle attività nel Programma Integrato per il Miglioramento dell'Organizzazione (cosiddetto Pr.I.M.O). Per quanto attiene le attività di miglioramento della qualità, si rimanda a quanto stabilito nella d.g.r. n. 7543 del 18.12.2017.

Nell'ottica di integrazione fra offerta ospedaliera e territoriale prevista nella legge di riforma sanitaria regionale nr. 23/2015, risulta ancora più importante seguire il percorso del paziente considerando l'interezza dei percorsi: dalla presa in carico del paziente all'attivazione dei diversi punti di offerta non solo ospedalieri ma anche territoriali. Questa in particolare per quanta riguarda la cronicità, ma anche nei percorsi in oncologia e di prevenzione delle infezioni.

I temi ritenuti centrali e prioritari per l'attuazione dei progetti aziendali per il 2018 sono i seguenti.

4.2.3.1. Area travaglio/parto

In quest'area prosegue la progettualità di Regione Lombardia, che vede già dal 2010 la partenza del gruppo di lavoro per la formazione degli operatori sanitari sulla "gestione del rischio in sala parto", che ha portato alla formazione dei responsabili di sala parto, sia medici che ostetriche e dei risk manager, con lo sviluppo di strumenti di rilevazione analitici. Tale formazione proseguirà anche alla luce del lavoro che in un contesto multidisciplinare i professionisti hanno effettuato sulla sepsi in ostetricia.

Rimane prioritario lo strumento di raccolta dei Trigger in ambito ostetrico per la valutazione delle eventuali criticità riscontrate attraverso un lavoro in comune fra risk manager aziendali e sanitari di Ostetricia, Ginecologia e Neonatologia, nonché per definire i piani di formazione aziendali dell'anno 2018 che dovranno essere implementati sugli elementi ritenuti problematici.

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 aziende ospedaliere:

Near miss ostetrici in Italia: la sepsi, l'eclampsia, l'embolia di liquido amniotico e l'emoperitoneo spontaneo in gravidanza - progetto che è iniziato il 1 novembre 2017, coordinato da Regione Lombardia e con la partecipazione di 8 Regioni;

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; Regione Lombardia partecipa dal 2015;

Sorveglianza della mortalità perinatale: progetto pilota iniziato nel 2017 che prevede la partecipazione di Regione Lombardia, Regione Toscana e Regione Sicilia con la segnalazione e la raccolta prospettica di tutti i casi di morte tardiva in utero e della mortalità neonatale precoce per raccogliere informazioni utili a prevenire i decessi perinatali evitabili.

4.2.3.2. Infezioni ospedaliere - sepsi

A seguito dell'introduzione delle recenti Linee Guida della "Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock 2016" ed in continuità con tutte le iniziative regionali di "Lotta alla Sepsis", condotte negli ultimi anni, si chiede l'implementazione di specifici percorsi clinici relativamente alle Raccomandazioni contenute nel documento distribuito a tutte le ASST/Punti Nascita sull' "IDENTIFICAZIONE E GESTIONE DELLA SEPSI IN OSTETRICIA". Il documento sarà accompagnato anche da una nuova "Check-List logistico organizzativa" arricchita da alcuni quesiti specifici relativi all'area Ostetrica. Tutti i Punti Nascita potranno predisporre o aggiornare i propri PDTA, contestualizzandoli alla realtà locale, migliorandone sia gli aspetti logistico/organizzativi che quelli clinici (appropriatezza, tempestività nella diagnosi e nel trattamento).

Viene richiesto l'utilizzo della Scheda "Modified Early Obstetric Warning Score" (MEOWS), attraverso codice colore, presente nel documento, che permette l'individuazione precoce ed il monitoraggio della donna con quadro clinico critico, fondamentale nell'identificazione precoce anche dei quadri di Sepsis e Shock Settico.

4.2.3.3. Sicurezza del paziente in sala operatoria

L'analisi degli eventi avversi occorsi nelle strutture sanitarie lombarde per l'anno 2017 evidenzia la necessità di una verifica costante dell'effettiva applicazione sostanziale e non formale della check list in sala operatoria quale strumento efficace nel migliorare la qualità e sicurezza del paziente da sottoporre a procedure invasive.

La Legge n. 24/2017 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie" del

Serie Ordinaria n. 52 - Giovedì 28 dicembre 2017

8.03.2017, ha rafforzato la necessità di fare riferimento a buone pratiche e linee guida nello svolgimento di attività sanitarie.

Si rende necessario pertanto rinforzare l'implementazione delle Raccomandazioni ministeriali n. 2: "Ritenzione garze e strumenti nel sito chirurgico" e n. 3: "Corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura" e a queste va sommata la necessità di tradurre in attività routinaria quanto contenuto nelle Linee guida per la prevenzione delle infezioni del sito chirurgico pubblicate da OMS nel novembre 2016 e da CDC nell'agosto 2017 (*WHO Global guidelines on the prevention of surgical site infection; Centers for Disease Control and Prevention Guideline for the Prevention of Surgical Site Infection*).

L'attività regionale per il 2018 proseguirà attraverso l'organizzazione di nuove visite gestite con lo strumento della condivisione tra esperti degli aspetti critici e buone pratiche "peer review", alle quali, come di consueto, potranno aderire sia le ASST/IRCCS pubblici che privati accreditati.

Inoltre, nel primo trimestre 2018, Regione Lombardia fornirà ai Risk Managers delle ASST/IRCCS pubblici e privati, un nuovo strumento di risk assessment per la patient safety in sala operatoria, denominato "Check list 2.0", del quale si caldeggia l'implementazione a livello aziendale con la finalità di rendere il percorso del paziente chirurgico il più possibile aderente alle succitate linee guida e raccomandazioni.

Tale strumento a disposizione dei risk managers chiaramente si affianca alla Checklist per la sicurezza in sala operatoria Ministeriale che rimane lo strumento obbligatorio da utilizzare negli enti sanitari.

Si raccomanda in particolare di applicare la check list 2.0 al fine di individuare le aree critiche sulle quali sarà necessario definire azioni di miglioramento e di perfezionare l'adesione agli standard per i seguenti aspetti:

- Profilassi antibiotica in chirurgia;
- Dress code ed igiene delle mani: adozione di appropriate misure igienico sanitarie degli operatori che lavorano nelle sale operatorie;
- Analisi del percorso dello strumentario chirurgico, tracciabilità e relativo processo di sterilizzazione.

4.2.3.4. Rischio nell'utilizzo di farmaci

Per quanto riguarda il rischio farmaci proseguono gli obiettivi generali dell'anno 2017 che sono i seguenti:

- Sviluppo del progetto Farmaceutica-Farmacovigilanza: - Interazioni farmacologiche nelle politerapie con ritorno delle informazioni ai MMG delle possibili interazioni nocive identificate nei pazienti cronici che utilizzano più farmaci;
- Applicazione della Raccomandazione 17. *per la riconciliazione della terapia farmacologica.*

In particolare, come evidenziato nella stessa raccomandazione gli errori in corso di terapia farmacologica riguardano tutto il processo di gestione del farmaco sia in ospedale che sul territorio: nei momenti cosiddetti di Transizione di cura.

Diventa quindi essenziale in particolare che il paziente sia a conoscenza dell'importanza di avere una chiara lista dei farmaci assunti nel caso di accesso ospedaliero e che al momento delle dimissioni ospedaliere le prescrizioni di farmaci siano ben chiare al paziente ed al medico di base.

- Applicazione della raccomandazione 14. *Prevenzione degli errori in terapia con Farmaci Antineoplastici* e applicazione dell'obbligo di Centralizzazione della preparazione dei Farmaci antineoplastici.

Per quanto riguarda le terapie con farmaci antineoplastici e il collegamento ospedale-territorio è prioritaria la presa in carico del paziente sul territorio e la verifica degli effetti delle terapie nel medio periodo: es. analisi della cardiotoxicità dei farmaci antitumorali.

4.2.3.5. La comunicazione medico-paziente, tra operatori sanitari e verso l'esterno in caso di evento avverso

La relazione medico-paziente si è progressivamente modificata anche in relazione ad un ampliamento delle conoscenze medico sanitarie del paziente spesso agevolate dai mezzi informatici di facile accesso. E' diventato perciò fondamentale cambiare lo stile comunicativo ed essere attenti al vissuto del paziente per prendersi cura dello stesso ed essere efficaci nelle cure prestate.

Nell'anno 2018 si vuole potenziare la conoscenza sugli aspetti comunicativi medico-paziente e tra operatori sanitari al fine di eliminare le barriere che sono sovente causa di non soddisfazione del paziente e non aderenza alle cure previste.

Verrà, inoltre, affrontata la corretta comunicazione verso i media esterni nel caso di eventi avversi.

In attesa dei decreti attuativi della legge 24/2017 che potranno cambiare gli assetti oggi esistenti di copertura assicurativa e gestione del contenzioso si ribadisce quanto segue:

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 équipes di ascolto e mediazione dei conflitti. L'obiettivo per l'anno 2018 è quello di rendere i servizi realmente attivi all'interno di tutte le aziende e di poter sfruttare le équipes per prevenire il formarsi del contenzioso che scaturisce in particolare da problemi di comunicazione fra operatori e pazienti e di supportare gli operatori, cosiddette "seconde vittime", nel caso di eventi avversi.

Per quanto riguarda la legge 24/2017 sono, invece, già obbligatorie le previsioni normative di pubblicazione sul sito aziendale dei sinistri liquidati e annualmente di una relazione, al Centro per la Gestione del Rischio Sanitario e la sicurezza del paziente dei dati sui rischi, eventi avversi e sul contenzioso.

Nel primo semestre 2018 verrà completata la sperimentazione del Sistema di Gestione Digitalizzata dei sinistri sanitari con le aziende aderenti al progetto. Dal secondo semestre 2018 le altre ATS/ASST/IRCCS che vorranno introdurre lo strumento potranno usufruirne.

Si rammenta che l'obiettivo dell'implementazione della gestione digitalizzata dei sinistri nasce dall'esigenza di rendere più agevole e, allo stesso tempo, maggiormente efficace, l'attività amministrativa di istruttoria e conclusione dei procedimenti. Per tale motivo sarà consigliata l'introduzione dello strumento che permetterà anche un'omogenea gestione dei sinistri, la possibilità di avere una second opinion non vincolante a livello di raggruppamento legali/medici legali ed avere un archivio digitalizzato facilmente consultabile.

4.3. Politiche del personale

PREMESSA

Le indicazioni del presente Allegato potranno subire modificazioni, anche rilevanti, in base alla Legge di Stabilità 2018 in corso di definizione al momento dell'approvazione del presente documento.

Anche nel corso dell'anno 2018 le politiche assunzionali degli enti del Servizio Sanitario Lombardo dovranno necessariamente tenere conto di quanto previsto dalla vigente normativa nazionale in tema di riduzione dei costi del personale entro l'anno 2020, come

previsto dall'articolo 17, comma 3-bis del decreto legge 6 luglio 2011, convertito in legge 15 luglio 2011 n.111.

Anche nel corso del 2018 proseguirà l'azione di Regione Lombardia al fine di porre in essere tutte le azioni finalizzate alla promozione di interventi normativi atti ad un'adeguata quantificazione delle risorse economiche contrattuali utili e necessarie per il compimento del processo sperimentale di riforma in atto.

4.3.1. Costi del personale e fondi contrattuali anno 2018

Si conferma anche per l'anno 2018 la determinazione del budget unico per il personale a tempo indeterminato e determinato.

Si rammenta che spostamenti di costi dovuti al trasferimento del personale a seguito del completamento del processo di riforma in atto dovranno essere comunicati ai competenti uffici regionali con nota condivisa da tutte le aziende interessate.

Si ribadisce l'obbligo annuale di certificazione da parte del Collegio sindacale della costituzione dei fondi (quantificazione delle risorse) e del contratto integrativo relativo all'utilizzo degli stessi

Relativamente alla certificazione dei Fondi contrattuali esercizio 2017 la stessa dovrà essere effettuata entro l'apertura del Conto annuale esercizio 2017 da presentare a maggio/giugno 2018.

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 in sede di armonizzazione della contrattazione integrativa aziendale e di applicazione della stessa, è opportuno che gli enti procedano ad una attenta analisi complessiva della precedente contrattazione integrativa delle Aziende confluite/cedenti, al fine di identificare le dinamiche contrattuali integrative che hanno portato alla costituzione e consistenza degli attuali fondi e poter conseguentemente valutare l'avvio di iniziative, di durata pluriennale all'interno della nuova realtà aziendale, nell'ambito delle risorse disponibili e nel rispetto della normativa di legge e contrattuale tenuto conto che i nuovi contratti collettivi integrativi aziendali, delle Agenzie di Tutela della Salute e delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali dovranno garantire quanto previsto dall'articolo 2, comma 10 della legge regionale 11 agosto 2015 n.23 in ordine al rispetto della spesa destinata alla contrattazione decentrata integrativa che non può comportare incremento di costi per il sistema regionale.

La Regione Lombardia prosegue comunque nelle iniziative tese a modificare il quadro legislativo per dare attuazione a quanto previsto in tema di fondi aziendali adeguati e retribuzioni armonizzate nell'accordo RAR 2017.

4.3.1.1. Accantonamenti per rinnovi contrattuali

Regione Lombardia - Direzione Generale Welfare unitamente alla Direzione Presidenza - Area Finanza, forniranno indicazioni al fine di prevedere nei dati contabili l'accantonamento delle quote riguardanti gli oneri per la contrattazione collettiva nazionale triennio 2016/2018 per il personale dipendente del SSN di competenza anno 2018.

4.3.1.2. Indennità di vacanza contrattuale

Anche per l'anno 2018 si conferma quanto previsto nella DGR X/5954/2016 – Punto 7.3.

4.3.2. Piani di Organizzazione Aziendali Strategici

Le Linee guida regionali per l'adozione dei Piani di Organizzazione Aziendali Strategici adottate con DGR X/5513 del 2 agosto 2016 hanno stabilito che il POAS ha valenza triennale ed è rivedibile annualmente, qualora subentrino esigenze o modificazioni particolari. La possibilità di revisione dei POAS, almeno fino alla fine della corrente legislatura, dovrà essere determinata di norma da richieste operate da DG Welfare in modo da permettere alla

nuova organizzazione aziendale una congruo periodo di sperimentazione e, al tempo stesso, garantire la necessaria flessibilità in funzione di integrazioni normative o legate a regole di governo stabilite dalla Giunta Regionale.

La richiesta di modifica avanzata direttamente da parte di ATS, ASST, IRCCS e AREU dovrà avere carattere straordinario ed essere accuratamente motivata. Le istanze saranno oggetto di valutazione anche in riferimento alla obiettivi di mandato del Direttore Generale. Nella fase istruttoria sarà richiesto apposito parere anche all'ATS di riferimento per le modifiche riguardanti le ASST. Tali richieste non potranno comportare un incremento di strutture organizzative e dovranno essere accompagnate da una relazione contenente le motivazioni della scelta e la certificazione dell'invarianza della spesa complessiva anche rispetto ai fondi contrattuali.

La presente disposizione sostituisce pertanto quanto previsto al punto A.5.2.5 della DGR n. X/5513/2016 sopra citata in ordine alle modifiche del POAS.

Dalla data di approvazione della presente deliberazione tutte le modifiche del POAS dovranno essere valutate dai competenti uffici della Direzione Generale Welfare che procederà a fornire idonee indicazioni operative.

4.3.3. Piano di Gestione Risorse Umane Anno 2018

A decorrere dal 1° gennaio 2018:

1. le ASST, gli IRCCS di diritto pubblico ed AREU sono autorizzati ad effettuare, fin dall'1/1/2018 e nell'ambito del turn over del 90% (da calcolarsi sulle cessazioni intervenute dall'1/1/18 al 31/12/18) suddiviso per Aree Contrattuali (Dirigenza e Comparto) le assunzioni di personale a tempo indeterminato e determinato ritenute indifferibili e urgenti nel rispetto del budget che sarà assegnato per l'anno 2018; il turn over deve calcolarsi sulle singole Aree Contrattuali Dirigenze e Comparto ed il turn over non agito su un'area non può essere recuperato sull'altra;
2. le ATS sono autorizzate ad effettuare, fin dall'1/1/2018 e nell'ambito del turn over dell'80% (da calcolarsi sulle cessazioni intervenute dall'1/1/18 al 31/12/18) suddiviso per Aree Contrattuali (Dirigenza e Comparto) le assunzioni di personale a tempo indeterminato e determinato ritenute indifferibili e urgenti nel rispetto del budget che sarà assegnato per l'anno 2018. Esclusivamente per il personale amministrativo non dirigente, le ATS potranno effettuare le assunzioni fino ad un massimo del 70% del turn over di tali figure; relativamente al personale delle professioni tecniche della Prevenzione: tecnico della prevenzione dei dipartimenti medici e veterinari ed assistente sanitario, le ATS potranno effettuare le assunzioni fino ad un massimo del 90% del turn over di tali figure.
Il turn over deve calcolarsi sulle singole Aree Contrattuali Dirigenze e Comparto ed il turn over non agito su un'area non può essere recuperato sull'altra;
3. una volta esaurito il turn over sopra descritto per l'anno 2018, gli enti potranno procedere ad ulteriori assunzioni a tempo indeterminato in deroga rispetto a quanto previsto ai precedenti punti 1) e 2) secondo quanto sarà specificato da apposita circolare della Direzione Generale Welfare nel rispetto del budget che sarà assegnato per l'anno 2018;
4. si conferma anche per l'anno 2018 la necessità di autorizzazione regionale preventiva per le assunzioni a tempo indeterminato delle figure dirigenziali dell'Area Professionale, Tecnica ed Amministrativa utilizzando l'apposito format che sarà reso disponibile dalla Direzione Generale Welfare. Tale autorizzazione deve essere richiesta anche per l'avvio delle procedure di mobilità;
5. si conferma anche per l'anno 2018 la necessità di autorizzazione regionale preventiva per la copertura delle strutture complesse della dirigenza Medica, Veterinaria, Sanitaria e Professionale, Tecnica ed Amministrativa. Con riferimento alle richieste di copertura delle Strutture Complesse pervenute e non autorizzate dalla Direzione Generale Welfare entro il 31 dicembre 2017, si comunica che le stesse dovranno essere reiterate a partire dal 1° gennaio 2018 utilizzando l'apposito format sopradetto.

4.3.4. Avvio Numero Unico Europeo 116/117

L'Unione Europea, con le Direttive 2007/116/CE e 2009/136/CE, all'art. 26, ha previsto che "Gli Stati membri provvedano affinché tutti gli utenti finali dei servizi (...) possano chiamare gratuitamente il numero 116.117 per il servizio di Guardia Medica.

L'art. 16 della legge regionale n° 33/2009, così come modificato dall'art. 1 lettera V della Legge Regionale n° 23/2015, affida ad AREU la responsabilità dell'attivazione, secondo le indicazioni regionali e in collaborazione con le ATS competenti, del numero unico 116117 e del coordinamento dei trasporti sanitari e sanitari semplici.

AREU ha concluso positivamente la fase sperimentale della Centrale Operativa Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica) C.O.C.A., per le provincie di Mantova e Cremona e nel febbraio 2017, ha gradualmente preso in carico i territori afferenti all'ATS Città Metropolitana di Milano, per un totale di circa 4.500.000 cittadini serviti.

Nel corso dell'anno 2018 AREU dovrà garantire l'avvio operativo graduale di tale numero su tutto il territorio lombardo, prevedendo altresì la centralizzazione dell'organizzazione dell'attività di "trasporto sanitario" e "trasporto sanitario semplice" trattandosi di un'attività diurna su 5/6 giorni settimanali, che dovrà avvalersi dell'integrazione funzionale e logistica con le attuali attività della Centrale Operativa di AREU, che già coordina le attività di Guardia Medica, svolte nelle ore notturne e nei giorni pre-festivi e festivi, in coerenza e senza sovrapposizioni con il contesto evolutivo della L. r. n. 23/2015.

La prima fase del progetto prevede quindi l'attivazione di una centrale unica regionale, denominata Centrale Operativa Integrata (C.O.I.), per il coordinamento delle attività di ex Guardia Medica afferenti ai territori delle ATS Valpadana e Città Metropolitana di Milano e trasporti sanitari semplici, resi a favore dei pazienti dializzati assistiti dall'ATS Città Metropolitana di Milano.

Per la realizzazione di questa prima fase si autorizza l'assunzione a tempo indeterminato con relativo incremento del fabbisogno provvisorio del personale, a favore di AREU di n. 6 unità di personale (n. 5 cat. B operatore tecnico e n. 1 cat. C assistente), la cui copertura economica è garantita in larga parte dalle economie certe di sistema connesse con la cessazione delle attività in capo all'ATS Città Metropolitana di Milano.

Inoltre, al fine di garantire la continuità dei servizi già avviati nel corso dell'anno 2017 si autorizza l'assunzione a tempo indeterminato a decorrere dal 01.01.2018, con relativo incremento del fabbisogno del personale di AREU, di 9 unità di personale di cat. B operatore tecnico e contestuale riduzione del fabbisogno a tempo determinato autorizzato con DGR X/2221 del 25/07/2014 a favore dell'ASST GOM Grande Ospedale Metropolitano Niguarda.

4.3.5. Procedure di stabilizzazione del personale

La Direzione Generale Welfare fornirà apposite indicazioni in merito all'applicazione della Circolare n.3/2017 del Ministero della semplificazione e Pubblica Amministrazione.

4.3.6. Incarichi di cui all'articolo 15 septies e 15 octies del d.lgs. 502/1992

Si conferma anche per l'anno 2018 quanto già previsto dal punto 7.6 della DGR delle Regole 2017. Entro il 31 gennaio 2018 gli Enti dovranno trasmettere alla Direzione Generale Welfare l'elenco degli incarichi attivi a tale data con l'indicazione delle relative scadenze.

4.3.7. Personale a tempo determinato

Nel corso dell'anno 2018 il valore medio del personale a tempo determinato (FTE) non dovrà essere superiore al valore medio dell'anno 2017 (FTE). Il calcolo delle FTE dovrà essere effettuato con le medesime modalità previste nella tabella 2 del Conto annuale (uomo/anno).

Il rispetto delle determinazioni di cui sopra costituirà elemento di valutazione per l'anno 2018 dei Direttori Generali.

4.3.8. Lavoro somministrato

Si ribadisce che anche nel corso dell'esercizio 2018 gli Enti dovranno prevedere il ricorso al lavoro somministrato esclusivamente per far fronte a situazioni temporanee ed eccezionali e comunque sempre nel rispetto del tetto massimo percentuale previsto dal relativo CCNL. Il ricorso al lavoro somministrato dovrà pertanto essere limitato a quelle figure professionali e condizioni organizzative per le quali si evidenziano sostanziali difficoltà alla copertura dei fabbisogni tramite il ricorso all'ordinario rapporto di lavoro subordinato (es. picchi stagionali, necessità di sostituzione di breve periodo estemporanea ed immediata, mansioni con impegno orario estremamente ridotto).

Nel 2018 occorre garantire una spesa non superiore al consuntivo anno 2017.

Il rispetto delle determinazioni di cui sopra costituirà elemento di valutazione per l'anno 2018 dei Direttori Generali.

4.3.9. Personale gravante sui beni e servizi

Si invitano le Aziende a procedere ad una graduale riduzione del costo del personale gravante sulla voce di spesa beni e servizi (consulenze sanitarie da terzi; prestazioni occasionali ed altre prestazioni di lavoro sanitarie da terzi; servizi per consulenze amministrative; servizi per consulenze tecniche; spese per collaborazioni coordinate continuative amministrative; spese per collaborazioni coordinate continuative tecniche; prestazioni occasionali ed altre prestazioni di lavoro non sanitarie da terzi) pari ad almeno il 5% del minor costo sostenuto fra l'anno 2016 e l'anno 2017.

Le presenti disposizioni non si applicano alle ATS, che dovranno comunque garantire il minor costo sostenuto fra l'anno 2016 e l'anno 2017.0

4.3.10. Legge Sirchia (Legge 8 gennaio 2002 n.1 e succ.)

L'eventuale riconoscimento di risorse finalizzate a tali prestazioni, sarà valutato nel corso del 2018 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.

Gli enti interessati potranno richiedere l'utilizzo di tali prestazioni nella misura massima del 70% delle risorse erogate a tal fine nell'anno 2017.

In ogni caso l'utilizzo di tali risorse è soggetta a preventiva autorizzazione della Direzione Generale Welfare e sono da ritenersi vincolate a tale fine.

4.3.11. Particolari situazioni di disagio organizzativo territoriale

Attesa la particolarità organizzativa della ATS della Montagna e delle relative ASST di afferenza, in deroga a quanto previsto al precedente punto 6.4, le stesse potranno procedere alla copertura del turn over nel limite del 100% del personale cessato e nel limite del budget assegnato per l'anno 2018.

Al fine di far fronte all'attuale situazione epidemiologica, le ATS, in deroga al turn over ordinario di cui al precedente punto 4.3.3. potranno effettuare assunzioni di personale dirigente del Dipartimento di Prevenzione Medica e Veterinaria nel limite del 90% del personale cessato e nel limite del budget assegnato per l'anno 2018; inoltre potranno effettuare ulteriori assunzioni fino al 100% del personale cessato subordinatamente ad autorizzazione della Direzione Generale Welfare, cui le ATS dovranno inviare apposita richiesta motivata ed asseverata dal Collegio sindacale.

Inoltre, per le medesime ragioni potranno essere attivati incarichi a valere sui costi di cui al precedente punto 4.3.9 in deroga ai limiti ivi fissati e comunque nel limite massimo della spesa dell'anno 2017.

4.3.12. Validità ed utilizzo graduatorie

Si conferma quanto già previsto dal punto 7.11 della DGR delle Regole 2017.

4.3.13. Relazioni sindacali

Si richiamano i contenuti del Protocollo d'intesa sulle relazioni sindacali tra l'Assessorato al Welfare e le OO.SS. della Dirigenza Medica, Veterinaria Sanitaria e Amministrativa sottoscritto in data 16/06/2016, e del Protocollo d'intesa sulle relazioni sindacali tra l'Assessorato al Welfare e le OO.SS. del Comparto sottoscritto in data 27/06/2016, nonché i contenuti dei Protocolli sottoscritti in data 01/06/2017, nonché la dichiarazione delle parti allegata all'accordo RAR Dirigenze anno 2017 del 207=3/2017.

A tal proposito la Direzione Generale Welfare prevedrà periodici momenti di confronto con le OO.SS. firmatarie dei Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro.

4.3.14. Libera professione e rapporti soggetti pubblici/soggetti privati accreditati

Nelle more dell'approvazione di linee guida regionali riguardanti la libera professione, sono confermati, anche per l'anno 2018, i punti 7.15 e 7.19 delle Regole di Sistema 2017.

4.3.15. ECM-Provider

Ai provider del Sistema lombardo ECM-CPD è richiesto:

- il rispetto del Decreto ECM che regola il sistema di accreditamento ECM-CPD e del manuale regionale attuativo;
- il rispetto dei vincoli posti dall'Accordo Stato-Regioni 2017 che disciplina la formazione continua nel settore Salute per il triennio 2018-2020;
- l'inserimento dei piani formativi nel sistema informativo entro e non oltre il 28/02/2018;
- l'inserimento dei programmi degli eventi Res/FSC/FAD al massimo 15 giorni prima dell'erogazione degli stessi e 30 giorni prima se si tratta di evento sponsorizzato;
- La realizzazione del 50% del piano formativo inserito inizialmente, tenendo presente che gli eventi formativi non previsti in tale programmazione saranno accreditati come attività extra piano e non dovranno superare il 50% degli eventi programmati;
- La regolare trasmissione dei crediti formativi relativi alla partecipazione dei professionisti sanitari e sociosanitari agli eventi formativi accreditati per il tramite di Regione Lombardia.

4.3.16. Smart working

La legge 7 agosto 2015, n. 124 "Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche", ed in particolare l'art. 14, introduce lo smart working, quale modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato, stabilita mediante accordo tra le parti, anche con forme di organizzazione per fasi, cicli e obiettivi e senza precisi vincoli di orario o di luogo di lavoro, con il possibile utilizzo di strumenti tecnologici per lo svolgimento dell'attività lavorativa;

Lo smart working rientra tra le politiche mirate ad agevolare un corretto equilibrio fra gestione dei tempi di vita, esigenze organizzative, valorizzazione e sviluppo delle risorse umane e capacità di lavorare per progetti.

Si invitano le ASST, ATS e IRCCS ad individuare al proprio interno percorsi di sperimentazione dello smart working, al fine di valutarne il reale impatto sulla organizzazione del lavoro, per una eventuale implementazione.

4.3.17. Welfare aziendale

Le ASST e ATS nell'affidare con le procedure ad evidenza pubblica gli incarichi relativi al servizio di somministrazione di alimenti e bevande, tramite distributori automatici, sono invitate a valutare la possibilità di prevedere nei contratti una apposita clausola finalizzata a destinare una percentuale dei proventi derivanti dalla gestione di tale servizio al sostegno dei rispettivi Circoli ricreativi aziendali. Tali proventi vengono utilizzati dagli stessi Circoli per la realizzazione di servizi integrativi di utilità a favore del personale aziendale.

4.4. Farmaceutica, protesica e dispositivi HTA

La Legge regionale 23/2015 ha definito nuovi ruoli delle ATS e delle ASST in ambito di assistenza farmaceutica, protesica ed integrativa: per il 2018, secondo quanto previsto dagli indirizzi di programmazione e dalle disposizioni regionali, le ATS dovranno sviluppare ulteriormente gli ambiti di vigilanza e controllo, nell'ottica di garanzia verso i cittadini che usufruiscono di prestazioni in tale ambito, mentre le ASST e IRCCS dovranno potenziare il processo di presa in carico del paziente, sia acuto che cronico.

Vengono confermate anche per l'anno 2018 le modifiche introdotte dalla Legge Finanziaria 2017 relativamente ai tetti della spesa farmaceutica SSN: il tetto della spesa convenzionata è stato fissato al 7,96%, mentre quello della spesa per acquisti diretti è pari al 6,89%; complessivamente i due tetti rappresentano il 14,85% del FSN.

4.4.1. Farmaceutica convenzionata

La spesa farmaceutica convenzionata, dopo alcuni anni di riduzione, ha fatto rilevare un incremento nell'anno 2017; per l'anno 2018 le ATS dovranno svolgere un'importante azione di monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva: in tal senso 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 del 7,96% del FSN. Eventuale risparmio rispetto all'obiettivo definito nei criteri di assegnazione 2018 sarà indisponibile per le aziende sanitarie in quanto vincolato alle necessità complessive del sistema secondo le indicazioni della DG Welfare. Al contenimento della spesa convenzionata concorrerà il nuovo accordo relativo alla distribuzione per conto, attualmente in fase di revisione, la cui definizione è prevista entro il primo trimestre 2018.

In riferimento all'appropriatezza prescrittiva, alle ATS viene richiesto di vigilare sulla corretta applicazione delle Note AIFA e dei Piani Terapeutici, in particolare sulle note AIFA n.4, 13, 39, 51, 66, 74, 79 e dei medicinali ATC C10AX09 (ezetimibe) e C10BA02 (ezetimibe+simvastatina).

Deve inoltre proseguire la promozione dei farmaci equivalenti con l'obiettivo di incrementare la percentuale complessiva (espressa in DDD) di farmaci a brevetto scaduto rispetto al consumo complessivo di medicinali, con l'obiettivo di raggiungere almeno il 77% a livello regionale nell'anno 2018. In particolare è richiesto un incremento della prescrizione di farmaci a brevetto scaduto per le classi ATC C08CA (derivati diidropiridinici), N06AX (altri antidepressivi), S01EE (analoghi delle prostaglandine) e dei biosimilari, il cui monitoraggio sarà assicurato dal Servizio Farmaceutico della ATS di Bergamo.

Le ATS devono inoltre realizzare specifiche attività di formazione ed informazione verso i MMG e i PLS per il corretto utilizzo degli antibiotici, con l'obiettivo della riduzione di almeno 3% per la classe ATC J01 (Antibatterici per uso sistemico) in DDD/1000 abitanti/anno 2018 vs anno 2017.

Considerato che la prescrizione territoriale è anche determinata dalla prescrizione da parte dei medici specialisti, le ATS dovranno coordinarsi con le strutture erogatrici per definire specifici percorsi di formazione/informazione/monitoraggio.

Nel corso del 2018 le ATS dovranno relazionare con cadenza trimestrale alla Struttura Farmaco, Dispositivi e HTA in merito all'andamento della spesa farmaceutica convenzionata, dettagliando azioni di governo, risultati attesi ed ottenuti ed eventuali criticità.

Le scadenze per l'invio delle relazioni saranno entro il giorno 30 del mese successivo al trimestre di riferimento (30 aprile, 31 luglio, 31 ottobre, 31 gennaio)

PT Online

Il Piano terapeutico è uno strumento regolatorio che definisce le condizioni cliniche in rimborsabilità di un medicinale, ma è anche uno strumento che consente la continuità terapeutica ed assistenziale, permettendo al MMG di proseguire nella prescrizione farmaceutica, in base alle informazioni fornite dal medico specialista.

Al fine di evolvere verso la dematerializzazione dei processi sanitari, in ottica di semplificazione dell'accesso ai servizi da parte del cittadino, nel corso del 2018 la DG Welfare in collaborazione con Lispa intende realizzare un Sistema Regionale per la gestione web-based dei Piani Terapeutici Online.

4.4.2. Farmaceutica per acquisti diretti

A seguito della ridefinizione dei tetti di spesa farmaceutica a livello nazionale, la spesa farmaceutica per acquisti diretti comprende le spese ospedaliera, distribuzione diretta (File F) e distribuzione per conto, per le quali è previsto il rispetto del tetto complessivo che si attesta sul 6,89% del FSN.

Per quanto riguarda la spesa farmaceutica ospedaliera le ASST IRCCS dovranno svolgere attività di formazione ed informazione verso i Medici Specialisti ospedalieri per il corretto utilizzo degli antibiotici con l'obiettivo della riduzione del 2% per la classe ATC J01 (Antibatterici per uso sistemico) in DDD/100 giornate di degenza (consumi ospedalieri in ricovero ordinario e day hospital) per l'anno 2018 vs anno 2017.

Per quanto riguarda la distribuzione per conto (DPC), oltre alla prevista ridefinizione dell'accordo regionale, si sottolinea che con nota G1.2017.0025514 del 7.8.2017 è stato aggiornato l'elenco dei farmaci; la data di inizio della prescrizione e relativa erogazione dei nuovi farmaci individuati sarà comunicata da DG Welfare a seguito della conclusione da parte di Arca delle relative procedure di gara. Considerato che tale aggiornamento prevede l'inclusione di alcuni farmaci a prescrizione specialistica/limitativa e che ad oggi la prescrizione di farmaci DPC è effettuata esclusivamente tramite ricetta RUR cartacea, le ATS dovranno provvedere a rendere disponibili i ricettari ai medici specialisti prescrittori dei farmaci in oggetto, sia di strutture pubbliche che private accreditate a contratto.

Per quanto riguarda il File F riferito ai cittadini lombardi (tipologie 1, 2, 3, 4, 5, 8, 9, 14), considerati i bisogni assistenziali sia in termini di incidenza epidemiologica che di scelta terapeutica appropriata, per l'anno 2018 sono assegnate risorse pari all'importo finanziato nell'anno 2017, con un incremento massimo di sistema fino al 10% su base dati omogenea, a cui dovrà essere sottratto l'importo relativo alle note di credito per MEA (Managed Entry Agreement) con conseguente riduzione dei relativi costi sostenuti nell'anno di competenza. Viene inoltre confermato quanto disposto dalla D.G.R. n. 4334/2012 con l'applicazione anche per l'anno 2018 del tetto di sistema regionale su tali tipologie di File F per cittadini lombardi, il cui eventuale superamento verrà ripartito tra tutti i soggetti erogatori. Dal calcolo dell'abbattimento è confermata l'esclusione dei farmaci biosimilari e dei corrispondenti farmaci biologici di marca a brevetto scaduto, se presentano un costo non superiore a quello del corrispettivo biosimilare; parimenti dal calcolo dell'abbattimento verranno esclusi i finanziamenti ottenuti per i cittadini lombardi dai fondi nazionali per farmaci innovativi oncologici e non oncologici, per i valori comunicati da AIFA.

Si conferma come obiettivo prioritario anche per l'anno 2018 la corretta rendicontazione in File F (tipologia 15 e 19) delle note di credito/rimborso alla struttura erogatrice dei rimborsi MEA o prezzo/volume, ai sensi di quanto disposto dall'articolo 15 comma 10 della Legge n. 135/2012.

4.4.2.1. Fondi farmaci innovativi oncologici e non oncologici

Anche per l'anno 2018 sono confermati i fondi per farmaci innovativi oncologici e non oncologici istituiti dalla Legge di Bilancio 2017; tali fondi sono stati istituiti al fine di supportare l'accesso dei pazienti ai farmaci innovativi oncologici e non oncologici (ad oggi per HCV e alcune malattie rare).

Sebbene ad oggi non si sia a conoscenza delle regole di accesso a tali fondi da parte delle regioni (che devono essere formalizzate da apposito decreto ministeriale) e conseguentemente non si abbia contezza della disponibilità finanziaria a favore di regione Lombardia, DG Welfare, considerati i bisogni assistenziali sia in termini di incidenza epidemiologica che di scelta terapeutica appropriata sulla base dei criteri di eleggibilità stabiliti da AIFA, assegnerà risorse ai singoli centri erogatori per garantire la presa in carico

dei pazienti, tenuto conto dell'evoluzione delle scelte di politica sanitaria nazionale in materia e conseguente normativa di riferimento, in particolare dei contenuti del decreto attuativo che regolerà l'accesso a tali fondi per le regioni nell'anno 2018. Relativamente ai farmaci antivirali diretti per il trattamento dei pazienti affetti da HCV, DG Welfare potrà inoltre avvalersi dei risultati della survey effettuata presso i centri prescrittori e dei dati relativi alla effettiva presa in carico dei pazienti, avvenuta nel corso del 2017. DG Welfare valuterà inoltre la possibilità di individuare una unica azienda ASST capofila a cui affidare l'acquisto di tutti i farmaci innovativi oncologici e per malattie rare, prescritti dalle strutture private accreditate; se del caso, DG Welfare formalizzerà specifico percorso. È obiettivo dei Direttori Generali delle strutture individuate monitorare e governare tale voci di spesa nel rispetto delle risorse assegnate.

4.4.2.2. Flussi FILE F e FILE R e dati NSIS – Raccordo con i dati di tracciatura dell'industria – responsabilità delle direzioni strategiche

Il DL n. 179/2015, avente per oggetto "Disposizioni urgenti in materia di contabilità e di concorso all'equilibrio della finanza pubblica delle Regioni", all'articolo 2 ha confermato che le regioni, secondo quanto disposto dall'articolo 20 del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, accertano sotto la propria responsabilità i dati di spesa relativi alle prestazioni farmaceutiche in coerenza con quanto trasmesso dalle Aziende farmaceutiche al sistema della tracciabilità del Ministero della Salute. Tali dati sono alla base della procedura di AIFA inerente il monitoraggio dei budget delle Aziende Farmaceutiche e del calcolo del superamento dei tetti della spesa per la spesa farmaceutica, il cui eventuale superamento attiva le procedure di ripiano a carico dell'intera filiera del farmaco (industrie, distributori, Regioni).

Considerato inoltre che tali dati sono generati dalle singole strutture nei flussi File F e File R, che alimentano rispettivamente i flussi Ministeriali Distribuzione Diretta e Consumi Ospedalieri, si conferma che la coerenza dei dati trasmessi con i valori contabili delle fatturazioni delle Aziende Farmaceutiche è obiettivo prioritario del sistema nazionale e pertanto sarà obiettivo vincolante per le Direzioni Strategiche e l'eventuale non assolvimento di tale obiettivo entrerà nelle valutazioni dei Direttori.

In riferimento agli adempimenti LEA 2018 a carico delle singole regioni e al fine di rispettare quanto disciplinato dall'articolo 5 della legge n. 222/2007, che ha disposto l'invio dei flussi informativi delle prestazioni farmaceutiche effettuate in Distribuzione Diretta (DM 31 luglio 2007) e Consumi Ospedalieri (DM 4 febbraio 2009), rientra fra gli obiettivi la puntualità e tempestività degli invii che deve avvenire mensilmente entro il 10 (per il File F) e il 15 (per il File R) del mese successivo a quello di somministrazione/distribuzione; considerato che gli stessi adempimenti LEA prevedono la perfetta coerenza tra i flussi informativi suddetti e quanto riportato nei modelli CE, verranno fornite specifiche indicazioni operative.

A seguito della reingegnerizzazione del Sistema Regionale di accoglienza ed elaborazione dei flussi File F, File R e Acquisto Farmaci, nel corso del 2018 sarà resa disponibile alle Aziende Sanitarie invianti una nuova reportistica a supporto del monitoraggio della spesa e indicatori di tempestività degli invii e qualità dei dati trasmessi.

4.4.3. Indicazioni in merito al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva

Come già indicato nelle precedenti regole di sistema, la DG Welfare conferma le seguenti aree di intervento, sulle quali i professionisti (clinici, farmacisti, ecc.) si confronteranno al fine di produrre specifici documenti condivisi sui temi:

HIV, HCV, HBV, Reumatologia, Dermatologia, Maculopatie, Fibrosi Cistica, Emofilia, Nutrizione Clinica.

DG Welfare intende inoltre produrre un documento regionale relativo alla corretta prescrizione ed erogazione dei medicinali off-label.

4.4.4. Farmaci biosimilari

I farmaci biotecnologici coperti da brevetto originale e quelli successivamente introdotti sul mercato come biosimilari presentano garanzie di qualità sovrapponibili, come certificato dall'Agenzia Europea dei Medicinali (EMA). L'introduzione dei biosimilari ha determinato una contestuale riduzione del costo medio delle terapie e un incremento sensibile del numero di pazienti trattati per singola area terapeutica coinvolta.

La prescrizione di farmaci biosimilari può favorire la sostenibilità dell'assistenza farmaceutica pubblica in quanto determina risparmi che vengono reinvestiti sia per trattare un numero maggiore di pazienti sia per consentire l'accesso a nuovi farmaci innovativi. L'attività svolta da Arca in merito all'espletamento di gare centralizzate costituirà un importante supporto. Per l'anno 2018 è richiesto un incremento nella prescrizione/erogazione dei farmaci biosimilari, in particolare:

- B01AB05 (Enoxaparina)
- B03XA01 (Eritropoietina)
- G03GA (Gonadotropine)
- H01AC01 (Somatropina)
- L01XC02 (Rituximab)
- L04AB01 (Etanercept)
- L04AB02 (Infliximab)

Sarà compito delle ASST/IRCCS e delle ATS prevedere momenti di confronto e condivisione tra medicina territoriale e specialistica, nei propri contesti di riferimento, anche al fine di promuovere la prescrizione dei farmaci biosimilari nel rispetto della libertà prescrittiva del medico.

4.4.5. Automazione del percorso del farmaco presso le strutture sanitarie ospedaliere pubbliche del SSR

Regione Lombardia intende realizzare un progetto di automazione del percorso del farmaco all'interno delle strutture ospedaliere pubbliche; tale sistema deve prevedere soluzioni tecnologicamente avanzate e costituire un efficiente supporto alle attività organizzative delle strutture ospedaliere, tramite l'integrazione di hardware e software di elevata innovatività ed efficienza, consentendo di gestire in modo automatico ed informatizzato i processi relativi alla gestione e tracciabilità dei farmaci a livello di Farmacia e a livello di Reparto fino alla dispensazione/somministrazione al paziente.

Tale procedura può consentire il raggiungimento di numerosi obiettivi, quali:

- Ridurre sensibilmente il rischio clinico determinato dalla gestione inappropriata delle terapie farmacologiche;
- Potenziare le attività di farmacovigilanza in termini sia di segnalazione delle reazioni avverse che di prevenzione degli stessi;
- Assicurare il completo monitoraggio dei flussi economici, consentendo di individuare indicatori comuni di performance;
- Razionalizzare i flussi logistici, abbattendo le inefficienze di sistema;
- Rispondere ai requisiti richiesti dalla normativa nazionale (progetto "Tracciabilità del Farmaco" del Ministero della Salute);
- Migliorare il governo della spesa farmaceutica.

Nel 2017 DG Welfare ha effettuato una survey presso le strutture ospedaliere pubbliche, i cui risultati hanno confermato l'interesse alla realizzazione del progetto, l'importanza di un coordinamento regionale e la necessità di disporre di specifici finanziamenti.

Nel corso del 2018 DG Welfare, tramite l'Azienda Regionale Centrale Acquisti (Arca), intende pubblicare una manifestazione di interesse verso gli operatori del mercato al fine di condividere modalità, opportunità e criticità nella realizzazione del progetto e conseguentemente elaborare ed espletare specifica gara d'appalto, individuando eventualmente alcune ASST/IRCCS da coinvolgere in via sperimentale per una prima applicazione.

4.4.6. Attività di verifica sull'assistenza farmaceutica

Le attività di verifica sull'assistenza farmaceutica delle ATS dovranno uniformarsi al Piano Controlli quadro definito dall'Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario (ACSS) e dovrà riguardare nello specifico le seguenti attività:

- farmaceutica convenzionata (attività di vigilanza sulle farmacie)
- farmaceutica acquisti diretti (controlli file f, appropriatezza erogativa)

Come già richiesto per la farmaceutica convenzionata, nel corso del 2018 le ATS dovranno relazionare con cadenza trimestrale alla Struttura Farmaco, Dispositivi e HTA e all'ACSS anche in merito all'andamento dei controlli effettuati, evidenziando eventuali criticità.

Le scadenze per l'invio delle relazioni saranno entro il giorno 30 del mese successivo al trimestre di riferimento (30 aprile, 31 luglio, 31 ottobre, 31 gennaio)

Vigilanza sulle farmacie pubbliche e private aperte al pubblico.

La modifica della Legge 33/2009 avvenuta con la Legge Regionale 6/2017, ha portato rilevanti novità in merito all'attività di vigilanza. Nel corso del 2017 la Struttura Farmaco, Dispositivi e HTA di DG Welfare ha emanato apposite linee guida ed ha standardizzato e validato i modelli di verbale.

Secondo quanto previsto dalla normativa vigente tutte le farmacie afferenti a ciascuna ATS dovranno essere ispezionate almeno una volta nel biennio.

Rilevata l'opportunità di identificare come anno iniziale il 2018, si dispone che nella prima annualità del biennio dovrà essere obbligatoriamente ispezionato almeno il 40% delle farmacie.

Al fine di sistematizzare la rendicontazione delle attività di vigilanza farmaceutica, verrà trasmesso alle ATS, con apposita comunicazione, un format che le Commissioni dovranno utilizzare per la verbalizzazione di ciascuna visita ispettiva; il format di tale verbale sarà articolato secondo gli item necessari alla verbalizzazione delle varie tipologie di visite recependo le disposizioni di cui all'art. 3 della Legge Regionale 6 del 3 marzo 2017.

Le ATS dovranno compilare i format di verbale, conservarli secondo le disposizioni di legge e trasmetterli con cadenza trimestrale a DG Welfare e all'ACSS. Le indicazioni operative per la trasmissione saranno fornite alle ATS con successiva comunicazione.

Controlli file F

Si conferma come obiettivo per l'anno 2018, sia per le ATS che per le ASST, IRCCS pubblici, privati e case di cura convenzionate a contratto, il controllo della prescrizione/erogazione in File F dei farmaci con scheda AIFA, indipendentemente dalla tipologia di rendicontazione, così suddiviso:

- farmaci innovativi (fondi AIFA oncologici e non oncologici): 100%, con presenza del dato di targatura nel File F per farmaci HCV
- farmaci ipercolesterolemia, inibitori PCSK9 (evolocumab e alirocumab): 50%
- farmaci oncologici: 50%

Inoltre per i seguenti farmaci relativamente alle indicazioni non soggette a scheda AIFA, rituximab, trastuzumab e temozolamide: 50%.

Appropriatezza erogativa.

Si conferma quanto già indicato in precedenti regole di sistema per le quali la dispensazione dei farmaci file F per uso domiciliare non può essere superiore ai due mesi di terapia, ad eccezione dei farmaci per il trattamento di malattie rare e dei farmaci per il trattamento della sclerosi multipla, per cui è consentita la dispensazione di tre mesi di terapia, con la finalità di non superare un valore medio di dispensazione pari a 12 mesi terapia/anno/paziente. Infatti l'erogazione del medicinale deve assicurare la continuità terapeutica assicurandosi però che il singolo paziente riceva il trattamento farmacologico contestualmente all'erosione della scorta di cui già dispone a domicilio.

Considerato che recentemente AIFA, per alcuni farmaci sottoposti a scheda di monitoraggio, ha consentito la prescrivibilità per periodi superiori ai 2 mesi, finanche a 6 mesi, in questi specifici casi la dispensazione è consentita fino a tre mesi di terapia, anche se la prescrizione è relativa a periodi superiori.

Si raccomanda di uniformare ove possibile l'atto prescrittivo e/o controllo clinico con l'atto erogativo al fine di ridurre al minimo i disagi per i pazienti che devono recarsi presso la struttura sanitaria.

Si sottolinea che la sola dispensazione di farmaci file F per uso domiciliare a seguito di prescrizione specialistica non prevede necessariamente la contestuale registrazione di una prestazione (ambulatoriale/MAC/DH).

Si ribadisce l'importanza della centralizzazione della preparazione galeniche, soprattutto nel settore oncologico, sia in termini di sicurezza dell'operatore che di sostenibilità economica: a tal fine le strutture sanitarie dovranno favorire la realizzazione di progetti di "Drug Day" o "Dose Banding".

Rimborsabilità di medicinali in file F ove somministrati in MAC10.

Nel caso di medicinali file F la cui somministrazione appropriata non possa avvenire in regime ambulatoriale o MAC01 secondo le regole già stabilite, a causa della complessità del trattamento farmacologico, DG Welfare potrà autorizzare la rimborsabilità in File F quando somministrati in MAC 10. Tale procedura è riconosciuta per il medicinale Spinraza (nusinersen); eventuali ulteriori medicinali saranno individuati con specifica nota da parte di DG Welfare.

Allo stesso modo si conferma che in tipologia 14 del file F è possibile rendicontare specifici farmaci che richiedono somministrazione in regime di ricovero, appositamente individuati da DG Welfare con specifica nota; ad oggi, oltre ai fattori della coagulazione per emofilia acquisita e congenita, anche Strimvelis (frazione cellulare arricchita di cellule autologhe CD34+), Blincyto (blinatumomab) e Spinraza (nusinersen).

4.4.7. Dematerializzazione della Distinta Contabile Riepilogativa (DCR) delle farmacie e rendicontazione del FUR

In riferimento al DM del 2 novembre 2011 riguardante la dematerializzazione della ricetta cartacea ed al D.L. 179/2012 in cui si definiscono gli obblighi ed i livelli di diffusione della ricetta dematerializzata sul territorio nazionale, Regione Lombardia ha avviato a fine 2014 la prescrizione dematerializzata farmaceutica.

Nel corso del 2015 e 2016 si è assistito al progressivo coinvolgimento dei medici nella nuova modalità prescrittiva e ad un trend in costante crescita del volume delle prescrizioni farmaceutiche dematerializzate.

Nel corso del 2017, al fine di garantire la necessaria coerenza tra la DCR (distinta contabile riepilogativa) e i dati di dettaglio del FUR (articolo 50 legge n. 326/2003), con l'obiettivo di assicurare trasparenza negli eventuali successivi contenziosi, la DG Welfare ha disposto la revisione del Documento Contabile Riepilogativo (DCR), valido per il pagamento, che prevede l'inclusione del FUR nella DCR quale elemento di dettaglio e rationale dei valori chiesti a rimborso, istituendo il nuovo flusso DCR-FUR.

D'intesa con le OO.SS principalmente rappresentative delle farmacie, nel secondo semestre del 2017 sono state effettuate le attività propedeutiche all'attivazione del nuovo processo di accoglienza ed elaborazione della nuovo flusso DCR-FUR ed è stata avviata la sperimentazione presso alcune Farmacie.

Nel primo semestre 2018 la nuova modalità sarà estesa a tutta la Regione.

Si evidenzia che il processo di controllo e ritarriffazione si baserà esclusivamente sui dati elettronici, attraverso l'utilizzo dei documenti probatori indicati dalla normativa, pertanto, venendo meno l'onere a carico di RL della lettura ottica meccanizzata dei promemoria cartacei con le relative fustelle applicate, all'attivazione del nuovo processo di rendicontazione dematerializzata, i promemoria non saranno più ritirati per le successive attività di controllo e pagamento.

Progetto "Un team per le ASL(ATS)"

Viene confermato anche per l'anno 2018 il proseguimento del progetto "Un team per le ASL(ATS)" orientato alla realizzazione di una attività straordinaria di supporto da parte di Lispa verso le ATS per il recupero dei contenziosi relativi alle rettifiche contabili pregresse nel periodo 2008-2016. Si ricorda che, secondo quanto previsto dal DPR 371/98, le ATS entro 30 giorni dalla conclusione del contenzioso devono concludere i conguagli contabili.

4.4.8. Farmacovigilanza

Con Decreto n. 3798 del 05.04.2017 la Regione Lombardia ha attivato i progetti di Farmacovigilanza (FV) attiva relativi ai finanziamenti AIFA 2010-2011, assegnando ai Centri coordinatori e partecipanti di ATS, ASST, IRCCS pubblici e privati accreditati, il compito di ripristinare le attività specifiche di FV sia nell'ambito ospedaliero che territoriale.

Con DGR del 31.07.2017 è stato recepito l'accordo Stato Regioni per rinforzare il Centro Regionale di Farmacovigilanza (CRFV) al fine di coordinare le attività di Farmacovigilanza, adeguandole al nuovo modello organizzativo regionale ex LR 23/2015 sia attraverso la designazione di personale dirigente afferente al CRFV mediante l'attivazione dell'istituto del distacco dalle strutture territoriali come da DGR n. 6063 del 29.12.2016, sia attraverso la selezione con bandi pubblici di professionisti laureati, con la competenza di fare da supporto ai responsabili locali di FV.

Il CRFV, oltre a garantire supporto per gli adempimenti previsti dalla normativa di settore, in particolare, nella fase di adeguamento delle modalità di segnalazione sospette reazioni avverse della Rete Nazionale di Farmacovigilanza a quella europea (Eudravigilance), presiede alle valutazioni sul rischio da interazioni e reazioni avverse per l'appropriatezza d'uso dei farmaci sul territorio e negli ospedali per la sicurezza e l'efficacia dei farmaci nei percorsi assistenziali.

Inoltre entro la fine del 2017 il CRFV proporrà ad AIFA i nuovi progetti finanziati da AIFA con i fondi 2012-2013-2014, che saranno deliberati e diffusi a livello regionale in caso di successiva approvazione da parte di AIFA.

Nell'anno 2018 sarà necessario che le ATS, le ASST e IRCCS, pubblici e privati accreditati, dimostrino l'attivazione effettiva dei Progetti di Farmacovigilanza su fondi AIFA 2010-2011 avviati nel 2017 come sopra richiamato. Infatti l'accesso ai fondi 2012-2013-2014 è vincolato alle realizzazioni dei suddetti progetti.

L'effettiva partecipazione da parte di ATS, ASST, IRCCS pubblici e privati accreditati ai progetti su fondi 2010-2011 e, nel caso di approvazione da parte di AIFA, anche ai nuovi progetti su fondi 2012-2013-2014, dovrà essere dimostrata mediante rendicontazione semestrale e annuale in merito allo stato di avanzamento ed anche tramite rendicontazione delle azioni divulgative e formative promosse nei rispettivi contesti (prescrittori, farmacisti, cittadini) volte a sensibilizzare e migliorare l'appropriatezza prescrittiva e l'attenzione alla sicurezza d'uso dei farmaci; tali azioni informative, se derivanti da risultati dei progetti di Farmacovigilanza attiva, dovranno essere concordate preliminarmente con il CRFV.

Inoltre le strutture sanitarie dovranno consolidare le seguenti azioni:

- Sensibilizzazione degli operatori sanitari nei rispettivi ambiti di competenza per la segnalazione di sospetta reazione di evento avverso da farmaco tramite formazione e informazione e la promozione all'utilizzo della piattaforma Informatica VIGIFARMACO al fine di ridurre i limiti della sotto segnalazione
- Integrazione con i progetti di Risk Management per la Raccomandazione n 17 "Riconciliazione terapeutica"
- Prevenzione del rischio delle interazioni farmacologiche nelle politerapie.

4.4.9. HTA (Health Technology Assessment)

Il Ministero della Salute, in ottemperanza a quanto disposto con le leggi 23/12/14 n. 1901 e 28/12/15 n. 208, ha istituito una Cabina di regia, con il coinvolgimento delle Regioni, dell'AGENAS e dell'AIFA, sentiti i rappresentanti dei pazienti, dei cittadini e dell'industria,

con i compiti di definire le priorità, promuovere e coordinare le attività di valutazione multidimensionale, validare gli indirizzi metodologici e curare la diffusione e la verifica degli impatti delle valutazioni HTA, e ha inoltre istituito una rete nazionale di collaborazione tra le regioni denominata Programma Nazionale di HTA dei dispositivi medici.

La legge regionale 33/2009 così come modificata dalla legge 23/15, dedica un'attenzione specifica alla valutazione delle tecnologie sanitarie all'art. 5 nel comma 8. Con DGR X/5671 del 11/10/16 è stato istituito un Programma regionale di HTA costituito da un presidio presso la DG Welfare, un gruppo di supporto tecnico-scientifico presso la ASST Grande Azienda Metropolitana di Niguarda, una Rete Assessment costituita dai componenti delle Commissioni Aziendali Dispositivi Medici di ASST e IRCCS pubblici e privati accreditati e da due Commissioni per la prioritizzazione e la identificazione del valore complessivo per la salute di tecnologie segnalate dalle Aziende sanitarie e sottoposte ad assessment.

Le valutazioni HTA costituiscono specifico contributo informativo per:

- a) i programmi degli acquisti dei consorzi/aziende e di ARCA;
- b) i programmi di sviluppo delle reti di patologia e delle reti di continuità assistenziale;
- c) l'approvazione delle richieste di introduzione e sostituzione di apparecchiature tecnologiche innovative avanzate dalle ASST e dagli IRCCS alla Commissione Apparecchiature ad Alta Tecnologia, istituita con DDG 10737 del 21/11/13 e successivi.

Il percorso di valutazione aziendale previsto per tutte le Aziende sanitarie e gli IRCCS lombardi dalla DGR 1185 del 20/12/2013 nell'allegato 3 è finalizzato a raccogliere evidenze relativamente alla efficacia ed ai benefici correlati all'utilizzo dei dispositivi medici, nuovi o già in uso nei percorsi terapeutici, ed è coordinato dalla DG Welfare al fine di garantire la appropriata circolazione dei prodotti valutativi aziendali e di limitare il rischio di inefficienze e duplicazione di sforzi tra Aziende sanitarie.

Durante l'anno 2018 le strutture sanitarie della Lombardia estenderanno le attività di identificazione e segnalazione di tecnologie da proporre a valutazione regionale, nonché di valutazione tecnica multidimensionale di tecnologie valutate dalla DG Welfare come di interesse prioritario per il SSR; dovranno inoltre promuovere la realizzazione di eventi formativi accreditati ECM, anche organizzati in collaborazione tra diverse strutture, mirati a diffondere tra i professionisti sanitari la cultura della analisi critica della documentazione scientifica (studi clinici ed economici pubblicati) per gli acquisti e per l'uso clinico di apparecchiature, dispositivi medici e altre tecnologie sanitarie.

4.4.10. Assistenza protesica e integrativa

Nel corso del 2017 DG Welfare ha individuato, quale modello a cui tendere, un servizio di governo della protesica a livello di ASST contabile (Servizio Unificato di Protesica e Integrativa -SUPI), salvaguardando nel contempo i modelli organizzativi già messi in atto nelle singole realtà ed esplicitati nei POAS aziendali. A integrazione del percorso avviato, dal 2018 verrà attivato il SUPI contabile per il territorio della ex ASL di Milano.

Il modello SUPI prevede la gestione centralizzata, da parte delle ASST contabili, dei seguenti settori (laddove di competenza ASST): assistenza protesica, assistenza integrativa, comprensiva anche delle forniture di prodotti apteici, latti per nati da madre HIV positiva e per doppia intolleranza alle proteine del latte e della soia, alimenti per soggetti con malattie metaboliche, alimenti per soggetti con fibrosi cistica, qualora non oggetto di specifici accordi regionali che prevedano la distribuzione in regime convenzionale.

Per quanto riguarda l'erogazione di medicinali per Nutrizione Artificiale Domiciliare, OssigenoTerapia a lungo termine e altri farmaci ex tipologia 13 del file F, si chiarisce che questi, anche se gestiti contabilmente all'interno del SUPI, sono di competenza diretta delle Farmacie Aziendali, quali responsabili della gestione del farmaco.

A seguito dell'entrata in vigore del DPCM 12.01.2017 e delle valutazioni economiche e gestionali dei prodotti concedibili e a seguito di valutazioni congiunte con Arca verranno istituiti tavoli tecnici e successivamente emanate specifiche disposizioni.

Le ASST e le ATS dovranno garantire il governo dei processi prescrittivi ed erogativi, un puntuale monitoraggio della spesa sostenuta e una rendicontazione dei costi sostenuti coerente con il budget assegnato.

Alle ASST in particolare è richiesta la definizione e applicazione di procedure aziendali tese alla effettuazione di controlli sulle prestazioni erogate contestualmente o in abbinamento al processo di liquidazione delle fatture.

Alle ATS in particolare è richiesto il controllo delle sedi degli esercizi di cui al proprio Elenco aziendale Fornitori di Elenco 1, teso ad accertare il mantenimento/possesso dei requisiti autocertificati; revisione e aggiornamento dell'albo dei prescrittori con controllo della correttezza delle credenziali estese rilasciate in base all'attività svolta, alla Struttura Sanitaria e al Centro di afferenza, in coerenza con le indicazioni fornite da Regione circa i requisiti specifici per i Centri di prescrizione.

Ossigeno terapia a lungo termine

Nell'ottica della dematerializzazione dei processi sanitari ed in particolare delle prescrizioni di Ossigeno Terapia a lungo termine, (OTLT) nel corso del 2018 è previsto l'utilizzo del Sistema Regionale Assistant_RL che è già stato opportunamente adeguato per la gestione delle prescrizioni e relative rendicontazioni (Flusso File F). Infatti il processo prescrittivo sarà gestito direttamente dallo specialista attraverso l'informatizzazione della scheda ipossiemic. Nel corso del 2018 DG Welfare con apposite note, proporrà un piano di migrazione dei pazienti già in carico per la gestione centralizzata delle forniture nel Sistema Regionale.

Diabete

Obiettivo prioritario di Regione Lombardia è la gestione del processo di prescrizione ed erogazione dei dispositivi per i pazienti diabetici, finalizzato ad un governo razionale e integrato che garantisca nel contempo uniformità di trattamento ai pazienti.

Nel corso del 2017 sono stati individuati gli aventi diritto e i dispositivi concedibili alla luce del D.P.C.M. 12.1.2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del D. L. 30.12.1992, n. 502" propedeutici alla realizzazione dei moduli prescrittivo ed erogativo informatizzato da attivare nel corso del 2018, durante il quale verrà inoltre attivato un tavolo tecnico con le OO.SS principalmente rappresentative delle farmacie al fine di completare l'interfaccia per l'erogazione dei dispositivi in regime convenzionale.

Infine nel corso del 2018 è previsto l'ulteriore sviluppo di software web regionali che consentano la gestione uniforme in tutto il territorio lombardo delle anagrafiche e dei piani terapeutici per i settori di assistenza Protetica e Integrativa.

4.4.11. Sanità penitenziaria

Nel corso del 2018 DG Welfare intende coinvolgere i professionisti sanitari che operano presso (o a supporto de) gli istituti penitenziari al fine di condividere l'elaborazione di un "Prontuario Terapeutico Regionale degli Istituti Penitenziari", per assicurare alla popolazione carceraria omogeneità di accesso ai trattamenti farmacologici.

4.4.12. Malattie rare ed erogabilità a carico del SSR

Erogabilità a carico del SSR

Con D.P.C.M. 12.1.2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del D. Lgs. 30.12.1992, n. 502" sono stati recentemente aggiornati i livelli essenziali di assistenza (LEA). Il nuovo DPCM, integralmente sostitutivo del precedente DPCM del 29.11.2001, ha aggiornato, tra l'altro, l'elenco delle malattie rare esenti. Nello specifico, l'art. 52 del DPCM 12.1.2017 prevede che le persone affette dalle malattie rare indicate nel relativo Allegato 7 abbiano diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo delle correlate prestazioni di assistenza sanitaria. Ai sensi della disciplina transitoria di cui al successivo art. 64, dette disposizioni sono entrate in vigore il 15.09.2017.

La DGR n. 7063 del 11.9.2017, in fase di prima applicazione, ha individuato i Presidi per le nuove malattie rare esenti previste dal citato D.P.C.M. ed ha conseguentemente aggiornato la rete dei presidi delle Malattie rare, che attualmente è costituita da 46 presidi. Tanto premesso, nell'anno 2018 le strutture sanitarie dovranno attenersi a quanto previsto nel documento "*Malattie Rare: definizione di un percorso condiviso per la prescrizione e la fornitura dei trattamenti farmacologici e non farmacologici - Aggiornamento ai sensi del D.P.C.M. 12.1.2017, della L.R. n. 23/2015 e delle Regole di sistema regionali del 2017*", condiviso con i professionisti dei servizi farmaceutici di ATS/ ASST.

Tale documento ha lo scopo di:

- definire il percorso del paziente, anche alla luce delle innovazioni introdotte dalla L.R. 23/2015, al fine di facilitare l'accesso alle terapie appropriate, uniformando il processo sul territorio regionale;
- confermare la possibilità da parte di uno specialista che opera in un Presidio della Rete Malattie Rare di prescrivere un farmaco off-label, inserendolo nel Piano Terapeutico, rispettando specifiche disposizioni.
- confermare che in specifiche malattie rare esenti, dove non sono disponibili farmaci o oltre ai farmaci sono necessari approcci terapeutici diversi (es. dispositivo medico, integratore alimentare, prodotti da banco), lo specialista che opera nel Presidio di riferimento per una determinata malattia rara può proporre a carico del SSR l'impiego di dispositivi, integratori, prodotti destinati ad una alimentazione particolare o prodotti da banco se gli stessi sono inclusi nei PDTA condivisi a livello regionale. Nei casi in cui non sia disponibile un PDTA, gli eventuali approcci terapeutici non farmacologici dovranno essere esplicitati in protocolli dedicati per patologie omogenee definiti da specifici tavoli tecnici istituiti presso DG Welfare. Nelle more della loro definizione, eventuali richieste dovranno essere presentate alla Struttura Farmaco Dispositivi HTA che si esprimerà, sentito il Centro di Coordinamento.

Si ricorda che, ai sensi degli artt. 13, 14 e 18 del DPCM 12.1.2017, rientra già nei LEA:

- l'erogazione di alimenti a fini medici speciali inclusi nel Registro nazionale istituito presso il Ministero della salute, ai sensi dell'art. 7 del D.M. 8.6.200, per le persone affette da malattie metaboliche congenite;
- l'erogazione dei presidi indicati nel nomenclatore di cui all'allegato 3 del citato DPCM agli assistiti affetti dalle malattie rare specificate nell'allegato medesimo;
- l'erogazione di dispositivi protesici, in relazione alle menomazioni correlate alla malattia rara (art. 18, comma 1, h).

Nel 2018 DG Welfare fornirà indicazioni alle strutture sanitarie in merito al percorso del paziente con malattia rara che necessita di assistenza protesica.

Registro Lombardo Malattie Rare

A decorrere dal 1 Gennaio 2018 tutti i nuovi casi di malattia rara esente dovranno essere inseriti nel Registro Lombardo Malattie Rare, mediante l'applicativo informatico dedicato (Rete Malattie Rare – RMR – CRS-SISS).

La redazione del certificato di diagnosi di malattia rara, ai fini del riconoscimento del diritto all'esenzione, del Piano Terapeutico e del Piano riabilitativo dovranno essere effettuate esclusivamente mediante detto applicativo informatico e verranno firmate digitalmente.

La redazione del certificato e del piano terapeutico o riabilitativo potrà avvenire in forma cartacea solo nel caso di problemi tecnici nell'utilizzo dell'applicativo, attivando contestualmente i percorsi interni aziendali per una tempestiva soluzione al problema.

Tutti i Presidi della Rete Malattie Rare dovranno individuare un Referente informatico per il Registro Lombardo Malattie Rare.

Implementazione e aggiornamento dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA). Con D.G.R n. 9459 del 20.5.2009 è stata approvata la scheda del progetto di durata triennale "Sviluppi della rete regionale per le malattie rare in Lombardia: il registro delle malattie rare, i percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali, potenziamento della rete e strumenti di governance". In esecuzione di tale progetto oltre 500 operatori, appartenenti ai Presidi regionali, sono stati coinvolti nella redazione di 110 PDTA per le malattie rare. Rilevante il ruolo che è stato svolto dai referenti delle ASL, dal Centro di Coordinamento Regionale delle Malattie Rare e dalle Associazioni di pazienti e familiari che, grazie anche al supporto dalle Federazioni Lombarda (FLMR) e Italiana (UNIAMO-FIMR) per le Malattie Rare, sono state attivamente coinvolte.

Tanto premesso, il DPCM 12.1.2017 prevede, tra le novità più rilevanti nel settore delle malattie rare, l'estensione a tutti i nuovi nati dello Screening Neonatale Esteso (SNE) per le malattie metaboliche ereditarie e l'inserimento di un centinaio di nuove patologie o gruppi nell'elenco delle condizioni esenti.

Alla luce delle novità introdotte dalla citata norma, si prevedono i seguenti sviluppi nell'ambito della Rete malattie rare:

- proseguire nella definizione dei PDTA per le patologie che ne sono sprovviste, a partire dalle condizioni oggetto di SNE;
- aggiornare i PDTA già in essere, anche con riferimento all'utilizzo di farmaci off-label, dispositivi, integratori, prodotti destinati ad una alimentazione particolare e prodotti da banco.

Tali attività presuppongono la partecipazione attiva degli specialisti dei Presidi di riferimento; tale partecipazione costituirà un presupposto per il mantenimento della qualifica di Presidio della Rete regionale delle malattie rare. Ai tavoli di lavoro dedicati verranno inoltre coinvolti rappresentanti di Agenzie di Tutela della Salute (ATS) e delle Associazioni di pazienti.

L'attività sarà gestita dal Centro di coordinamento delle Malattie Rare, in stretto raccordo con la Direzione Generale Welfare.

4.4.13. Rinnovo esenzioni e ticket regionali

In attuazione del programma di governo della Giunta Regionale, che ha l'obiettivo di legislatura di proseguire negli interventi riduzione o rimozione delle quote di compartecipazione alla spesa sanitaria, si conferma per l'anno 2018 il diritto, specifico della Regione Lombardia, all'esenzione dalla compartecipazione alla spesa farmaceutica e per le prestazioni di specialistica ambulatoriale per i seguenti soggetti iscritti al SSR:

- i minori di 14 anni, indipendentemente dal reddito (codice di esenzione: E11);
- i disoccupati iscritti agli elenchi anagrafici dei centri per l'impiego, esclusivamente se il relativo reddito familiare risulti pari o inferiore a 27.000 Euro/anno, ed i familiari a loro carico, per il periodo di durata di tale condizione (codice di esenzione: E12);
- i cittadini in cassa integrazione straordinaria o in deroga o in mobilità che percepiscano una retribuzione, comprensiva dell'integrazione salariale o indennità, non superiore ai massimali mensili previsti dalla Circolare n. 14 dell'INPS del 30.1.2013 e suoi eventuali successivi aggiornamenti, ed i familiari a carico, per il periodo di durata di tale condizione (codice di esenzione: E13);
- i cittadini cui è stato concesso il contratto di solidarietà cosiddetto difensivo ex art. 1 del D.L. 30 ottobre 1984, n. 726 che percepiscano una retribuzione, comprensiva dell'integrazione salariale, non superiore ai massimali previsti dalla Circolare n. 14 dell'INPS del 30.1.2013 e suoi eventuali successivi aggiornamenti, per la cassa integrazione ed ai familiari a loro carico, per il periodo di durata di tale condizione (codice di esenzione: E13);

Si confermano inoltre per l'anno 2018, per i soggetti iscritti al SSR:

Serie Ordinaria n. 52 - Giovedì 28 dicembre 2017

- 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 L. n. 111/2011, così come rimodulato dalla D.G.R. n. 2027 del 20.07.2011, 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.109/98 e successive modifiche, per i farmaci correlati alla patologia.

Il D.P.C.M. 12.1.2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del D. Lgs. 30.12.1992, n. 502", all'art. 25 "Assistenza sociosanitaria ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo" prevede:

"Nell'ambito dell'assistenza distrettuale, domiciliare e territoriale ad accesso diretto, il Servizio sanitario nazionale garantisce ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo, la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico individualizzato differenziato per intensità, complessità e durata, che include le prestazioni, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche, necessarie e appropriate (...)"

Al fine di rendere effettiva la citata previsione nell'ambito regionale, in considerazione dell'organizzazione prevista dalla L.R. 23/2015, si ritiene di introdurre 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).

Azioni di semplificazione in materia di esenzioni.

- Esenzioni per invalidità: uniformare le codifiche regionali a quelle nazionali.
In merito alle codifiche di esenzioni per Invalidità, sulla base di precedenti provvedimenti regionali, le codifiche attualmente utilizzate da Regione Lombardia risultano essere diverse da quelle utilizzate a livello nazionale mentre nessuna differenza è presente in termini di diritto di esenzione (che vale sull'intero territorio nazionale). Tale differenza di codifica comporta spesso problemi ai pazienti quando fruiscono di prestazioni sanitarie fuori Regione: alcune Regioni, infatti, vedendo un codice differente, non riconoscono l'esenzione. In considerazione della diffusione della Ricetta Dematerializzata e della circolarità di questa sul territorio nazionale, al fine di evitare pregiudizi ai pazienti, nell'anno 2018 si provvederà, in collaborazione con LISPA, ad uniformare le codifiche di invalidità regionali a quelle nazionali, con bonifica dei cittadini pregressi.
- Rilascio degli attestati di esenzione per patologia da parte delle ASST.
In un'ottica di semplificazione del percorso del paziente diretto ad ottenere l'attestato di esenzione per patologia, nell'anno 2018 si procederà, in collaborazione con LISPA, ad una valutazione di fattibilità per un'azione volta a consentire l'attestazione e la registrazione dell'esenzione di patologia in Anagrafe Regionale direttamente presso

l'Ospedale afferente alla medesima ASST in cui il medico specialista effettua la diagnosi di patologia.

4.5. Investimenti

Il recente quadro normativo nazionale ha visto la modifica del nuovo Codice dei Contratti (D.Lgs.50/2016) con D.Lgs.56/2017 che non apporta sostanziali modifiche alle procedure regionali in vigore; di conseguenza si confermano integralmente le linee guida di recente riviste con DDG 13863/2016 illustrando, di seguito, unicamente le modifiche ed integrazioni che è necessario introdurre nel 2018.

4.5.1. Programmazione degli investimenti e coerenza con i requisiti autorizzativi

Gli atti di programmazione degli investimenti approvati dalle Aziende Sanitarie e dagli Irccs di diritto pubblico dovranno fare esplicito riferimento ai piani di adeguamento ai requisiti di autorizzazione ed accreditamento al fine di rispettare i termini individuati dai provvedimenti regionali. L'ATS di riferimento dovrà ricevere copia degli atti di programmazione al fine di valutarne la coerenza con i programmi di adeguamento già inviati dalle Aziende/Irccs.

4.5.2. La nuova Città della Salute e la sperimentazione di nuovi modelli di cura

Considerato che l'Accordo di Programma relativo alla realizzazione della Città della Salute e della Ricerca ha confermato la presenza dell'albergo sanitario quale sperimentazione, la Direzione Generale Welfare darà avvio a specifico gruppo di lavoro con gli Irccs interessati e l'ATS di riferimento per valutare i modelli organizzativi e gli eventuali requisiti specifici dell'albergo sanitario ivi previsto.

4.5.3. Applicazione dei criteri di decadenza dei contributi

I termini di cui al p.to 3 allegato B della DGR 821/2013 relativi all'approvazione dei progetti, in caso di interventi rimodulati e/o prorogati con provvedimenti di Giunta Regionale, si applicano a partire dalla data di adozione del provvedimento regionale di rimodulazione e/o proroga.

4.5.4. Fondi perenti e d.lgs.118/2011

In attuazione del D.Lgs.118/2011 ed in relazione alla necessità di assicurare la liquidabilità dei fondi perenti, la Direzione Generale Welfare potrà autorizzare unicamente l'utilizzo delle economie relative ad impegni di spesa successivi all'esercizio 2013 (compreso); per la definizione di economie si fa riferimento al p.to C) del capitolo 4.2 delle linee guida di cui al con DDG 13863/2016.

4.5.5. Chiusura fondo di rotazione di cui alla dgr n.11422/2002

A seguito della assenza di comunicazioni di nuove ammissioni a contributo da parte del tesoriere a far data dall'anno 2009 e considerata la scadenza della Convenzione relativa, la Direzione Generale è autorizzata, previa comunicazione al tesoriere, alla cancellazione dei residui perenti rimanenti chiudendo il fondo relativo istituito con DGR 11422 del 29 novembre 2002.

4.5.6. Conferimento incarichi alla società regionale Ispa da parte delle Aziende Sanitarie e Irccs pubblici

A seguito della modifica delle modalità di finanziamento della società regionale Infrastrutture Lombarde Spa l'amministrazione regionale ha in corso la predisposizione della nuova convenzione Quadro; nelle more della nuova Convenzione Quadro si confermano le indicazioni già approvate dalla Giunta Regionale. A seguito della sottoscrizione della nuova Convenzione Quadro la Direzione Generale Welfare adotterà le eventuali istruzioni operative.

4.6. Sistemi informativi e flussi

4.6.1. Sistemi informativi

L'introduzione del processo della presa in carico per i pazienti cronici ha sicuramente impatti significativi nella modalità con cui i cittadini affetti da patologia cronica interagiscono con il SSL. E' quindi necessario mettere in atto specifiche misure volte a orientare i cittadini rispetto alle nuove modalità introdotte per il governo della cronicità affinché siano percepite in modo ottimale e messe in atto fattivamente e pervasivamente su scala regionale. Gli Enti Sanitari dovranno realizzare appositi servizi informativi finalizzati a indirizzare efficacemente il cittadino e supportarlo nelle diverse fasi attuative del processo della presa in carico. Il suddetto processo della presa in carico ha inoltre rilevanti impatti nell'organizzazione aziendale e di conseguenza anche sui sistemi informativi sia a livello regionale che a livello aziendale.

4.6.1.1. Prenotazioni ed accoglienza

Il primo ambito coinvolto in modo significativo dal nuovo percorso di presa in carico, per le aziende erogatrici, è quello legato all'organizzazione dell'offerta e quindi gli ambiti dell'accoglienza e delle prenotazioni.

Infatti avviare una nuova modalità di presa in carico per milioni di cittadini renderà indispensabile

per le strutture erogatrici ottimizzare l'intera offerta sia verso i cronici che verso i frequentatori occasionali. Il prossimo anno rappresenterà quindi l'occasione per riorganizzare completamente tutte le agende delle prestazioni ambulatoriali. Da un lato infatti la singola azienda dovrà affrontare un nuovo modo di interagire con i propri pazienti e dall'altro aumenterà la necessità di condividere le informazioni con gli altri soggetti del sistema sanitario: per i gestori in particolare è necessario poter disporre delle informazioni complessive sugli eventi sanitari di un paziente, ovunque ne abbia usufruito.

E' funzionale a questo nuovo processo anche il potenziamento del Monitoraggio dell'Offerta Sanitaria Ambulatoriale (il cosiddetto flusso MOSA) che garantisce una maggior accessibilità alle informazioni sull'intera offerta sanitaria lombarda da parte di tutti i cittadini, siano essi cronici o al primo accesso o al momento dei controlli.

Risulta inoltre prioritario che gli Enti Sanitari - pubblici e privati accreditati - condividano, attraverso i servizi della rete regionale di prenotazione, le informazioni sugli appuntamenti fissati in modo tale da ridurre i tempi di attesa, limitare il fenomeno delle doppie prenotazioni e consentire lo svolgimento del processo di presa in carico.

Nel 2018 si intende far entrare a regime sia la componente informativa sia la componente di prenotazione differita: da parte delle aziende questo implica una maggior regolarità e precisione nell'invio dei flussi. Anche nel 2018, anno di completa entrata a regime, vista l'innovazione che il sistema deve affrontare, non si ritiene opportuno prevedere sanzioni nei contratti da sottoscrivere con le ATS.

Infine dal lato delle aziende diventa fondamentale in generale la riorganizzazione dei processi di accoglienza. Non è infatti solo il percorso di presa in carico l'unica innovazione che tocca in modo significativo tale ambito ma è anche tutto il tema dei pagamenti elettronici. La diffusione del sistema PagoPA non richiede alle aziende sanitarie il semplice adeguamento dei loro applicativi informatici ma una attenzione specifica alla fase dell'accoglienza presso la struttura: se un cittadino ha già fatto prenotazione e pagamento on line, oppure è esente, l'azienda deve garantirgli un tempo di accoglienza brevissimo e agevolato.

4.6.1.2. Strumenti informatici di supporto alla presa in carico

Tutti i gestori, cogestori ed enti collegati alle diverse filiere dovranno adeguare i propri sistemi per poter interagire sia gli uni con gli altri sia con il livello regionale secondo le

specifiche già pubblicate e che man mano verranno aggiornate per recepire tutti gli adeguamenti che si riterranno necessari.

Nel corso del 2018 verranno man mano implementate tutte le indicazioni che i diversi Gruppi di lavoro trasversali appena costituiti daranno in particolare sia sull'organizzazione che sui sistemi informativi. Infatti il nuovo percorso di cura prevede una profonda evoluzione dell'attuale organizzazione del sistema sanitario lombardo in particolare a partire dalla fase prescrittiva e di prenotazione, per attuare le quali si dovrà ripensare anche il modello erogativo.

Al fine di proseguire nella costruzione di un sistema integrato che favorisca l'interoperabilità dei dati sociali e sociosanitari, avviato con le linee guida regionali per la realizzazione della cartella sociale, nel 2018 saranno fornite indicazioni specifiche alle ATS.

4.6.1.3. Fascicolo Sanitario Elettronico

La condivisione delle informazioni tra tutti i soggetti del sistema sanitario che hanno in cura un cittadino è diventata una delle priorità anche a livello nazionale dove il Fascicolo Sanitario Elettronico è stato normato, relativamente alla sua attuazione sono stati istituiti numerosi Gruppi di lavoro specifici ed è entrato a pieno titolo tra gli adempimenti che le regioni devono rispettare.

In Lombardia, dove lo sviluppo e l'implementazione è cominciato diversi anni fa, assurge ad un ruolo ancora più importante con la realizzazione della presa in carico.

Il Fascicolo permette di avere immediata evidenza di qualsiasi accesso alle strutture sanitarie da parte dei cittadini in cura:

tutti gli operatori devono poter "riconoscere" ed avere evidenza del percorso di cura che quel determinato paziente sta seguendo ed il modo più semplice per effettuare ciò è avere a disposizione tramite i domini centrali regionali tutte le informazioni relative agli eventi sanitari.

Oltre ai dati relativi alle prenotazioni di cui sopra, i documenti sanitari fondamentali sono sicuramente i referti.

Referti non pubblicati e lasciati "chiusi" all'interno dei singoli erogatori (o non pubblicati in modo tempestivo sul Fascicolo Sanitario elettronico) potenzialmente nascondono parte del percorso creando difficoltà e duplicazioni.

Per le aziende sanitarie, pubbliche e private, sono quindi obiettivi prioritari sia la pubblicazione completa che tempestiva dei referti prodotti al loro interno.

Proprio per la valenza a livello nazionale che il FSE sta assumendo nella condivisione delle informazioni legate alla cura del paziente, diverse norme approvate nel 2017 prescrivono e disciplinano l'interoperabilità tra i diversi sistemi regionali. Questo richiederà al fascicolo lombardo un ulteriore step evolutivo che consentirà tra l'altro a tutti i cittadini lombardi che dovessero ricevere cure fuori Regione Lombardia di renderle comunque visibili e recuperabili anche dagli operatori del sistema lombardo.

4.6.1.4. Sicurezza

Il nuovo modello di presa in carico prevede la condivisione tra tutti gli operatori sanitari di tutte le informazioni utili alla cura del paziente. L'utilizzo in rete da parte di un numero maggiore di utenti con una frequenza decisamente più elevata impone quindi di proseguire e potenziare nelle attività già intraprese nel corso del 2017 da parte di Lombardia Informatica nell'ambito della sicurezza dei dati.

Infatti, mediante l'introduzione della Presa in Carico, Regione Lombardia intende abilitare un paradigma di assistenza ai cittadini cronici e fragili il cui scopo primario è migliorare gli outcome clinici e la qualità di vita dei pazienti, riducendo e ritardando le complicanze dovute alla patologia.

Con le DDGR X/6164/2017 e X/6165/2017 vengono identificati nuovi nodi di rete sanitaria e socio-assistenziale e dunque la complessità dei contenuti informativi e dei loro flussi è inevitabilmente destinato ad aumentare in modo significativo.

Nasceranno nuovi attori (gestori, co-gestori), nuovi ruoli organizzativi (case manager), nuovi modi di comunicare tra i soggetti della rete assistenziale e il cittadino stesso. Con la Presa in carico il Gestore si assumerà un impegno di proattività sul monitoraggio della situazione clinica, assistenziale e di rete sociale del cittadino, e per questa ragione gli dovranno essere messe a disposizione le informazioni necessarie ed opportune per garantire tale monitoraggio.

Per rispondere a queste nuove necessità è necessario creare nuovi canali informativi e potenziare quelli esistenti, senza appesantire i processi organizzativi, ma garantendo comunque livelli di sicurezza adeguati.

E' necessario infine tener presente che nei prossimi mesi entrerà in vigore anche il nuovo Regolamento Privacy Europeo ("GDPR") che AGID ha previsto l'adozione di una serie di Misure di Sicurezza in ambito ICT e che le sempre più frequenti minacce relative alla cyber security sono tutti fatti che renderanno necessaria un'attenzione particolare da parte delle aziende.

Proprio sul tema di minacce e rischi in ambito cyber security, è innegabile l'interesse crescente nei confronti di alcune tipologie di dati, tra cui i dati sanitari. In un contesto di questo tipo, Regione Lombardia ha già intrapreso un percorso di continuo miglioramento in ambito sicurezza cybernetica, in linea con quanto avviato sul piano nazionale, definendo ed avviando un programma di sicurezza che coniugasse da un lato le evoluzioni normative, sempre più puntuali e stringenti in ambito sicurezza e privacy, con le minacce ed i rischi concreti, ai dati ed alle infrastrutture di erogazione.

Proprio sul tema della CyberSecurity, lo scenario della Presa in Carico, precedentemente descritto, impone una attenta focalizzazione su tre potenziali fattori di rischio:

- 1.1. la numerosità dei soggetti coinvolti;
- 1.2. l'aumento delle transazioni;
- 1.3. la numerosità dei dati in movimento.

La mitigazione dei rischi, indotti dai fattori identificati, impone una focalizzazione, e soprattutto una azione puntuale ed efficace, su tre ambiti d'intervento sui quali Regione Lombardia ha già avviato attività nel corso del 2017 e sui quali, il percorso di Presa in Carico, ne conferma la validità:

- 1.4. Formazione e Sensibilizzazione a vari livelli di tutti gli operatori coinvolti;
- 1.5. Sorveglianza e Cyber Intelligence per prevenire e gestire le minacce;
- 1.6. Identificazione sicura e Validazione sia del dato in transito che del dato inattivo.

4.6.1.5. Adeguamenti normativi

In questi ultimi mesi ci sono stati diversi passaggi normativi a livello nazionale che avranno ricadute forti sui sistemi regionali e aziendali, in particolare in realtà così sviluppate ed articolate come quella lombarda l'impatto sarà particolarmente oneroso dovendo contemporaneamente non creare disservizi a ciò che sta già funzionando.

Sono già stati pubblicati o sono in corso di pubblicazione:

- DPCM sui Nuovi LEA Il DPCM del 12 gennaio 2017 definisce e aggiorna i livelli essenziali di assistenza (LEA); per la sua attuazione le regioni sono chiamate, tra l'altro, ad adeguare i rispettivi Nomenclatori Tariffari Regionali (NTR) per le prestazioni specialistiche ambulatoriali. Ad oggi non si sa ancora la data di entrata in vigore ma sicuramente impatteranno su ogni attività di accettazione, erogazione e rendicontazione di ogni azienda.
- DPCM Anagrafica Nazionale Assistiti che stabilirà adeguamenti ad ogni momento di contatto di ogni cittadino per verificare correttezza del dato e della regione di assistenza. E' infatti in fase di pubblicazione lo Schema di Regolamento recante "Modalità di attuazione e di funzionamento dell'Anagrafe Nazionale degli Assistiti (ANA)

e definizione del piano per il graduale subentro dell'ANA alle anagrafi degli assistiti delle aziende sanitarie locali e del Ministero della salute".

- Il decreto sul Codice Unico Nazionale di Identificazione che implicherà nuovi processi di anonimizzazione di qualsiasi comunicazione con il livello centrale, secondo regole di interazione in tempo reale (DECRETO 7 dicembre 2016, n. 262 Regolamento recante procedure per l'interconnessione a livello nazionale dei sistemi informativi su base individuale del Servizio sanitario nazionale, anche quando gestiti da diverse amministrazioni dello Stato).
- Interoperabilità dei Fascicoli Sanitari Elettronici di tutte le regioni (Decreto 4 agosto 2017 "Modalità tecniche e servizi telematici resi disponibili dall'infrastruttura nazionale per l'interoperabilità del Fascicolo sanitario elettronico (FSE) di cui all'art. 12, comma 15-ter del decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221") richiederà l'introduzione di una tale serie di strumenti da far prevedere per l'intero sistema informativo regionale un ripensamento profondo di tutte le architetture.

4.6.1.6. Conferimenti incarichi in house a Llspa

In base alla recente normativa che disciplina gli incarichi alle società in house (D.Lgs. 50/2016) e quanto disposto dall'art 7 della legge regionale di semplificazione 2017 (l.r. 15/2017) in tema di centralizzazione degli acquisti di beni e servizi ICT secondo la quale "la società Lombardia Informatica s.p.a. può svolgere attività di centrale di committenza, ai sensi e nel rispetto della normativa statale in materia di contratti pubblici, per l'acquisizione di beni e servizi informatici e di connettività da parte della Regione e degli enti di cui agli allegati A1 e A2 della legge regionale 27 dicembre 2006, n.30. nel corso del 2018 potranno essere riviste le modalità operative di conferimento degli incarichi per consentire anche ai singoli enti affidamenti diretti, anche in relazione a quanto previsto al paragrafo "Controllo analogo ed *in house* orizzontale".

Resta invece confermato che in merito a interventi quali quelli relativi al consolidamento e razionalizzazione dei CED delle aziende sanitarie saranno trattenute "nelle disponibilità regionali le risorse necessarie all'attuazione dell'intero processo".

4.6.1.7. Riuso

Nell'ambito della strategia generale di cambiamento della Pubblica Amministrazione ed in particolare del processo di innovazione del sistema sanitario lombardo, il riuso (non solo delle applicazioni software, ma delle buone pratiche in generale) è uno dei punti fondamentali perché velocizza i processi di cambiamento e riduce i costi del cambiamento.

A questo proposito RL ha messo a punto nel 2017 diverse iniziative di scambio con realtà regionali in particolare con Regione Sardegna per mettere a disposizione della amministrazione sarda il software di creazione e gestione della anagrafica regionale dell'utenza welfare e i relativi applicativi, fornendo i programmi applicativi (codice sorgente, db, files di configurazione server, librerie e moduli per la gestione).

Nel 2018 è importante valorizzare non solo le esperienze già presenti, con i relativi risparmi di tempo e risorse, ma estendere il modello anche a livello interaziendale in un'ottica di sviluppo su un percorso comune, perché comuni sono gli obiettivi.

4.6.2. Flussi

4.6.2.1. Flussi sanitari

Si riportano di seguito alcune indicazioni per l'anno 2018.

- Piena copertura dei flussi informativi rispetto alle anagrafiche trasmesse al Ministero della Salute: le ATS dovranno verificare che per tutte le Strutture, sia accreditate che non accreditate SSR, presenti nella anagrafica dei "Flussi Informativi Ministeriali" vi sia l'effettiva copertura rispetto a tutti i flussi informativi delle prestazioni erogate (SDO, Prestazioni Ambulatoriali, Pronto Soccorso, CEDAP, Aborti Spontanei Mod D/11, Interruzioni Volontarie della Gravidanza Mod D12, ecc.).
Si rammenta in proposito che la piena copertura rispetto ai flussi informativi costituisce un adempimento fondamentale per l'accesso alle risorse aggiuntive del Servizio Sanitario Nazionale da parte delle Regioni ed è un prerequisito per accedere alla valutazione degli indicatori riferiti agli adempimenti Lea secondo il nuovo modello di certificazione del Sistema di Garanzia.
- Certificati di assistenza al parto (CEDAP): il flusso rappresenta la più ricca fonte informativa sugli eventi Parto e Nascita che risultano peraltro rendicontati, con minore dettaglio, anche nel flusso delle Dimissioni Ospedaliere (SDO).

Si confermano tutte le precedenti disposizioni riguardanti il flusso e i controlli applicati, sia specifici sulle informazioni rilevate che di congruenza rispetto al flusso SDO.
Nel corso dell'anno potranno rendersi necessari adeguamenti in allineamento a nuove indicazioni ministeriali o ad esigenze informative interne alla Regione.

Con particolare riferimento ai flussi informativi connessi all'erogazione delle prestazioni sanitarie si richiama la DGR 7503/2017 che ha approvato i manuali per le seguenti rilevazioni:

- flusso SDO
- flusso assistenza specialistica ambulatoriale
- flusso PS
- flusso NPI

Inoltre, la DGR impegna le ATS affinché l'obbligo di registrazione e trasmissione dei flussi informativi, sia puntualmente assolto dagli erogatori afferenti al proprio territorio di competenza.

4.6.2.2. Flussi socio sanitari

Nel 2018 si confermano i flussi informativi per l'area sociosanitaria attraverso l'attuale sistema di acquisizione, controllo, restituzione errori presente in SMAF.

Le indicazioni operative per l'esercizio 2018 saranno contenute nella circolare flussi 2018.

La riacquisizione definitiva annuale dei flussi informativi finalizzata alle attività propedeutiche alla chiusura del bilancio consuntivo annuale viene stabilita nei mesi di novembre e dicembre con riferimento ai primi tre trimestri dell'anno. Le finestre di apertura dei calendari saranno rese note con specifica comunicazione. La riacquisizione del IV trimestre avverrà successivamente alle scadenze ordinarie di acquisizione dei flussi.

Le Ats dovranno assicurare la completezza del dato, la qualità dello stesso, la tempestività nell'invio e la coerenza complessiva tra i diversi flussi informativi.

In particolare si chiede alle ATS di garantire una forte attenzione al rispetto delle scadenze e alla gestione dei processi di correzione degli errori rilevati dal sistema SMAF con riferimento ai diversi flussi inviati, e di monitorare la coerenza tra le anagrafiche delle strutture erogatrici. Tale attività permetterà di garantire una puntuale coerenza tra le informazioni derivanti dai flussi informativi e i dati contabili iscritti nei bilanci aziendali. A tale fine, nel corso del 2018 verrà presentato e introdotto il nuovo processo di monitoraggio finalizzato al governo della spesa sociosanitaria attraverso il sistema di RICONCILIAZIONE FLUSSI che sarà alimentato dai dati provenienti da CONTRATTI WEB e dai flussi di rendicontazione della produzione sociosanitaria.

A partire dal 1 gennaio 2018, per i flussi informativi Siad ed FE4 relativamente all'identificazione del soggetto erogatore, si richiede di utilizzare il codice Cudes delle unità d'offerta ADI e Cure Palliative. Per il flusso Siad è richiesto di compilare nei cinque tracciati con il codice Cudes i campi che attualmente rilevano la Partita Iva dell'ente erogatore, che per tale adeguamento verranno rinominati in "CODICE CUDES". Si richiede altresì di compilare con spazi i campi che rilevano il codice fiscale dell'ente erogatore. Per il flusso FE4 è richiesto di compilare con la nuova Cudes il campo 4.3 "Codice Fiscale Ente Erogatore" che per tale adeguamento verrà rinominato in "CODICE CUDES". In entrambi i casi, per garantire il corretto posizionamento dei campi successivi, è richiesto di anteporre al codice Cudes un numero di spazi vuoti utili al popolamento del campo così come definito dal tracciato.

Con specifico successivo provvedimento verranno definiti:

- il riordino dell'Assistenza Domiciliare Integrata. L'avvio del nuovo modello richiederà una rivisitazione degli attuali flussi informativi, per i quali seguiranno specifiche comunicazioni;
- la revisione delle misure a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili. Tale revisione richiederà una rivisitazione dei flussi, in particolare il flusso finalizzato alla rilevazione della produzione della misura Rsa Aperta. Nel corso dell'anno verranno date specifiche indicazioni al riguardo.

4.6.2.3. Cure palliative

Nelle more della stabilizzazione del quadro normativo conseguente al percorso di riordino, viene prorogata fino a nuove indicazioni la modalità di rendicontazione delle prestazioni prevista nella circolare 11 del 22/9/2017 riferita al quarto trimestre 2017.

Per poter procedere alla prescrizione su ricetta rossa negli ambiti di prescrizione definiti dalla nota prot. G1.2017.0021199 del 23/6/2017, l'erogatore di cure palliative, qualora non già abilitato, può richiedere l'attivazione dei servizi SSS secondo le procedure indicate nella circolare n. 2 del 1/2/2017 ad oggetto "Definizione delle regole di gestione dei flussi informativi afferenti l'area socio sanitaria e delle procedure di attivazione dei servizi sss in attuazione della dgr x/5954 del 5/12/2016.

L'erogatore può in ogni caso richiedere i ricettari all'ATS di riferimento, previa iscrizione dei propri specialisti all'ANAGRAFICA MEDICI SPECIALISTI (AMS) secondo le procedure in essere presso le Ats di riferimento.

In aderenza e attuazione del DPCM sui Nuovi LEA, nell'ambito dei suoi lavori, il GdL delle Cure Palliative ha focalizzato alcuni aspetti ritenuti strategici, tra i quali la valutazione e la caratterizzazione del paziente eleggibile in Cure palliative e la sua collocazione in un setting di base o specialistico al fine di garantire uniformità di assistenza a livello regionale, come si evince dal verbale della seduta del 31/10/2017.

Si impone l'esigenza di rendere, per quanto possibile, oggettivamente valutabile la caratterizzazione del paziente in un percorso di base o specialistico e, ove possibile, trovare strumenti che forniscano agli operatori parametri misurabili e tracciabili.

A tal fine il GdL ha proposto l'avvio di una sperimentazione mirata alla valutazione di due strumenti: uno per la valutazione del bisogno identificato nel NECPAL, e uno per la valutazione globale dei percorsi di cura nell'ambito delle cure palliative identificato nell'InterRAI-Palliative Care.

Pertanto, nel corso del 2018 sarà dato avvio alla sperimentazione dello strumento per la valutazione del bisogno (NECPAL) e allo strumento per la valutazione globale dei percorsi di cura nell'ambito delle cure palliative (nell'InterRAI-Palliative Care).

Nella fase di sperimentazione saranno coinvolti i seguenti erogatori pubblici e privati:

- Asst Rhodense
- Asst Lariana
- Vidas
- Hospice di Abbiategrasso
- Asst Mantova

- Asst Sette Laghi
- Asst Lecco
- Asst Valtellina e Alto Lario
- Asst FBF -Sacco

La durata della sperimentazione sarà di 1 anno

4.6.2.4. Flussi area salute mentale

Tempistica di inserimento delle informazioni nel sistema informativo PsicheWeb e invio del flusso informativo 46/SAN

Con decorrenza 1 gennaio 2018 viene introdotto il calendario dei tempi massimi di invio delle informazioni registrate in PsicheWeb, vincolante ai fini della valorizzazione delle prestazioni nel flusso 46/San, come da tabella.

MESE DI COMPETENZA (data della prestazione)	MESE DI INVIO DEL DEBITO INFORMATIVO	ULTIMO INVIO INFORMAZIONI RECUPERATE O MODIFICATE
GENNAIO	entro 28 (29) febbraio	entro 31 marzo
FEBBRAIO	entro 31 marzo	entro 30 aprile
MARZO	entro 30 aprile	entro 31 maggio
APRILE	entro 31 maggio	entro 30 giugno
MAGGIO	entro 30 giugno	entro 31 luglio
GIUGNO	entro 31 luglio	entro 31 agosto
LUGLIO	entro 31 agosto	entro 30 settembre
AGOSTO	entro 30 settembre	entro 31 ottobre
SETTEMBRE	entro 31 ottobre	entro 30 novembre
OTTOBRE	entro 30 novembre	entro 31 dicembre
NOVEMBRE	entro 31 dicembre	entro 28 febbraio
DICEMBRE	entro 31 gennaio	

Tempistica invio flusso informativo 43/San della Psichiatria e Neuropsichiatria Infantile

Il flusso informativo relativo alle prestazioni erogate nelle strutture extra contratto deve essere inviato con cadenza mensile nel periodo compreso tra il primo e l'ultimo giorno del mese successivo.

L'ultimo invio delle informazioni o delle modifiche relative al mese di dicembre deve essere effettuato entro il 28 febbraio.

4.6.3. Tempistiche di chiusura dei flussi informativi finalizzata alla chiusura di bilancio

Al fine di garantire le attività di chiusura del bilancio consuntivo annuale, nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa per la chiusura dei bilanci d'esercizio delle aziende sanitarie pubbliche, la gestione dei flussi informativi sanitari in carico alle Aziende Sanitarie, compreso il flusso dei NOC, verrà completata, come in ogni esercizio e per ciascun flusso, entro il 15 febbraio dell'anno successivo a quello di consuntivazione.

Di conseguenza, il 15 febbraio è l'ultima data utile per l'invio delle correzioni per l'anno di competenza.

La validazione dei flussi comporta il necessario allineamento dei contratti in Contratti Web entro il 15 gennaio dell'anno successivo a quello di consuntivazione, sia per l'ambito sanitario che sociosanitario.

Fanno eccezione i flussi File F e File R, psichiatria adulti (46/SAN), prestazioni extra contratto di Psichiatria e Neuropsichiatria Infantile (43/SAN) per i quali è previsto il termine del 28 febbraio.

Per i flussi sociosanitari si rimanda a quanto già specificato nel paragrafo "FLUSSI SOCIOSANITARI"

4.6.4. Flusso contratti

Viene confermato quanto previsto nelle delibere n. X/ 4702 del 29/12/2015 e X/5954 del 05/12/2016.

Si rammenta che dall' 01/01/2015 è stato introdotto il regime sanzionatorio per l'invio dei contratti relativi ai dispositivi medici per cui si richiede particolare attenzione nella trattazione dei dati sia dal punto di vista formale sia, evidentemente, per ciò che concerne gli aspetti di costo.

Nell'anno 2017 i dati inviati sono migliorati pur mostrando ancora una carenza nella copertura fra numero di dispositivi medici nel flusso consumi DM rispetto al flusso contratti DM.

E' a disposizione delle aziende sanitarie un report di ritorno sul flusso contratti dispositivi medici in cui verranno inviate alle aziende le informazioni relative ai dati di caricamento del flusso contratti con le eventuali segnalazioni di incongruenze rispetto al flusso consumi dispositivi medici.

Gli indicatori degli adempimenti LEA prevedono che:

L'obiettivo per l'anno 2018 sarà posto come percentuale di numeri di repertorio presenti sia nel flusso consumi, sia nel flusso contratti per l'anno 2018. Il calcolo è a livello regionale e sono escluse le categorie Q e L.

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

Monitoraggio Servizi non sanitari

Viene confermato quanto previsto nelle delibere n. X/ 4702 del 29/12/2015 e X/5954 del 05/12/2016.

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 Tecnologie Sanitarie.

4.6.5. Flussi informativi sul personale

In linea con le regole degli anni precedenti si conferma l'importanza della qualità dei dati presenti nel Flu.Per quale elemento essenziale per la complessiva visione dell'intero Sistema delle risorse umane del Servizio Sanitario Lombardo.

Si ribadisce pertanto la necessità di provvedere ad una corretta compilazione di tutti i flussi informativi derivanti da disposizioni nazionali e regionali, al fine di assicurare il raccordo delle informazioni presenti nei diversi flussi del personale, anche in considerazione del fatto che

gli stessi sono utilizzati per la definizione degli indicatori di efficienza, efficacia ed economicità degli enti sanitari.

La coerenza dei dati trasmessi nei vari flussi è obiettivo primario per la gestione 2018. In particolare occorre garantire coerenza fra i seguenti flussi:

- a) Flu.Per e Conto Annuale: consistenza attivi rispetto alle tabelle 1 - 1A e 1C del CA; consistenza del personale con rapporto flessibile tempi determinati e interinali tabella 2 e 2A;
- b) Flu.Per /Conto Annuale / Allegato al CE: consistenza attivi rispetto alle tabelle 1 - 1A e 1C del CA e dato attivi indicato nel Allegato al CE; consistenza del personale Dipendente a tempo determinato;
- c) Flu.Per e SDO: Relazione/coerenza fra il dato di produzione ricavabile dal flusso SDO rispetto alle ore lavorate rilevate nel flusso A/B;
- d) Conto Annuale e Modello A – Bilancio Consuntivo: coerenza dei costi del personale esposti in entrambi i flussi.

Assetti organizzativi Flu.Per /POAS: è indispensabile mantenere allineato l'assetto organizzativo POAS all'interno dell'anagrafica del flusso del personale regionale (Flu.Per) assicurando il continuo monitoraggio/aggiornamento delle specifiche tabelle operative tenuto conto della possibilità di revisione del POAS.

Verranno fornite indicazioni da parte della Direzione Generale Welfare sulle modalità di gestione di tutti i flussi, regionali e ministeriali, sul personale (Fluper, Conto annuale, Allegato CE, Relazione Conto Annuale, Elenco Direttori Strutture Complesse) per la chiusura dell'esercizio 2017 e l'avvio dell'esercizio 2018, in coerenza con le scadenze di ciascun flusso anche ai fini della compilazione della Dotazione organica (Fabbisogno di personale) prevista nel Conto annuale.

4.6.6. Gestione della documentazione prodotta

Nell'odierno contesto operativo, il documento prodotto, sia esso sanitario che amministrativo, è sempre più il risultato di un processo, di varia complessità, agito da una pluralità di professionisti sanitari e di altro genere.

Se molteplici erano i fattori che, già in passato, erano in grado di influenzarne la qualità, prevalentemente sotto il diretto controllo del redattore, oggi lo scenario è più complesso e alcuni elementi costitutivi di non pochi documenti dipendono dall'agire di operatori diversi e/o dal ruolo delle tecnologie.

Le fasi del ciclo vitale dei documenti successive al loro perfezionamento (consegna al destinatario, custodia, conservazione ed eventuale scarto) soggiacciono anch'esse a una serie di interventi di operatori e di strumenti di comunicazione.

Ogni segmento costitutivo del percorso che conduce al perfezionamento di un documento richiede il rispetto di regole di sicurezza e di qualità, oltre che l'individuazione di chi ne ha la responsabilità, per contribuire alla generazione di un prodotto finale adeguato.

Le organizzazioni, al fine di garantire adeguata sicurezza al paziente, sono chiamate a mettere in essere tutte le misure necessarie ad assicurare coerenza, tempestività e completezza nella fase di produzione/compilazione della documentazione con particolare attenzione alle situazioni caratterizzate dalla presenza combinata di parti su supporto cartaceo e parti in formato elettronico.

I temi della conservazione e della tutela del patrimonio documentale devono essere opportunamente sviluppati e applicati all'interno di tutte le organizzazioni, avendo particolare cura nel conservare adeguatamente i documenti che sono di natura biologica (reperiti).

Regione Lombardia ha adottato due strumenti di riferimento su questi temi:

- La D.G.R. n. 4659 del 9.01.2013 con cui la Giunta Regionale - a seguito di parere positivo della Soprintendenza Archivistica per la Lombardia del 21.12.2012 - di approvazione del "Manuale per la gestione della documentazione Sanitaria e socio sanitaria". Il Manuale

rappresenta standard di riferimento per la produzione di documentazione sanitaria di qualità adeguata.

- La D.G.R. n. X/325 del 27/06/2013 "approvazione del titolare di classificazione e massimario di scarto della documentazione del sistema sanitario e sociosanitario regionale lombardo (di concerto con l'assessore Cantù)" e successivi decreti di aggiornamento redatti da Regione Lombardia in collaborazione con la Soprintendenza Archivistica per la Lombardia è riferimento per l'ordinamento e la classificazione dei documenti prodotti finalizzata alla conservazione e all'eventuale scarto degli stessi e la conseguente ottimizzazione degli spazi di archivio.

4.6.7. Governo della Customer Satisfaction

Nelle more dell'emanazione di indicazioni specifiche conseguenti al progetto di implementazione del modello di rilevazione in materia di governo della Customer Satisfaction, dovrà essere considerata prioritaria, per l'anno 2018, l'attuazione delle disposizioni progressivamente introdotte dalla Giunta Regionale e la partecipazione ad iniziative, in collaborazione con i competenti uffici della DG Welfare, mirate alla predisposizione di linee guida per l'implementazione del modello di rilevazione della Customer Satisfaction in particolare per:

- migliorare la qualità dei dati raccolti anche mediante la verifica della completezza dei campi compilati ed emendare, effettuare verifiche campionarie sui questionari cartacei e controlli sulle date di compilazione;
- garantire la rappresentatività del campione osservato anche mediante l'applicazione di criteri di campionamento che consentano una randomizzazione degli utenti;
- sviluppare modalità di valutazione indipendente in grado di verificare il campione osservato oppure gestite dalla ATS in analogia con altri sistemi di controllo già attivi come ad esempio i controlli NOC;
- sviluppare indicatori di rischio/qualità della rilevazione di CS impostando procedure di intervento nel caso di rilevazione di evidenti anomalie.

Si conferma, inoltre, parallelamente alla raccolta dei consueti flussi relativi alla qualità del servizio sanitario percepita dal cittadino, la raccolta dei questionari di gradimento dei servizi di assistenza specialistica territoriale presso le strutture erogatrici nelle more di ulteriori indicazioni in merito alla sistematizzazione dell'intero flusso di Customer Satisfaction all'interno del Sistema regionale.

4.6.8. Indicazioni Internal Auditing

La funzione di Internal Auditing (IA) dovrebbe essere allocata ad un livello dell'organizzazione idoneo ad assicurare autonomia della funzione, indipendenza di giudizio e obiettività delle rilevazioni (a titolo esemplificativo, dovrebbe rispondere idealmente al massimo livello gerarchico o alla direzione strategica).

Il Responsabile Internal Auditing (RIA) dovrebbe altresì essere dotato di personale dedicato alla funzione e risorse adeguate a garantire l'assolvimento dei propri compiti, secondo gli standard di qualità riconosciuti dalla pratica professionale; deve essere garantito un processo di formazione e sviluppo delle professionalità impiegate.

La collocazione della funzione dovrebbe assicurare un'adeguata segregazione delle funzioni, anche se la stessa è compatibile con funzioni trasversali e/o affini, come ad esempio le funzioni Anticorruzione, Legale (con l'esclusione espressa del contenzioso), Qualità, Controllo di Gestione, Risk Management e Data Protection Officer.

L'IA deve garantire un monitoraggio dei rischi adeguato in rapporto a organizzazione e attività dell'ente ed operare su pianificazione annuale e, in prospettiva, triennale.

Adempimenti:

-entro il 31 gennaio 2018, il Responsabile IA trasmetterà la Pianificazione annuale dell'attività di audit che dovrà essere eseguita nell'anno. Le attività di audit pianificate

potranno altresì utilmente comprendere aspetti inerenti l'applicazione delle misure anticorruzione.

- entro il 28 febbraio 2018 il RIA dovrà trasmettere una relazione di monitoraggio sullo stato di attuazione delle attività di audit effettuate nell'anno 2017.
- entro il 31 luglio il RIA dovrà inoltre procedere all'invio di una relazione semestrale di monitoraggio delle attività di audit effettuate al 30 giugno.
- il Responsabile IA trasmette inoltre tempestivamente, alla struttura di audit regionale, gli aggiornamenti relativi a collocazione organizzativa, procedure, dotazione della funzione Internal Auditing.

La trasmissione della pianificazione annuale dell'attività di audit e delle relazioni di monitoraggio dovrà essere effettuata sia alla Direzione Generale Welfare, utilizzando l'apposita area della piattaforma informatica PRIMO (l'area riservata di detto portale fungerà altresì da piattaforma tecnologica per la condivisione di materiali ed esperienze tra i Responsabili IA della Rete), sia alla Struttura Audit, mediante l'invio alla casella email: audit@regione.lombardia.it.

4.7. Indicazioni di programmazione per le attività di controllo

4.7.1. DG Welfare, Agenzia di Controllo del Servizio Sociosanitario Lombardo e ATS: competenze e responsabilità

L'art. 11, comma 4, lettera a) della l.r. n. 23/15 affida all'Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario lombardo (ACSS) il compito di "predisporre e proporre" alla Giunta Regionale che lo approva, il piano annuale dei controlli e dei protocolli.

La stessa norma legislativa poi precisa: "la funzione di controllo delle strutture territoriali delle ATS dev'essere svolta integrandosi e coordinandosi con il contenuto dei medesimi" (piani e protocolli).

Pertanto, le ATS dovranno predisporre il proprio Piano dei controlli recependo quanto definito nel piano proposto dalla ACSS ed approvato dalla Giunta Regionale.

Si precisa che resta in capo alla DG Welfare l'emanazione di indicazioni circa la corretta interpretazione e applicazione dei requisiti di esercizio, di accreditamento e dei criteri di appropriatezza, oltre al coordinamento del Gruppo di lavoro regionale per l'autorizzazione, l'accreditamento, l'appropriatezza e la codifica delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie di cui al D.D.G. n. 9535 del 29.09.2016. Competono inoltre alla DG Welfare le disposizioni sui flussi informativi, la definizione dei tempi di esecuzione e dei volumi delle operazioni di controllo.

La ACSS definisce nel Piano dei Controlli e Protocolli (PCP) i volumi delle singole tipologie di controllo e le indicazioni operative.

4.7.2. Programmazione dei controlli

I Piani dei Controlli delle ATS, già previsti dalla D.G.R. n. VII/15324/2003 e richiamato nel citato art. 3 della l.r. n. 23/2015, dovranno recepire i contenuti del PCP proposto dall'ACSS. Pertanto le ATS dovranno predisporre ed inviare alla DG Welfare e all'ACSS, entro i termini fissati dal PCP, il Piano dei Controlli relativo all'esercizio 2018. Il documento andrà inviato esclusivamente in formato elettronico. La ACSS, provvederà quindi, entro le scadenze fissate dal PCP, a validare i Piani Controllo delle ATS riservandosi la facoltà di richiedere eventuali modifiche e/o integrazioni per gli stessi.

Le ATS sono tenute a comunicare prontamente alla DG Welfare e alla ACSS ogni evento di particolare rilevanza in merito alle attività di vigilanza e controllo, nonché trasmettere alle medesime gli eventuali provvedimenti di diffida e sanzioni adottati nei confronti degli enti gestori, al fine di consentire all'ACSS di raccogliere la casistica utile per meglio definire le indicazioni per il piano dei controlli e alla DG Welfare di valutare l'opportunità di adeguamenti normativi.

4.7.3. Attività di indirizzo: Gruppo di Lavoro regionale per l'autorizzazione, l'accreditamento, l'appropriatezza e la codifica delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie

Con il D.D.G. n. 9535 del 29.09.2016 è stato ricostituito un Gruppo di Lavoro (GdL) permanente tra la DG Welfare ed i referenti delle ATS e dei soggetti erogatori pubblici e privati accreditati, in ambito sanitario e sociosanitario, che affronta con cadenza mensile le questioni poste di maggiore rilevanza in tema di autorizzazione, accreditamento, appropriatezza e codifica delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie.

La DG Welfare provvede ad aggiornare la composizione di tale GdL, prevedendo anche la partecipazione di referenti dell'ACSS.

Le risposte e i chiarimenti forniti dal Gruppo di Lavoro, pubblicati sul sito web della DG Welfare "*Normativa e Pubblicazioni/ Normativa e Documenti/Catalogazione/GDL Appropriatezza e Accreditamento*", sono da considerarsi pareri vincolanti, al fine di garantire una applicazione omogenea sul territorio regionale della funzione di vigilanza e controllo delle ATS.

4.7.4. Programmazione delle attività in ambito sanitario

Rimangono valide tutte le disposizioni progressivamente introdotte dalla Giunta Regionale con le Regole di Sistema annuali, come raccolte e sistematizzate, fino all'anno 2011, con la D.G.R. n. IX/2734/2011 ("*Testo unico delle regole di gestione del sistema sociosanitario regionale*"), nonché come enunciate con le successive deliberazioni in riferimento agli anni di Esercizio 2012, 2013, 2014, 2015, 2016 e 2017: D.G.R. n. IX/2633/2011, IX/2946/2012, IX/3976/2012, IX/4334/2012, IX/4605/2012, IX/4716/2013, X/301/2013, X/1185/2013, X/2633/2014, X/2989/2014, X/3993/2015, X/4376/2015, X/4702/2015 e X/5954/2016.

Indirizzi per la rendicontazione dei flussi informativi delle attività

Si ribadisce l'obbligo di utilizzo del canale informativo del debito informativo delle ATS su piattaforma SMAF, per l'invio degli esiti delle attività di controllo sulle prestazioni sanitarie di ricovero ed ambulatoriali: le stesse andranno comunicate, come di consueto, con cadenza mensile, entro il giorno 10 del mese successivo a quello in cui è stata svolta l'attività.

Si ribadisce altresì l'obbligo di invio dell'elenco aggiornato dei componenti delle equipe di controllo delle ATS, all'inizio dell'esercizio 2018 (entro il 31 marzo 2018) e successivamente ad ogni eventuale modifica degli stessi componenti.

A partire dal 1° gennaio 2018, le attività di verifica e controllo dei requisiti delle Strutture Sanitarie ex D.G.R. n. 38133/1998 e n. 3312/2001 e s.m.i., delle eventuali sanzioni amministrative irrogate, nonché delle azioni di diffida e/o sospensione dell'erogazione, devono essere gestite attraverso l'applicativo ASAN.

La modalità e la tempistica di invio delle comunicazioni, sia tempestive che di rendicontazione mensile, delle attività di controllo verso la DG Welfare e ACSS rimangono invariate.

Tempistiche e volumi attesi delle attività di controllo per l'esercizio 2018

A partire dall'esercizio di controllo 2018, al fine di allineare l'esercizio di controllo stesso con l'esercizio di produzione, si dispone che le annualità di controllo coincidano con l'annualità solare, prevedendo quindi, sin dal 2018, che le attività di controllo si concludano entro il 31.12.2018.

Per quanto detto l'esercizio 2018, che avrà inizio comunque dal 1° marzo 2018 per consentire la regolare conclusione dell'esercizio 2017 (al 28.02.2018), sarà un esercizio di transizione che avrà eccezionalmente una durata di 10 mesi, prevedendo il ripristino delle 12 mensilità di controllo a partire dal 1° gennaio 2019 (esercizio 2019).

A questo proposito si dispone inoltre che la chiusura del debito informativo per le attività di controllo, prevista, per l'esercizio 2018, entro il 10 gennaio 2019, potrà usufruire di un ulteriore mese da utilizzare per eventuali correzioni di errori, da effettuarsi quindi entro il 10 febbraio 2019.

In considerazione della prevista contrazione del tempo utile per l'attività di controllo, si dispone altresì che la quota complessiva di controlli attesi per le attività di ricovero per il 2018 sia eccezionalmente ridotta dal 14% all'11,5%, riproporzionando quindi la quota minima sulle mensilità di attività effettivamente disponibili.

Rimane invariata la quota di controllo atteso per le attività ambulatoriali per il 2018, con una percentuale di controllo pari ad almeno il 3,5% delle pratiche, da effettuarsi, come di consueto, con le modalità previste dalle Regole di sistema, integralmente riconfermate con il presente atto.

4.7.5. Indirizzi per l'attività di vigilanza e controllo in ambito sociosanitario

Si richiama la necessità di attenersi alle disposizioni introdotte dai provvedimenti di Giunta regionale e, in particolare, dalle D.G.R. n. X/1765/2014, n. 2569/2014 e smi e ai seguenti criteri:

- sono soggette a verifica tutte le unità d'offerta sociosanitarie, pubbliche e private, indipendentemente dallo status erogativo (abilitate all'esercizio, accreditate, contrattualizzate) e tutte le misure innovative o sperimentazioni in ambito sociosanitario promosse dalla Regione;
- l'attività di vigilanza e controllo deve essere svolta in aderenza alle indicazioni contenute nell'allegato 3 alla D.G.R. n. 2569/2014;
- l'attività di vigilanza e controllo deve essere orientata a verificare l'effettivo ottenimento del fine sotteso a requisiti e indicatori e pertanto:
 - non può prescindere dal sopralluogo presso l'unità d'offerta;
 - deve comprendere la verifica dell'aderenza e della coerenza della documentazione con la situazione di fatto;
 - implica sempre che la verifica degli aspetti gestionali e organizzativi sia effettuata in modo integrato con quelli strutturali e tecnologici;
- le ATS sono tenute a verificare con sopralluogo tutte le unità d'offerta oggetto di SCIA e/o di istanza di accreditamento, trasmettendo alla DG Welfare le relative attestazioni attenendosi ai modelli regionali predisposti dalla DG stessa;
- le ATS sono tenute a verificare annualmente il mantenimento dei requisiti di esercizio e di accreditamento di almeno il 30% delle unità d'offerta sociosanitarie, con sopralluogo senza preavviso, assicurando che tutte le unità d'offerta siano verificate nell'arco di tre anni;
- i controlli di appropriatezza sono effettuati di norma con preavviso all'ente gestore nella giornata lavorativa antecedente la visita, fatti salvi i casi in cui sia necessaria l'esecuzione di sopralluoghi senza preavviso (ad esempio controlli a seguito di segnalazioni);
- anche per l'ambito sociosanitario, le ATS sono tenute a garantire i controlli di appropriatezza sulle seguenti percentuali di fascicoli, calcolate sul numero degli utenti rendicontati nel 2017:
 - regime residenziale e semiresidenziale: almeno il 11,5%;
 - regime ambulatoriale e domiciliare: almeno il 3,5%.

4.7.6. Attività di controllo sulle unità d'offerta sociali

Le ATS svolgono le funzioni di vigilanza sulle unità d'offerta della rete sociale.

Pertanto, nel proprio Piano dei controlli ciascuna ATS dovrà prevedere questa attività, indicando: l'analisi della rete delle unità d'offerta sociali presenti alla data del 01.01.2018, l'attività di vigilanza esercitata nel 2017, la puntuale descrizione della dotazione di personale adibito alle funzioni di vigilanza e i relativi percorsi formativi previsti, la dotazione degli strumenti informatici a supporto di tale attività e la rendicontazione economica

dell'utilizzo delle risorse attribuite alle ATS attraverso il contributo regionale con dds n. 12477 del 29.11.2016.

La parte relativa all'attività sulle unità di offerta sociale del Piano sarà trasmessa per il tramite della DG Welfare alla DG Reddito di Autonomia e Inclusione Sociale.

Attività di verifica dei requisiti

Le ATS dovranno garantire le verifiche sul 100% delle Comunicazioni Preventive di Esercizio pervenute.

Al fine di attuare il principio per il quale la periodicità dei controlli deve essere assicurata almeno ogni due anni, la programmazione 2018 dovrà garantire la verifica sulle unità di offerta in esercizio non vigilate nel 2017, a carattere non temporaneo, presenti nei rispettivi territori delle ATS.

Rendicontazione attività svolta

L'attività di vigilanza svolta dalle ATS, in attuazione del Piano, è oggetto di rendicontazione alla DG Reddito di Autonomia e Inclusione Sociale attraverso una relazione semestrale che espliciti quanto segue:

1. verifica sul 100% delle "Comunicazioni Preventive di Esercizio" pervenute;
2. numero e relativa percentuale delle "visite routinarie da campionamento" effettuate sulle unità d'offerta sociali, suddivise per aree (prima infanzia, minori, disabili e anziani);
3. numero delle visite straordinarie effettuate a seguito di segnalazione/eventi straordinari, motivazione della segnalazione, esito finale ed area di riferimento;
4. criticità più significative riscontrate nelle varie aree ed eventuali azioni messe in atto, anche in collaborazione con gli Enti/organismi interessati.