ALLEGATO A

INDICE

1. PREMESSA 5
2. PREVENZIONE 6
2.1. PIANO PANDEMICO - PANFLU PL15 - PSSR 3.2 6
2.2. DATI 7
2.3. OLIMPIADI 2026 7
2.4. SISTEMA REGIONALE DI PREVENZIONE SANITARIA (SRPS) 7
2.5. PNRR- MISSIONE 6 COMPONENT 2 SUB 2.2 (B) 7
2.6. ORGANIZZAZIONE DELLA PREVENZIONE PSSR 5.2 8
2.7. SORVEGLIANZA MALATTIE INFETTIVE PL 10, PL 13, PL 15, PL22, PL 23, PSSR 3.2 8
2.8. VACCINAZIONI (SC VACCINAZIONI – ASST) PL 18 – PSSR 3.2 10
2.9. INFECTION PREVENTION AND CONTROL (IPC) E IGIENE OSPEDALIERA 11
2.10. SICUREZZA ALIMENTARE E NUTRIZIONE PL 12, PL13, PSSR 3.2 12
2.11. LABORATORI DI PREVENZIONE LABORATORI DI IGIENE INDUSTRIALE DELLE UOOML – PL13, PSSR 3.2 14
2.12. SCREENING ONCOLOGICI PSSR 1.2.1. 1.2.2 15
2.13. PROMOZIONE DELLA SALUTE PSSR 3.2 17
2.14. MEDICINA DELLO SPORT 19
2.15. PREVENZIONE SICUREZZA AMBIENTI DI LAVORO PSSR 3.2 19
2.16. IGIENE PUBBLICA E SALUTE AMBIENTE 21
2.17. AUTORITÀ UNICA SICUREZZA CHIMICA (ATS/DIPS) 22
2.18. MEDICINA LEGALE (ASST SC /SS) 23
2.19. CENTRI ANTIVELENI CAV E ASST 23
2.20. CAMPAGNE DI COMUNICAZIONE 23
2.21. ATTIVITÀ PROSPETTICHE AREA PREVENZIONE 23
3. VETERINARIA 25
3.1. REGOLE DI FUNZIONAMENTO 25
3.2. REGOLE DI SISTEMA 25
4. POLO OSPEDALIERO 29
4.1. ACCREDITAMENTO 29
4.2. COLLABORAZIONE TRA REGIONE ED ENTI SANITARI 29
4.3. SVILUPPO MODELLO A RETE TRA AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE 31
4.4. SERVIZI DI MEDICINA DI LABORATORIO 33
4.5. RETI CLINICO-ASSISTENZIALI ED ORGANIZZATIVE 34
4.6. SISTEMA REGIONALE TRAPIANTI 37
4.7. HTA (Health Technology Assessment) 43
4.8. INNOVAZIONE TECNOLOGICA 44

4.9. ROBOTICA 44
4.10. RISK MANAGEMENT 44
4.11. ATTIVITA' DI CONTROLLO 47
4.12. RENDICONTAZIONE UTILIZZO POMPA COASSIALE – DECRETO N. 14035 DEL 23.09.2024 48
4.13. DOCUMENTO DI HEART TEAM APPLICAZIONE DECRETO N. 15121 DEL 02/12/2020 48
4.14. DGR N° XII / 1812 DEL 29/01/2024 "ATTIVAZIONE DEL PERCORSO DI SCREENING NUTRIZIONALE NELLE STRUTTURE DEL SSR E DOMICILIARE" 48
4.15. NEGOZIAZIONE SANITARIA 49
4.16. PRESTAZIONI DI CURE SUB-ACUTE 52
4.17. NUOVE RETI SANITARIE 52
4.18. MODALITÀ DI DEFINIZIONE DEGLI ACCONTI 52
4.19. NUOVE TARIFFE 52
4.20. MOBILITÀ INTERNAZIONALE - FATTURAZIONE SU ASPE (Assistenza Sanitaria nei Paesi Esteri) ATTIVA E PASSIVA 61
4.21. NUTRIZIONE CLINICA 62
4.22. PROTOCOLLO ERAS 63
4.23. SUPPORTO DELLA RETE DELL'EMERGENZA URGENZA ALLA RETE DELLE CURE PALLIATIVE PEDIATRICHE 63
4.24. EVOLUZIONE CENTRALE UNICA DIMISSIONE POST OSPEDALIERA – PRIAMO .. 63
5. POLO TERRITORIALE - INTERVENTI SOCIOSANITARI. 64
5.1. INTERVENTI AREA CURE PRIMARIE 64
5.2. INTERVENTI SOCIOSANITARI 69
5.3. INTERVENTI IN AREA DISABILITÀ 76
5.4. ATTUAZIONE ICA II LIVELLO E RELATIVO MONITORAGGIO. 79
5.5. REVISIONE MISURE A FAVORE DELLA POPOLAZIONE FRAGILE. 79
5.6. SPERIMENTAZIONE DI PRESTAZIONI SANITARIE E SOCIOSANITARIE IN UDO SOCIALI IN COLLABORAZIONE CON DIREZIONE GENERALE FAMIGLIA 80
5.7. INTERVENTI AREA SALUTE MENTALE 88
5.8. ACCREDITAMENTO SOCIOSANITARIO 102
5.9. NEGOZIAZIONE E CONTRATTUALIZZAZIONE DELLE STRUTTURE SOCIOSANITARIE E DELL'AREA SALUTE MENTALE 106
5.10. PROCESSO DI NEGOZIAZIONE 2025 STRUTTURE SOCIO-SANITARIE 108
5.11. INTERVENTI DI CONTENIMENTO DELLA RETTA NELLE STRUTTURE SEMIRESIDENZIALI E RESIDENZIALI 111
5.12. FLUSSI SOCIOSANITARI E SANITARI AREA SALUTE MENTALE 112
5.13. ULTERIORI DETERMINAZIONI IN AREA SOCIOSANITARIA 113
6. ASSISTENZA FARMACEUTICA E PROTESICA 115

6.1. ASSISTENZA FARMACEUTICA CONVENZIONATA 115
6.2. FARMACIA DEI SERVIZI 116
6.3. ASSISTENZA FARMACEUTICA OSPEDALIERA. 116
6.4. ASSISTENZA PROTESICA E INTEGRATIVA 119
6.5. SPERIMENTAZIONE CLINICA – COMITATI ETICI TERRITORIALI 119
6.6. CENTRO REGIONALE DI FARMACOVIGILANZA (CRFV): DEFINIZIONE ASSETTO TRIENNIO 2025 – 2027 120
6.7. DISPOSITIVO – VIGILANZA 120
7. PRESA IN CARICO 122
7.1. TELEMEDICINA PER MMG: COINVOLGIMENTO DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE (MMG) NELL'EROGAZIONE DI ECG, HOLTER PRESSORIO E HOLTER CARDIACO 122
7.2. INDICAZIONI SUL PERCORSO DI PRESA IN CARICO 122
7.3. ULTERIORI SPECIFICHE 124
7.4. MONITORAGGIO DEL PROCESSO 124
7.5. RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE OFTALMICA NELLA CITTÀ METROPOLITANA DI MILANO 124
8. MONITORAGGIO DEI TEMPI/LISTE DI ATTESA 126
8.1. PIANO OPERATIVO REGIONALE PER IL CONTENIMENTO DEI TEMPI DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE E DI RICOVERO 126
8.2. AZIONI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA 129
9. ATTORI, ORGANIZZAZIONI E PROCESSI 131
9.1. AGENZIA DI CONTROLLO DEL SISTEMA SOCIO-SANITARIO LOMBARDO 131
9.2. GIOCHI OLIMPICI E PARALIMPICI INVERNALI MILANO-CORTINA 2026 131
9.3. AREU 134
9.4. ULTERIORI DETERMINAZIONI 137
10. PERSONALE 140
10.1. COSTI DEL PERSONALE E RINNOVI CONTRATTUALI 140
10.2. LINEE GUIDA PER LA DETERMINAZIONE DELLA SPESA DELLE ASSUNZIONI INTEGRATIVE E DEI FONDI CONTRATTUALI 143
10.3. FONDI DEL PERSONALE DEL COMPARTO 148
10.4. FONDI DEL PERSONALE DELLA DIRIGENZA AREA SANITA' 149
10.5. FLUSSI INFORMATIVI DEL PERSONALE 150
10.6. PROCEDURE DI RECLUTAMENTO DEL PERSONALE 151
11. DIGITALIZZAZIONE 155
11.1. SCENARIO GENERALE E STRATEGIE EVOLUTIVE DEI SISTEMI INFORMATIVI REGIONALI 155
11.2. PARTE 2 – PROGRAMMAZIONE DEGLI INTERVENTI 157
11.3. TELEMEDICINA 161
11.4. NUOVE INIZIATIVE REGIONALI 166

12. RICERCA, INNOVAZIONE E SAPERE SCIENTIFICO 169
12.1. PROGETTI INTERNAZIONALI E RICERCA 169
12.2. SCENARIO DI SVILUPPO IN RETE DELLA RICERCA SCIENTIFICA IN AMBITO BIOMEDICO 170
12.3. SISTEMA BIBLIOTECARIO BIOMEDICO LOMBARDO (SBBL) 171
13. INVESTIMENTI E ACQUISTI 173
13.1. 1° PARTE: TEMATICHE INERENTI REGOLE DI SVILUPPO CON ORIZZONTE TEMPORALE DI 2/3 ANNI 173
13.2. 2° PARTE: TEMATICHE INERENTI REGOLE 2025 174
13.3. 3° PARTE: TEMATICHE DA INTRODURRE PER EFFETTO DI OBBLIGHI NORMATIVI DI CUI AL CODICE DEI CONTRATTI PUBBLICI - D. LGS. n. 36/2023 176
13.4. IL SISTEMA DEGLI ACQUISTI DEL SSR 177
13.5. SISTEMA REGIONALE DI MONITORAGGIO BENI E SERVIZI 181
13.6. INCENTIVI PER LE FUNZIONI TECNICHE EX ART. 45 D.LGS. 36/2023 183
14. SISTEMI DI VALUTAZIONE E MONITORAGGIO DEL SSR 184
14.1. GOVERNO DEI LEA E VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE QUALI/QUANTITATIVE DEL SSR 184
14.2. REGISTRI 187
14.3. AZIONI COLLABORATIVE CON LE UNITA' DI EPIDEMIOLOGIA DELLE ATS 188
14.4. GOVERNO E MONITORAGGIO DEI TEMPI/LISTE DI ATTESA (FLUSSI, SITI WEB, FORMAZIONE) 188
14.5. DATI E FLUSSI INFORMATIVI 189
14.6. SVILUPPO DELLA FUNZIONE EPIDEMIOLOGICA REGIONALE (FER) 193
14.7. CENTRO OPERATIVO PER L'UTILIZZO DEI DATI SANITARI E SOCIO-SANITARI (CODS) 193
14.8. VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE QUALI/QUANTITATIVE DEL SSR E FLUSSI INFORMATIVI 194

APPENDICI

1. Modello organizzativo regionale del procurement di organi e tessuti 1
2. Programma regionale di procurement di organi e tessuti 2024-2026 10
3. Aggiornamento della funzione assistenziale n. 14 prelievo di organi e tessuti – altre attività connesse al trapianto d'organi 15
4. Rendicontazione utilizzo pompa coassiale – Decreto n. 14035 del 23/09/2024 22
5. Indicazioni in attuazione alla DGR XII/3630/2024 nell'area Salute Mentale e dei Consultori Familiari 24
6. Indici di posti accreditati e indici posti contrattualizzati 36
7. Indicatori generali e specifici di appropriatezza per le UdO sociosanitarie 41

1. PREMESSA

Le Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione 2025 trovano sviluppo a partire dagli indirizzi strategici definiti dal Piano Socio Sanitario Regionale 2024-2028 (PSSR) – per come approvato dal Consiglio Regionale nel Giugno 2024 – individuando le priorità del sistema socio-sanitario lombardo sulla base della recente evoluzione della complessità del tessuto socio-sanitario della popolazione, scenario quest'ultimo caratterizzato da tre macro-tendenze: invecchiamento della popolazione, riduzione della natalità e conseguente aumento del numero di famiglie unipersonali.

Su questi presupposti, gli indirizzi di programmazione che seguono troveranno successiva attuazione anche per il tramite dei relativi atti amministrativi nel corso dell'anno 2025.

2. PREVENZIONE

Di seguito sono elencate le attività di prevenzione fermo restando che è obbligo di tutte le aziende **mantenere la garanzia di tutti i LEA della Prevenzione** e rispetto indicatori LEA/NSG

2.1. PIANO PANDEMICO - PANFLU PL15 - PSSR 3.2

Attivazione del Centro Regionale Malattie Infettive (fino a 5 milioni di euro all'anno per 3 anni 2025, 2026, 2027 su fondi PANFLU GSA 2023) quale Dipartimento Funzionale di ASST Fatebenefratelli Sacco e IRCCS San Matteo di Pavia coordinato dalla DG Welfare per il tramite delle UO Prevenzione/UO veterinaria;

Attivazione della gestione integrata scorte in collaborazione con AREU: come riportato nel Piano Pandemico 2021-2023, il SSR deve garantire 4 mesi di scorta di DPI e DM. Tale indicazione viene attuata prevedendo che le scorte pandemiche in Regione Lombardia siano suddivise come di seguito definito:

- Un mese di scorte (calcolato secondo il consumo effettivo attuale rilevato) stoccati nei magazzini di ciascun Ente pubblico del SSR (ATS/ASST/IRCCS pubblici);
- Tre mesi di scorta (calcolato secondo il consumo effettivo attuale rilevato) stoccati nel magazzino AREU;
- Il quantitativo delle scorte rimanenti, per singolo prodotto (considerando il fabbisogno pandemico, e non quello dell'anno 2023) potrà essere mantenuto con ulteriori accordi contrattuali presso il fornitore.
- Ogni ASST deve avere almeno 1 mese di scorte per i principali dpi e dm, AREU garantisce 3 mesi in magazzino stoccando direttamente le stesse o tramite accordi specifici con i fornitori;
- Attivazione supporto esercitazioni piano pandemico (fino a 530.000 euro anno per 3 anni su fondi PANFLU GSA 2023);
- Diffusione del gestionale SASHA a tutti gli enti e gli attori del SSR, compresi le strutture private, le UDO territoriali, i medici di famiglia, e utilizzo per gestione scorte;
- Conferma della attività di sorveglianza respiratoria in pronto soccorso (DGR63/2023) e sviluppo automatismi di predittività per i vari virus (fino a 2,5 milioni di euro);
- Conferma la disponibilità fino a 26,5 milioni per ATS ASST e IRCCS per attività collegate alla gestione del Piano Pandemico nelle aziende e agenzie;
- Conferma della attivazione del supporto per aumento di posti letto acuti/subacuti per l'epidemia influenzale 25/26 (fino a 6 milioni per ATS);
- Conferma della attivazione supporto hotspot infettivologici per l'epidemia influenzale 25/26 (fino a 5 milioni per ASST);
- Attivazione del supporto della capacità diagnostica per la medicina di famiglia per l'epidemia influenzale 25/26;
- Attivazione di laboratori di simulazione per la formazione e la verifica delle skills degli operatori (fino a 2 milioni di euro).

2.2. DATI

ATS/ASST

- Sviluppo del cruscotto dati della Prevenzione per professionisti (DGR 2966/2024) con i dati dei controlli negli ambienti di vita e di lavoro e ulteriori sviluppi dei dati di sorveglianza (tra cui sistema EVVAI).
- Le Direzioni strategiche di ATS ASST IRCCS, i Direttori dei dipartimenti DIPS, i responsabili dei Servizi interessati ASST/IRCCS (Malattie infettive, Laboratori, Vaccinazioni, Epidemiologie e a richiesta) e ATS (tutti i servizi DIPS, Epidemiologie) utilizzano il cruscotto dati della Prevenzione per l'analisi mensile dell'andamento delle aziende, i dati vengono presentati nelle tre riunioni di Data Governance all'anno.
- Sviluppo dei portali "Profili di Salute" delle ATS e realizzazione del portale unico regionale (attivazione entro primo semestre 2025).
- Integrazione di Ge.M.A. per la raccolta dati relativi al censimento delle linee di scarico idrico contenenti amianto. Le ATS promuovono la realizzazione di una nuova campagna finalizzata ad acquisire nel sistema le suddette informazioni da enti locali/gestori. L'eventuale costo di integrazione sarà coperto con l'utilizzo di accantonamenti anni precedenti previo accordo della UO Prevenzione.
- Sviluppo Atlante Aria e Salute nell'ambito della realizzazione del Progetto "Aria outdoor e salute: un atlante integrato a supporto delle decisioni e della ricerca". Piano nazionale per gli investimenti complementari (PNC)1.4 E.1.
- Il Piano Integrato dei Controlli (PIC) del DIPS deve essere realizzato ed inviato alla DG Welfare UO Prevenzione entro il 28/02/2025.
- Progetto Interoperabilità SUAP - Enti Terzi (ATS): predisposizione del software CRUIS (CRUscotto Istanze SUAP) per garantire il dialogo tra il Catalogo SSU e i gestionali dei DIPS nell'ambito dei procedimenti amministrativi di competenza (SCIA e Riconoscimenti), come previsto dal DPR 160/2010.

2.3. OLIMPIADI 2026

Si rimanda al capitolo dedicato "Giochi Olimpici invernali Milano-Cortina 2026"

2.4. SISTEMA REGIONALE DI PREVENZIONE SANITARIA (SRPS)

ATS/ASST

Conclusione degli investimenti per sviluppo dei dipartimenti di prevenzione (DGR 6990/2022; 2315/2024; 1910/2024), e conclusione degli investimenti dei laboratori di prevenzione (DGR 6990/2022; 2315/2024;1910/2024).

2.5. PNRR- MISSIONE 6 COMPONENT 2 SUB 2.2 (B)

- Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario. Sub-misura: corso di formazione in infezioni ospedaliere.
- Attivazione del modulo "gestione audit" del sistema informativo Herm Lomb per la gestione e conduzione di percorsi di audit sugli Enti del SSR negli ambiti delle prestazioni di prevenzione.
- Messa a regime delle funzionalità di incident reporting e gestione proattiva del sistema informativo Herm Lomb

ATS/ASST

- Attivazione e utilizzo da parte di tutte le ATS e le ASST del sistema informativo Herm Lomb.

- Conclusione corsi moduli b e c infezioni ospedaliere (attesa la piena rispondenza agli obiettivi previsti per le ASST).
- Estensione dell'offerta formativa anche a IRCCS e privati accreditati.

2.6. ORGANIZZAZIONE DELLA PREVENZIONE PSSR 5.2

- Analisi e adeguamento del numero di operatori della Prevenzione (ATS/ASST IRCCS) in coerenza con indicazioni nazionali.
- Sviluppo del ruolo dei Dipartimenti Funzionali di Prevenzione: definizione dei processi, dei ruoli e degli attori coinvolti, dei risultati attesi in sinergia con i DIPS.
- Mappatura delle attività e delle prestazioni di prevenzione erogate da ATS e da ASST e analisi dei risultati ottenuti, anche tramite percorsi di verifica di appropriatezza delle prestazioni e percorsi di audit.
- Definizione di procedure, strategie e programmi di audit strutturati per tutti gli ambiti di prevenzione in funzione dei rischi specifici individuati, individuando le fonti di informazioni su cui dovrà basarsi il processo di pianificazione e fissando criteri di selezione da utilizzare per la scelta del tema dell'audit.
- Sviluppo di un sistema informativo per la mappatura, il monitoraggio, la verifica dei processi e la definizione degli obiettivi, per ottimizzare l'efficienza e l'efficacia operativa e contribuire a garantire la conformità degli esiti.
- Attivazione del laboratorio di simulazione per la valutazione dei percorsi formativi a partire dai neoassunti Tecnici della Prevenzione del SIAN.
- Completamento della mappatura delle competenze distintive dei professionisti sanitari del SIAN, in particolare del Laureato in Dietistica e in Assistenza Sanitaria, attraverso tavoli specifici con rappresentanti dei singoli professionisti delle ATS.
- Attivazione gruppi di presidio delle istruttorie VIA VAS con particolare attenzione alle opere PNNR e Olimpiadi.
- Attivazione del sistema per l'effettuazione di survey per raccogliere informazioni significative e analizzare il contesto in specifici ambiti, le conoscenze, le competenze e le opinioni di diversi interlocutori, gli esiti di attività, l'andamento di uno o più fenomeni, al fine di indirizzare gli interventi e le politiche di sanità pubblica in modo efficiente ed efficace.
- Realizzazione di corso per Dirigenti del SSR in tema di importanza della Prevenzione nella vision dello sviluppo delle aziende del SSR.
- Sviluppo e definizione delle responsabilità delle attività di IPC sul territorio regionale: identificazione di un Tavolo Tecnico di IPC che coinvolga tutti i Comitati Infezione Ospedalieri degli Enti del SSR. Sviluppo delle Strutture e/o Funzioni di Igiene Ospedaliera e IPC negli Enti pubblici con risorse umane adeguatamente formate assegnate afferenti alla Direzione Sanitaria/Direzione Medica di Presidio e coordinamento con il Tavolo Tecnico IPC.

2.7. SORVEGLIANZA MALATTIE INFETTIVE PL 10, PL 13, PL 15, PL22, PL 23, PSSR 3.2

- Integrazione SMI con Microbio e sistemi ADT (ad es. EVVAI).
- Utilizzo di SMI da parte di laboratori di riferimento; Configurazione degli accessi a SMI per i responsabili dei laboratori di riferimento regionale, con finalità di conferma di diagnosi, epidemiologiche e di ottimizzazione del processo di sorveglianza delle malattie infettive; è atteso l'accesso da parte dei laboratori di riferimento per verifica del corretto inserimento dei dati e supporto epidemiologico;

- Messa a regime del flusso Microbio 2.0 DGR 2926/2024; le ASST / IRCCS pubblici entro settembre 2025 attivano e validano Microbio 2.0;
- Sviluppo di Microbio 2.0 con funzioni gestionali; Implementazione e finalizzazione dello sviluppo del sistema MICRO-BIO 2.0 in senso gestionale per la creazione di un ambiente unico a supporto degli Enti per l'analisi dei dati microbiologici locali (es. Identificazione di cluster), il raffronto con i dati regionali e il tracciamento delle azioni di IPC implementate;
- Estensione di MICRO-BIO 2.0 ai Privati accreditati;
- Sviluppo del flusso antibiotici nelle ASST/IRCCS come da DGR 2926/2024: creazione e implementazione di un flusso di consumo di farmaci antimicrobici per singolo evento di ricovero, con l'obiettivo di implementare ulteriori analisi relative alla diffusione dell'antimicrobico-resistenza e azioni di antimicrobial stewardship mirate (attivazione entro 2025);
- Sorveglianza acque reflue. Prosecuzione della sorveglianza delle acque reflue, estensione del pannello di virus ricercati, dei punti di controllo (in particolare gli aeroporti) e inclusione della sorveglianza dell'antimicrobico-resistenza, anche in ottemperanza a quanto previsto dal Piano Nazionale di Contrasto all'Antimicrobico Resistenza 2022-2025 (DGR XII/2926 del 05 agosto 2024);
- Messa a regime sorveglianza AMR nelle RSA da parte di IZSLER (integrazione con MICRO-BIO 2.0); Avvio e consolidamento di un sistema di sorveglianza dell'antimicrobico-resistenza nelle strutture residenziali per anziani di Regione Lombardia (DGR XII/2926 del 05 agosto 2024) con il supporto operativo di IZSLER per l'analisi campioni biologici di sorveglianza (es. tamponi rettali, tamponi cutanei delle pieghe, ecc.);
- Home testing (self-testing e self-sampling) per le Infezioni Sessualmente Trasmesse; Avvio delle attività per l'effettuazione di un programma di home testing attraverso il self-testing e/o self-sampling per le IST da parte dei soggetti a domicilio. Attivazione di una piattaforma regionale e acquisto test (fino a 500.000 di euro);
- Ampliamento del numero di associazioni del terzo settore che eseguono test per le infezioni sessualmente trasmesse in convenzione con i centri per le IST (fino a 300.000 euro);
- Sviluppo di strategie di testing per HIV basate sulle indicator guided conditions e opt-out testing, pooled testing in setting specifici;
- avvio delle attività di integrazione di tutti gli applicativi della Prevenzione con la cartella clinica elettronica regionale (es. SMI, MICRO-BIO, HermLomb, ecc.) in raccordo con la Unità Organizzativa Sistemi Informativi e Sanità Digitale;
- Sviluppo di azioni da parte degli enti per facilitare l'accesso degli utenti HIV e IST al centro vaccinale nonché aumento delle vaccinazioni eseguite presso i centri per le IST;
- Conferma dell'Utilizzo esenzione D98 da parte dei centri IST (fin a 2,5 milioni di euro)
- supporto per trasporto campioni per tamponi flu respirivirnet e zecche e altri campioni strategici (fino a 600.000 euro);
- tavolo fragili: ampliamento associazioni partecipanti e attivazione dell'offerta di profilassi per scabbia da parte del SSR;
- conferma finanziamento laboratori di riferimento (fino a 880.000 euro);

Centro	**Euro**	**Sorveglianza***
IZS Lombardia e Emilia-Romagna	30.000	Supporto attività di sequenziamento per MTA e supporto alla attività di Antimicrobico Resistenza, Botulismo

Fondazione IRCCS CA' GRANDA – Osp Maggiore Policlinico	150.000	MIB e SEU
ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda	150.000	Tubercolosi (micobatteriosi), e Legionellosi
Fondazione IRCCS Policlinico "S. Matteo"	150.000	Arbovirosi, Morbillo-Rosolia, Febbre Emorragica, Influenza e altri virus respiratori, Mpox
ASST Fatebenefratelli Sacco Polo Universitario	150.000	Arbovirosi, Febbre Emorragica (EbV), Influenza e altri virus respiratori, Mpox
Università degli Studi di Milano – lab via Pascal (previo completamento - in corso - del rinnovo della convenzione)	120.000	Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute Epatite virale (A, B, C, D, E), Poliomielite, ricerca in acque reflue (no SARS-CoV-2), Influenza e altri virus respiratori
	80.000	Dipartimento di Scienze della Salute Morbillo, Rosolia, Salmonellosi non tifoidee e Listeriosi;

**in caso di evidenze epidemiologiche sarà possibile richiedere altre ricerche ai laboratori*

- Realizzazione di programmi di prevenzione del rischio di trasmissione di malattie infettive rivolti a target vulnerabili o ad alto rischio - in sinergia con Centri IST/MTS (screening hiv, hcv, ecc.) e SerD/SMI tra cui la prevenzione della scabbia (fino a 500.000 euro), integrazione operativa Programmi "Inclusione sociale" e "Fragilità" FSE attuati dal Dip. PIPPS ecc;
- Integrazione alla Commissione Regionale AIDS della associazione Brescia Checkpoint ETS e al contempo di ATS Brescia;
- Riconoscimento della ASST Valle Olona come sede di Centro IST di cui alla DGR n. X/6968 del 31/7/2017.

ATS/ASST

- Sviluppo di Microbio 2.0 con funzioni gestionali: le ASST entro settembre 2025 attivano e validano Microbio 2.0;
- Attivazione di un percorso sperimentale di presa in carico territoriale delle persone che vivono con HIV: attivazione di progetti pilota nell'ambito delle ASST/IRCCS pubblici con U.O. di Malattie Infettive al fine di valutare l'efficacia della presa in carico dei pazienti con HIV a livello territoriale sia per attività di tipo diagnostico che di somministrazione/consegna della terapia (fino a 500.000 euro);
- Organizzazione di almeno tre Audit nei centri IST da parte del personale delle ATS in raccordo con la UO Prevenzione;
- Organizzazione da parte del Servizio Malattie Infettive di un corso di formazione sulle Malattie Trasmesse da Alimenti, congiuntamente a SIAN, DVSAOA e ASST/IRCCS del territorio, con laboratori interattivi per la gestione in team di casi nella ristorazione collettiva e pubblica – entro ottobre 2025.

2.8. VACCINAZIONI (SC VACCINAZIONI – ASST) PL 18 – PSSR 3.2

- Piena attivazione di ARVAX per tutti gli attori coinvolti nelle vaccinazioni in Regione Lombardia. Formazione entro Settembre 25 di tutti gli operatori coinvolti nelle vaccinazioni: centri vaccinali, case di comunità, ospedali (almeno servizi di oncologia, diabete, pneumologia, geriatria, pediatria,

medicina interna). Formazione di tutti gli operatori coinvolti nel counselling viaggiatore internazionale;

- Dismissione SIAVR; Passaggio di tutte le attività collegate alle vaccinazioni sul software ARVAX e dismissione del software SIAVR entro il 31/12/2025;
- Sviluppi e integrazioni di ARVAX: Attivazione di modalità di registrazione massiva delle vaccinazioni antinfluenzale per gli enti privati entro il 15/10/2025;
- Sviluppi e integrazioni di ARVAX: Apertura delle agende per la prenotazione di vaccinazioni destagionalizzate (pneumococco, herpes zoster, dtp) sul portale regionale Prenota salute;
- Offerta del vaccino anti-zoster e anti-pneumococco nelle farmacie per i nati dal 1952 al 1960 nel 2025 (fino a 30 milioni): attività sperimentale e successiva attivazione a regime in coerenza con la normativa vigente per l'attivazione dell'offerta vaccinale pneumococco e herpes zoster nelle farmacie di comunità.
- Avvio dell'offerta con chiamata attiva di vaccinazione anti-pneumococco e anti-herpes zoster da parte di ASST con prenotazione presso le farmacie di comunità per la coorte dei sessantacinquenni (per il 2025: nati nel 1960)
- Attivazione della funzione "Counselling viaggiatore internazionale" su ARVAX entro il 31/12/2025, inclusa la programmazione delle agende per il counselling per singoli e per gruppi;
- Attività vaccinale in preparazione agli eventi olimpiaci 2026 Milano-Cortina, da erogare sia nei mesi precedenti alle Olimpiadi che durante l'evento; programmare per il 2026 il servizio con risorse pari a € 500.000;

ASST

- Le ASST sono tenute a garantire le coperture vaccinali come da PRPV vigente (acquisto vaccini fino a €130.000.000);
- Tutte le ASST a partire dal 01/01/2025 devono essere in linea con le offerte previste nel PRPV 2024-2025 (Men B adolescenti, HPV fino 26 anni, encefalite zecche fino ai 18 anni);
- Profilassi anti-RSV tramite offerta ai nuovi nati 2025 con anticorpo monoclonale oppure vaccinazione materna (fino a 15.000.000 euro) nonché agli anziani previo assenso ministeriale e valutazione della commissione vaccini regionale (fino a 15.000.000 euro);
- Mantenere per ogni ASST tempi di attesa entro e non oltre i 20 giorni solari per la profilassi del viaggiatore internazionale nonché garantire nei mesi da aprile a luglio almeno 30 slot per 100.000 abitanti nei successivi 30 giorni;
- Apertura per le campagne influenzali dei centri vaccinali presso le strutture private accreditate a contratto, al fine di estendere e facilitare l'accesso della popolazione, incrementare l'adesione alla campagna vaccinale e ridurre i tempi di attesa (fino a 500.000 euro);
- Aperture dei centri vaccinali nei weekend per agevolare l'accesso della popolazione alla vaccinazione, sia per campagne vaccinali dedicate (HPV, influenza, COVID-19, RSV) che per vaccinazioni destagionalizzate (identificate risorse fino a € 1.000.000 in attesa di identificare corrette modalità di remunerazione).

2.9. INFECTION PREVENTION AND CONTROL (IPC) E IGIENE OSPEDALIERA

- Sviluppo del Programma di Prevenzione e Controllo Infezioni di Regione Lombardia
- Definizione del Programma Regionale di Prevenzione e Controllo Infezioni (IPC) in linea con quanto previsto dal documento di riferimento dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e formalizzazione delle attività di sorveglianza obbligatorie e raccomandate in Regione Lombardia.
- Sviluppo e messa a regime del Gruppo di Lavoro "Gruppo Operativo di Prevenzione e Controllo Infezioni Regionale": Istituzione e avvio dei lavori del "Gruppo Operativo IPC Regionale" con

l'obiettivo di supportare a livello decisionale gli Enti nella gestione di eventi infettivi di particolare rilievo epidemiologico (es. *outbreak* di patogeni sotto monitoraggio nazionale o internazionale).

- Sviluppo della rete di professionisti di IPC: Identificazione dei professionisti IPC degli Enti e formalizzazione di un percorso di formazione a loro dedicato, anche in continuità con le proposte formative di cui al Modulo D previsto dal PNRR- MISSIONE 6 component 2 sub 2.2 (b).
- Predisposizione e diffusione dei documenti di indirizzo regionali per le attività di IPC: con il supporto dei Professionisti identificati dagli Enti verranno predisposte ed emesse Linee di Indirizzo Regionali relative a tutti gli ambiti di IPC, a garanzia della standardizzazione delle attività a tutela della salute dei cittadini.
- Predisposizione delle sorveglianze (vedi punto di seguito area ASST) e identificazione dei microrganismi sentinella che fungono da alert per il sistema regionale
- Attivazione di sopralluoghi presso enti SSR per la valutazione allineamento alle indicazioni regionali indicative a Igiene Ospedaliera e prevenzione controllo infezioni
- Monitoraggio dei capitolati tecnici di procedure di gara per l'acquisizione dei servizi strategici di cui alle categorie merceologiche individuate ai sensi del D.P.C.M. 11 luglio 2018.
- Sviluppo di una rete di supporto nella definizione e nel monitoraggio dei contenuti dei capitolati tecnici predisposti dalla Centrale di Committenza Regionale e Stazione Unica Appaltante, per i servizi strategici di cui alle categorie merceologiche individuate ai sensi del D.P.C.M. 11 luglio 2018, che si avvalga dei professionisti delle UO della DGW e degli Enti coinvolti nei Gruppi di Lavoro, Tavoli Tecnici e Reti di professionisti.

ASST

- Sviluppo del Programma di Prevenzione e Controllo Infezioni di Regione Lombardia
- Sviluppo ed emissione dei Programmi locali negli Enti del SSR in linea con quanto previsto nel Programma regionale.
- Partecipazione alle sorveglianze come da indicazioni regionali:
  - sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico
  - sorveglianza delle infezioni in terapia intensiva
  - sorveglianza mediante prevalenza puntuale delle ICA e del consumo di antimicrobici
  - sorveglianza del consumo di soluzione idroalcoliche.

2.10. SICUREZZA ALIMENTARE E NUTRIZIONE PL 12, PL13, PSSR 3.2

- Sviluppo del gestionale SIAN con integrazione di meccanismi di IA;
- Sviluppo nel CRUSCOTTO SIAN di Impres@BI delle sezioni relative alla Nutrizione e alle Acque destinate al consumo umano;
- Predisposizione di Indirizzi Operativi Regionali per definire modalità e criteri comuni per i controlli sull'implementazione dello screening nutrizionale e per la rendicontazione delle attività svolte;
- Predisposizione del programma di controllo regionale relativo alle filiere idropotabili, in accordo con quanto previsto dal D.Lgs 18/2023, e caricamento nel database nazionale AnTeA;
- Sviluppo di un sistema di supporto agli Enti del SSR per l'adeguamento alle prescrizioni previste dal Dlgs 18/2023;
- Attivazione di collaborazioni interistituzionali con le associazioni di categoria e le altre autorità per il miglioramento della tutela del consumatore.
- Saranno coordinati dalla U.O. a valenza regionale IAN, istituita ai sensi della deliberazione n. XI/6608 del 30/06/2022:
- Aumento dell'appropriatezza e dell'uniformità delle prestazioni dei SIAN mediante l'attivazione di tavoli tecnici e attività di controllo congiunte tra operatori dei SIAN delle diverse ATS;

- Attivazione del piano mirato MOCA in tutte le ATS, con il supporto e utilizzando gli strumenti elaborati dalla ATS Brianza;
- Attivazione da parte delle ATS di indagini di customer satisfaction presso le imprese sottoposte a controllo (almeno il 50% delle imprese) utilizzando la scheda messa a disposizione dalla UO Prevenzione;
- Predisposizione di uno strumento di classificazione del rischio ex–ante delle imprese alimentari, nell'ambito del progetto Enhancing risk-based regulatory delivery and inter-regional cooperation on food safety and environmental protection enforcement to increase regional development finanziato dalla Commissione Europea e sviluppato dalla UO Prevenzione in collaborazione con OCSE. Successiva sperimentazione da parte delle ATS secondo le modalità previste dalla UO Prevenzione.

ATS

- Adeguamento da parte delle ATS dell'anagrafe degli stabilimenti registrati e riconosciuti all'Allegato A della DGR 1842/2024 secondo le indicazioni della UO Prevenzione;
- Realizzazione di almeno un intervento formativo da parte di ogni SIAN delle ATS su aspetti relativi alle informazioni rese ai consumatori nelle etichette, in merito al contenuto nutrizionale e alle informazioni salutistiche;
- Realizzazione di almeno un intervento formativo da parte di ogni SIAN delle ATS su aspetti relativi alla sicurezza alimentare al fine di prevenire l'insorgere di MTA, rivolto agli operatori di ATS e ASST, coinvolti nel processo;
- Attivazione da parte dei SIAN delle s*ite visits* presso ASST/IRCCS pubblici e le strutture di ricovero private accreditate a contratto per la verifica dell'implementazione dello screening nutrizionale e del conseguente percorso di presa in carico dei pazienti risultati a rischio, sia in ambito ospedaliero che territoriale, come da target indicati nella DGR 1812 del 29/01/2024. Le s*ite visits* dei SIAN saranno condotte utilizzando la check-list regionale, con i seguenti obiettivi:
- primo semestre 2025: ogni ATS conduce le *site visits* in tutte le ASST/IRCCS pubblici e in almeno 3 strutture di ricovero private accreditate a contratto (si considerano da escludere le strutture pubbliche già controllate nel 2024) attuando attività di verifica sulle cartelle del secondo semestre 2024, con finalità descrittiva senza abbattimento di quota economica;
- secondo semestre 2025: ogni ATS conduce le *site visits* nelle strutture risultate non pienamente adempienti durante i controlli condotti nel primo semestre 2025 e nel 2024.
- Nell'ambito del percorso di implementazione della DGR 1812 del 29/01/2024, i NOC dovranno verificare la presenza nella cartella clinica della scheda dello screening a partire dai dimessi dal 01.01.2025, seguiranno indicazioni specifiche su questa tipologia di controllo.
- Utilizzo introiti da DLGS 32/2021 per il miglioramento dei controlli ufficiali
- Gli introiti di cui sopra sono finalizzati ad attività di controllo del SIAN (da espletare in orario non convenzionale), da effettuarsi esclusivamente con ispezioni, e all'aggiornamento strumentale dei Laboratori di Prevenzione relativamente alle analisi di alimenti;
- Di seguito la stima dell'ammontare a disposizione per ogni ATS, calcolato sulla base degli introiti del 2023 (90% a disposizione di ATS):

AGENZIA DI TUTELA DELLA SALUTE	Decreto legislativo 32/2021, articolo 15, comma 2, lettera a – 90% (valori in euro)
ATS della Città Metropolitana di Milano	400.000
ATS dell'Insubria	100.000
ATS della Montagna	50.000
ATS della Brianza	100.000
ATS di Bergamo	70.000
ATS di Brescia	160.000

ATS della Val Padana	70.000
ATS di Pavia	80.000
TOTALE	**1.030.000**

Si precisa che di tale cifra, per ogni ATS, il 45% dovrà essere utilizzato per raggiungere i target assegnati per controlli inclusi nei Piani Olimpici locali, di cui al capitolo dedicato.

Garantire l'adeguamento, entro giugno 2025, dei gestionali in uso alle anagrafi previste dal database nazionale AnTeA per i controlli delle acque destinate al consumo umano.

ASST

- Implementazione dello screening nutrizionale secondo le tempistiche previste dalla DGR 1812 del 29/01/2024
- Nel 2025 si prevede l'attivazione della sperimentazione per inserire l'offerta di *counseling motivazionale nutrizionale* per soggetti a rischio sovrappeso/obesità nelle case di comunità tramite i Dipartimenti Funzionali di Prevenzione delle ASST. Saranno sviluppate progettualità specifiche secondo le indicazioni di DG Welfare in attuazione del PPDTA Obesità.

2.11. LABORATORI DI PREVENZIONE LABORATORI DI IGIENE INDUSTRIALE DELLE UOOML – PL13, PSSR 3.2

ATS (Laboratori di Prevenzione)

- Sviluppo del LIMS dei Laboratori di Prevenzione;
- Rafforzamento della rete dei laboratori di Prevenzione per le analisi in occasione di MTA, con accreditamento di un panel minimo di analisi entro giugno 2025;
- Attivazione nel laboratorio di ATS Valpadana del monitoraggio dei PFAS nelle acque destinate al consumo umano con aumento dei campioni analizzati a livello regionale;
- Approfondimenti su altri inquinanti emergenti nelle acque destinate al consumo umano;
- Implementazione delle analisi virologiche su matrici alimentari entro settembre 2025;
- Implementazione attività anche a supporto delle ASST/IRCCS per analisi di campioni non umani.
- L'attività regionale 2025 della UO a valenza regionale dei Laboratori di Prevenzione, istituita ai sensi della deliberazione n. XI/6608 del 30/06/2022 in ATS Milano, consiste:
- Coordinamento delle attività proprie dei Laboratori di Prevenzione mediante incontri periodici;
- Prosieguo della condivisione di documenti del sistema gestione qualità per armonizzazione procedure;
- Mantenimento del contratto tecnico unico della rete dei Laboratori di Prevenzione.

ATS/UOOML (LABORATORI DI PREVENZIONE e Laboratori di Igiene Industriale delle UOOML)

- Attivazione capacità analitiche su aria indoor entro settembre 2025
- Nell'ambito delle azioni conseguenti agli atti programmatori relativi all'erogazione del finanziamento di cui alla DGR n. XI/6990 del 19/09/2022 "Proposta Progettuale per Il Governo degli Investimenti Destinati a Regione Lombardia per Il rafforzamento complessivo delle strutture di SNPS-SNPA" e decreti conseguenti, ampliamento della capacità analitica igiene industriale e sicurezza chimica secondo gli indirizzi di cui a nuova specifica delibera di Giunta, fermo restando il rispetto della DGR XII/2966 del 05/08/2024 "ULTERIORI DETERMINAZIONI IN ORDINE AGLI INDIRIZZI DI PROGRAMMAZIONE DEL SSR PER L'ANNO 2024" punto 1.2.4.7 da parte della Fondazione IRCCS Ca' Granda ospedale Maggiore Policlinico, ASST Spedali Civili di Brescia, ASST Brianza, ASST Lecco, ASST Sette Laghi.

Si precisa che i laboratori UOOML sono coordinati dalla UO Prevenzione di Regione Lombardia.

2.12. SCREENING ONCOLOGICI PSSR 1.2.1. 1.2.2

ATS/ASST

- Avvio dello screening del tumore del polmone;
- Screening mammografico: invito attivo con appuntamento prefissato e sollecito per la fascia 45-74 (nate tra 1951 e 1980) (estensione >95%, copertura per test 50-69>60%);
- Screening mammografico: Le donne con pregresso cancro della mammella che escono dal percorso di follow-up in carico alla breast unit sono riassorbite dal programma di screening in accordo agli indirizzi regionali;
- Screening colorettale: invito attivo e sollecito per la fascia 50-74 (nati tra 1951 e 1975) (estensione >95%, copertura per test 50-69>50%); prosegue la gestione da parte dei Centri Screening delle agende follow-up degli erogatori e la centralizzazione dell'attività analitica sui due laboratori di riferimento di ATS Milano e ATS Brescia;
- Invito attivo con appuntamento prefissato e sollecito della popolazione femminile non vaccinata per HPV di età tra i 25 e 29 anni per pap test (prevista estensione >95% a tutte le non vaccinate nate tra il 1996 e il 2000). Si ricorda l'importanza dell'offerta attiva della vaccinazione anti-HPV alle venticinquenni al momento dell'invito e dell'esecuzione del pap test;
- Invito attivo con appuntamento prefissato e sollecito della popolazione femminile di età tra i 30 e 64 anni per HPV test (prevista estensione >95% almeno per le donne nate tra 1961 e il 1978);
- Screening HCV: nelle more dell'eventuale conferma dell'attività da parte del Ministero, si prosegue con l'offerta opportunistica ai pazienti a medio rischio, con l'offerta ad assistiti di SERD e istituti penitenziari, con l'offerta attiva tramite lettera anche con utilizzo dei fondi assegnati all'attività di test (decreto 10080/2023). Prosegue la campagna con test rapido in sedi di offerta delocalizzate (es. camper);
- Screening HCV: corretta e completa compilazione dei dati degli screening HCV comprensivi dei dati di compliance alla terapia e relativo esito per gli screening erogati fino a giugno 2024 nel portale HCV entro gennaio 2025; i centri di secondo livello (ASST e privati accreditati) completano l'inserimento, i centri screening delle ATS verificano il corretto inserimento;
- Caricamento delle lettere di invito, redatte secondo il formato unico regionale nel Fascicolo Sanitario Elettronico;
- Introduzione delle Case di Comunità nell'attività di ingaggio del cittadino agli screening oncologici tramite stampa della lettera di invito e prenotazione diretta sulle agende screening;
- Implementazione e avvio valutazione dei progetti equity per la riduzione delle diseguaglianze di accesso agli screening;
- Completamento dell'attività di stesura dei bilanci sociali dei programmi di screening (entro giugno 2025 realizzazione per ogni ATS)
- Ai fini del maggiore coinvolgimento di cittadini nei programmi di screening regionali sono promosse specifiche campagne informative e promozionali validate anticipatamente e coordinate dalla DGW, ATS e ASST in modo uniforme, condiviso e standardizzato su tutto il territorio regionale. Si precisa che, anche per l'anno 2025, tutte le prestazioni eccedenti il tetto prefissato dalle ATS saranno remunerate a costo pieno, in continuità con le modalità adottate nel 2024 e senza alcuna riduzione. Tale scelta è motivata dalla volontà di ampliare l'attività di screening, riconoscendone il rilevante impatto positivo sulla salute pubblica;
- Per l'anno 2025, allo scopo di potenziare le attività di screening relative al tumore della Prostata e del Polmone saranno finanziate prestazioni extrabudget fino ad un massimo di € 1.500.000, a valere sul FSR per le strutture pubbliche, saranno inoltre coinvolte strutture private accreditate a contratto, fino a un importo massimo di € 1.500.000 - le prestazioni rientranti nella categoria sono le seguenti: Biopsia Prostatica, RMN e TAC Polmonare;

- Completamento della campagna comunicativa regionale per i programmi di screening e della messa a disposizione al cittadino della prenotazione su iniziativa sul portale Prenota Salute con l'estensione allo screening colorettale e cervicale e alle prenotazioni di screening mammografico (per cui non sarà previsto invito attivo ATS) nella fascia 40-44;
- Attivazione del centro per l'analisi continua delle patologie HPV-correlate;
- Completamento del progetto di accesso allo screening per le persone disabili (ASST Mantova, fino a 250.000 DGR XII 1827/2024);
- Completamento del progetto della valutazione della qualità delle immagini mammografiche tramite fantoccio (Associazione Italiana Fisica Medica - ASST Mantova) e dello sviluppo della piattaforma di analisi dei cancri di intervallo (ASST Mantova, DGR XII/292);
- Sviluppo del sistema informativo regionale unico per i programmi di screening;
- Prosecuzione dell'analisi dei percorsi per il tumore giovanile del colon retto in coerenza con la DGR 2455/24 (fino a ad 1 milione di euro);
- Sviluppo di indicatori di appropriatezza del follow-up endoscopico e di una sperimentazione del riorientamento colonscopie del territorio;
- Implementazione progettualità per lo sviluppo di integrazioni tra lo screening organizzati (mammella, prostata) e piattaforme basate sull'intelligenza artificiale per aumentare efficacia ed efficienza dello screening;
- Avvio progettualità per l'incremento dell'adesione allo screening colorettale tramite invio con postalizzazione;
- Avvio dei percorsi di audit dello screening del cervicocarcinoma con il supporto metodologico dell'Agenzia di Controllo del Sistema Socio-Sanitario Lombardia e dello screening colorettale con il modello della Società Italiana di Endoscopia Digestiva (SIED);
- Attivazione il tracciato DWH screening 8.0 che prevede il nuovo indicatore per il monitoraggio della saturazione delle agende degli erogatori per lo screening mammografico e HPV;
- Attivazione percorsi di sviluppo dell'intelligenza artificiale applicata allo screening mammografico tramite la realizzazione di modelli a rete che permettano di valorizzare l'ampiezza dello screening di regione Lombardia (fino a 2 milioni); l'intelligenza artificiale ha lo scopo di migliorare l'efficacia e l'efficienza dello screening (supporto decisionale al radiologo) nonché attivare percorsi di validazione in screening delle mammografie erogate al di fuori del programma di screening validando al contempo l'utilizzo della IA nello screening;
- Supporto alla attività di secondo livello dello screening della cervice uterina per garantire tempi di attesa previsti dal livello nazionale nelle ATS che sono al terzo anno di attivazione dell'offerta con test HPV (fino a €40.000).

Saranno coordinati dalle U.O. a valenza regionale, istituite quale ai sensi della deliberazione n. XI/6608 del 30/06/2022:

Centro regionale Screening

- Conclusione del progetto pilota di screening primario per la prevenzione del carcinoma della cervice uterina, attraverso l'utilizzo dell'auto-prelievo abbinato all'HPV test;
- Definizione del percorso di screening mammografico basato sulla valutazione iniziale del rischio a partire dai 40 anni;
- Conclusione delle valutazioni di impatto per lo screening dei tumori della mammella e del colon-retto e avvio valutazione screening del cervicocarcinoma;
- Apertura a partire dal mese di febbraio 2025 dello screening alla prostata per tutti i nati nel 1974 e prosecuzione e dell'arruolamento progressivo mensile per i nati nel 1975 (le ATS aggiornano e predispongono le white list);
- Definizione indicatore composito di performance per gli screening oncologici.

2.13. PROMOZIONE DELLA SALUTE PSSR 3.2

- Attivazione progetto PARI – collaborazione dei Servizi Promozione della Salute e Comunicazione delle ATS/ASST allo studio di fattibilità regionale avviato con DGR XII/2967 del 05/08/2024 secondo quanto sarà specificato con successivi provvedimenti/note regionali (fino 1.000.000);
- Attivazione palestre per la salute; messa a sistema dei Laboratori permanenti per la promozione di Attività fisica e movimento ATS/ASST;
- Conferma dell'assegnazione alle ATS, come da tabella sotto riportata, di risorse pari ad euro 700.000 secondo indicazioni regionali;

Ente	Importo euro
ATS Bergamo	60.000,00
ATS Brescia	60.000,00
ATS Brianza	60.000,00
ATS Insubria	60.000,00
ATS Milano CM	320.000,00*
ATS Montagna	40.000,00
ATS Pavia	40.000,00
ATS Valpadana	60.000,00

(*) *l'importo comprende le risorse per il supporto garantito - per il tramite della UO a valenza Regionale - Centro Regionale Promozione della Salute*

ATS

- Attuazione Programmi di settore previsti dal PRP 2021/25 (PP 1-2-3-4-5 e ai PL 16-19-20) - partecipazione dei Servizi PromoSalute ATS e dei Dip funz.li ASST alla progettazione della declinazione locale delle Azioni Equity previste dal PRP (partecipazione a 2 Seminari regionali Equity + declinazione locale di iniziative mirate relativamente ad almeno 1 Azione Equity per ogni ASST concordata con ATS);
- Estensione della Rete WHP Lombardia, integrazione WHP-ITWH, integrazione SSL Scuola e Modello SPS – n. Aziende aderenti al 31.12.2025 ≥ 120% n. Aziende aderenti al 31.12.24 - Partecipazione di tutti i Servizi PromoSalute ATS ai laboratori formativi su Scuola Sicura – entro il 31 Dicembre 25;
- Sperimentazione dell'integrazione WHP-ITWH in almeno 3 Aziende in ciascuna ATS; partecipazione ATS a Evento formativo regionale di presentazione ITWH – WHP; entro il 31.12.25 realizzazione di almeno 1 Laboratorio formativo regionale "Storie di Infortunio e malattie professionali" con il coinvolgimento di operatori dei Servizi PromoSalute e PSAL di tutte le ATS;
- Implementazione del Modello lombardo della Scuola che Promuove Salute (estensione Rete SPS Lombardia, adattamento del Modello a CFP/IEFP) - n. Scuole aderenti al 31.12.25 ≥ 120% n. Scuole aderenti al 31.12.24 - entro il 31.12.25 realizzazione di almeno un evento formativo in ogni ATS di presentazione del Modello SPS adattato a CFP/IFEP);
- Ampliamento offerta Programmi preventivi regionali (LST Lombardia, Unplugged Lombardia, Educazione tra pari ecc.) anche in collaborazione con gestori accreditati - n. Studenti coinvolti nei programmi preventivi regionali (LST Lombardia + Unplugged + TraPari) al 31.12.25 ≥ 120% n. Studenti coinvolti nei programmi preventivi regionali (LST Lombardia + Unplugged + TraPari) al 31.12.24;
- Attivazione e formazione sui portali "profili di salute" in tutto il territorio e sviluppo del "profili regionale" - entro il 30.09.25, a seguito di specifiche indicazioni regionali, programmazione e realizzazione di almeno 1 evento formativo in ogni ATS, con partecipazione di almeno il 50% degli

operatori dei Servizi PromSalute delle ATS e di professionisti afferenti al 100% dei Dip. Funz.li e dei Distretti ASST;

- Stabilizzazione del Programma regionale “Progetto Parchi” (entro il 30.06.25 definizione modello organizzativo da parte di ATS Milano + ASST del territorio di riferimento); integrazione programmatoria delle attività preventive dei Programmi ldr/rdd “Marginalità sociale 7” FSE attuati dal Dip. PIPPS nel PIL di ciascuna ATS; partecipazione di almeno 1 Referente di ogni progetto agli Eventi formativi regionali EUPC – Curriculum Prevenzione Europeo offerti anche per il tramite delle ATS;
- Approvazione da parte delle ATS del PIL – Piano Integrato Locale Promozione della Salute – con il coinvolgimento di ASST, Enti Locali e Terzo settore (integrato con Piano Locale GAP, Piano Invecchiamento Attivo, Piano disagio, Progetti “Inclusione sociale”/” e PPT ASST per la parte Promozione salute e prevenzione dei fattori di rischio comportamentali) entro il 28.02.25;
- Compilazione del 100% delle Survey stili di vita (portale regionale) secondo la seguente tempistica: tutte le survey saranno aggiornate con cadenza mensile (max entro giorno 5 del mese successivo a quello di riferimento); per survey relative al setting scolastico i dati dovranno essere aggiornati nel rispetto della tempistica di conclusione dell’a.s. 2024/25 (30 giugno) e avvio dell’A.s. 2025/26 (1° settembre) e comunque entro il 31 dicembre;
- Aggiornamento Piano Azione Regionale GAP e implementazione delle attività previste da Obiettivi Generali 0, 1 e 2 dei Piani Locali GAP – ATS: aggiornamento e formalizzazione del Piano Locale GAP e implementazione del 100% delle linee di attività previste a livello regionale/locale secondo indicazioni e tempistiche regionali;
- Nelle more della definizione di ulteriori provvedimenti regionali, e al fine di garantire il pieno utilizzo delle risorse già disponibili, nell’attuazione dei rispettivi piani locali gap, con particolare riferimento agli obiettivi generali 0), 1) 2), le ATS utilizzano per la copertura dei costi, il pieno utilizzo di eventuali residui maturati su annualità di piano precedenti;
- Le ATS possono altresì rimodulare la declinazione delle risorse sugli obiettivi di piano previa autorizzazione dei competenti uffici della DG welfare;
- Gestione, nell’ambito di protocolli operativi definiti a livello regionale dalla delle fasi di raccolta per il territorio di rispettiva competenza dei dati nell’ambito dei Sistemi di Sorveglianza 2025 su Stili di vita e stato di salute della popolazione (0-2 Anni, OKkio alla Salute, Indicatore composito stili di vita), collaborando nelle fasi di raccolta dei dati a livello territoriale con i Servizi ATS del DIPS (in particolare: SC IAN per OKkio alla Salute) e del PIPPS (per HBSC). Nel caso della Sorveglianza 0-2 Anni, come in passato, la raccolta dei dati sarà effettuata dal personale dei Centri Vaccinali delle ASST;
- Implementazione del “Protocollo di Intesa – Prefettura/Scuola” di cui alla DGR n. XI/6761 e dei “Piani locali Disagio”;
- Messa a regime della Piattaforma regionale “Survey Stili di vita” - compilazione da parte dei Servizi DIPS del 100% delle survey previste a livello regionale entro il giorno 15 di ogni mese;
- Definizione entro il 30.06.25 di un piano di comunicazione integrato ATS – ASST relativo a ciascuna tipologia di offerta presente a livello territoriale (pubblicazione delle “mappe” di offerta sui siti web di ciascuna ATS e ASST);
- ATS Pavia prosegue il percorso di sperimentazione di presa in carico del paziente diabetico sulla base della revisione sistematica realizzata dal NIEBP nel 2024.

ASST

- Rafforzamento ingaggio dei MMG e PDF per adesione offerta formativa “Counseling motivazionale breve” - stili di vita - entro il 31.12.25 almeno il 25% dei MMG e PDF di ciascuna ASST formati attraverso adesione ai programmi formativi regionali offerti anche per il tramite delle ATS;

- Avvio di progetti preventivi nel setting carcerario (nutrizione, stili di vita, dipendenze) e di programmi di sensibilizzazione in materia di prevenzione del rischio di trasmissione di malattie infettive rivolti a target vulnerabili o ad alto rischio - entro il 31.12.25 avvio di almeno 1 programma/progetto in ogni sede carceraria nell'ambito della cornice programmatoria regionale definita in collaborazione con DAP;
- Consolidamento delle azioni integrare con i Consultori (in particolare: team emergenza scuole disagio/bullismo; Servizi-sportelli psicopedagogici, Home visiting, Nati per Leggere, Baby pit stop ecc.);
- Potenziamento offerta AFA/EFA a livello comunale – entro il 31.12.25 costituzione in ogni ASST del Laboratorio permanente; indicatore n. offerte AFA/EFA mappate in ogni ATS/ASST al 31.12.25 ≥ 120% n. offerte AFA/EFA mappate al 31.12.24;
- Attivazione della sperimentazione "Lifestyle Interventions against Vulnerability in the Elderly Brain" (fino a 500.000 euro Panflu GSA 2023);
- Attivazione sperimentale presso la Città di Milano di interventi in tema di contrasto a bullismo e violenza per l'adolescente con il supporto delle associazioni del terzo settore (fino a 30.000€ tramite il coordinamento del ASST FBF Sacco – Dipartimento di Prevenzione).

2.14. MEDICINA DELLO SPORT

- Formazione di competenze nelle ATS in tema di gestione della medicina dello sport;
- Prosecuzione delle attività di digitalizzazione;
- Verifica da parte delle dei requisiti negli ambulatori di medicina dello sport da parte delle ATS
- Si conferma la validità della nota n.9787 del 26/03/2015 in merito alla gratuità del certificato per idoneità all'attività sportiva non agonistica richiesto dall'autorità scolastica;
- Supporto in tema di gestione dell'emergenza per le manifestazioni sportive, in quanto promozione ai corretti stili di vita nei giovani, realizzate nell'ambito dell'attività scolastica e coordinate dall'ufficio scolastico regionale (fino a 300.000€ con il coordinamento di AREU);
- Attivazione di progetti sperimentali presso la città di Milano in tema di contrasto al bullismo e alla violenza, con il supporto delle associazioni del 3° settore (fino a 300.000€). Il mandato sarà in capo al dipartimento di prevenzione ASST Fate Bene Fratelli per costruire reti locali.
- Viene anche identificato l'Ospedale Sacco dell'ASST Fatebenefratelli Sacco tra le Strutture di riferimento in Medicina e Patologia dello Sport, quale Polo per la Medicina dello Sport, oltre che il servizio di Medicina dello Sport del PO di Sondalo, di ASST Valtellina.

2.15. PREVENZIONE SICUREZZA AMBIENTI DI LAVORO PSSR 3.2

- Utilizzo introiti delle sanzioni per aumento dei controlli. Obiettivo di ogni ATS è l'utilizzo di risorse pari all'ammontare delle sanzioni dell'anno precedente aumentate del 20%;
- Nel rispetto di quanto disposto dalla LR 33/2009 art. 60 quater comma 1 bis, previa rendicontazione economica del dettaglio delle spese sostenute a valere sul finanziamento assegnato con Decreto DGW 11068 del 20.07.2023 e sull'entità di fondi residui - precedentemente assegnati e liquidati, le ATS utilizzano i fondi sanzioni ripartiti per ulteriori attività di prevenzione a tutela dei lavoratori;
- I fondi di cui al paragrafo che precede, a norma del comma 1, lettera a), punto 1) art. 60 quater LR 33/2009, finanziano, altresì, prestazioni aggiuntive del personale in servizio (da espletare in orario non convenzionale). Di seguito la stima del monte ore da dedicare alle prestazioni, ispezioni sul territorio, per il comparto e per la dirigenza. Laddove le ATS non dispongano di personale sufficiente per la realizzazione di controlli aggiuntivi potranno arruolare anche personale di altre ATS o di altre regioni per il quale potranno anche includere nel capitolo di costo in oggetto anche

le spese di missione; ciò fermo restando la necessità di una programmazione adeguata che permetta di acquisire dalla prefettura i necessari titoli per lo svolgimento delle mansioni assegnate;

Ente	monte ore prestazioni comparto anno 2025	Importo stimato comparto 2025 (50 €/ora)
Va ATS Insubria	9.360	468.000,00 €
ATS Bergamo	5.500	275.000,00 €
ATS Valpadana	7.540	377.000,00 €
ATS Brescia	5.000	250.000,00 €
ATS Milano	26.185	1.309.250,00 €
AST Montagna	780	39.000,00 €
ATS Pavia	2.990	149.500,00 €
ATS Brianza	9.984	499.200,00 €
Totale	**67.339**	**3.366.950,00 €**

Ente	monte ore prestazioni dirigenza anno 2025	Importo stimato dirigenza 2025 (80 €/ora)
ATS Insubria	2.340	187.200
ATS Bergamo	900	72.000
ATS Valpadana	520	41.600
ATS Brescia	300	24.000
ATS Milano	1.965,6	157.248
AST Montagna	195	15.600
ATS Pavia	910	72.800
ATS Brianza	0	-
Totale	**7.131**	**570.448,00€**

- Attivazione utilizzo divise uniche; Previa regolamentazione disposta dalle ATS, si dà attuazione alla dgr N° XII / 1686 del 28/12/2023;
- Organizzazione della 43sima settimana di promozione della SSL regionale e territoriale; In coerenza a quanto disposto dalla lr 33/2009 art. 60 bis, le ATS organizzano le iniziative come da indirizzi regionali;
- Prosecuzione Piani mirati di Prevenzione per vari settori con particolare attenzione al rischio reprotossico, allo stress lavoro correlato e al rischio cancerogeno professionale e muscoloscheletrico. Le ATS attuano le indicazioni operative relative all'attuazione dei PMP a valenza regionale definite nei relativi Tavoli Tecnici DGR 6869/2022, il cui monitoraggio è effettuato in Comitato di coordinamento regionale art. 7 D. lgs 81/08;
- Analisi e perfezionamento dell'algoritmo Ca.Ri.Ca., le ATS utilizzano l'algoritmo per la scelta dei cantieri da controllare;
- Focus su tumori al polmone per rischio professionale. Le UOOML in collaborazione con le ATS svolgono gli accertamenti sulla sussistenza dell'origine professionale dei casi inseriti nel servizio telematico SMP e rendicontano semestralmente con un report, in forma aggregata, il numero di casi istruiti ed i relativi esiti;
- Prosecuzione delle attività di emersione delle malattie professionali, tumori a breve latenza e bassa frazione eziologica come da metodologia rimodulata dal sottogruppo "tumori professionali a breve latenza" del Ta.Te. "Rischio Chimico e Cancerogeno occupazionale" (istituito con DGR 6869/2022) e condivisa con ATS, UOOML e COR con nota G1.2024.0032745 del 22/08/2024. Contestualmente, ATS, UOOML, SC Epidemiologia e COR a seguito della condivisione della

metodologia, realizzano un incontro congiunto per discutere i risultati dell'attività svolta che sarà oggetto di report semestrale;

- Coerentemente al punto 12.11 "Laboratori di prevenzione", e secondo i prossimi indirizzi di Giunta, le ATS definiscono un programma di controlli nelle aziende che preveda indagini analitiche di igiene industriale a cura dei laboratori di prevenzione ATS e di quelli individuati dagli atti programmatori relativi all'erogazione del finanziamento di cui alla DGR n. XI/6990 del 19/09/2022 "Proposta Progettuale per Il Governo degli Investimenti Destinati a Regione Lombardia per Il rafforzamento complessivo delle strutture di SNPS-SNPA" e decreti conseguenti (Fondazione IRCCS Ca' Granda ospedale Maggiore Policlinico, ASST Spedali Civili di Brescia, ASST Brianza, ASST Lecco, ASST Sette Laghi);
- Verifica utilizzo linee guida in tema di violenza sugli operatori; Le ASST, con il supporto delle ATS attuano le linee redatte all'interno del tavolo istituito a norma della lr 15/2020, condivise con ACSS, approvate in Giunta regionale, sentita la commissione consiliare competente;
- Sviluppo di nuovo scenario d'uso in Geo. Sa. relativo alle malattie professionali;
- Nell'ambito di un ristretto gdl che integra competenze in tema SSL, salute e ambiente ed epidemiologia, anche in coerenza con gli obiettivi del PNP SIN è definito un nuovo scenario d'uso che le ATS utilizzano;
- Attivazione piattaforma informatica integrata tra le ATS per il supporto in remoto delle ispezioni nei cantieri; Nella logica di rendere più efficienti ed efficaci le ispezioni in cantiere, fermo restando l'attuazione della formazione disposta con DGR 2966/24 è progettata in collaborazione con le ATS BS, PV, MB una specifica piattaforma;
- Recepita la convenzione quadro tra INAIL e la Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome per l'accesso ai servizi SINP denominati: flussi informativi, registro delle esposizioni e registro infortuni, i referenti ATS precedentemente comunicati a DG Welfare, individuano e abilitano "a cascata" gli operatori designati all'accesso. Gli operatori partecipano a percorsi formativi dedicati a garanzia di supporto analitico alla programmazione e rendicontazione delle attività;
- Attivazione nell'ambito dell'autorità unica di sicurezza chimica di interventi di vigilanza trasversali tra normativa OHS e REACH/CLP.

2.16. IGIENE PUBBLICA E SALUTE AMBIENTE

2.16.1. PSSR 2.3.10 Potenziare gli interventi di prevenzione - PRP PP09 Ambiente Clima e Salute

- Interventi di prevenzione per il rischio radon, realizzazione di campagne di citizen science in collaborazione con ARPA, con i Comuni e con le Università al fine di sostenere l'informazione sul rischio e i programmi di misurazione del radon. [per eventi extra orario lavoro (euro 40.000)];
- Le ATS, in collaborazione con ARPA, attuano gli indirizzi regionali per la promozione, informazione e sensibilizzazione in tema di misurazione della concentrazione media annua di radon (art. 66 terdecies della L.R. 33/2009) e si adoperano, in particolare, per aggiornare le aree prioritarie, raccogliendo le adesioni alla "Nuova campagna di monitoraggio Radon 2024-2025";
- In collaborazione con ARPA, aggiornamento delle linee guida per la prevenzione delle esposizioni al gas radon in ambiente indoor approvate con Decreto D.G. Sanità n XII/678 del 21.12.2011;
- Attuazione in collaborazione con le DG competenti e Arpa degli interventi e misure di finanziate dal PNAR;
- Legionella: sensibilizzazione sul territorio di competenza all'implementazione e uso del portale GETRA che raccoglie il censimento delle torri di raffreddamento. Prosegue l'attività di campionamento delle torri di raffreddamento (target 25% anno) e delle altre sorgenti, tenendo conto dell'incremento delle attività recettive in vista delle olimpiadi;

- Attivazione rete pollini. È progettato e rilasciato un nuovo servizio telematico che consolida la Rete pollini lombarda e assicura omogeneità del dato rilevato ai fini della sua diffusione ai soggetti che ne hanno diritto;
- Attivazione di punti di prelievo supplementari per le aree di balneazione a rischio più elevato di inquinamento secondo gli indirizzi regionali;
- VIA-VAS Attivazione di un sistema di monitoraggio dei contributi espressi dalle ATS nell'ambito dei procedimenti ambientali;
- Utilizzo di Geo.Sa da parte delle ATS; Configurazione e monitoraggio degli accessi a Geo.SA per finalità di supporto decisionale in fase di programmazione e realizzazione di interventi di controllo e rilascio di pareri nell'ambito dei procedimenti ambientali;
- Collaborazione. su richiesta della DG Welfare, all'attività inerente le ricerche in convenzione con le università:
  - "Gli effetti di alberi e foreste sulla salute pubblica: una sintesi evidence based"
  - "Individuazione ed analisi dei determinanti ambientali e climatici prioritari per la programmazione orientata al bisogno di salute ed equità dei territori lombardi"
- Sviluppo e implementazione dei progetti PNC con il coinvolgimento delle ATS e delle UOOML anche attraverso la realizzazione di tavoli permanenti ed in particolare:
  - PCN1: Prevenzione e riduzione dei rischi per la salute legati all'inquinamento dell'aria interna
  - PNC2. Prevenzione e riduzione dei rischi per la salute legati all'inquinamento dell'aria esterna
  - PNC5. Prevenzione e riduzione dei rischi fisici (compresi il rumore, le radiazioni ionizzanti e non ionizzanti) e dei rischi associati a prodotti chimici e processi
  - PNC10. Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro. Il benessere del lavoratore in un'ottica di TWH (Total Worker Health)
  - PNC13. Promozione della digitalizzazione dei sistemi ambiente-clima e sanitario, a supporto di analisi e comunicazione sui rischi
  - PNC Sintesi - modello di intervento n.1 "messa a punto e valutazione di efficacia di interventi di prevenzione primaria e secondaria per ridurre l'impatto sanitario delle patologie attribuibili all'ambiente e alle diseguaglianze sociali"
  - PNC InSinergia - modello di intervento n.2 "valutazione dell'esposizione di popolazione agli inquinanti organici persistenti, metalli e PFAS ed effetti sanitari, con particolare riferimento alle popolazioni più suscettibili"

Le ATS coinvolte concorrono all'attuazione obiettivi e deliverables di progetto nel rispetto del cronoprogramma.

2.17. AUTORITÀ UNICA SICUREZZA CHIMICA (ATS/DIPS)

2.17.1. PSSR 2.3.10 Potenziare gli interventi di prevenzione - PRP PP09 Ambiente Clima e Salute

- Consolidamento della autorità uniche territoriali di controllo per la sicurezza chimica (LR 4/23) per la realizzazione dei Piani di controllo (documentale e analitico) secondo gli indirizzi nazionali e regionali nell'ambito REACH/CLP, cosmetici, biocidi, fitosanitari, detergenti;
- Aumento dei controlli REACH/CLP del 10% per ATS Città Metropolitana di Milano e 5% le altre ATS;
- Partecipazione ai progetti di vigilanza ECHA (REF, Project Pilot, Forum, BEF) su richiesta di DG Welfare;
- Attuazione del Protocollo per il coordinamento dei controlli congiunti ARPA e ATS degli impianti EoW di recupero rifiuti ai sensi dell'articolo 184 ter comma 3 del D.lgs.152/2006;

- Implementazione della cooperazione interistituzionale (ADM, USMAF-SASN) al fine di limitare la presenza nel territorio di prodotti non conformi a tutela della salute dei lavoratori, dei consumatori, a protezione dell'ambiente e delle filiere di approvvigionamento virtuose;
- Aumento dell'appropriatezza e dell'uniformità dei controlli secondo gli atti d'indirizzo implementati dal Tavolo Sicurezza Chimica di cui al Decreto N. 8753 del 10/06/2024 e relativi sottogruppi;
- Attivazione di un sistema di repository dei prodotti campionati/vigilati al fine di evitare duplicazioni e/o attivare azioni di controllo coordinato sul territorio regionale;
- Prosegue l'attuazione Piano mirato di prevenzione a valenza regionale relativo all'utilizzo in sicurezza di sostanze cancerogene e mutagene soggette ad autorizzazione Reach (allegato XIV) - Decreto N. 9 del 04/01/2024;
- Realizzazione di almeno un intervento formativo da parte di ogni DIPS su aspetti relativi alla sicurezza chimica al fine di garantire interventi integrati e trasversali di tutela del mercato e tutela sociale;
- In un'ottica di miglioramento della conoscenza in materia sicurezza chimica e tutela del consumatore/cittadino, contributo ad elaborare programmi regionali di comunicazione ed informazione che consentano l'aumento della consapevolezza della popolazione relativamente al rischio ambientale-sanitario;

2.18. MEDICINA LEGALE (ASST SC /SS)

- Contenimento dei tempi di attesa per gli accertamenti di idoneità alla guida e messa a sistema di servizio di invio e ricezione flussi;
- Sviluppo buone pratiche per la gestione dei percorsi di fine vita;
- Implementazione di progetti di dematerializzazione e telemedicina applicati alla medicina necroscopica;
- attivazione della sperimentazione "realizzazione di procedure e formazione per gli operatori sanitari delle cure primarie e dell'area vaccinale per la prevenzione e il contrasto del fenomeno della violenza sulle donne e domestica";
- Indirizzi in merito all'aggiornamento del nuovo codice della strada.

2.19. CENTRI ANTIVELENI CAV E ASST

- Gestione depositi e microdepositi SNAF;
- Ricerca droghe e sostanze farmacologiche nelle acque reflue;
- Cooperazione con l'Autorità Unica per la Sicurezza chimica per l'affrontamento delle emergenze segnalate nell'ambito del Sistema di sorveglianza delle esposizioni pericolose e delle intossicazioni (SIN – SEPI) e del flusso dati di cui al PRP PL19.

2.20. CAMPAGNE DI COMUNICAZIONE

Le campagne di comunicazione per l'area prevenzione verranno inviate con nota successiva in coordinamento con la UO Progetti Trasversali e Comunicazione Istituzionale

2.21. ATTIVITÀ PROSPETTICHE AREA PREVENZIONE

Di seguito sono descritte alcune attività prospettiche della UO Prevenzione, le specifiche di ogni progettualità saranno dettagliate in successive comunicazioni:

- PREV 001 - BANCHE GENOMICHE DELLA PREVENZIONE PERSONALIZZAZIONE SCREENING
- Sviluppo di banche genomiche per mappare rischi genetici e ambientali, confrontando popolazioni esposte e non esposte a SIN. L'obiettivo è avere un modello di prevenzione personalizzata basata sul corredo genomico, con attenzione alla privacy e consenso informato e alla partecipazione del cittadino. Transizione a screening basati sul rischio per personalizzare gli interventi;

- PREV 002 – NUTRIZIONE
- Potenziamento dei servizi pubblici per il contrasto al sovrappeso e obesità con azioni di counseling e l'aumento del personale dedicato, in linea con normative nazionali (DM 16/10/1998);
- PREV 003 - INVECCHIAMENTO DELLA POPOLAZIONE LAVORATIVA
- Adattare ambienti lavorativi per una forza lavoro anziana più sana e produttiva, monitorando rischi non professionali e promuovendo il benessere con il modello Total Worker Health;
- PREV 004 - SORVEGLIANZE PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE
- Implementazione di un sistema regionale per monitorare stili di vita e fattori di rischio, supportando la pianificazione sanitaria e migliorando la literacy dei cittadini;
- PREV 005 - URBAN HEALTH E CLIMA (MISSION DELL'IGIENE PUBBLICA)
- Promozione della salute ambientale tramite, spazi verdi, progettazione sostenibile per la mitigazione dei rischi climatici implementando un ruolo attivo del SSR nelle conferenze di servizio. Supporto alla progettazione e realizzazione di aree dedicate all'attività sportiva per adulti e minori nonché a creare contesti di vita che favoriscano una sana alimentazione (es. tramite la presenza di servizi in grado di offrire alimentazione sana) e altresì il contrasto alle dipendenze (es. aree smoking free);
- PREV 006 - POLO TOSSICOLOGICO
- Integrazione di centri regionali per rispondere a sfide diagnostiche e terapeutiche legate a nuove sostanze stupefacenti. Rafforzamento del monitoraggio e della capacità analitica;
- PREV 007 - PREVENZIONE ODONTOIATRICA
- Promozione della salute orale nei bambini attraverso counseling nei centri vaccinali e sperimentazione di un servizio odontoiatrico pediatrico e di comunità;
- PREV 008 – SVILUPPO COMPETENZE DI PREVENZIONE NEGLI OPERATORI
- Realizzazione di laboratori di simulazione anche tramite l'utilizzo di intelligenza artificiale e altri sistemi informatici per verificare e certificare le competenze in tema di prevenzione degli operatori del SSR secondo le diverse aree tematiche (malattie infettive, controlli, promozione della salute, etc).

3. VETERINARIA

3.1. REGOLE DI FUNZIONAMENTO

- Garantire il raggiungimento dei LEA di Sanità Pubblica Veterinaria;
- "Fondi funzione": verranno fornite dall'UO Veterinaria regionale ai Dipartimenti Veterinari delle ATS indicazioni sull'adozione del provvedimento di allocazione e di successiva rendicontazione delle risorse vincolate per il finanziamento delle attività previste dal piano regionale integrato della sanità pubblica veterinaria e per il raggiungimento dei relativi obiettivi;
- D.lgs. 32/2021: si conferma la necessità di dare attuazione al D.lgs n. 32/2021 in merito a quanto previsto all'art. 15, c. 2 punto a) sull'utilizzo della quota del 90% dei ricavi per tariffe riscosse dalle ATS. A tal fine, i Dipartimenti Veterinari trasmetteranno annualmente alla Direzione Strategica dell'ATS e - per conoscenza - alle UO regionali competenti, l'elenco delle attività e dei relativi fabbisogni connessi al miglioramento dei controlli ufficiali che dovranno essere finanziati dalle ATS con i proventi di cui allo stesso decreto;
- Emergenze epidemiche: per la gestione dei focolai sono stimati per il 2025 ulteriori oneri pari a 10 milioni di euro;
- Definizione delle linee di indirizzo per la programmazione delle attività di controllo ufficiale dei Dipartimenti Veterinari finalizzate alla redazione dei Piani Integrati Aziendali della Prevenzione Veterinaria (PIAPV) delle ATS;
- Definizione del programma regionale di audit di sistema/settore sui Dipartimenti Veterinari delle ATS;
- Programmazione dei controlli interdipartimentali;
- Verifica fattibilità estensione CUP unico "anagrafe animali d'affezione" a tutto il territorio regionale.

3.2. REGOLE DI SISTEMA

3.2.1. Riorganizzazione – attività dei centri regionali

Le Unità Operative a valenza regionale (Centri regionali) - istituite ai sensi dell'art. 5 della L.R n. 33/2009 e così come rimodulate con DGR 2966/2024 forniranno supporto all'Unità Organizzativa Veterinaria in merito all'attuazione e alla realizzazione delle attività definite nei documenti di programmazione regionale.

Rispetto alla DGR 2966/2024, anche in considerazione di nuovi assetti organizzativi delle ATS, si è ritenuta necessario il passaggio del Centro regionale "Patologie della fauna selvatica e tutela olistica della salute" dalla ATS di Brescia alla ATS Milano Città Metropolitana.

Le ATS devono individuare con atto interno l'affidamento delle funzioni dei Centri Regionali presso le strutture esistenti in ragione della complessità degli ambiti di competenza e del volume di attività.

Come definito dalla DGR 6608/2022, i centri regionali sono coordinati dalla UO Veterinaria che potrà richiedere ai Dipartimenti Veterinari la collaborazione del personale dei Centri presso gli Uffici Regionali, presso altri Dipartimenti Veterinari o IZSLER o altri Enti per lo svolgimento di attività di competenza dei centri medesimi. Le attività di supporto dei Centri regionali dovranno essere funzionali a quanto sarà dettagliato nel decreto recante "LINEE DI INDIRIZZO PER LA REDAZIONE DEL PIANO INTEGRATO AZIENDALE DELLA PREVENZIONE VETERINARIA, AI SENSI DEL REG. (UE) 2017/625 – ANNO 2025 e dovranno essere incluse dalle ATS nei PIAPV 2025. Le attività di supporto dei Centri regionali dovranno essere funzionali a quanto sarà dettagliato nel decreto recante "LINEE DI INDIRIZZO PER LA REDAZIONE DEL PIANO INTEGRATO AZIENDALE DELLA PREVENZIONE VETERINARIA, AI SENSI DEL REG. (UE) 2017/625 – ANNO 2025 e dovranno essere incluse dalle ATS nei PIAPV 2025.

Attività dei Centri regionali per l'anno 2025

ATS BERGAMO

Centro regionale Benessere Animale

- supporto all'UO Veterinaria nella verifica e gestione di segnalazioni di presunte criticità con un potenziale impatto sul benessere degli animali allevati
- programmazione ed esecuzione di corsi di formazione/informazione a valenza regionale sul sistema Classyfarm
- supporto alla attività di programmazione e verifica, in capo alla UO Veterinaria, in materia di benessere animale

Centro regionale Formazione in Sanità Pubblica Veterinaria

- supporto alle attività di raccolta dei fabbisogni formativi per l'anno 2025 da realizzare in collaborazione con IZSLER/Polis Lombardia, in coordinamento con l'UO Veterinaria
- valutazione ed eventuale validazione dei corsi di formazione per gli operatori su piattaforma PINFOA di IZSLER (DM 6 settembre 2023)

ATS BRESCIA

Centro regionale Sanità Animale

- supporto all'UO Veterinaria nel consesso interregionale e ministeriale sulle tematiche di competenza della Sanità Animale
- supporto all'UO Veterinaria nelle attività di coordinamento delle emergenze epidemiche
- supporto alla attività di programmazione e verifica, in capo alla UO Veterinaria, in materia di sanità animale

Centro regionale Igiene Urbana Veterinaria:

- revisione e proposta di aggiornamento del DDUO 10401/2010
- supporto alle attività di competenza regionale in tema di Interventi Assististi con animali comprese attività di formazione
- supporto nelle attività dei tavoli di lavoro sull'aggiornamento delle Linee Guida nazionali in tema di IAA

ATS BRIANZA

Centro regionale Filiere agro-alimentari ed export

- supporto all'UO Veterinaria nell'ambito delle attività di formazione/informazione in tema export di alimenti di origine animale: organizzazione di almeno un corso di formazione ed almeno un evento informativo per i portatori di interesse in materia di esportazione verso Paesi terzi di alimenti di origine animale con riguardo ai compiti delle varie figure coinvolte ed approfondimenti sulla normativa di settore

ATS INSUBRIA

Centro regionale One Health: Animali, ambiente, biomonitoraggio e sviluppo tecnologie innovative

- Predisposizione di un progetto sperimentale in tema One Health, concordato con la UO Veterinaria

Centro regionale Supporto giuridico e legislativo in Sanità pubblica veterinaria

- approfondimenti giuridici sulla normativa di settore

ATS MILANO CM

Centro regionale Anagrafi zootecniche e sistemi informativi

- Supporto all'UO Veterinaria nella definizione di ambiti di miglioramento e/o allo sviluppo di funzionalità con impatto regionale negli applicativi veterinari

- Supporto regionale per le ATS nell'ambito del progetto di dematerializzazione
- Supporto alla attività di programmazione e verifica, in capo alla UO Veterinaria, in materia di I&R

Centro regionale Patologie della fauna selvatica e tutela olistica della salute

- supporto alla UO Veterinaria nell'ambito delle attività di competenza relative agli specifici Piani regionali/Progetti di ricerca vigenti in tema di fauna selvatica

ATS MONTAGNA

Centro regionale Zootecnia di montagna e tutela sanitaria delle produzioni tipiche locali

- Supporto per la definizione di attività di controllo potenziate in tema di sicurezza alimentare - con particolare riguardo alle produzioni tipiche locali – anche nell'ambito dell'organizzazione delle olimpiadi/paralimpiadi invernali 2026

ATS PAVIA

Centro regionale Farmacosorveglianza Veterinaria e contrasto all'antimicrobico-resistenza

- Supporto nella redazione e monitoraggio della pianificazione regionale dei piani di farmacosorveglianza e antimicrobico-resistenza
- Supporto per la redazione di linee guida per la prevenzione del fenomeno dell'antimicrobico-resistenza in varie specie animali
- supporto alla attività di programmazione e verifica, in capo alla UO Veterinaria, in materia di farmacosorveglianza

ATS VAL PADANA

Centro regionale Sicurezza alimentare

- Supporto nelle attività di monitoraggio, rendicontazione e gestione dei relativi flussi informativi verso il Ministero della Salute in merito alle attività programmate di sicurezza alimentare
- Supporto alla attività di programmazione e verifica, in capo alla UO Veterinaria, in materia di sicurezza alimentare

IZSLER - sezione Pavia

Centro regionale Zoonosi e malattie trasmesse da artropodi

- Collaborazione nell'ambito delle attività previste dal "Piano regionale di monitoraggio e controllo malattie trasmesse dalle zecche" di cui alla DGR 2365/2024.

3.2.2. Azioni finalizzate a migliorare l'efficacia ed efficienza dei controlli ufficiali.

Sulla base della collaborazione con OCSE - in corso di formalizzazione - nell'ambito del Progetto Enhancing risk-based regulatory delivery and inter-regional cooperation on food safety and environmental protection enforcement to increase regional development finanziato dalla Commissione Europea e del progetto "Interoperabilità" definito – secondo quanto previsto da AGID - con la Direzione Generale Sviluppo Economico in collaborazione con ARIA SpA, le attività principali previste – a partire dal 2025 – si preveda, con riguardo al settore della sicurezza alimentare:

- Predisposizione di linee guida per il corretto utilizzo delle check list di attribuzione del rischio agli stabilimenti del settore alimentare;
- Formazione del personale addetto al Controllo Ufficiale sul corretto impego degli strumenti per la conduzione dei controlli ufficiali sugli stabilimenti e di attribuzione del livello di rischio;
- Attività finalizzate alla definizione di un sistema per la raccolta e la gestione (valutazione, adozione delle appropriate misure conseguenti, verifica dell'efficacia di queste ultime, organizzazione ed archiviazione dei dati) dei reclami alle imprese del settore alimentare presenti sul territorio regionale da parte dell'utenza – in collaborazione e con il supporto dei Centri regionali coinvolti;

- Attività finalizzate alla creazione di una nuova anagrafe comune degli stabilimenti alimentari registrati condividendo con le altre regioni un “formato standardizzato” dei relativi dati;
- Informatizzazione normativa nel campo della Sanità Pubblica Veterinaria: al fine di rendere fruibile a tutti i Veterinari Ufficiali e agli operatori del settore, in modo aggiornato e puntuale, la normativa in campo della Sanità Pubblica Veterinaria, sarà avviato uno studio di fattibilità di un progetto sperimentale per la costituzione di una banca dati che raccolga in modo strutturato la normativa di settore, a carattere regionale, nazionale ed internazionale;
- Tale attività sarà attuata con il supporto dei Centri Regionali competenti e dell’IZSLER, con eventuale utilizzo della intelligenza artificiale, al fine di una consultazione proattiva delle informazioni.

3.2.3. Sanità animale

- Miglioramento dello stato sanitario del patrimonio zootecnico regionale;
- Peste Suina Africana e Influenza Aviare e altre emergenze epidemiche veterinarie: adozione tempestiva di provvedimenti di polizia veterinaria atti a estinguere rapidamente i focolai anche in coordinamento con le altre Direzioni strategiche, la Regione, e le altre autorità competenti (Ministero della Salute, Centri di Referenza Nazionali, Commissario Straordinario, IZSLER) - definizione di procedure di coordinamento ad integrazione di quanto previsto in tema di gestione delle emergenze epidemiche e non epidemiche, con il supporto dei Centri regionali competenti:
- Attività di aggiornamento e verifica in tema di biosicurezza degli allevamenti, anche attraverso specifiche attività formative e di audit interdipartimentali.

3.2.4. Sicurezza alimentare

- I Dipartimenti Veterinari dovranno seguire le indicazioni regionali in merito all’impiego della lista di riscontro sperimentale per l’attribuzione del rischio per gli stabilimenti di cui ai Regg. 852-853/2004 definita in collaborazione con OCSE;
- Predisposizione di linee guida regionali per la gestione sanitaria e le attività relative all’esportazione/scambi di prodotti a base di latte.

3.2.5. Benessere animale, gestione del farmaco, alimentazione animale e condizionalità.

- Valutazione dei principali fattori di rischio rilevati in tema di benessere in allevamento/macello e durante il trasporto degli animali e definizione/revisione di specifici protocolli atti a mitigare il rischio;
- Formazione ai portatori di interesse in merito al decreto ministeriale di applicazione del Reg. (UE) 4/2019 in tema di farmaco veterinario con il supporto del Centro regionale competente;
- Revisione del DDGS 5403/2005 relativo ai requisiti delle strutture sanitarie veterinarie, in collaborazione con gli Ordini Veterinari della Lombardia.

3.2.6. Azioni integrate U.O. veterinaria e U.O. prevenzione.

- Attuazione del PRP 2021- 2025 (Classyfarm – contrasto AMR – malattie da vettori);
- Olimpiadi/paralimpiadi invernali 2026: si rimanda al capitolo dedicato “Giochi Olimpici Invernali Milano-Cortina 2026”

4. POLO OSPEDALIERO

4.1. ACCREDITAMENTO

4.1.1. Revisione del sistema di accreditamento

Nelle more dell'entrata in vigore del Decreto del Ministero della Salute 19/12/2022 "Valutazione in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza delle attività erogate per l'accreditamento e per gli accordi contrattuali con le strutture sanitarie", nel corso del 2025 si provvederà alla stesura di una procedura per l'applicazione graduale di quanto contenuto nello stesso. Inoltre, si provvederà, con il supporto di ACSS, alla riattualizzazione dei requisiti organizzativi generali.

4.1.2. Passaggio dalla piattaforma ASAN a SIGAUSS

La Regione Lombardia ha introdotto la legge regionale 14 dicembre 2021, n. 22, per migliorare il sistema sanitario e sociosanitario, rafforzando l'interoperabilità tra i sistemi di accreditamento. A tal fine, è stata sviluppata la piattaforma SIGAUSS, che sostituirà il sistema ASAN.

4.1.3. Procedure di accreditamento

Le procedure di accreditamento prevedono che l'istruttoria ATS inizi solo dopo il ricevimento delle istanze complete tramite PEC o consegna diretta. L'istruttoria si considera conclusa solo quando il provvedimento è inviato alla Direzione Generale Welfare, con allegata la scheda di sintesi. I termini per l'emanazione degli atti dalla Giunta Regionale/DG Welfare partono solo con il rilascio della scheda di sintesi.

4.1.4. BIC e MAC

Dal 1° gennaio 2025 gli accreditamenti per nuove MAC e BIC sono sospesi per definire le modalità di erogazione dei pacchetti di prestazioni in coerenza con il nuovo nomenclatore tariffario.

4.1.5. Riclassificazione terapia intensiva neonatale

Considerato che si rende opportuna un nuovo approfondimento dell'area materno infantile si ritiene opportuno sospendere la riclassificazione della terapia intensiva neonatale.

4.1.6. Parere OCSMD

In riferimento alla legge 5 agosto 2022, n. 118 e al DM 19 dicembre 2022, per l'accreditamento di nuove strutture sanitarie, è necessario che l'OCSMD esprima un parere basato sulla valutazione della rete d'offerta e dei bisogni assistenziali del territorio. Successivamente, la Direzione Generale Welfare (DGW) deve validare il parere, verificando la coerenza con la programmazione regionale. Questo parere e la validazione sono condizioni essenziali per l'accreditamento di nuove attività in ambito psichiatrico e neuropsichiatrico. Il progetto per la nuova attività deve essere presentato prima all'ATS competente. Se l'OCSMD esprime un parere negativo, l'accreditamento non sarà concesso, e le motivazioni del rifiuto dovranno essere indicate nel verbale della seduta.

4.1.7. Elenco aggiornato

Entro il 31 gennaio 2025 deve essere inviato alla DGW e ad ACSS l'elenco aggiornato dei funzionari che si occupano di accreditamento e vigilanza delle ATS, all'inizio dell'Esercizio 2025 e successivamente ad ogni eventuale modifica degli stessi componenti.

4.2. COLLABORAZIONE TRA REGIONE ED ENTI SANITARI

Alla Regione è affidato il compito di realizzare, per il tramite dell'assessorato competente in tema di sistema sociosanitario e con il concorso degli enti del servizio sanitario, gli obiettivi di tutela della salute e la definizione e attuazione delle politiche sanitarie nel territorio di propria competenza.
A tal fine ai Direttori generali degli enti sanitari pubblici vengono assegnati obiettivi di mandato e specifici obiettivi aziendali annuali, individuati sulla base degli atti di programmazione regionale, la cui

realizzazione rende necessaria una forte sinergia e condivisione tra la Direzione Generale Welfare e l'intera direzione strategica aziendale. In tale ottica, la competente direzione generale regionale potrà avvalersi anche di tutte le professionalità operanti nell'organizzazione delle strutture sanitarie pubbliche, sulla base delle specifiche competenze degli stessi e/o delle specificità, anche di carattere territoriale, poste di volta in volta dalle singole tematiche. Tale collaborazione si intende riferita anche alla possibilità di utilizzo da parte di RL dei beni strumentali dei suddetti enti.

4.2.1. Progetto sperimentale di istituzione di un dipartimento interaziendale di cardiochirurgia pediatrica

Si attua un progetto sperimentale annuale per l'istituzione del Dipartimento interaziendale di Cardiochirurgia Pediatrica, con capofila l'ASST Niguarda. Al Dipartimento afferiscono le strutture di Cardiochirurgia Pediatrica dell'ASST Niguarda e della Fondazione Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico, eccellenze nel settore pubblico dell'ATS Città Metropolitana di Milano per il trattamento cardiochirurgico pediatrico.

La collaborazione mira a migliorare la programmazione e l'allocazione delle risorse, sviluppare e mantenere competenze specialistiche, centralizzare la casistica clinica e costituire un modello operativo a rete per soddisfare i bisogni di cura del cittadino.

Il Dipartimento definirà criteri comuni per la presa in carico, adozione di linee guida terapeutico-assistenziali, protocolli condivisi per ottimizzare le risorse e garantire l'appropriatezza del setting di cura e la continuità assistenziale, dalla chirurgia al follow-up e supporto riabilitativo.

Le attività comprendono formazione continua, valorizzazione delle competenze, ricerca scientifica e verifica dei risultati. Il Dipartimento condivide risorse umane e strumentali con le Direzioni Sanitarie per perseguire i propri obiettivi.

Garantisce settimanalmente n. 3 sedute operatorie presso Niguarda e n. 2 presso l'IRCCS Policlinico di Milano, con risorse per l'intero percorso di cura. La lista di attesa sarà unica tra le due Aziende, con modalità operative condivise.

4.2.2. Progetto sperimentale di istituzione di un dipartimento interaziendale funzionale per la gestione delle grandi ustioni in età pediatrica.

Si attua un progetto sperimentale per l'istituzione del Dipartimento interaziendale per la gestione delle grandi ustioni pediatriche, con capofila l'ASST Niguarda. Al Dipartimento afferiscono il Centro Ustioni e Chirurgia Plastica Ricostruttiva dell'ASST Niguarda e Anestesia e Rianimazione Pediatrica - Buzzi dell'ASST Fatebenefratelli Sacco.

La collaborazione interaziendale, in via sperimentale, ha l'obiettivo di garantire la presa in carico del paziente pediatrico critico con ustioni acute, evitando il ricorso a centri extra-regionali. La rete centralizza competenze specialistiche per soddisfare il bisogno di cure dei piccoli pazienti.

Il Dipartimento si propone di garantire la presa in carico e la cura, adottando linee guida terapeutiche e protocolli condivisi, per l'appropriatezza del setting di cura e la continuità assistenziale, dalla gestione medica e chirurgica in area critica fino al monitoraggio lungo l'intero percorso di cura.

L'attività include la formazione continua degli operatori, valorizzazione delle competenze, ricerca scientifica e ottimizzazione delle prestazioni. Il Dipartimento condivide risorse umane e tecnologiche con le Direzioni Sanitarie.

Presso l'Ospedale Niguarda, sarà garantito il trattamento delle ustioni acute e la correzione dei loro esiti cicatriziali, mentre all'Ospedale Buzzi sarà assicurato il supporto intensivo delle funzioni vitali fino alla stabilizzazione clinica, permettendo la dimissione in step-down nel percorso di cura.

4.2.3. Istituzione centro regionale per la cura della paralisi facciale

La paralisi facciale è una patologia invalidante da un punto di vista funzionale (con problematiche prevalentemente a carico dell'occhio) e morfologico con gravi conseguenze psicologiche. L'incidenza

è elevatissima: una persona su 65 nella vita viene colpita da paralisi Bell, con guarigione spontanea completa nel 70% dei casi, incompleta nel 29% dei casi, e assenza di recupero nell'1% dei rimanenti casi. Altre persone ne risultano affette per tumori della parotide o della base cranica o dell'encefalo, piuttosto che in conseguenza di interventi neurochirurgici, traumi, eventi infettivi, oppure per motivi congeniti. La chirurgia maxillo-facciale dell'ospedale San Paolo è sede del Centro Aziendale multidisciplinare di Cura della paralisi facciale con l'equipe costituita da professionisti di diverse branche: chirurgia maxillo-facciale, neurofisiologia, psicologia, otorinolaringoiatria, neurochirurgia, oculistica, fisiatria e fisioterapia. E' centro di riferimento nazionale ed internazionale e le tecniche microchirurgiche sviluppate sono particolarmente raffinate e si sono imposte a livello internazionale come gold standard.
Per quanto sopra descritto viene riconosciuto il centro regionale per la cura della paralisi facciale, come centro di riferimento regionale.

4.3. SVILUPPO MODELLO A RETE TRA AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE

La crescita della complessità delle aziende del SSR, dovuta a vari fattori come l'ampliamento dei servizi, la diversificazione dei modelli organizzativi e l'incremento delle normative e della dimensione strutturale, richiede l'adozione di modelli organizzativi in grado di affrontare le sfide attuali. L'organizzazione a rete, che favorisce la collaborazione tra strutture sanitarie afferenti allo stesso settore scientifico e organizzativo, rappresenta una soluzione efficace. Regione Lombardia punta a implementare questo modello per rispondere alle esigenze di carenza di personale e risorse, migliorando la qualità delle cure e aumentando le competenze dei professionisti: l'obiettivo è garantire pari livelli di appropriatezza delle cure, accesso alle Alte Specialità, equità nell'accesso alle diagnostiche avanzate, e una presa in carico più completa e coordinata, che coinvolga specialisti e professionisti in modo integrato su tutta la rete di strutture sanitarie pubbliche.
La creazione di reti territoriali che favoriscano la condivisione delle informazioni e competenze permette di ottimizzare le risorse e migliorare l'efficienza complessiva del sistema sanitario, riducendo disuguaglianze nell'accesso ai servizi e migliorando la continuità delle cure. Gli obiettivi, nel rispetto delle realtà territoriali, sono i seguenti:

- Efficientamento e consolidamento sovra-aziendale delle attività (dipartimenti interaziendali);
- Consolidamento e governo dello sviluppo tecnologico (accesso diffuso alle tecnologie);
- Sviluppo di regole di ingaggio sovraziendali per la piena valorizzazione e ottimizzazione delle risorse professionali;
- Competitività del Sistema Sanitario Pubblico (maggiore attrattività per i professionisti);
- Miglioramento della qualità dell'offerta attraverso la condivisione delle «best practice»;
- Integrazione multidisciplinare e multiprofessionale;
- Dialogo continuo tra territorio e Istituzioni.

È auspicabile, quindi, che abbiano inizio esperienze interaziendali in ambito sanitario capaci di ottimizzare le risorse, le competenze e il personale: ai centri di maggiore esperienza afferiscano, attraverso strutture interaziendali, strutture presenti in ospedali di minore capacità organizzativa ed esperienza. Ciò potrà essere proposto, a titolo di esempio, nei seguenti ambiti:

- Reti clinico-organizzative quali, Trauma center, Stroke, STEMI, Assistenza materno-neonatale, Terapie intensive pediatriche, Trapianti, Malattie rare, Rete Ematologica, Oncologica e Molecular Tumor Board, Malattie infettive, Rete Neurochirurgica;
- Strutture/Unità Operative di Fisica sanitaria, Medicina di Laboratorio, Medicina nucleare;
- Utilizzo di alcune tecnologie come le Piattaforme Robotiche e le diagnostiche di ultima generazione da condividere in una logica di rete;
- Network UNICA e Centrali UNICA per la Gestione dell'Urgenza Territoriale.

I criteri di individuazione dell'Area Territoriale all'interno della quale saranno identificati i centri di riferimento e le relative Aziende in rete sono:

- L'area geografica e vincoli logistici, il bacino di utenza (almeno di 1.500.000 abitanti) e il numero di posti letto accreditati;
- La compresenza di DEA II livello con Centro Trauma ad Alta Specializzazione (CTS) per Rete Trauma;
- La presenza di una Struttura Sanitaria sede di Centro Trapianto di organo solido/liquido;
- Il volume di attività/anno dei Laboratori Clinici (almeno 15 milioni Patologia Clinica e Microbiologia e Virologia, 150.000 Anatomia Patologica e 6.500 Genetica Medica)
- La presenza almeno di una Struttura Sanitaria dotata di «NGS Facility», la presenza di almeno un laboratorio di II Livello per tipo e almeno uno di III Livello e il tipo di fabbisogni del territorio (Es. gestione e presa in carico di pazienti con malattie rare di origine genetica, patologie oncologiche o di origine infettiva), la presenza di almeno un Laboratorio autorizzato ai sensi della DGR n. VIII/9097/2009, la presenza di almeno una Struttura Sanitaria sede di Articolazione Clinico Assistenziale del MTB.

I risultati attesi dell'implementazione di questo assetto sono:

- Equità di accesso all'offerta da parte dell'utenza;
- Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva ed operativa attraverso la condivisione degli algoritmi diagnostici con la Clinica e con i Centri di Ricerca;
- Mantenimento e/o miglioramento dei tempi di refertazione;
- Crescita culturale dei professionisti tramite la condivisione del sapere;
- Ottimizzazione dell'impiego delle piattaforme tecnologiche per le diagnostiche avanzate;
- Migliore utilizzo complessivo delle risorse, anche attraverso nuove modalità di espletamento di procedure concorsuali per la selezione del personale.

Le ricadute di questo modello a rete sono attese in ambito clinico, come già declinato, ma anche in ambito scientifico e della rete formativa.

Tali attività potranno essere sviluppate attraverso momenti di confronto tra Direzioni Strategiche della Rete per sviluppare strategie organizzative locali in una logica sovraziendale. In questo modello più orientato al governo della domanda e di garanzia di medesimi livelli di servizio in ogni punto della Rete e quindi su tutto il territorio regionale è da valorizzare ulteriormente il ruolo dell'Agenzia di Tutela della Salute.

Sono stati identificati i seguenti Hub:

- ASST Sette Laghi di Varese
- ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda
- IRCCS Policlinico di Milano
- ASST Spedali Civili di Brescia
- ASST Papa Giovanni XXIII di Bergamo
- IRCCS San Matteo di Pavia
- IRCCS San Gerardo di Monza

HUB	ASST AFFERENTI
Sette Laghi di Varese	VALLE OLONA-LARIANA
Grande Ospedale Metropolitano Niguarda	FATEBENEFRATELLI/SACCO-NORDMILANO-VALTELLINA E ALTO LARIO - RHODENSE

IRCCS Policlinico di Milano	PINI/CTO-OVEST MILANESE-SANTI PAOLO E CARLO- MELEGNANO E MARTESANA
Spedali Civili di Brescia	FRANCIACORTA-GARDA-MANTOVA - CREMONA-VALCAMONICA
Papa Giovanni XXIII di Bergamo	BERGAMO OVEST-BERGAMO EST
IRCCS San Matteo di Pavia	PAVIA-LODI- CREMA
IRCCS San Gerardo di Monza	LECCO-BRIANZA

4.4. SERVIZI DI MEDICINA DI LABORATORIO

4.4.1. Riorganizzazione complessiva dei servizi di medicina di laboratorio

Interventi di efficientamento organizzativo e quali-quantitativo:

- Completamento del consolidamento della attività analitiche per l'analisi di sequenze geniche mediante "sequenziamento massivo parallelo" ossia "*Next Generation Sequencing*" (NGS) ai sensi della DGR n. XI/6989/2022, con l'attuazione della Rete della Medicina di Laboratorio e Regionale relativo coordinamento. Per l'ASST Fatebenefratelli Sacco è prevista un'ulteriore proroga di 12 mesi (31 dicembre 2025) sui tempi di realizzazione del progetto, tenuto conto della proroga sui tempi previsti con Legge n. 14 del 24 febbraio 2023 e la successiva Legge 23 febbraio 2024, n. 18 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 30 dicembre 2023, n. 215, recante disposizioni urgenti in materia di termini normativi";
- Completamento dell'implementazione del progetto di potenziamento della rete informatica dei Servizi di Medicina di Laboratorio, ai sensi della DGR n. XI/7672/2022 e della DGR n. XII /2560 del 17/06/2024 di concerto con la U.O. Sistemi Informativi e Sanità Digitale secondo tali tempistiche:
  - primo semestre del 2025 – implementazione della fase pilota;
  - entro la fine del 2025 – avvio e implementazione interfacciamento con l'Order Manager Regionale (OMRe) dei Laboratori Clinici pubblici e privati accreditati e contrattualizzati con finanziamento dedicato.

La DG Welfare provvederà con propri successivi atti alla ripartizione del fondo di finanziamento per ciascun Laboratorio Clinico privato accreditato e contrattualizzato.

- Completamento dell'istituzione e coordinamento della Rete della Medicina di Laboratorio pubblica con il coinvolgimento delle Direzioni Strategiche delle ASST e degli IRCCS Pubblici.
- Completamento aggiornamento della DGR n. VIII/9097 del 13/03/2009 "Determinazioni in merito alla ricerca di sostanze stupefacenti e psicotrope nei materiali biologici e al dosaggio dell'etanolo".

4.4.2. Centri/punti prelievo

In attuazione di quanto previsto dal DM 77, con il completamente dei servizi previsti nelle Case di Comunità che vedono al loro interno la presenza dei Punti Prelievo, si ritiene, a partire dal mese di giugno 2025, di bloccare temporaneamente le aperture di Punti Prelievo accreditati afferenti a laboratori regionali su tutto il territorio Lombardo, mentre a partire dal mese di gennaio verranno bloccate temporaneamente l'apertura di Punti Prelievo autorizzati. Si conferma inoltre il blocco temporaneo di apertura di nuovi Punti Prelievo nel territorio della regione Lombardia da parte di Laboratori Clinici con sede extra regionale.

4.4.3. Armonizzazione del referto di medicina di laboratorio

Per quanto attiene il referto di Medicina di Laboratorio, ai sensi della DGR n. XII / 2227/2024 sarà mantenuto attivo monitoraggio propedeutico all'integrazione dei contenuti dell'Allegato Tecnico e dei

relativi Sub Allegati con particolare attenzione contenuti del Referto per le aree specialistiche di Genetica Medica, Anatomia Patologica e Immunoematologia.

4.4.4. Aggiornamento del decreto DG sanità n. 32856 del 19/12/2000 "linee guida su "controllo di qualità interno nel servizio di medicina di laboratorio"

Approvazione, con provvedimento della DG Welfare, del documento con il quale saranno declinate le modalità e i tempi di attuazione del percorso di implementazione della gestione del Controllo Qualità Interno (CQI).

4.4.5. Appropriatezza diagnostica

L'entrata in vigore del nuovo Nomenclatore Tariffario per la specialistica ambulatoriale, il Gruppo di Lavoro, istituito con il Decreto della DG Welfare n. 11490/2023, si occuperà della predisposizione dell'istruttoria tecnica. L'obiettivo è migliorare l'appropriatezza nella prescrizione e nell'erogazione delle prestazioni di Medicina di Laboratorio.

4.4.6. Rete regionale delle anatomie patologiche in funzione della medicina dei trapianti

Istituzione e regolamentazione della Rete delle Anatomie Patologiche a supporto della Rete Trapianti regionale. Nel 2023, con Decreto della DG welfare n. 8886 del 14/06/2023, è stato nominato il Gruppo di Lavoro per l'armonizzazione e standardizzazione delle valutazioni istopatologiche rese alla Rete regionale e nazionale trapianti.

4.4.7. Digital pathology rete trapianti

Con la D.G.R. 2966 del 05/08/2024, è stata prevista l'implementazione prototipale di un modello di collegamento in tempo reale tra sale operatorie di prelievo-anatomie patologiche-Second Opinion CNT, da sviluppare in sinergia tra il Coordinamento Regionale Trapianti e il Centro Regionale di Coordinamento della Medicina di Laboratorio. Nella stessa DGR n. XII/2966/2024 è prevista l'identificazione e approvazione, con successivo provvedimento di Giunta, dell'elenco dei Laboratori di Riferimento del Sistema Regionale Trapianti, nell'ambito delle Anatomie Patologiche, dei Laboratori di Microbiologia e di Patologia Clinica in seno alle ASST e IRCCS pubblici.

4.4.8. Istituzione del molecular tumor board regionale

Attuazione di quanto previsto nella DGR n. XII / 2442 del 03/06/2024 e avvio implementazione del sistema informativo gestionale (piattaforma operativa e database) del MTB-R sviluppato nell'ambito della piattaforma regionale di telemedicina finanziata con PNRR di concerto con Unità Organizzativa Sistemi Informativi e Sanità Digitale della DG Welfare.

4.4.9. Centro regionale di coordinamento della medicina di laboratorio

Si conferma lo stanziamento del Centro per il triennio 2026 – 2028.

4.4.10. Strutture a ciclo diurno - precisazione

Si precisa che nelle strutture di ricovero a ciclo diurno autorizzate e/o accreditate, laddove sia previsto il pernottamento del paziente, la funzione di laboratorio analisi può essere garantita attraverso la stipula di specifiche convenzioni con laboratori clinici in grado di assicurare (come disposto dal DDG 2197/2023) attività H24 eventualmente ricorrendo alla pronta disponibilità. L'attività può essere erogata dal laboratorio nelle modalità previste per la "diagnostica di laboratorio decentrata" ex DGR 3414/2024.

4.5. RETI CLINICO-ASSISTENZIALI ED ORGANIZZATIVE

Nel 2025, prosegue l'impegno della Regione Lombardia per il miglioramento delle reti ospedaliere, inclusa la promozione di un "modello ospedaliero a rete" che integri strutture ospedaliere, servizi territoriali e che interagisca con le associazioni dei pazienti. Continuano le attività della Rete Oncologica Lombarda, con focus sui tumori rari, e si sviluppano modelli organizzativi per patologie

oncologiche, tra cui il tumore del pancreas e del distretto toracico. La Rete Regionale Stroke, riorganizzata nel 2022, prevede aggiornamenti nelle Stroke Unit e nuove modalità organizzative.
Sono anche previsti monitoraggi su altre reti, tra cui:

- Rete delle neuroscienze per disturbi cognitivi e demenze;
- Rete per il Piede Diabetico;
- Rete cardiovascolare;
- Rete oncologica per tumore al pancreas e alla mammella.

Inoltre, saranno monitorate l'implementazione della piattaforma di Screening Audiologico e le attività delle strutture sanitarie coinvolte nelle reti.

4.5.1. Rete PMA - banca dei gameti

Nel 2025, sono previste risorse fino a un massimo di 2 ml/Euro per supportare le attività della Banca regionale di crioconservazione e distribuzione dei gameti da donazione, situata presso l'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda di Milano. Questo ammontare è basato sulla stima dei costi necessari per tali attività, derivante dalle spese documentate nelle rendicontazioni annuali presentate dalla ASST alla Direzione Generale Welfare.

4.5.2. Attività trasfusionali - banca del sangue raro

Per l'esercizio 2024, è previsto un finanziamento massimo di € 1.300.000,00 per garantire le attività della Banca del sangue raro, destinato alla Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano, come indicato nella DGR n. XI/5803 del 29.12.2021. L'ammontare massimo delle risorse è stato determinato sulla base della stima dei costi necessari a coprire i fabbisogni per il funzionamento della Banca, calcolati in base alle spese riportate nelle rendicontazioni annuali presentate dalla Fondazione alla Direzione Generale Welfare.

4.5.3. Sistema regionale trapianti – S.C. Trapianti Lombardia – NITp

Per l'esercizio 2025, è previsto un finanziamento massimo di € 2.850.000,00 per garantire le attività della S.C. Trapianti Lombardia-NITp, destinato alla Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano, come indicato nella DGR n. XI/6150 del 21/03/2022. L'importo massimo delle risorse è stato determinato sulla base della stima dei costi necessari a coprire i fabbisogni per il funzionamento del Centro, calcolati in base alle spese riportate nelle rendicontazioni annuali presentate dalla Fondazione alla Direzione Generale Welfare. I costi del Coordinamento Regionale Trapianti, che opera presso DG Welfare-Polo Ospedaliero, andranno rendicontati su CdR separato.

4.5.4. Malattie rare

I Centri di riferimento della Rete regionale delle malattie rare verranno identificati e valutati sulla base dei criteri definiti dalla DGR di prossimo recepimento recante “MALATTIE RARE: la normativa di riferimento, il percorso del paziente, l’individuazione dei Centri della rete malattie rare e le relative funzioni, la presentazione delle candidature, la riabilitazione, il registro delle malattie rare”, approvata ai sensi della legge n. 175/2021, del “Piano nazionale malattie rare 2023-2026” e del documento per il “Riordino della rete nazionale delle malattie rare”.

4.5.5. Rete cure palliative

Nel 2025, si procederà a un consolidamento progressivo della performance della Rete Locale delle Cure Palliative (RLCP), con particolare attenzione all'appropriata gestione dei percorsi assistenziali e all'incremento del numero di pazienti presi in carico, in linea con le disposizioni legislative e il Piano di potenziamento della Rete di cure palliative (DGR n. XII/1512/2023). L’obiettivo principale è affrontare la carenza di professionisti, coordinando tutte le risorse e i servizi di cura per ottimizzare l’efficienza della rete.

Saranno messi in atto interventi per monitorare l'appropriatezza dei percorsi, sia residenziali che domiciliari, con particolare focus sui pazienti anziani affetti da malattie croniche. Si prevede di monitorare i percorsi domiciliari di cure palliative, affinché rispondano ai criteri di efficienza e raggiungano gli obiettivi previsti dal PNRR, come indicato nella DGR n. 850/2023. Inoltre, sarà seguito un monitoraggio sull'uso dello Strumento di segnalazione precoce del bisogno di cure palliative, valutando la sua diffusione, efficacia e possibili modifiche.
In coerenza con il DM 77/2022, il modello funzionale della RLCP sarà evoluto per garantire continuità di cura tra ospedale e territorio, con un focus sull'integrazione dei servizi, promuovendo sinergie tra le ASST e i diversi operatori sanitari, comprese le UDO (Unità di Diagnosi e Cura come ADI, C-Dom e RSA). Questo approccio mira a superare la frammentazione dei servizi, assicurando un'assistenza continua ai pazienti cronici, complessi e fragili.
Un ulteriore obiettivo sarà il rafforzamento degli ambulatori territoriali di cure palliative, in particolare all'interno delle Case di Comunità, la promozione delle consulenze intra ed extra ospedaliere (compreso il supporto dei Medici di Medicina Generale e RSA) e l'uso della Telemedicina. Saranno anche sviluppati protocolli per l'interfacciamento tra la Rete di Cure Palliative e quella della Emergenza-Urgenza per i pazienti che necessitano di interventi urgenti.
Infine, attenzione particolare sarà dedicata alla formazione regionale per i professionisti coinvolti nella gestione delle cure palliative, con particolare focus sulla valutazione precoce dei bisogni, aggiornamenti normativi e scientifici. L'iniziativa coinvolgerà più di 1500 professionisti delle reti di cure palliative, dei Medici di Medicina Generale e altri attori coinvolti nella transizione delle condizioni di salute verso bisogni di cure palliative.

4.5.6. Rete terapia del dolore

Nel corso del 2025, sarà progressivamente attuata e consolidata la Rete di Terapia del Dolore (TD), in linea con l'Accordo n. 119/2020 CSR, attraverso l'identificazione e il rafforzamento delle Reti Locali di Terapia del Dolore. L'obiettivo principale è costruire un sistema dinamico che favorisca sinergie tra i professionisti coinvolti e sviluppi un sistema di monitoraggio per garantire la qualità e l'appropriatezza di tutti i trattamenti diagnostici e terapeutici per il dolore cronico, sia primario che secondario. Gli interventi previsti includono:

- *Coordinamento regionale*: si istituirà un coordinamento regionale della Rete di Terapia del Dolore, in conformità con la normativa di accreditamento, per favorire una gestione omogenea e integrata delle strutture e dei servizi di terapia del dolore;
- *Monitoraggio delle performance*: sarà attuato un sistema di monitoraggio delle performance della rete, con particolare attenzione al tracciamento specifico del codice n. 96, per garantire la raccolta di dati e la valutazione dell'efficacia dei trattamenti;
- *Programmi di informazione e promozione*: saranno implementati programmi mirati per l'informazione e la promozione della Rete di Terapia del Dolore, al fine di sensibilizzare i pazienti e i professionisti sanitari sull'importanza della gestione del dolore cronico;
- *Prevenzione del dolore cronico*: verranno attivati percorsi per la prevenzione del dolore cronico in tutte le sue forme, con l'obiettivo di intercettare precocemente i pazienti a rischio e prevenire la cronicizzazione del dolore e la disabilità che ne deriva;
- *Interazione con altre reti cliniche*: Saranno sviluppati strumenti e percorsi di interazione con altre reti cliniche (come le reti di cure palliative e oncologiche) per affrontare i bisogni multidimensionali dei pazienti con dolore cronico. Ciò includerà un'attenzione particolare alla stratificazione della complessità assistenziale e alla fragilità sociale dei pazienti, favorendo così una continuità assistenziale territoriale;
- *Sviluppo di PDTA*: Saranno sviluppati percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali (PDTA) per trattare criticità epidemiologiche emergenti, come la gestione dei pazienti con dolore cronico

associato a forme di dipendenza da farmaci oppioidi, al fine di offrire trattamenti adeguati e evitare il rischio di abuso;

- Questo approccio integrato e multidimensionale contribuirà a garantire una gestione del dolore più efficace e personalizzata per i pazienti, riducendo l'impatto del dolore cronico sulla qualità della vita e sulla disabilità associata.

4.6. SISTEMA REGIONALE TRAPIANTI

Le determinazioni del presente provvedimento aggiornano e sostituiscono integralmente l'All. 3 punto 3.2.8 e l'All. 4 punto 4.18 D.G.R. 1827/2024, individuando nuove modalità organizzative del sistema regionale trapianti e definendo, con effetto retroattivo al 01.01.2024, nuove modalità di riconoscimento economico delle attività di donazione.

4.6.1. Aggiornamento della composizione del centro regionale trapianti

Si istituisce un nuovo modello organizzativo della rete di procurement (vedi **Appendice 1**), costituendo il Coordinamento Regionale di Procurement (CRP), collocato presso AREU, quale nuova articolazione del Sistema Regionale Trapianti funzionalmente dipendente dal Coordinamento Regionale Trapianti (CoRe).

Pertanto, si aggiorna la composizione del Centro Regionale Trapianti, così costituito:

- CoRe: presso la DG Welfare di Regione Lombardia, con Coordinatore Regionale Trapianti in qualità di Direttore del CRT;
- S.C. Trapianti Lombardia – NITp (Nord Italian Transplant program): presso la Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico;
- S.C. Coordinamento Regionale di Procurement (CRP): presso l'Agenzia Regionale Emergenza Urgenza Lombardia (AREU).

4.6.2. Sviluppo del Procurement di organi e tessuti

Al Coordinamento Regionale di Procurement – che recepisce gli indirizzi di programmazione dal CoRe – è assegnato il compito di coordinare il Programma Regionale Donazione di Organi e Tessuti e di supportare tutti i centri di donazione (**vedi Appendice 2**).

Lo sviluppo del sistema di procurement prevede i seguenti aspetti:

- Adeguamento dello staff del Coordinamento Regionale di Procurement e sua integrazione nel POAS di AREU
- Adeguamento dello staff dei Coordinamenti Ospedalieri di Procurement (COP), ove non ancora rispondenti ai requisiti vigenti
- Elaborazione da parte di ASST/IRCCS di un piano annuale di Sviluppo del Personale, assegnato/da assegnare all'attività di procurement, coerentemente con i Piani Triennale dei Fabbisogni del Personale degli enti coinvolti. Il Piano dovrà essere condiviso con il CRP presso AREU al fine di attuare strategie comuni relativamente all'organizzazione ed all'adeguamento del personale;
- Sviluppo del ruolo dei COP di Secondo Livello, con operatività sull'area di competenza e supporto all'attività di donazione all'interno di tutte le strutture di afferenza; definizione del modello di convenzione che regola i rapporti tra AREU, i COP di Secondo Livello, i COP di Primo Livello e i Coordinamenti Aziendali di Procurement (CAP)
- Monitoraggio proattivo sull'area dei decessi per cerebrolesione ed attività di auditing dei potenziali missing;
- Ridefinizione del percorso regionale di realizzazione dei collegi di accertamento della morte nelle strutture del sistema privato accreditato;

- Sviluppo del percorso DCD (Donation after Circulatory Death), con implementazione diffusa della donazione DCD tipo 2 di polmone e diffusione su tutte le strutture del percorso DCD, con il supporto di team ECMO mobili;
- Monitoraggio costante dei decessi per cerebrolesione in terapia intensiva e fuori intensiva, con il supporto del modulo monitoraggio neuroleso di EUOL; sviluppo e update dello stesso con progetto di integrazione AI nell'identificazione del potenziale donatore. Il compito del monitoraggio spetta a ciascun COP, con la supervisione dei COP di Secondo Livello per l'area di competenza. Lo sviluppo ed update sarà richiesto ad Aria per quanto concerne i costi e l'avvio delle attività di lavorazione;
- In relazione al documento regionale di indirizzo per lo sviluppo di percorsi aziendali rivolti al grave neuroleso nelle cure di fine vita (Decreto n. 8296 del 05/06/2023) è stato richiesto alle ASST/IRCCS di inserire tali linee di indirizzo nei PDTA della neurolesione (Stroke, Emorragia cerebrale, Trauma cranico). Sarà effettuato un monitoraggio delle cartelle dei decessi per neurolesione entro le 96h dal ricovero, per valutare risposta agli indicatori di processo;
- Efficientamento del programma multitessuto, in collaborazione con la costituenda Banca Regionale Unica dei Tessuti e degli Organi, favorendo lo sviluppo e l'integrazione delle attività nella stessa e la creazione di una equipe unica di prelievo di tessuti, in grado di ridurre anche i tempi di occupazione della sala operatoria per il prelievo;
- Revisione del sistema di rimborso delle strutture mediante l'attribuzione alle strutture di prelievo di quota parte della Funzione 14 delle Funzioni non tariffabili, secondo un modello che riconosca alle strutture una quota fissa legata alla presenza del personale di COP e CAP (Coordinamenti Aziendali di Procurement), una quota legata al volume di attività prodotta ed una quota variabile legata al raggiungimento degli obiettivi di procurement da parte delle strutture (**Appendice 3**: Aggiornamento della funzione assistenziale n.14: Prelievo di organi e tessuti – altre attività connesse al trapianto d'organi);
- Assegnazione degli obiettivi di procurement alle Direzioni Strategiche, che saranno declinati all'interno del programma regionale di Procurement di Organi e Tessuti 2025-2027. Lo stesso sarà predisposto a cura del CoRe ed emanato da DGW a mezzo di apposito decreto entro il mese di febbraio 2025.
- Si dà mandato al Core di predisporre il Programma regionale di Procurement di Organi e Tessuti 2025-2027 e relativo sistema di rimborso, per successiva emanazione di DG Welfare tramite apposita DGR entro il mese di gennaio 2025.

4.6.3. Banca regionale unica dei tessuti e degli organi

Istituzione presso l'ASST GOM Niguarda della Banca Regionale Unica dei Tessuti e degli Organi con e la progressiva integrazione delle realtà esistenti.

Il piano di integrazione sarà redatto dal Gruppo di Lavoro "Creazione Della Banca Regionale Unica dei Tessuti e degli Organi" entro sei mesi dalla sua costituzione, avvenuta mediante decreto DGW n.14846 del 4.10.2024. Al gruppo di lavoro è richiesto inoltre di sviluppare le linee di indirizzo per lo sviluppo del Programma Regionale di Perfusione del Rene e del Polmone, con il supporto amministrativo-organizzativo di ASST GOM Niguarda e di Fondazione IRCCS Cà Granda, Ospedale Maggiore Policlinico, rispettivamente.

La Banca Regionale Unica dei Tessuti e degli Organi coordinerà il Programma Regionale Perfusione, centralizzando l'acquisto dei dispositivi. Il GDL dovrà definire una proposta di rimborso a livello regionale delle procedure di perfusione degli organi e sviluppare un sistema di rendicontazione ed un sistema di approvvigionamento centralizzato di tutti i sistemi di perfusione a disposizione delle strutture regionali di trapianto di organi, garantendo una gestione centralizzata degli aspetti amministrativi di fornitura dei sistemi di MP di tutti gli organi.

In seguito alla definizione degli aspetti inerenti il rimborso e la standardizzazione dei percorsi clinico-organizzativi, sarà possibile rendere operativo il programma regionale perfusione organi.
Inoltre, Regione Lombardia, in coerenza con il D.P.R. n. 47 del 10 febbraio 2023, sperimenterà lo sviluppo di una biobanca sul modello della UK Biobank, accessibile a livello globale dai ricercatori autorizzati che svolgono ricerche in ambito sanitario di interesse pubblico, favorendo una migliore comprensione delle possibilità di prevenzione, diagnosi e trattamento di una vasta gamma di malattie gravi e potenzialmente letali, tra cui il cancro, le malattie cardiache e l'ictus.

4.6.4. Contenitori per il perfezionamento e il trasporto degli organi

A partire dal 2025 sarà delegata all'Agenzia Regionale Emergenza Urgenza (AREU) la realizzazione di una gara centralizzata per l'affidamento della fornitura di contenitori per il confezionamento, il trasporto e la conservazione dei differenti organi (cuore, polmoni, fegato, pancreas, reni).

4.6.5. Implementazione del trapianto di rene da donatore vivente e deceduto

Al fine di incrementare il tasso di trapianti di rene in Regione Lombardia si ritiene fondamentale rendere più efficiente il percorso di donazione e trapianto di rene da donatore vivente e da donatore deceduto, in ragione del fatto che ogni trapianto porta un guadagno in termini di qualità della vita della persona affetta da malattia renale avanzata e un risparmio per il SSR in termini di spesa in relazione alla sospensione/non inizio del trattamento emodialitico cronico.
Il Tavolo Tecnico "Nefrologie Trapianti" è incaricato di redigere il documento "Programma Regionale Trapianto di Rene da vivente e da cadavere" secondo i seguenti principi:

- Informare tutti i pazienti con malattia renale cronica avanzata circa la possibilità terapeutica del trapianto da donatore deceduto;
- Informare tutti i pazienti e i congiunti maggiorenni circa la possibilità di un trapianto da donatore vivente, aggiuntivo e non sostitutivo del trapianto da cadavere, ma appropriato soprattutto in relazione alla possibilità di evitare l'inizio della terapia dialitica sostitutiva (trapianto pre-emptive);
- Definizione della rete HUB (Centro Trapianti) and SPOKE (Strutture di Nefrologia e Dialisi) di ciascun centro;
- Definizione del ruolo del Transplant Nurse Coordinator all'interno del Centro Trapianti e del Case Manager del candidato a Trapianto all'interno delle strutture SPOKE;
- Definizione delle risorse umane e organizzative necessarie alla implementazione del percorso, atteso che l'efficientamento porta ad un risparmio notevole per il SSR;
- Definizione dei percorsi dedicati per la valutazione del candidato al trapianto, compresa la valutazione della coppia da vivente per inserimento in lista e completamento dell'iter necessario;
- Formazione di tutte le figure coinvolte, con predisposizione ed avviamento di corsi ad hoc da parte del CRT;
- Definizione indicatori ed obiettivi attesi per le strutture del SSR.

4.6.6. Rete trasfusionale

Per mantenere elevati standard di qualità e sicurezza nel Sistema Trasfusionale regionale, gli indirizzi prioritari per il 2025 saranno attuati dalle ASST/IRCCS in coordinamento con la Struttura Regionale di Coordinamento per le attività trasfusionali (SRC) presso AREU. L'obiettivo è raggiungere l'autosufficienza regionale e nazionale, garantendo sicurezza, standardizzazione dei sistemi qualità, rispetto dei principi etici della donazione gratuita e sostenibilità del sistema sanitario pubblico. Un aspetto fondamentale per garantire il ricambio generazionale e la durabilità stessa del sistema trasfusionale è il rafforzamento dell'attrattività della Disciplina di Medicina Trasfusionale, nelle sue tre aree storiche di attività (produzione emocomponenti, attività clinico assistenziali e diagnostica di laboratorio) con ambiti definiti di competenza multispecialistica, cosa che richiede tra l'altro l'istituzione di una Scuola di specializzazione per garantire un ricambio generazionale sostenibile.

La Rete Trasfusionale lombarda contribuisce alla sicurezza trasfusionale e all'efficienza organizzativa, influenzando cure e sorveglianza sull'appropriatezza trasfusionale. L'organizzazione in Dipartimenti di Ematologia e Medicina Trasfusionale (DMTE) e il coordinamento della SRC presso AREU consentono una visione unitaria delle attività trasfusionali, e una operatività a processi integrati sia internamente alla rete trasfusionale, sia con molteplici attività sanitarie della Rete Ospedaliera.
Di seguito sono indicati gli obiettivi di programmazione regionale in cui si concentrerà nel 2025 l'azione delle Direzioni di ASST/IRCCS sede di SIMT, sulla base delle indicazioni e con il coordinamento della SRC presso AREU con l'indicazione dei relativi interventi prioritari, relativamente ai quali, ove necessario, la SRC richiederà opportuna documentazione di riscontro.
Gli obiettivi prioritari delle Direzioni aziendali delle ASST/IRCCS sede di Servizio Trasfusionale (SIMT) sono:

- **Contributo all'autosufficienza e sostenibilità del sistema sanitario regionale, attraverso i prodotti del sangue:**
  - le ASST/IRCCS devono mantenere l'impegno di raccolta sangue e plasma da aferesi, con aggiornamenti mensili dei programmi in base ai fabbisogni trasfusionali, per garantire l'autosufficienza;
  - devono incrementare la raccolta di plasma da aferesi quale presupposto per l'incremento della produzione di medicinali plasmaderivati di proprietà istituzionale, mantenendo l'autosufficienza e gli impegni di compensazione per i fabbisogni trasfusionali diretti;
  - per supportare la raccolta e lavorazione, ove necessario possono estendere gli orari di servizio utilizzando l'area a pagamento per incentivazioni economiche del personale dipendente nei SIMT, e/o acquisiscono medici in libera professione;
  - introdurranno tecnologie informatiche come RFID per la sicurezza trasfusionale e la tracciabilità; attueranno l'integrazione bidirezionale diretta con il software gestionale trasfusionale regionale (Emonet) degli analizzatori per immunoematologia in tutti i SIMT e nei CLV per gli esami di competenza;
  - entro il 30 aprile 2025, presenteranno alla Direzione Generale Welfare un piano dettagliato in cui sono declinate le modalità e le risorse rese disponibili per raggiungere gli obiettivi previsti ai punti precedenti, con un cronoprogramma attuativo;
  - collaboreranno con AREU e SRC per l'evoluzione del software gestionale trasfusionale e per potenziare le integrazioni informatiche intra e inter-DMTE, nell'ottica di ~~e~~ supportare la continuità produttiva in caso di problemi tecnici, con il coordinamento della SRC;
  - procederanno a integrare il software gestionale con il fascicolo sanitario per consegnare direttamente i referti ai donatori;
  - implementeranno la codifica ISBT per i prodotti cellulari destinati al trapianto, in linea con la normativa vigente;
  - le ASST/IRCCS devono mantenere l'impegno di raccolta sangue e plasma da aferesi, con aggiornamenti mensili dei programmi in base ai fabbisogni trasfusionali, per garantire l'autosufficienza;
  - devono incrementare la raccolta di plasma da aferesi quale presupposto per l'incremento della produzione di medicinali plasmaderivati di proprietà istituzionale, mantenendo l'autosufficienza e gli impegni di compensazione sui per i fabbisogni trasfusionali diretti;
  - per supportare la raccolta e lavorazione, ove necessario possono estendere gli orari di servizio utilizzando l'area a pagamento per incentivazioni economiche del personale dipendente nei SIMT, e/o acquisiscono medici in libera professione;
  - introdurranno tecnologie informatiche come RFID per la sicurezza trasfusionale e la tracciabilità; attueranno l'integrazione bidirezionale diretta con il software gestionale

trasfusionale regionale (Emonet) degli analizzatori per immunoematologia in tutti i SIMT e nei CLV per gli esami di competenza;
- entro il 30 aprile 2025, presenteranno alla Direzione Generale Welfare un piano dettagliato in cui sono declinate le modalità e le risorse rese disponibili per raggiungere gli obiettivi previsti ai punti precedenti, con un cronoprogramma attuativo;
- collaboreranno con AREU e SRC per l'evoluzione del software gestionale trasfusionale e per potenziare le integrazioni informatiche intra e inter-DMTE, nell'ottica di e supportare la continuità produttiva in caso di problemi tecnici, con il coordinamento della SRC;
- procederanno a integrare il software gestionale con il fascicolo sanitario per consegnare direttamente i referti ai donatori;
- implementeranno la codifica ISBT per i prodotti cellulari destinati al trapianto, in linea con la normativa vigente.

- **Sicurezza trasfusionale al letto del paziente, al fine di evitare eventi/incidenti gravi riconducibili ad un errore trasfusionale ABO, correlato ad erronea identificazione del paziente e/o della gestione delle unità consegnate al di fuori del Servizio Trasfusionale:**
  - Le ASST/IRCCS devono implementare misure formative, organizzative e tecnologiche per migliorare l'efficienza e la sicurezza nel processo trasfusionale, vigilando sulla formazione degli operatori sanitari coinvolti nella trasfusione al letto del paziente, dalla prescrizione all'erogazione, garantendo l'applicazione delle normative vigenti per la sicurezza del paziente.
  - Devono implementare tecnologie informatiche per la tracciabilità e la tenuta sotto controllo del flusso di lavoro, come la richiesta trasfusionale informatizzata (Emoward) e la tecnologia RFID per il monitoraggio al letto del paziente mediante integrazione informatica con il software gestionale trasfusionale. Utilizzeranno le frigoemoteche sotto controllo remoto nelle strutture sanitarie ove la consegna delle unità da trasfondere non possa essere gestita direttamente dal SIMT di riferimento con operatori sanitari qualificati per l'assegnazione e consegna delle unità.
  - Entro il 30 aprile 2025, presenteranno alla Direzione Generale Welfare un piano dettagliato in cui sono declinate le modalità e le risorse rese disponibili per raggiungere gli obiettivi previsti ai punti precedenti, con un cronoprogramma per l'attuazione completa entro i successivi 18 mesi.
- **Appropriatezza trasfusionale in emocomponenti e medicinali plasmaderivati, estensione dei programmi di Patient Blood Management (PBM):**
  - Le ASST/IRCCS attivano misure atte a rafforzare l'appropriatezza trasfusionale, che riguarda sia gli emocomponenti che gli emoderivati. Infatti, l'appropriatezza trasfusionale è funzionale alla sicurezza clinica dei pazienti per la minore esposizione al rischio trasfusionale; inoltre, contribuisce all'autosufficienza e alla sostenibilità economica del sistema sanitario;
  - Estendono e rendono sistematica l'attivazione dei programmi PBM nel territorio regionale.
  - Entro il 30 aprile 2025, presenteranno alla Direzione Generale Welfare un piano dettagliato in cui sono declinate le modalità e le risorse rese disponibili per raggiungere gli obiettivi previsti ai punti precedenti, con un cronoprogramma per l'attuazione completa entro i successivi 18 mesi.
- **Attrattività della Medicina Trasfusionale attraverso il rafforzamento delle competenze maturate storicamente dalla Disciplina di Medicina Trasfusionale:**
  - le ASST/IRCCS implementano nell'ambito dei Servizi Trasfusionali di competenza, tutte le misure formative, organizzative e tecnologiche necessarie per potenziare l'attrattività della

disciplina di Medicina Trasfusionale, anche attraverso il sostegno al rafforzamento dei profili di competenza multidisciplinare maturati storicamente;

- concordano con SRC/AREU eventuali modifiche organizzative che impattano sui profili di attività o sull'inquadramento della struttura organizzativa trasfusionale nei POAS;
- in conformità con la normativa vigente, il Direttore del SIMT deve essere un medico con le competenze previste per la "Persona Responsabile del Servizio Trasfusionale" (Dlgs 261/2007, Art. 6). L'incarico comprende funzioni assimilate a quelle di un Direttore di Struttura Complessa, inclusa la gestione delle risorse ponderate a valenza strategica. Tali funzioni sono anche attribuite anche ove sia previsto un Responsabile di Struttura Semplice Dipartimentale (SSD); in tal caso, inoltre, il Responsabile della SSD afferisce funzionalmente al Direttore del DMTE di competenza, mediante apposito accordo convenzionale. La nomina formale del Direttore/Responsabile è condizione necessaria per mantenere l'accreditamento del SIMT. In caso di vacanza dell'incarico, la nuova nomina deve essere comunicata alla Direzione Generale Welfare e alla SRC presso AREU entro due mesi. Qualora l'incarico non sia adeguatamente coperto, l'accreditamento non sarà rinnovato fino alla nomina e l'Azienda dovrà stipulare una convenzione per le attività trasfusionali con l'ASST sede di DMTE, oppure, in accordo con quest'ultima, con altra ASST/IRCCS sede di SIMT all'interno del DMTE per l'erogazione delle attività trasfusionali secondo quanto stabilito dalla vigente normativa in materia;
- qualora il SIMT non sia una Struttura Complessa, la Persona Responsabile individuata dall'Azienda Sanitaria afferisce funzionalmente al Direttore del DMTE di competenza, mediante apposito accordo convenzionale

Sarà avviata nel corso del 2025 le attività connesse alla procedura di gara per la sostituzione del sistema Emonet. Sarà a carico di ogni Ente sanitario, pubblico e privato, utilizzatore del sistema regionale l'onere di provvedere a integrare i propri sistemi informativi con il nuovo applicativo al fine di ottimizzare l'efficienza e la sicurezza dell'intero sistema regionale.

4.6.7. Rete ostetrico-neonatale e ginecologica

Nel corso dell'anno 2025, alla luce delle condizioni epidemiologiche, dell'impatto operativo dei provvedimenti attuali e dell'evoluzione dell'offerta ospedaliera e territoriale in favore delle donne e della genitorialità, la Rete Ostetrico-Ginecologica e Neonatale, avvalendosi anche del contributo del Comitato Percorso Nascita regionale e della Commissione Salute donna, gli Enti erogatori della Rete sono impegnati nelle azioni che seguono:

- Gli Enti con i ginecologi, le ostetriche, gli anestesisti e risk manager, abilitati come Formatori formati centralmente ai sensi della DGR XII/2005/13.03.2024**, devono garantire la formazione di simulazioni ostetriche in sala parto e durante la gravidanza, almeno con due edizioni nel corso del 2025**. Le sessioni di simulazione ostetriche si effettuano "in situ" dei centri HUB e dei relativi centri spoke, e sono rivolte alle medesime qualifiche. I Centri HUB-MMF devono individuare il setting più adeguato anche mediante accordi quadro con altri centri HUB o con AREU;
- Ai sensi della DGR XII/1141 del 16.10.2023 e a far seguito:
  - l'emanazione regionale delle "Linee di indirizzo per la salute pelvica perinatale: prevenzione, identificazione e gestione delle disfunzioni pelvi-perineali (PFD) conseguenti alla gravidanza e al parto", gli Enti nel 2025 dovranno elaborare una procedura, avviare il modello organizzativo e dare riscontro degli indicatori previsti entro il 31.12.2025;
  - l'emanazione regionale del modello pilota "***La continuità assistenziale ostetrica: la prima visita domiciliare alle donne dopo il parto a cura dell'ostetrica",*** gli Enti individuati nel

2025 dovranno adottare le fasi operative, avviare il modello organizzativo e dare riscontro entro il 31.12.2025.

- Ai sensi della DGR XII/3354 del 11/11/2024, gli Enti identificati e diversificati per diversi livelli di intensità di cura in tema di Endometriosi, dovranno formalizzare e stabilizzare la completezza organizzativa richiesta dai criteri previsti dalla DGR n. XI/7663/2022 entro 12 mesi;

- Ai sensi Decreto n. 5697 del 29/04/2022, e a far seguito l'emanazione del documento regionale "*Position Statement: patologia benigna",* elaborato attraverso l'analisi di cinque "**Don't"** – rispettivamente per quattro ampie aree della ginecologia benigna (cisti ovariche, fibromi uterini, anomalie congenite e sanguinamento uterino anomalo) – gli Enti devono definire una procedura aziendale entro il primo trimestre, adottare le azioni proposte caso-specifico e prevedere un report annuale;
- Gli Enti erogatori della Rete definiscono in modalità formalizzata i percorsi di presa in carico delle donne dal territorio al punto nascita, per cure addizionali e specialistiche in gravidanza e/o per il parto alla 37^-38^ settimana entro il 31.12.2025.

Regione Lombardia prosegue:

- Nell'aggiornamento dei documenti tecnici delle DD.GG.RR. XI/2395 e XI/2396 del 11/11/2019, prevedendo l'adeguamento informatizzato a supporto della reportistica, degli strumenti, del monitoraggio avvalendosi della collaborazione di AREU anche per percorsi in urgenza. Contestualmente si procede all'aggiornamento dei requisiti. Le ATS sono chiamate al loro monitoraggio e gli Enti erogatori della rete sono chiamati ad applicare le note esplicative a supporto dell'adeguamento;
- Nell'estensione dell'Agenda del Percorso Nascita informatizzata (Agenda Web) contestualmente agli esami di laboratorio e strumentali previsti per la sorveglianza della gravidanza ai sensi del DPCM 12/01/2017, della DGR XII/1141/2023 e successivi suoi provvedimenti a supporto. Le finalità dello strumento sono descritte nel DGW n.14243 del 05/10/2018 e le modalità operative sono descritte nelle DD.GG.RR. XI/5249/2021 e XI/6387/2022. Gli Enti erogatori della rete individuati per il 2025 sono chiamati ad applicare le azioni previste a supporto dell'offerta e a dare riscontro entro il 31.12.2025.

4.7. HTA (Health Technology Assessment)

Il paragrafo 10.3.4 "HTA (Health Technology Assessment)" All. 10) DGR n. XII/1827 del 31/01/2024 (Regole 2024) viene così modificato, anche rispetto alla DGR XII/2966 – Seduta del 05/08/2024:

Con la legge regionale n. 23/2015, Regione Lombardia ha attivato un programma di HTA per supportare l'uso consapevole dei Dispositivi Medici e delle tecnologie sanitarie, coordinato dalla DG Welfare. Con la legge regionale n. 22/2021, in collaborazione con le strutture sanitarie, è stato adottato un sistema di mappatura delle tecnologie del SSL per programmare le acquisizioni in base ai fabbisogni, includendo le metodologie di valutazione HTA.

Attualmente, la DG Welfare sta riorganizzando l'HTA regionale, ampliando la partecipazione degli stakeholder. L'obiettivo del programma è favorire l'adozione di tecnologie efficaci, sicure ed efficienti, sostituendo quelle meno performanti, con modalità trasparenti e verificabili.

Il processo di valutazione si applica alle tecnologie innovative o emergenti che potrebbero influire sul SSR e a quelle che modificano o ampliano il loro utilizzo. La UO Polo Ospedaliero, insieme alla UO Programmazione della DG Welfare e al Centro Regionale HTA, esaminerà le richieste degli stakeholder, tra cui le Reti di Patologia, ATS, ASST, IRCCS e produttori di tecnologia, seguendo modalità strutturate e formali, con risultati sottoposti a consultazione pubblica.

Le ASST/IRCCS e le Reti di Patologia saranno coinvolte nella realizzazione dei rapporti tecnici di HTA, con tavoli tecnici istituiti per analizzare le segnalazioni. La Commissione HTA multidisciplinare,

istituita con decreto del 12 luglio 2024, produrrà un giudizio di appropriatezza d'uso (appraisal) basato su evidenze. Le Reti di Patologia parteciperanno al processo di valutazione e appraisal.
La commissione HTA potrà anche assumere un ruolo proattivo, valutando autonomamente nuove tecnologie e proponendo soluzioni innovative. Se necessario, si attiveranno collaborazioni con esperti esterni per garantire una valutazione integrata. L'attività del Centro Regionale HTA sarà integrata con altre unità della DG Welfare e supporterà la Commissione ASAT quando richiesto.
Il processo fornirà informazioni strategiche alla DG Welfare, alle sue strutture e alle organizzazioni per le attività di procurement. Su richiesta, il monitoraggio potrà essere supportato dall'Agenzia di Controllo del Sistema Socio-Sanitario Lombardo.
La DG Welfare, attraverso il Centro collaborativo di HTA, parteciperà ai Centri collaborativi di Agenas, come indicato nella conclusione della procedura di selezione per l'istituzione dell'Albo dei Centri Collaborativi regionali e dei Soggetti pubblici e privati disponibili a collaborare al PNHTA DM 2023-2025 (consultabile al link: https://www.agenas.gov.it/aree-tematiche/hta-health-technology-assessment/albo-dei-centri-collaborativi-hta). Tale collaborazione sarà regolata dall'Accordo di Collaborazione ai sensi dell'ex art. 15 Legge n. 241/1990. Questo coinvolgimento riguarderà sia la produzione di report a livello nazionale sia l'implementazione di programmi di formazione di base sulla metodologia HTA, in collaborazione con AGENAS.

4.8. INNOVAZIONE TECNOLOGICA

Nel 2025, la Direzione Generale Welfare (DGW) avvierà un programma di investimenti per l'innovazione tecnologica nelle strutture del Sistema Sanitario Regionale (SSR), con focus su tecnologie avanzate per la medicina personalizzata. Le principali aree di intervento includono:

- **LFOV PET-CT**: Tecnologie diagnostiche avanzate con un'unica acquisizione per esaminare tutto il corpo del paziente, con l'individuazione di un sito idoneo in Lombardia;
- **Terapia con protoni**: Investimento in tecnologie per il trattamento preciso dei tumori, con un bando per la selezione di un centro pubblico in Lombardia;
- **Aggiornamento delle medie-basse tecnologie**: Progetti di rinnovo e implementazione delle tecnologie ospedaliere, continuando gli investimenti del 2024.

4.9. ROBOTICA

Nel 2025, la DG Welfare estenderà il programma di formazione sulla chirurgia robotica, come previsto dalla D.G.R. n. 2966/2024. Saranno definiti i criteri per la formazione delle equipe chirurgiche presso i centri hub, che includono GOM Niguarda, IRCCS Policlinico di Milano, Spedali Civili di Brescia, IRCCS San Matteo, Papa Giovanni XXIII di Bergamo, Sette laghi di Varese, IRCCS San Gerardo di Monza. I centri riceveranno un potenziamento tecnologico per la formazione, e il personale delle strutture "spoke" (chirurghi, anestesisti, infermieri) verrà formato inizialmente presso gli hub.
Nel 2025, sarà anche indetta una nuova gara regionale per ottimizzare i costi della chirurgia robotica multidisciplinare, mentre gli acquisti per sistemi monospecialistici non richiederanno autorizzazione regionale, ma dovranno rientrare nei bilanci degli enti.

4.10. RISK MANAGEMENT

Dal 2025, i piani annuali di risk management dovranno considerare eventi avversi, eventi sentinella, contenzioso e altri elementi critici, adottando una logica di risk assessment. Le iniziative del Centro regionale del rischio sanitario e sicurezza del paziente saranno allineate agli standard del WHO Global Safety Action Plan 2021-2030, con un avvio progressivo delle attività in linea con gli obiettivi del piano e in collaborazione con la Commissione Salute e AGENAS.

4.10.1. Sicurezza in area ostetrica e perinatale

Ogni ASST dovrà gestire il rischio clinico nel processo di travaglio/parto segnalando i triggers materno/fetali nei CEDAP e analizzandoli tramite audit, con azioni di miglioramento da riportare nei piani annuali di rischio. Gli eventi trigger che diventano eventi sentinella devono essere segnalati anche in SIMES. Proseguiranno le attività regionali sulla sorveglianza della mortalità materna e dei near miss ostetrici in collaborazione con l'ISS (progetto ItOSS). Nel 2025 continuerà il progetto di "peer review" per migliorare la sicurezza e l'appropriatezza nei punti nascita del SSR, e rimarrà attiva la sorveglianza della mortalità perinatale, con l'importanza dell'esecuzione del SEA per gli eventi segnalati. Inoltre, proseguirà nel 2025 il progetto di formazione con simulazione sul risk management in sala parto, coinvolgendo professionisti dei punti nascita Hub&Spoke, in collaborazione con AREU.

4.10.2. Implementazione di un sistema per la gestione del rischio in ambito territoriale e sociosanitario

Il Centro Regionale per la Gestione del Rischio Sanitario e la Sicurezza del Paziente continuerà, in collaborazione con i risk manager delle ATS, a supportare le UdO sociosanitarie nell'implementazione dei requisiti di sicurezza e qualità delle cure, come definito dal D.M. del 19/12/2022. Le attività includeranno formazione per i referenti del risk management, la realizzazione di strumenti di supporto (es. check list, modelli di Incident Reporting) e il miglioramento della gestione dei seguenti ambiti: gestione sicura del farmaco, infezioni correlate all'assistenza, gestione degli eventi inattesi, e violenza sugli operatori. Le ATS, inoltre, implementeranno attività di risk management, in particolare per la violenza sugli operatori, e analizzeranno i rischi per migliorare i processi di screening e prevenzione delle malattie infettive. Le ASST dovranno garantire gli stessi strumenti di gestione del rischio sanitario anche per le Cure Primarie, con attenzione alle segnalazioni di Incident Reporting, violenza sugli operatori e l'avvio dei nuovi Distretti (Case di Comunità e Ospedali di Comunità), oltre allo sviluppo della telemedicina.

4.10.3. *Sviluppo della gestione del "full risk based thinking" (HERM)*

Nell'ambito del risk management, si richiede l'implementazione del modello Healthcare Enterprise Risk Management (HERM) per una gestione integrata dei rischi in sanità, applicato a almeno tre processi aziendali, seguendo le indicazioni del Decreto DG Welfare 20638 del 21.12.2023. L'attivazione del modello HERM e eventuali audit sui rischi principali, previsti nel PARM (Piano Annuale di Risk Management), saranno supportati da formazione e tutoraggio offerti dal Centro Regionale per la Gestione del Rischio Sanitario. Il Risk Manager avrà il compito di stimolare e supportare le direzioni aziendali nella valutazione e gestione dei rischi, superando la visione separata e aggregando i risultati per presentare i rischi in modo univoco e prioritizzato, aiutando il Comitato di Gestione del Rischio nell'adozione delle azioni necessarie.

4.10.4. Gestione delle crisi e continuità operativa (linee di indirizzo)

Nel corso dell'anno 2025 i Risk Manager devono proporsi attivamente con tutti gli attori coinvolti nelle unità di crisi, per condividere ed adottare idonei strumenti di "business continuity" e "crisis management" in coerenza con le linee di indirizzo regionali ed i piani di emergenza pandemica e successivamente con gli altri piani di emergenza previsti dalla normativa (PEI, PEMAF, ec.).

4.10.5. Prevenzione infezioni correlate all'assistenza e sepsi

Con il Decreto DG Welfare n. 20674 del 21/12/2023, aggiornato rispetto al precedente Decreto n. 7517/2013, le strutture sanitarie sono invitate a rivedere i propri PDTA aziendali, adattandoli alle realtà locali e implementando un sistema di allerta precoce per la gestione della sepsi e shock settico, come indicato nelle Linee Guida 2021 della "Surviving Sepsis Campaign". Il programma di miglioramento include lo screening dei soggetti a rischio, trattamenti codificati e formazione dedicata. È stata fornita una Scheda di Audit per facilitare e standardizzare l'audit, che dovrà essere rendicontato nel PARM e analizzato da un gruppo regionale per aggiornare una nuova Check List Logistico-Organizzativa.

Le strutture devono condurre audit su un campione di cartelle cliniche, aderire alla compilazione della nuova Check List e partecipare alla formazione regionale. Inoltre, i risk manager aderenti alla Carta per la qualità e sicurezza delle cure di FIASO-Cittadinanza Attiva sono invitati a coordinare le attività previste, coinvolgendo i rappresentanti dei pazienti, e a condividere i risultati con il Centro regionale per la Sicurezza del Paziente.

4.10.6. Sistema di monitoraggio delle attività di risk management

A seguito della sostituzione della piattaforma di ARIA S.p.a, sono stati aggiornati e implementati gli indicatori di sinistrosità e di patient safety per migliorare il monitoraggio dei dati. Il Centro Regionale per la Gestione del Rischio Sanitario e la Sicurezza del Paziente sta ampliando il Cruscotto indicatori-CRM, includendo analisi sui dati raccolti tramite l'incident reporting regionale. Il monitoraggio periodico di questi indicatori fornisce ai Risk Manager informazioni utili per identificare aree di miglioramento, che saranno considerate nella definizione dei piani annuali di risk management.

4.10.7. Applicativo di incident reporting- HERMLOMB

Nel 2025, il nuovo applicativo regionale di Incident Reporting - HERMLomb, sviluppato con la U.O. Prevenzione, sarà implementato nelle strutture pubbliche e private tramite i Risk Manager. Questi dovranno coinvolgere tutto il personale per segnalare near miss, eventi avversi, cadute accidentali, atti di violenza ed esiti di audit. L'incident reporting fornisce informazioni per gestire i rischi e consente al Centro Regionale di raccogliere dati aggregati, utili per misurare la rischiosità e soddisfare gli obblighi informativi previsti dalle Leggi nn. 24/2017 e 113/2020, inclusi i monitoraggi sugli agiti violenti in collaborazione con l'Agenzia di Controllo del Servizio Socio Sanitario Lombardo.

4.10.8. Formazione dei risk manager/network di risk management

Nel 2025, in collaborazione con Accademia Polis, saranno avviati corsi di formazione per i Risk Manager e gli attori del sistema su temi come: sepsi, rischio ostetrico e materno-infantile, simulazione per il risk management, formazione per Risk Manager e CVS, mediazione di conflitti, FAD su infezioni correlate all'assistenza e attività di risk management per le UdO sociosanitarie. Inoltre, si terranno i Network trimestrali di Risk Management per aggiornamenti regionali e lo scambio di buone pratiche.

4.10.9. Gestione del contenzioso/copertura assicurativa RCT/RCO

In attesa dei decreti attuativi della Legge n. 24/2017, si confermano le seguenti azioni:

- Le procedure di copertura assicurativa RCT/RCO saranno gestite tramite la Centrale d'Acquisto Regionale di ARIA, con il progetto di centralizzazione della gara;
- I Comitati di Valutazione Sinistri dovranno essere adeguatamente strutturati per la gestione dei sinistri, in linea con il Decreto DG Welfare n. 15406/2022, che fornisce le linee guida per la gestione del contenzioso sanitario;
- Verrà rivisitato l'assetto dei Raggruppamenti legali e medici legali per favorire una gestione più integrata e condivisa dei sinistri, promuovendo attività di valutazione e prevenzione dei rischi sanitari;
- Le Direzioni Strategiche dovranno attuare le linee guida per la mediazione dei conflitti, creando una rete regionale di mediatori, con formazione specifica per migliorare i processi di ascolto e risoluzione delle controversie.

4.10.10. AREU

Nell'ambito dei progetti di risk management, viene richiesta l'implementazione dell'attività di monitoraggio dei percorsi di STAM e STEN che devono svolgersi secondo le modalità previste dalla normativa regionale di riferimento (D.G.R. n. 2396 del 11/11/2019 "Rete Regionale per l'Assistenza materno-Neonatale: determinazioni in merito al Sistema di Trasporto Materno Assistito (STAM) e al Sistema di Trasporto in Emergenza del Neonato e del Lattante").

4.10.11. Rischio nutrizionale

Si chiede ai Risk Manager di verificare l'applicazione della Deliberazione n. XII/812 del 29/01/2024, che attiva il percorso di screening nutrizionale nelle strutture del SSR e a domicilio. Inoltre, dovranno rendicontare l'adozione di procedure aziendali e buone pratiche locali. Sono raccomandate iniziative formative per sensibilizzare sull'importanza dello screening nutrizionale e sulla segnalazione di near miss, eventi avversi e sentinella, sia in ambito ospedaliero che territoriale.

4.10.12. Raccomandazioni ministeriali

Si sottolinea l'importanza di completare l'implementazione delle raccomandazioni ministeriali dove ancora parziale, aggiornando le procedure e i protocolli per il monitoraggio annuale promosso da AGENAS, essenziale per il parametro LEA punto Rischio Clinico AS.1. In caso di eventi critici con impatto significativo sull'organizzazione o mediatico, saranno attivati audit di terzo livello congiunti con l'Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario per identificare carenze organizzative che necessitano di azioni correttive da parte della DG Welfare o delle ATS. Per lo sviluppo di temi specifici e la definizione dei piani aziendali di risk management, si rimanda alle "Linee Operative regionali di Risk Management" predisposte annualmente dal Centro Regionale per la Gestione del Rischio Sanitario e la Sicurezza del Paziente.

4.11. ATTIVITA' DI CONTROLLO

4.11.1. Programmazione dei controlli

Le ATS devono inviare entro il 28 febbraio 2025 il Piano dei Controlli per l'esercizio 2025 alla DG Welfare e ad ACSS. Questo piano, previsto dalla DGR n° XI/7315 del 14/11/2022, è fondamentale per la programmazione delle attività di verifica, monitoraggio e controllo. Per il 2025, il controllo delle ATS si svolgerà dal 1° gennaio e fino al 31 dicembre 2025, con la chiusura del debito informativo prevista entro il 10 febbraio 2026. Il piano prevede il controllo di almeno il 12,5% delle prestazioni di ricovero, di cui il 6,5% riguarda qualità documentale e congruenza/appropriatezza, mentre il 6% sarà dedicato a verifiche mirate. Per le prestazioni ambulatoriali, il controllo sarà almeno del 3,5%, con una percentuale dello 0,15% sulle prestazioni contraddistinte dai flag 1 e 3. Seguiranno indicazioni specifiche da parte di ACSS sulle modalità di controllo e trasmissione delle verifiche.

Autocontrollo qualità documentale Ricoveri (3%)

Dimessi dal 1°gennaio 2025

1. ATS

- Campionamento casuale (numerosità = 3% produzione 2024) su gennaio-marzo 2025.
- Invio ad Erogatori elenchi cartelle cliniche campionate.

2. Erogatore

- Invio esiti autocontrollo solo in ATS (no correzioni in Regione su campione) entro 30/06/2025.

3. ATS

- Campionamento quota parte del 3% iniziale, per verifica di concordanza.
- In concordanza, no sanzionamento per errore.
- In discordanza, estensione a intero campione autocontrollo e sanzionamento per errore (se decurtazione economica ≥ 5%).
- Invio esiti quota parte controllo ATS ed autocontrollo Erogatore in Regione entro il 10.01.2026 (con possibilità di correggere errori fino al 10.02.2026).

Autocontrollo congruenza e appropriatezza generica Ricoveri (3, brea)

Dimessi dal 1°gennaio 2025

1. Erogatore

- Piano di Controllo aziendale (invio in ATS entro 15 febbraio 2025)

- Campionamento mirato o casuale o misto (numerosità = 3,5% produzione 2024) su gennaio-aprile 2025
- Invio mensile in ATS elenchi cartelle cliniche campionate.
- Invio esiti autocontrollo solo in ATS (no correzioni in Regione su campione) entro 30/06/2025.

2. ATS

- Segnalazione criticità Piano di Controllo aziendale.
- Campionamento quota parte del 3,5% iniziale, per verifica di concordanza.
- In concordanza, no sanzionamento per errore.
- In discordanza, estensione a intera produzione disponibile e sanzionamento per errore (se decurtazione economica ≥ 5%).
- Invio esiti quota parte controllo ATS ed autocontrollo Erogatore in Regione entro il 10.01.2026 (con possibilità di correggere errori fino al 10.02.2026).

Le Strutture sanitarie di ricovero e cura devono inviare, entro il 15 febbraio, all'ATS di riferimento il Piano di Controllo aziendale, indicando i criteri di campionamento e le modalità organizzative per l'autocontrollo delle prestazioni di ricovero. I campioni di autocontrollo non devono includere pratiche non finanziate dal SSR. Le ATS devono dare priorità all'attuazione delle disposizioni della Giunta Regionale, destinando risorse adeguate per raggiungere il 12,5% di controlli previsto. Inoltre, entro il 31 gennaio 2025, dovranno inviare a DGW e ACSS l'elenco aggiornato dei membri NOC delle ATS, e farlo ogni volta che ci sono modifiche.

4.12. RENDICONTAZIONE UTILIZZO POMPA COASSIALE – DECRETO N. 14035 DEL 23.09.2024

Si rimanda all'appendice 4 per quanto di competenza.

4.13. DOCUMENTO DI HEART TEAM APPLICAZIONE DECRETO N. 15121 DEL 02/12/2020

Durante i controlli delle prestazioni di ricovero per il trattamento TAVI (Transcatetere della Stenosi Valvolare Aortica), sarà necessario verificare la presenza del documento dell'Heart Team, sottoscritto dai componenti per ogni paziente candidato, come previsto dal Decreto n. 15121/2020. L'Heart Team deve includere un Cardiologo Interventista, un Cardiochirurgo, un Anestesista Intensivista e un esperto di Imaging, con la possibilità di coinvolgere altri specialisti. Il parere dell'Heart Team è obbligatorio e il verbale della discussione deve essere parte integrante della cartella clinica. La verifica del documento sarà parte del controllo delle cartelle cliniche dei pazienti dimessi dal 01.01.2025 e sarà previsto opportuno abbattimento economico ove la compilazione del documento sia assente o incompleta.

4.14. DGR N° XII / 1812 DEL 29/01/2024 "ATTIVAZIONE DEL PERCORSO DI SCREENING NUTRIZIONALE NELLE STRUTTURE DEL SSR E DOMICILIARE"

La D.G.R. n. 1812 ha stabilito lo Screening Nutrizionale come strumento fondamentale per valutare il rischio nutrizionale e garantire un supporto nutrizionale adeguato ai soggetti fragili in strutture sanitarie, sociosanitarie e in assistenza domiciliare, definendo che nella documentazione sanitaria e sociosanitaria del paziente deve essere presente la scheda dello screening nutrizionale compilata per ogni nuovo ingresso e almeno 1 volta/ anno. La verifica del documento sarà parte del controllo delle cartelle cliniche dei pazienti dimessi dal 01.01.2025 e sarà previsto opportuno abbattimento economico ove la compilazione del documento sia assente o incompleta.

4.15. NEGOZIAZIONE SANITARIA

I contratti sottoscritti hanno durata giuridica biennale (validità 2025 e 2026), salvo eventuali modifiche e integrazioni. L'accordo economico, scheda budget, avrà rivalutazione annuale.

La procedura per la negoziazione e la sottoscrizione dei contratti con tutti gli Erogatori di prestazioni sanitarie, prevede la sottoscrizione del contratto definitivo entro il 31 marzo 2025. I contratti del 2024 sono prorogati fino alla sottoscrizione dei contratti 2025, questo per permettere l'erogazione delle prestazioni e il riconoscimento degli acconti agli erogatori pubblici e privati.

La definizione dei budget 2025 verrà fatta partendo dai valori presenti nei contratti sottoscritti entro il 30/04/2024. Per gli erogatori che nel 2023 hanno raggiunto gli obiettivi stabiliti dalle ATS verrà riconosciuto un incremento del budget per il 2025.

Si ricorda che non dovranno essere considerare le eventuali rimodulazioni non storicizzabili disposte nel corso del 2024, tenuto necessariamente conto dei vincoli discendenti dalla normativa nazionale in tema di monitoraggio della spesa e di quelli di acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza sanitaria ospedaliera e ambulatoriale.

A partire dai contratti 2025 sono previsti, sia per i ricoveri che per le prestazioni ambulatoriali, due budget: uno per le attività erogate a favore dei residenti lombardi e uno per i residenti fuori regione.

In caso di trasformazione di posti letto di degenza ordinaria in posti tecnici e/o in caso di variazione del setting assistenziale di alcune prestazioni, le ATS possono procedere alla rimodulazione e all'adeguamento dei valori di budget (ricoveri e specialistica ambulatoriale) a parità di risorse complessivamente contrattualizzate con la struttura/ente unico richiedente la trasformazione. Nel caso, per validi motivi gli enti dovessero cessare l'offerta di alcune attività fondamentali nella programmazione regionale, ATS in concerto con la DGW può valutare di:

- Chiedere di rimodulare il case-mix al fine di rispondere alla domanda territoriale;
- Ridistribuire parte del budget legato a tale attività, verso altri Erogatori al fine di garantire la presa in carico dei pazienti.

I dati relativi ai flussi informativi devono essere inviati entro le scadenze determinate, ulteriori invii non comporteranno oneri al sistema e avranno quindi solo valore epidemiologico.

I posti letto necessari per onorare gli impegni contrattuali annualmente negoziati dagli erogatori con le ATS sono i posti letto accreditati e a contratto (DGR n. XI/1046/2018 e s.m.i), i ricoveri dovuti a situazioni di emergenza/urgenza, adeguatamente documentati, potranno determinare una presenza di pazienti superiore al numero dei posti letto a contratto nel limite di quelli accreditati. Per i ricoveri in regime di day hospital-day surgery, il numero dei pazienti ricoverati non può superare il doppio del numero complessivo dei posti letto autorizzati per ricoveri a ciclo diurno.

Anche per l'anno 2025 rimangono possibili le rimodulazioni di budget già previste negli esercizi precedenti per le risorse contrattualizzate con la medesima struttura e per gli enti unici, finanziando eventuale attività di ricovero (relativamente ad altre strutture appartenenti al medesimo ente unico), cure sub-acute ed ambulatoriali in iperproduzione con lo spostamento di risorse da ricovero e cura. Tali operazioni sono da considerarsi non storicizzabili.

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

Le rimodulazioni potranno essere chieste dagli erogatori alle ATS oppure proposte da ATS agli erogatori e concordate con gli stessi. L'eventuale segnalazione dell'esigenza di modificare il budget dovrà essere inviata dall'Erogatore, entro e non oltre il 31 ottobre dell'anno in corso alla ATS di riferimento. Le istanze pervenute dagli erogatori oppure le proposte delle ATS agli erogatori stessi

dovranno essere trasmesse entro e non oltre il 15 novembre 2025 alla DGW, unitamente ad una propria valutazione. Per le istanze di rimodulazione che riguardano diversi ambiti territoriali, la valutazione deve essere svolta e condivisa da tutte le ATS coinvolte. Successivamente, entro il 30 novembre 2025, la DGW provvederà a comunicare l'eventuale approvazione delle rimodulazioni alle ATS territorialmente competenti.

4.15.1. ATTIVITÀ DI RICOVERO E CURA

Erogatori di diritto pubblico

Il sistema di negoziazione con gli erogatori di diritto pubblico prevede un budget complessivo per tutti i ricoveri, indipendentemente dalla residenza, esclusi i cittadini stranieri (STP). Per adeguare i budget alla capacità produttiva del settore pubblico e riequilibrare le risorse regionali, gli erogatori pubblici dovranno concordare con le ATS una proposta di budget 2025 per ciascuna attività, accompagnata da una relazione di massimo 20 righe. Le proposte, condivise con le ATS, dovranno essere inviate alla DGW entro il 31 gennaio 2025 per la validazione entro il 28 febbraio 2025.

Erogatori privati accreditati a contratto

A partire dal 2025, sono previsti due budget separati: uno per i residenti lombardi e uno per i residenti fuori regione. La definizione dei budget 2025 si baserà sui contratti sottoscritti entro il 30 aprile 2024, con incrementi per gli erogatori che abbiano raggiunto gli obiettivi nel 2023 sulle liste di attesa. Tale incremento sarà stimato, dalle ATS di afferenza, sulla base del valore derivante dall'applicazione del non raggiungimento degli obiettivi 2023 sulle liste di attesa e dovrà essere destinato alle prestazioni di particolare criticità rilevate nel territorio di competenza. Tale incremento sarà garantito attraverso le risorse previste dalla legge finanziaria per l'anno 2025. Il budget per i residenti fuori regione per le prestazioni di alta complessità sarà incrementato fino al 30%, mentre per quelle di bassa complessità si confermeranno le regole del 2024.Sarà riconosciuto un incremento del budget dall'ATS, proporzionalmente alla produzione non finanziata nel 2024, da finalizzare alle prestazioni di ricovero critiche sul territorio di ciascuna ATS. Inoltre, le strutture hub nella rete Pancreas e Breast Unit avranno un sotto-budget dedicato e aumentato dell'1%. Verrà anche rivista la tariffa dei DRG medici da PS.

Alta complessità e attività IRCCS: In conformità con la legge 208/2015, che valorizza l'alta specialità, è prevista la programmazione dell'acquisto di prestazioni specialistiche e quelle degli IRCCS. Per gli erogatori pubblici, è confermata la possibilità di riconoscere ricavi derivanti da produzione superiore a quella contrattualizzata, previa valutazione positiva della DGW, senza impatti sul bilancio del sistema.

Una quota fino al 7% del budget per i cittadini residenti in Regione Lombardia è legata al raggiungimento di specifici obiettivi definiti da ATS, con eventuali fondi non riconosciuti che rimangono a disposizione delle ATS. Continuano gli accordi bilaterali con le regioni di confine per la mobilità sanitaria, con effetti economici sulle strutture che erogano prestazioni ai residenti di quelle regioni dal 2025. Gli erogatori potranno richiedere una rimodulazione del budget per i cittadini fuori regione, pari al 3% del budget lombardo, entro il 31 ottobre 2025.

4.15.2. ATTIVITA' AMBULATORIALE

Erogatori privati accreditati a contratto

Il budget di struttura per le attività di specialistica ambulatoriale per il 2025 sarà calcolato sulla base del contratto 2024, stipulato entro il 30 aprile 2024, al netto delle risorse non storicizzabili. Il contratto dovrà essere firmato entro il 31 marzo 2025. Ogni ATS dovrà separare il budget in due categorie: "Cittadini residenti in Regione Lombardia" e "Fuori Regione", con regole di negoziazione specifiche per ciascun budget. Inoltre, le strutture hub nella rete Pancreas e Breast Unit avranno un sotto-budget dedicato e aumentato dell'1%.

BUDGET "Cittadini residenti in Regione Lombardia"

Nel 2025, sarà riconosciuto un incremento fino all'1% del budget agli EEPA che abbiano raggiunto gli obiettivi sulle liste di attesa del 2023. Tale incremento sarà stimato, dalle ATS di afferenza, sulla base del valore derivante dall'applicazione del non raggiungimento degli obiettivi 2023 sulle liste di attesa e dovrà essere destinato alle prestazioni di particolare criticità rilevate nel territorio di competenza. Tale incremento sarà garantito attraverso le risorse previste dalla legge finanziaria per l'anno 2025. Agli EEPA che nel 2024 abbiano superato il 106% di produzione (escluso il laboratorio), sarà riconosciuto un incremento proporzionale per prestazioni critiche. Se i fondi residui sono superiori a quelli necessari, le ATS potranno chiedere integrazioni al budget. Le prestazioni per gli EEPA saranno monitorate tramite una rendicontazione specifica.

Ogni ATS dovrà prevedere per gli EEPA delle soglie minime pari almeno al valore maggiore tra il volume erogato 2023 (al netto delle prestazioni erogate con risorse non storicizzabili) e la soglia minima stabilita nel 2024. Le soglie minime da identificare sono le seguenti:

- gruppo PNGLA con tipo prestazione O e Z, eventualmente, suddivise ulteriormente in:
  - prime visite;
  - ecografie;
  - endoscopie;
  - TC/RM;
  - altra diagnostica
- gruppo VISITE (altre prime visite non rientranti nel gruppo precedente e visite di controllo);
- gruppo SCREENING (tenendo conto degli indirizzi della UO prevenzione DG Welfare).

Nel caso in cui venissero raggiunte tutte le soglie minime di garanzia secondo quanto contrattualmente definito dalle singole ATS (da questo calcolo è escluso il gruppo SCREENING) - che segue gli indirizzi di programmazione definiti con il Dipartimento di Prevenzione delle singole ATS), le prestazioni che concorrono al raggiungimento delle suddette saranno riconosciute senza abbattimento tariffario tra il 97% e il 106%. Le altre prestazioni saranno riconosciute senza abbattimento tra il 97% e il 100%, con abbattimento del 30% tra il 100% e il 103% e abbattimento del 60% tra il 103% e il 106%.

Differentemente, nel caso non siano saturate le soglie minime, con la tipologia ed i volumi di prestazioni negoziati con l'ATS, le condizioni contrattuali applicate alle prestazioni oggetto delle soglie saranno le seguenti: abbattimento del 30% tra il 97% ed il 103% e abbattimento del 60% tra il 103% ed il 106%. Le prestazioni di laboratorio verranno abbattute del 70% tra il 97% e il 106%, successivamente al 106% non saranno riconosciute. Per tutti gli EEPA, le prestazioni PNGLA non saranno abbattute fino al 110%.

Inoltre, ogni ATS dovrà destinare il 10% del budget destinato ai Cittadini Residenti in Regione Lombardia agli obiettivi specifici, mentre almeno il 3% del budget di specialistica ambulatoriale per Cittadini Residenti in Regione Lombardia dovrà essere riservato alle prestazioni per pazienti cronici.

Manifestazioni di interesse

Una quota parte delle risorse destinate alle Liste di Attesa sarà finalizzata alle Manifestazioni di Interesse per l'acquisto di prestazioni di prima visita PNGLA e non, sulla base delle necessità territoriali individuate dalle ATS, da Enti Erogatori Privati Accreditati a contratto e non.

Erogatori di diritto pubblico

Entro il 15 marzo 2025, le ATS devono presentare una proposta di budget complessivo per ciascun EEP, basata sugli andamenti passati e sulle capacità erogative aziendali, con un possibile incremento massimo del 10% o un decremento massimo del 5% rispetto al budget 2024 di produzione ambulatoriale e di ricovero. La proposta deve essere approvata dalla Direzione Generale Welfare e

non è automaticamente storicizzabile. Gli aumenti del budget per gli erogatori pubblici potranno essere vincolati all'erogazione di prestazioni coerenti con i bisogni epidemiologici locali, in accordo con le ASST e IRCCS. Inoltre, la rimodulazione del budget comporterà anche una modifica della valorizzazione delle prestazioni aggiuntive. Per il 2025, almeno il 3% del budget per la specialistica ambulatoriale per cittadini residenti in Regione Lombardia deve essere destinato alle prestazioni per pazienti cronici. Le prestazioni PNGLA non subiranno abbattimenti fino al 110%.

Prestazioni proton terapia

Per l'attività svolta dal Centro Nazionale di Adroterapia Oncologica (CNAO), si prevede la possibilità a consuntivo, del riconoscimento della produzione effettivamente erogata, senza abbattimenti di sistema o regressione tariffaria, tenuto conto della produzione a favore dei pazienti fuori regione rendicontata nel flusso 28/SAN.

Per l'Istituto Europeo di Oncologia, si conferma il budget sperimentale come previsto da DGR XII / 1440/2023 pari a 1,2 Mln/€ a favore dei pazienti residenti in Lombardia.

4.16. PRESTAZIONI DI CURE SUB-ACUTE

Valore di riferimento: contratto 2024 tenendo conto, in accordo con la DGW, degli incrementi di attività avvenuti nel corso del 2024.

4.17. NUOVE RETI SANITARIE

Per le prestazioni delle "nuove reti sanitarie" si conferma tutto quanto previsto dalle regole di esercizio 2023 dando evidenza nella scheda di budget degli importi contrattati.

4.18. MODALITÀ DI DEFINIZIONE DEGLI ACCONTI

Si confermano le modalità di erogazione degli acconti così come previsto dalla DGR n. XII/1827 del 31.01.2024.

4.19. NUOVE TARIFFE

4.19.1. Riabilitazione

Nel corso del 2025 è data attuazione alla D.G.R. n. 1477/2023 attraverso l'avvio della riclassificazione e revisione delle tariffe relative ai ricoveri di neuroriabilitazione (cod. 75). Tale attività di verifica dei requisiti di accreditamento da parte delle ATS di competenza va completata entro il 30 giugno 2025. A seguito della predisposizione da parte delle ATS del "Piano locale per l'Assistenza Riabilitativa" saranno consentiti trasferimenti di posti letto (cod. 75) tra ATS previo parere favorevole della Direzione Generale Welfare.

Successivamente alla riclassificazione, per i codici 75 è applicata la tariffa ministeriale pari a 470 Euro/die in applicazione del DM 18.10.2012. La sperimentazione della SDO-R continuerà anche per tutto il 2025, a seguito di quanto previsto dal Decreto ministeriale del 5/08/2021, seguirà la rivisitazione anche dei requisiti della disciplina di riabilitazione e recupero funzionale (codice 56) con l'identificazione in questa stessa disciplina di tre 3 livelli di complessità assistenziale: maggiore complessità = 56 a, minore complessità = 56 b, riabilitazione estensiva = 56 c; Proseguiranno i lavori finalizzati alla piena attuazione della legge regionale 6 dicembre 2022, n. 27 "Definizione e funzionamento delle unità spinali del servizio sociosanitario regionale lombardo". Sarà attivato nell'ambito della rete di riabilitazione un sottogruppo tecnico per la predisposizione delle linee guida specifiche per l'attuazione del nuovo nomenclatore tariffario della specialistica ambulatoriale. Superamento dell'utilizzo della ricetta rossa cartacea con il passaggio all'utilizzo della ricetta dematerializzata per la prescrizione della prima visita fisiatrica.

Laddove la domanda di riabilitazione specialistica neuromotoria (cod. 56 MDC 1), necessaria a completare il percorso di cura del paziente acuto presso ASST in cui non sono presenti posti letto di

riabilitazione Cod. 56 sarà possibile, previa verifica da parte dell'ATS territorialmente competente, rispetto quanto previsto dal piano territoriale di riabilitazione, assegnare nuovi posti letto di riabilitazione specialistica neuromotoria. Inoltre, in presenza di specifiche progettualità inerenti a patologie neurodegenerative, in particolare il Parkinson, le ASST, in collaborazione con le università con finalità di ricerca, potranno richiedere, previa verifica di compatibilità con l'ATS territorialmente competente, una dotazione di posti letto dedicati per lo sviluppo di modelli innovativi di assistenza.

4.19.2. Ospedale di comunità

In attesa delle indicazioni nazionali, insieme alla U.O. Rete Territoriale, sarà effettuata un'analisi dei costi per valutare la coerenza della tariffa degli Ospedali di Comunità. A tal fine si ricordano le indicazioni fornite con nota del 13.06.2024 (prot. G1.2024.0023112): il nuovo tracciato transitorio dovrà essere utilizzato dalle strutture che hanno concluso positivamente l'iter previsto dalla DGR XII/1453/2023 e dalla DGR XII/1827/2024, sia per le strutture gestite dalle ASST sia per quelle gestite da soggetti privati gestori di ODC accreditati e contrattualizzati all'esito dell'espletamento di manifestazioni d'interesse.

4.19.3. Sub acuti

Aggiornamento delle tariffe Sub Acuti, setting assistenziale che svolge un ruolo fondamentale nell'assistenza dei pazienti che necessitano di ulteriori periodi di ricovero in ambito di non acuzie.

4.19.4. Revisione tipologie chirurgia vascolare nei DRG 110 e 111 con aggiornamento delle tipologie di device rilevati in SDO4

Nell'ottobre 2023 la commissione vascolare operante presso il tavolo tecnico di regione Lombardia ha sviluppato una survey rivolta alla definizione della numerosità e tipologia degli interventi chirurgici eseguiti con protesi e dispositivi endovascolari, condotti sul distretto aortico, toracico e addominale per patologia aneurismatica e/o dissecativa, ed arterioso periferico per malattie steno/obliterative. Queste malattie, ampiamente diffuse nella popolazione, hanno subito negli ultimi anni un drastico cambio nella possibilità di cura e nei risultati degli interventi correttivi (mortalità e morbidità) grazie al grande sviluppo di metodiche innovative basate sulla tecnologia endovascolare ("endoprotesi" e "stent ricoperti" inseriti per via femorale con approccio mininvasivo). La DGR 5924 di febbraio 2022 prevede "ulteriori aggiornamenti tecnici delle "Istruzioni per la codifica delle informazioni riguardanti le endoprotesi", soprattutto per quelle specialità non incluse nel testo.

Il gruppo di lavoro della Chirurgia Vascolare ha quindi elaborato e mediato una nuova proposta di codifica che esiterà in un nuovo sistema di differenziazione tariffaria.

4.19.5. Correzione endovascolare di aneurisma AORTO-ILIACO mediante endoprotesi ILIAC-BRANCH

- Codice diagnosi principale: 4414 o 4422
- Codice procedura principale: 39.71 o 39.79
- Rilevazione in SDO4 di un device della nuova tipologia 38D

4.19.6. Correzione endovascolare di aneurisma/dissezione dell'aorta con endoprotesi fenestrate o ramificate.

La particolare struttura dell'aorta e dell'arco aortico prevede in alcuni casi l'impiego di endoprotesi di particolare lunghezza e complessità che si inseriscono sia nel tratto toracico che nel tratto addominale. In molti casi i device vanno progettati su misura prevedendo ramificazioni e fenestrazioni non standard. Questi device verranno ora codificati con la tipologia SDO4 37B (Endoprotesi vascolare toracica o toraco-addominale: protesi fenestrata o ramificata).

Per identificare i prodotti custom-made resta la regola di codifica della tipologia 3 = custom made

La codifica di queste procedure dovrà essere:

- Codice diagnosi principale: 441.xx

- Codice procedura principale: 39.71 e/o 39.73
- Codice procedura secondaria: 00.41-00.43 per indicare il numero di vasi collaterali coinvolti
- Codice procedura secondaria: 00.45-00.48 per indicare il numero di stent nei vasi collaterali
- Rilevazione in SDO4 di device della nuova tipologia 37B che identifica le protesi toraco addominali fenestrate e ramificate
- Indicazione in SDO4 della tipologia “CUSTOM-MADE” o “OFF-THE-SHELF” mediante il codice 3 nel campo tipo.

4.19.7. Trattamento endovascolare della patologia ostruttiva aorto-iliaca con endoprotesi e/o stent ricoperti (Tecnica CERAB - Covered Endovascular Reconstruction of the Aortic Bifurcation)

Si tratta di una procedura complessa che va codificata con le procedure 39.71 (endoprotesi aorta addominale) con utilizzo di particolari stent ricoperti (denominati Endograft) che vanno codificati con la nuova tipologia 38E.

Esempio simulazione codifica:

- Codice diagnosi principale: 440.x o 444.x
- Codice procedura 39.71 (endoprotesi aorta addominale, se presente)
- Rilevazione in SDO4 di device della tipologia 38E

4.19.8. Revisione completa della Codifica SDO4

Una analisi di SDO4 dell’anno 2023 conferma queste osservazioni e mette in luce la necessità di un rinnovo della codifica in quest’area. Sono stati rendicontati circa 1600 casi di interventi endovascolari con inserimento di graft (per una spesa di circa 15 milioni di euro).

Dalla tabella nascono delle ipotesi di nuove tipologie tariffari sulla base del tipo procedura e costo dei graft consumati.

Tipo Intervento	Numero	Costo Graft	Costo medio procedura	IPOTESI TIPO DRG
ARCO AORTICO	2	3.640	1.820	**N**
BIFORCATA	1029	7.606.730	7.392	**B**
BIFORCATA CM	1	18.512	18.512	**B**
BIFORCATA + BRANCH ILIACO	35	457.366	13.068	**E**
BRANCH ILIACO ISOLATO	22	141.516	6.433	**F**
SOLO ESTENSIONI	195	889.838	4.563	**N**
STENT RICOPERTO	2	30.420	15.210	**N**
TORACICA	279	3.686.920	13.215	**A**
TORACICA + STENT	7	107.686	15.384	**A**
TORACICA Custom Made	21	516.539	24.597	**D**
TORACOADDOMINALE	28	644.962	23.034	**D**
TORACICA + BIFORCATA	4	145.187	36.297	**D**

Il gruppo di lavoro ha quindi proposto una correzione complessiva della codifica dei device che evita la specifica dei device meno costosi e differenzia meglio l’impiego dei device più costosi.

Non sono più validi i codici di tipologia protesi numero 12, 13, 14, 15, 16 e 17 che vengono sostituiti dai seguenti codici:

Codice	Descrizione
37A	Endoprotesi vascolare toracica (TAA): elemento base
37B	Endoprotesi vascolare toracica o toraco-addominale: protesi fenestrata o ramificata

38A	Endoprotesi vascolare addominale (AAA) biforcata standard
38B	Endoprotesi vascolare addominale: estensione controlaterale per protesi biforcata
38C	Endoprotesi vascolare addominale: estensione aortica, iliaca ipsilaterale o aortouniliaca
38D	Endoprotesi vascolare addominale: branch iliaco
38E	Endoprotesi vascolare addominale: stent ricoperto

I DRG 110 e 111 verranno quindi differenziati in 6 tipologie (N, A, B, C, D, E, F) sulla base delle seguenti regole di codifica:

Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare Tipo Tar = "N" (senza inserzione endovascolare di Graft)	**N**
Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare Tipo Tar = "A" (con inserzione endovascolare di graft nell'aorta toracica Tipo SDO4 = 37A) usando codice intervento 3973	**A**
Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare Tipo Tar = "B" (con inserzione di graft biforcato nell'aorta addominale ed estensione controlaterale. Tipo SDO4 = 38A + 38B) usando codice intervento 3971	**B**
Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare Tipo Tar = "D" ovvero con inserzione sia di graft biforcato nell'aorta addominale che di graft toracico nell'aorta toracica [Tipo SDO4=37A + 38A] oppure con inserzione di graft toracoaddominale [Tipo SDO4=38B] o con inserzione di graft fenestrato su misura nell'aorta toracica (tipo dispositivo = 3) usando in ogni caso codice intervento 3973	**D**
Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare Tipo Tar = "E" ovvero con inserzione sia di graft biforcato nell'aorta addominale che di branch iliaco nella biforcazione iliaca [Tipo SDO4=38A + 39B] usando codice intervento 3971	**E**
Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare Tipo Tar = "F" ovvero con inserzione di solo branch iliaco [Tipo SDO4 = 39B] usando codice intervento 3971	**F**

4.19.9. Differenziazione drg 211, 212, 219, 220, 224 e 225 introducendo rilevazione innesti dispositivi Ilizarov

Gli impianti Ilizarov sono composti da numerosi pezzi, ciascuno a costo contenuto. La complessità della procedura e il costo totale dipendono dal numero di segmenti trattati, poiché all'aumentare dei segmenti cresce sia il costo dei materiali che il tempo in sala operatoria per fissarli alle ossa.
Per la differenziazione dei DRG vengono quindi introdotte tre nuove tipologie di device rilevabili in SDO4:

ID	DESCRIZIONE	CND
36A	Fissatori radiali circolari	P0912040101
36B	Fissatori radiali semicircolare	P0912040101
36C	Fissatori assiali o mono planari	P0912040102

La rilevazione in SDO4 del solo sistema di fissazione è solo rappresentativa del costo sostenuto dato che ad ogni anello e ad ogni fissatore sono associate spese significative per tutti i materiali dell'impianto.
Il fine della rilevazione è quindi:

- Determinare l'estensione dell'impianto in associazione con i codici di procedura indicati in SDO2;
- Determinare la lateralità o la bilateralità dell'impianto.

211	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC	**N**
	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC con inserzione di un sistema di fissazione per allungamento del femore o riparazione di frattura del femore (Tipo Tar. = "A") usando codici intervento: 7815 o 7835 e rendicontazione in SDO4 di almeno due device della tipologia 37A, almeno quattro device della tipologia 37B o almeno uno della tipologia 37C	**A**
	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC con inserzione di più di un sistema di fissazione per allungamento del femore o riparazione di frattura del femore (Tipo Tar. = "B") usando codici intervento: 7815 o 7835 e rendicontazione in SDO4 di almeno tre device della tipologia 37A, almeno sei device della tipologia 37B o almeno due della tipologia 37C	**B**
212	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età < 18 anni	**N**
	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età < 17 anni con inserzione di un sistema di fissazione per allungamento del femore o riparazione di frattura del femore (Tipo Tar. = "A") usando codici intervento: 7815 o 7835 e rendicontazione in SDO4 di almeno due device della tipologia 37A, almeno quattro device della tipologia 37B o almeno uno della tipologia 37C	**A**
	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni con inserzione di più di un sistema di fissazione per allungamento del femore o riparazione di frattura del femore (Tipo Tar. = "B") usando codici intervento: 7815 o 7835 e rendicontazione in SDO4 di almeno tre device della tipologia 37A, almeno sei device della tipologia 37B o almeno due della tipologia 37C	**B**
219	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni senza CC	**N**
	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni senza CC con inserzione di un sistema di fissazione per allungamento della tibia e perone o dell'omero o per riparazione di fratture di omero, tibia o perone (Tipo Tar. = "A") usando codici intervento: 7817 o 7812 o 7837 o 7835 e rendicontazione in SDO4 di almeno due device della tipologia 37A o almeno quattro device della tipologia 37B o almeno uno della tipologia 37C	**A**
	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni senza CC con inserzione di un sistema di fissazione per allungamento della tibia e perone o dell'omero o per riparazione di fratture di omero, tibia o perone (Tipo Tar. = "B") usando codici intervento: 7817 o 7812 o 7837 o 7835 e rendicontazione in SDO4 di almeno tre device della tipologia 37A o almeno sei device della tipologia 37B o almeno due della tipologia 37C	**B**
220	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età < 18 anni	**N**
	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età < 18 anni con inserzione di un sistema di fissazione per allungamento della tibia e perone o dell'omero o per riparazione di fratture di omero, tibia o perone (Tipo Tar. = "A") usando codici intervento: 7817 o 7812 o 7837 o 7835 e rendicontazione in SDO4 di almeno due device della tipologia 37A o almeno quattro device della tipologia 37B o almeno uno della tipologia 37C	**A**

	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età < 18 anni con inserzione di un sistema di fissazione per allungamento della tibia e perone o dell'omero o per riparazione di fratture di omero, tibia o perone (Tipo Tar. = "B") usando codici intervento: 7817 o 7812 o 7837 o 7835 e rendicontazione in SDO4 di almeno tre device della tipologia 37A o almeno sei device della tipologia 37B o almeno due della tipologia 37C	**B**
224	Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC	**N**
	Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC con inserzione di più di un sistema di fissazione per riparazione di frattura di radio e ulna (Tipo Tar. = "A") usando codici intervento in associazione 7813 + 8472 e rendicontazione in SDO4 di almeno due device della tipologia 37A o almeno 4 device della tipologia 37B	**A**
	Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC con inserzione di più di un sistema di fissazione per riparazione di frattura di radio e ulna con estensione alle strutture della mano (Tipo Tar. = "B") usando codici intervento in associazione 7813 + 7814 + 8472 e rendicontazione in SDO4 di almeno tre device della tipologia 37A o almeno sei device della tipologia 37B	**B**
225	Interventi sul piede	**N**
	Interventi sul piede con inserzione di sistemi di fissazione per riparazione di frattura delle strutture ossee del piede (Tipo Tar. = "A") usando codici intervento 7818 o 7838 e rendicontazione in SDO4 di almeno due device della tipologia 37B o almeno uno della tipologia 37C	**A**
	Interventi sul piede con inserzione di sistemi di fissazione per riparazione di frattura delle strutture ossee di gamba e piede (Tipo Tar. = "B") usando codici intervento in associazione 7817 o 7818 e rendicontazione in SDO4 di più device della tipologia 37A e 37B	**B**

4.19.10. Differenziazione Drg 055 introducendo rilevazione innesto protesi ossiculari

La ricostruzione della catena ossiculare definita ossiculoplastica si esegue rimodellando, quando ciò è possibile, i residui degli ossicini del paziente stesso in modo da ripristinare un collegamento tra la membrana timpanica ed i residui della staffa. Se non sono presenti ossicini utilizzabili si ricorre alla cartilagine del paziente oppure a ossicini provenienti da donatore, sterilizzati, liofilizzati o comunque trattati per garantirne la massima sicurezza d'uso, a protesi in materiali sintetici (ad esmpio idrossilapatite, un tessuto ceramico simile all'osso).

Le protesi utilizzate per la ricostruzione sono definite:

- **TORP (total ossicular reconstruction prosthesis)**: sostituiscono gran parte della catena ossiculare e sono indicate quando l'infezione ha distrutto la sovrastruttura della staffa, residuando solo la base (platina).
- **PORP (partial ossicular reconstruction prosthesis)**: indicato quando la staffa è integra, ma mancano l'incudine (ossicino intermedio) e/o il martello. Le tecniche di ossiculoplastica sono identiche nelle timpanoplastiche aperte e nelle timpanoplastiche chiuse.

Tali device saranno rilevabili in SDO4 alla tipologia 39 e serviranno nella differenziazione del DRG 055 in due tipologie tariffarie:

Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	**N**
Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola + Tipo Tar. = "S" (con inserione di protesi sostitutiva di parti della catena ossiculare TORP/PORP. Tipo SDO4 =39) usando codice d'intervento 193.	**S**

4.19.11. Mastectomia profilattica o di riduzione del rischio (MRR)

Nelle donne VP BRCA1/2, oppure VP di geni ad alta penetranza (PALB-2, TP53, PTEN, STK11, CDH1 – LG NCCN Versione 2.2023) la Mastectomia di Riduzione del Rischio (MRR) bilaterale è un'opzione, presente in tutte le Linee-guida scientifiche, che può essere offerta nell'ambito del decision-making di riduzione del rischio in tutte le donne portatrici di VP BRCA o di alta VP ad alta penetranza. In caso di VP in geni a penetranza inferiore o meno nota (CHEK2, ATM, NF1, RAD51C, RAD51D, BRIP1), non ci sono sufficienti evidenze scientifiche per supportare indicazioni cliniche: è necessario basarsi sulla storia familiare più che sul tipo di mutazione.

È per questo indispensabile che, nella fase successiva alla diagnosi di mutazione dei geni BRCA, alla paziente venga offerto un incontro con il chirurgo senologo ed il chirurgo plastico, allo scopo di discutere dettagliatamente di tutte le possibilità.

Poiché nella pratica clinica la mastectomia profilattica si è diffusa ma non è priva di rischi e di complicanze, è raccomandato che questa venga effettuata solo in Centri di Senologia accreditati, di Regione Lombardia e dopo discussione in Meeting Multidisciplinare per garantire un approfondimento globale di ogni singolo caso, minimizzare le richieste non strettamente necessarie e restringere la chirurgia ai casi che ne possano derivare il massimo beneficio.

4.19.12. Trattamento sistemico neoadiuvante nella terapia della neoplasia mammaria.

Il trattamento sistemico neoadiuvante nella terapia della neoplasia mammaria è già consolidato da tempo per trattare tumori al seno localmente avanzati non operabili ma oggi è adottato, sempre più spesso, anche per i tumori in stadio iniziale. Spesso la chemioterapia neoadiuvante determina una risposta patologica completa, cioè si riscontra l'assenza di malattia invasiva sia nel seno sia nei linfonodi, esito confermato dall'istologico effettuato durante l'intervento chirurgico. Da questo nuovo approccio terapeutico consegue quindi anche una modifica nell'utilizzo dei codici di codifica ICD-9 CM nelle SDO, in modo tale da adeguare sia le tariffe sia la raccolta di dati per scopi epidemiologici. Si rende quindi necessario rivedere le codifiche utilizzate per rappresentare correttamente gli interventi eseguiti:

261	Interventi sulla mammella non per neoplasie maligne eccetto biopsia e escissione locale	N	2.415
	Interventi sulla mammella non per neoplasie maligne eccetto biopsia e escissione locale + Tipo Tar. SDO = "R" (intervento di mastectomia preventivo a seguito di successo di terapia neoadiuvante) con diagnosi principale V5041 (Rimozione profilattica della mammella) e procedura delle sottocategorie 852 853 o 854	A	3.400
	Interventi sulla mammella non per neoplasie maligne eccetto biopsia e escissione locale + Tipo Tar. SDO = "S" (intervento di mastectomia preventivo soggetti ad alto rischio per diagnosi BRCA1 e BRCA2) con diagnosi principale V8401 (Suscettibilità genetica al tumore maligno della mammella) e procedura delle sottocategorie 852 853 o 854	S	3.400

4.19.13. Differenziazione del Drg 042 interventi su strutture intraoculari escl. Retina, iride e cristallino

In caso di distacco della retina (diagnosi 36100 “distacco della retina con rottura retinica non specificata”) si procede solitamente con la procedura di fotocoagulazione, crioterapia o piombaggio sclerale (142*, 144*) che generano il DRG 036. Esiste tuttavia una tecnica di accesso appropriata che prevede la vitrectomia (1472) per accedere alla retina che non va però confusa con un intervento di sostituzione del cristallino: in questo caso la codifica 1472 è secondaria ma il Grouper la legge come principale, attribuendo il DRG 042. Non potendo agire sulla struttura del Grouper e dovendo comunque riportare correttamente quanto rilevato in cartella clinica il DRG andrà comunque differenziato.

042	Interventi su strutture intraoculari escl. retina, iride e cristallino	N
	Interventi su strutture intraoculari escl. retina, iride e cristallino + Tipo Tar. SDO = "S" (con acquisto cornea banca tessuti)	S
	Interventi su strutture intraoculari escl. retina, iride e cristallino + Tipo Tar. SDO = "R" (con diagnosi 3610 “distacco della retina con rottura retinica non specificata” che prevede accesso con rimozione del corpo vitreo con codice di procedura secondaria 1472)	R

4.19.14. Tariffe Drg 014 e 543 nella rete hub e spoke.

Con la DGR N° XI/7473 del 30/11/2022 la rete delle Stroke Unit è stata organizzata con un modello Hub & Spoke che prevede per un paziente anche tre ricoveri ravvicinati.

Il paziente viene accolto nel PS della rete ed immediatamente trasferito - se necessario - in un nodo superiore. Eseguite le procedure e verificate le condizioni di stabilità la struttura può ritrasferire il paziente alla sede ospedaliera di provenienza liberando un posto letto per un caso successivo.

Il trasferimento del paziente dalla Stroke di II livello all’Ospedale di provenienza non deve causare penalizzazioni tariffarie di alcun tipo. Il primo ricovero è caratterizzato da passaggio in PS ed immediato ricovero per svolgere accertamenti diagnostici e somministrare le prime terapie. Come già previsto dalla D.G.R. n. 7473/2022 è necessario che le Stroke Unit di I livello si dotino di TAC perfusionale con software per la ricostruzione di immagini e teleradiologia: una strumentazione necessaria per l’inquadramento dei pazienti con sospetto stroke insorto da più di 4,5 ore.

Da queste valutazioni può derivare la decisione di trasferire il paziente in un Hub di II° livello e quindi si individua già la prima differenziazione della tariffa.

014A sarà una tariffa di un giorno maggiorata se si trasferisce il paziente all’Hub di 2° livello lo stesso giorno dell’arrivo in PS.

014B sarà una tariffa di un giorno ulteriormente maggiorata se si trasferisce il paziente all’Hub di 2° livello dopo aver eseguito TAC perfusionale con software per la ricostruzione di immagini e teleradiologia. Il paziente viene quindi ricoverato nell’Hub dove per i casi provenienti da trasferimento è stata ipotizzata una tariffa ordinaria maggiorata sia per il DRG 014 sia per il DRG 543.

Al termine del trattamento si innesta il meccanismo di back transfert che segue le regole del ricovero ripetuto stesso MDC ma a partire da una tariffa decisamente maggiorata.

Ricoveri con diagnosi 430*- 434*:

	Posizione nella rete	Procedura	Deg GG	Prov.	Mod. dim	Emur	DRG	Tip tar
Primo ricovero	Spoke I liv		1	1	3	Si	014	C
		8703					014	D
Primo ricovero in Hub	Hub II liv		N.D.	4 o 5	A	No	014	A
		3974					543	A
Back transfer	Spoke I liv		N.D.	B	N.D.	No	014	B

Drg	Descrizione drg	Tipo tar.	Tariffa DO	Tariffa 1 gg
014	Emorragia intracranica o infarto cerebrale	N	3.891	222
	Emorragia intracranica o infarto cerebrale (Tipo = A) con ricovero in Stroke Unit di II° livello proveniente da Ospedale con Stroke Unit di I° livello	A	4.675	
	Emorragia intracranica o infarto cerebrale (Tipo = B) con ricovero di ritorno da Stroke Unit di II° livello in neurologia di Ospedale della rete (ricovero ripetuto abbattibile)	B	5.440	
	Emorragia intracranica o infarto cerebrale (Tipo = C) con ricovero proveniente da PS di durata un 0/1 die in Stroke Unit di I° livello ed immediato trasferimento in Stroke di II° livello	C		540
	Emorragia intracranica o infarto cerebrale (Tipo = D) con ricovero proveniente da PS di durata un 0/1 die in Stroke Unit di I° livello ed trasferimento in Stroke di II° livello dopo esecuzione di TAC perfusionale con software per la ricostruzione di immagini e teleradiologia	D		1230

4.19.15. Attività di Pronto Soccorso – algoritmo di abbattimento

In caso di mancata occupazione del numero di posti letto minimi previsti dalla tabella prevista dalla D.G.R. n. 6893 e in applicazione della D.G.R. n. 787 in ordine all'attivazione di molteplici azioni di miglioramento della funzione dei Pronto Soccorso (PS) pubblici e privati accreditati della Rete dell'Urgenza Emergenza lombarda, con nota del 03/12/2024 della U.O. Programmazione è stata prevista una modalità di abbattimento del valore della Funzione Non Tariffabile (FNT) 1 fino ad un massimo del 10%. In particolare, per contrastare il fenomeno del Boarding alle strutture ospedaliere sede di PS e beneficiare interamente delle FNT sono stati richiesti agli Ospedali diversi interventi i cui esiti verranno monitorati da AREU per il calcolo di un possibile abbattimento del valore delle FNT.

Per il calcolo dell'indicatore relativo ai posti letto per l'anno 2024, l'algoritmo si baserà sui dati del trimestre ottobre – dicembre, mentre dal 2025 sarà reso operativo per il primo trimestre e replicabile secondo indicazioni successive. In particolare, il criterio del numero di posti letto messi a disposizione per il PS in area medica verrà calcolato a livello settimanale mettendolo in relazione alla dimensione dell'andamento del boarding, così da modulare l'eventuale abbattimento fino ad un massimo del 10%. L'attivazione dei letti diventa quindi un criterio di valutazione quando il "boarding"[1] che parte da livelli critici non migliora. L'abbattimento del valore della FNT sarà quindi modulato sulla capacità di attivare letti in relazione alla dimensione del fenomeno. Il **boarding** viene calcolato come numero di ore (settimanali) in attesa eccedenti le 8 ore per i pazienti che vengono poi ricoverati, ma – a partire dal 2025 – verranno sommate anche le ore di permanenza in PS oltre le 44 ore per i pazienti non ricoverati[2]. Il monitoraggio ha cadenza settimanale e sarà effettuato da AREU.

La disponibilità di posti letto è calcolata come % di ricoveri settimanali in area medica da PS rispetto al numero settimanale di ingressi da PS previsti per struttura, come da Nota della U.O. Programmazione sopramenzionata. Il monitoraggio settimanale è effettuato da AREU.

Quando il fenomeno del boarding appaia alto in valore assoluto (si parte da un livello di 350 ore settimanali, mentre dovrebbe teoricamente essere pari a zero) e non si osserva un miglioramento, l'abbattimento sarà alto ma progressivamente graduato in funzione del parametro posti letto attivati. Al ridursi % del fenomeno del boarding, l'abbattimento verrà graduato in funzione anche del numero crescente di ingressi rispetto al valore atteso settimanale. Quando gli ingressi in ricovero da PS sono pari o superiore all'atteso, l'abbattimento sarà nullo. Analogamente quando il numero di ore di boarding scende sotto le 350 ore settimanali l'abbattimento diventa zero.

		RIDUZIONE % ORE BOARDING SETTIMANALE (SE SI SUPERA LE 350 ORE SETTIMANALI)				
		>50% o < 350 ore settimana	**50-40%**	**40-30%**	**30-20%**	**<20%**
INGRESSI SETTIMANALI RILEVATI SU INGRESSI ATTESI DGR	100% o oltre	0%	0%	0%	0%	0%
	95%-100%	0%	0%	0%	1%	3%
	90%-95%	0%	0%	1%	3%	5%
	85%-90%	0%	1%	3%	5%	7%
	80%-85%	0%	3%	5%	7%	8%
	75%-80%	0%	5%	7%	8%	9%
	70%-75%	0%	7%	8%	9%	10%
	<70%	0%	8%	9%	10%	10%

I valori di abbattimento settimanali calcolati dalla tabella vengono ricomposti come percentuale di abbattimento annuale sulla base delle settimane osservate.

$$x = \frac{\Sigma\ (\text{abb}_{\text{sett1}} + \text{abb}_{\text{sett2}} \ldots\ldots + \text{abb}_{\text{settn}})}{\text{n sett osservazione}}$$

4.20. MOBILITÀ INTERNAZIONALE - FATTURAZIONE SU ASPE (Assistenza Sanitaria nei Paesi Esteri) ATTIVA E PASSIVA

Si sottolinea l'importanza da riservare all'attività in oggetto, destinando ad essa le opportune e formate risorse, al fine di adempiere puntualmente alle indicazioni ministeriali sotto riportate:

[1] Il boarding va calcolato per tutti i pazienti che hanno concluso la valutazione in urgenza ma che, per un problema organizzativo, rimangono in carico del personale di Pronto Soccorso per un periodo superiore alle otto ore in caso di ricovero o superiore alle 44 ore per i pazienti dimessi

[2] Sono esclusi dai calcoli pazienti deceduti o trasferiti

4.20.1. Lato debiti:

- Per poter inoltrare le contestazioni all'Istituzione estera, il Ministero ha necessità di ricevere in allegato dalle ATS la documentazione probatoria che motivi la contestazione stessa. Si invita pertanto a inserire nella sezione di ASPE “Dettaglio fattura UE -> Documentazione Allegata” quanto necessario;
- Nel caso di contestazione di fatture per “addebito irregolare” è necessario, al fine di poter inoltrare la contestazione stessa all'Istituzione estera, ricevere dalle ATS copia del modello E108/S016 di chiusura, debitamente compilato, precedentemente trasmesso alla Cassa estera (allegandolo in Dettaglio fattura UE -> Documentazione Allegata di ASPE);
- In caso di contestazione per fattura duplicata si chiede di allegare in pdf la fattura valida per dimostrare chiaramente il doppio addebito;
- La mancata lavorazione delle fatture contestate comporta l’accettazione automatica delle fatture stesse da parte del sistema e conseguente aumento del debito a carico della Regione/PPAA.

4.20.2. Lato crediti:

- La mancata lavorazione delle fatture contestate comporta l’annullamento automatico delle fatture stesse da parte del sistema e conseguente perdita del credito;
- Anche nel caso in cui la ATS abbia già allegato l’attestato di diritto, occorre verificare la validità degli stessi, e confermare per il tramite di ASPE tale validità di volta in volta. In caso non venga effettuata questa conferma, pur essendoci l’attestato di diritto la fattura risulta annullata dal sistema, con conseguente perdita del credito per la Regione/PPAA.

4.21. NUTRIZIONE CLINICA

In relazione al Decreto n° 14274 sulla Nutrizione Artificiale Domiciliare (NAD), si comunicano le seguenti specifiche:

- **Ruolo delle UNC e dei TNM**: I medici referenti dei TNM (Centri Spoke) con SISS CARD sono responsabili della prescrizione e del monitoraggio periodico della NAD, sia per pazienti adulti che pediatrici;
- **Percorsi per casi critici**: In caso di difficoltà nel follow-up periodico o per pazienti che necessitano di ONS per patologie non previste dal Decreto (es. oncologiche in trattamento attivo, neurologiche con disfagia, età pediatrica), è necessario attivare collaborazioni convenzionali tra TNM e UNC;
- **Strutture private accreditate**: In assenza di UNC, devono costituire un TNM che prescriva e monitori la NAD. I TNM invieranno i pazienti alle UNC per il monitoraggio clinico, se necessario;
- **Modulo di prescrizione**: La NAD deve essere prescritta su modulistica regionale uniforme, in attesa dell’implementazione di una scheda informatizzata nel Sistema Regionale Assistant RL;
- **Tempi di erogazione**: La NAD deve essere erogata entro 3 giorni lavorativi per NE e NP, e 5 giorni per ONS;
- **Monitoraggio per pazienti intrasportabili**: Il MMG/PLS può effettuare il monitoraggio tramite modulistica regionale, inviandola ai medici prescrittori;
- **TNM nelle RSA**: Le RSA devono costituire un TNM interno per la prescrizione, il monitoraggio e il rinnovo della NAD. Gli ONS possono essere erogati secondo le modalità dei TNM;
- Erogazione della NAD:
  - **NED e NPD**: Erogazione diretta per pazienti residenti nella ASST di residenza, e anche per i pazienti domiciliati, con richiesta di fatturazione immediata;
  - **ONS**: Erogazione diretta per pazienti residenti. Per i pazienti domiciliati fuori regione, l'erogazione è possibile solo dopo autorizzazione dalla ASL/AUSL o dalla ASST competente;

- **Prescrizione ONS**: I pazienti devono avere un rischio nutrizionale documentato (NRS 2002 ≥3, MUST ≥2, STRONG kids ≥4). I rinnovi delle prescrizioni dipendono dal giudizio clinico dei medici prescrittori.

4.22. PROTOCOLLO ERAS

Le Aziende, all'interno del "Percorso del paziente chirurgico programmato" devono introdurre, laddove possibile, il protocollo ERAS (Enhanced recovery after surgery), ciò a garanzia di maggior qualità delle cure e degli esiti per il paziente.

4.23. SUPPORTO DELLA RETE DELL'EMERGENZA URGENZA ALLA RETE DELLE CURE PALLIATIVE PEDIATRICHE

Entro il 31 dicembre 2025, si prevede l'avvio dei seguenti interventi per perfezionare la Rete Regionale di Terapia del Dolore e Cure Palliative Pediatriche (TDCPP) come previsto dalla D.G.R. XII/1827 del 31/01/2024:

- AREU dovrà sviluppare un modello di percorso unico per la gestione delle segnalazioni dei pazienti pediatrici con condizioni cronico-complesse non guaribili, estendibile a livello regionale. Il percorso dovrà enfatizzare la trasmissione delle informazioni sui percorsi di Pianificazione Condivisa delle Cure (PCC) in ambito pediatrico, come previsto dalla Legge 22 dicembre 2017, n. 219;
- In conformità alla DGR e alla Legge Regionale n. 33/2009, AREU, in collaborazione con i servizi di CPP, dovrà garantire il miglior trattamento terapeutico per i pazienti pediatrici, coinvolgendo prioritariamente medici con il titolo di master (Legge n. 38/2010), anche nell'ambiente extra-ospedaliero. Qualora previsto, potrà essere valutato il trasferimento diretto del minore dal domicilio all'hospice pediatrico, se il percorso di cure include la gestione del fine vita in tale struttura.

4.24. EVOLUZIONE CENTRALE UNICA DIMISSIONE POST OSPEDALIERA – PRIAMO

Per garantire il coordinamento della dimissione post-ospedaliera tramite il portale PRIAMO, si stabilisce il 31 dicembre 2025 quale termine entro il quale dovrà essere effettuato il passaggio dell'attività e dei relativi flussi informativi, da AREU alle ASST, sotto il coordinamento territoriale delle ATS. A livello locale, saranno individuate COT di riferimento, anche in aggregazione tra ASST, per garantire la gestione delle dimissioni attraverso PRIAMO e i relativi protocolli operativi e che dovranno mantenere logiche operative, comunque, uniformi per l'intero territorio regionale.
Per facilitare questo passaggio, ogni ASST – in particolare quelle nel territorio di ATS Milano – dovrà designare almeno un infermiere con competenze in ambito riabilitativo e/o di dimissioni protette. L'infermiere dovrà lavorare periodicamente, a decorrere dal 01/02/2025, presso la Centrale Dimissioni Regionale (CRED) di AREU per acquisire le modalità operative e contribuire allo sviluppo dell'attività che verrà poi trasferita alle COT nei vari ambiti regionali.

5. POLO TERRITORIALE - INTERVENTI SOCIOSANITARI.

5.1. INTERVENTI AREA CURE PRIMARIE

5.1.1. AREE STRATEGICHE - Cure primarie

Nel contesto evolutivo della rete territoriale, un ruolo fondamentale è svolto dalle Cure Primarie quale *porta di accesso, il primo contatto delle persone, della famiglia e della comunità con il Servizio Sanitario* e il Medico di Medicina Generale/Pediatra d Libera Scelta, nel contesto in cui opera, in forza del rapporto di fiducia con il proprio assistito/con la famiglia, promuove la medicina di prossimità, assicura le prestazioni di primo livello e si prende cura della cronicità e delle cure domiciliari in favore dei propri assistiti.

Lo sviluppo delle Cure Primarie trova nella definizione del concetto di *fragilità* di cui al PSSR 2024-2028 un punto chiave di lavoro.

Le 5 componenti della fragilità individuate all'interno del PSSR guidano per il prossimo triennio il lavoro di sviluppo delle Cure Primarie. Un cittadino è tanto più fragile:

- quanto maggiore è la sua complessità clinica;
- quanto minore è l'aderenza alle raccomandazioni basate sulle evidenze per la cura delle malattie di cui soffre e per le campagne di prevenzione secondaria dei tumori;
- quanto più ridotta è l'autonomia nello svolgimento delle attività quotidiane;
- quanto più elevato è il rischio di essere istituzionalizzato in RSA (se ha età ≥ 65 anni);
- se vive in un contesto sociale disagiato. Queste cinque componenti della fragilità sono qui di seguito descritte, insieme alla loro dimensione in Lombardia.

Tutte le azioni contenute nelle c.d. *Regole di Esercizio* devono trovare applicazione, pertanto, all'interno delle seguenti dimensioni di *fragilità*:

- Complessità clinica
- Mancata aderenza alle raccomandazioni
- Ridotta autonomia
- Propensione all'istituzionalizzazione
- Vulnerabilità sociale

La fragilità di un cittadino è determinata da complessità clinica, scarsa adesione alle cure, limitazioni funzionali, contesto sociale e rischio di istituzionalizzazione, soprattutto per gli anziani. La vulnerabilità sociale amplifica il disagio e riduce l'efficacia delle azioni preventive e curative, richiedendo interventi mirati che tengano conto delle specificità territoriali. Nell'infanzia e nell'adolescenza, la pandemia ha aggravato fragilità preesistenti, aumentando il disagio minorile, i disturbi del neurosviluppo e psichiatrici, evidenziando la necessità di contrastare dispersione scolastica, dipendenza tecnologica e povertà educativa. Il PSSR, in linea con OMS e UE, punta a promuovere salute, prevenzione, accesso a cure di qualità e rafforzamento dei sistemi sanitari.

Il Sistema delle Cure Primarie nel suo complesso, pertanto, è chiamato a mitigare la transizione dei cittadini residenti in Regione Lombardia da un livello di complessità clinica a quello superiore con interventi mirati di:

- prevenzione primaria (a titolo esemplificativo la partecipazione attiva alle attività vaccinali di ASST);
- prevenzione secondaria (a titolo esemplificativo la partecipazione attiva alle attività di screening di ASST per le principali patologie neoplastiche);
- contributo al miglioramento dell'appropriatezza degli accessi ai Pronto Soccorso.

In ultimo si ritiene di fondamentale importanza che il Sistema regionale si prenda cura dei Medici di Medicina Generale/Pediatri di Libera Scelta, con un piano di Welfare a loro dedicato per la

promozione della salute e della conciliazione tempi di vita/lavoro, introducendo l'welfare quale ulteriore possibile elemento di attrattività lombarda verso nuovi Medici.

5.1.2. Promozione della medicina di prossimità

Assicurazione delle prestazioni di primo livello con particolare attenzione:

- Alla cura della cronicità
- Alle cure domiciliari

La "medicina di prossimità" e l'assicurazione delle prestazioni di primo livello devono seguire il seguente quadro logico.

ETA' ADULTA

Da una parte la **presa in carico del paziente cronico e/o fragile con attenzione alle fasce d'età più avanzate per la Medicina di Famiglia mediante** una vera e propria implementazione del modello della PIC grazie all'inserimento del programma di sorveglianza domiciliare (PSD) nei piani assistenziali individuali (PAI) e all'avvio e consolidamento della telemedicina:

- Nei setting assistenziali al domicilio (telemonitoraggio nel PSD);
- Nell'attività di studio del medico (teleconsulto a rinforzo della relazione tra medico di medicina generale e altre branche specialistiche)

Dall'altra lo **sviluppo di progettualità a «ponte» tra territorio e ospedale** quali (in coerenza con l'AIR 2024 per la Medicina Generale e senza pretesa di esaustività):

- Progetto di prevenzione delle complicanze del piede diabetico;
- Sorveglianza post-critica di lesioni cutanee con effettuazione di medicazioni complesse.

ETA' EVOLUTIVA

L'Avvio della Presa In Carico dell'Adolescente da parte della Pediatria di Famiglia anche mediante al coinvolgimento in:

- Progettualità per la diagnosi precoce dello sviluppo/disturbi del comportamento e invio ai centri di secondo livello/psicologia delle cure primarie;
- Consolidamento ed estensione del progetto di telemedicina per la refertazione a distanza tracciati ECG in fase di valutazione di idoneità sportiva;
- Teleconsulto a rinforzo della relazione tra pediatra di libera scelta e altre branche specialistiche.

Nel 2025 si punta a consolidare l'organizzazione della Medicina Generale e della Pediatria di Famiglia attraverso le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), integrate con le Forme Associative Avanzate (FAA) che sperimentano attività innovative e si collegano alle Case di Comunità Hub. La Delegazione Trattante Regionale, partendo dalla mappatura delle FAA, individuerà budget dedicati per AFT e Distretti, privilegiando il finanziamento del personale di studio. Saranno forniti alle ASST linee guida per regolamenti locali e per l'avvio delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP), una novità per la Lombardia, con una struttura multiprofessionale e il coordinamento dei Medici di Medicina Generale. Le UCCP, in sede unica o intra-distrettuale, garantiranno assistenza sanitaria e diagnostica di primo livello, integrando servizi sanitari e sociali. Diventeranno un elemento essenziale della rete aziendale, favorendo la continuità assistenziale e il coordinamento con gli altri nodi del sistema sanitario. La loro presenza capillare sul territorio permetterà di erogare i LEA per l'assistenza primaria, semplificando l'accesso ai servizi per i cittadini.

5.1.3. Sostegno all'integrazione tra Medico di Medicina Generale/Pediatra di Libera Scelta e le articolazioni organizzative coordinate dal Distretto (ASST) in cui si collocano le Case della Comunità (CdC), gli Ospedali di Comunità (OdC), le Centrali Operative Territoriali (COT), e che costituiscono il Polo Territoriale delle ASST

L'ingresso delle Cure Primarie nelle ASST sta favorendo la collaborazione tra ospedali, Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta, grazie agli Accordi Integrativi Regionali approvati nel 2024. I medici possono supportare attività ospedaliere nel Primo Livello di Cura e in progetti specifici, con un ruolo centrale nel processo delle "Dimissioni Protette". Questo sarà attuato attraverso le Centrali Operative Territoriali (COT), anche a vocazione Cure Primarie.

I restanti processi possono, invece, trovare espressione in particolare in 2 grandi macroaree di intervento:

- Attività programmata al domicilio da parte del MMG anche per il tramite del proprio infermiere di studio o IFeC
- PIC con inserimento nei PAI di prestazioni sociali unitamente a quelle sanitarie + implementazione delle prestazioni attinenti al primo livello di cura da parte del sistema delle Cure Primarie

Trasversali alle 2 macroaree sono telemedicina e formazione professionale post-laurea.

Attività programmata al domicilio da parte del MMG anche per il tramite del proprio infermiere di studio o IFeC

Si ritiene prioritario riordinare l'attività di cura al domicilio effettuata direttamente dal MMG nei setting:

- Assistenza Domiciliare Programmata (ADP)
- Percorso di Sorveglianza Domiciliare (PSD)
- Assistenza Domiciliare Integrata effettuata dal MMG (ADI)

Nel contesto del programma di qualificazione dell'assistenza domiciliare, si prevede di favorire l'evoluzione dei tre setting di cura (ADP, PSD, ADI) attraverso l'integrazione della telemedicina e l'erogazione di prestazioni aggiuntive, oltre il quadro già noto delle Prestazioni di Particolare Impegno Professionale (PPIP). Si supera – quando pienamente attuato il percorso qui proposto grazie a SGDT – il sistema di autorizzazione preventiva degli accessi, riconoscendo al medico la responsabilità autonoma nell'individuazione delle tipologie di accesso per ciascun paziente. La valutazione dell'attività del medico da parte dell'ASST si concentrerà sull'adesione ai percorsi definiti (ADP/ADI/PSD) e sugli indicatori di performance, piuttosto che sulla singola pratica. A livello distrettuale, verranno fissati obiettivi triennali con indicatori misurabili, mirando allo sviluppo di progettualità concrete.

Segue la "riorganizzazione" dei 3 setting di cura al domicilio in modalità sintetica.

1. ADP

Attività esclusiva del medico. Paziente non trasportabile ma in **situazione di stabilità clinica**

PRESTAZIONI: L'ADP non è il contesto per l'erogazione di prestazioni oltre quelle previste dal PPIP. È possibile combinare ADP e PSD, se la frequenza è mensile; quindi il paziente viene visitato ogni 15 giorni.

EVOLUZIONE: Teleassistenza; Teleconsulto con specialisti; Percorsi specifici per patologia: progetto Demenze Alzheimer/Diabetologia

2. PSD

Attività esclusiva dell'Infermiere di Studio/IFeC

Paziente non trasportabile/trasportabile ma in **situazione di stabilità clinica**

Frequenza: 2 accessi/mese

EVOLUZIONE: telemonitoraggio

3. ADI

Lo stesso ACN prevede l'attività di ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA, **pertanto l'infermiere può alternarsi al medico nel piano di cura dei pazienti,** che, ai sensi dello stesso ACN hanno profilo diverso da ADP.

Condizione del paziente **instabile**.

MOTIVAZIONE DELL'ATTIVITÀ:

- Dimissione ospedaliera;
- Paziente in ADI – CDOM;
- Presa in carico per lo sviluppo di percorsi educazionali.
- Richiesta attivazione ADI-CDOM

FREQUENZA: settimanale

EVOLUZIONE: altre prestazioni:

- Catetere
- Prelievo a domicilio
- Medicazione complessa (progetto vulnologia)
- Prevenzione Piede Diabetico=> telemonitoraggio

I tre scenari di evoluzione previsti sono:

a) PIC con inserimento nei PAI di prestazioni sociali unitamente a quelle sanitarie + implementazione delle prestazioni attinenti il primo livello di cura da parte del sistema delle Cure Primarie

La Riforma dell'assistenza territoriale introduce un nuovo modello organizzativo per rendere la sanità più vicina alle persone, concentrandosi sui pazienti cronici e fragili. L'obiettivo è migliorare la loro condizione clinica, funzionale e di qualità della vita, riducendo la sintomatologia e prevenendo disabilità. Il provvedimento, in attuazione della DGR n. XII/1827/24, semplifica la presa in carico eliminando il patto di cura e la validazione dei PAI da parte delle ATS. Il progetto coinvolge il Distretto, il Dipartimento Cure Primarie, ATS, enti pubblici e privati, e punta a ridurre le liste di attesa, gli accessi impropri al pronto soccorso e le ospedalizzazioni.

b) Avvio della telemedicina in ordine ai seguenti scenari d'elezione:

- Teleconsulto
- Telemonitoraggio

Oltre a quanto indicato in Allegato Tecnico D.G.R. n.3671/2024 per gli scenari di competenza in ambito di cure primarie.

c) Attuazione e perfezionamento in tutto il territorio regionale del nuovo modello *PRESENZA MEDICA H24 IN CASA DI COMUNITA' IN RACCORDO CON IL SISTEMA DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE* di cui alla **DGR 2588 del 21 giugno 2024 ad oggetto: DETERMINAZIONI IN ORDINE AL MODELLO DI FUNZIONAMENTO DELLE CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI (COT).**

Il nuovo modello della Continuità Assistenziale prevede la formazione e lo scambio tra gli specialisti ospedalieri di Emergenza Urgenza e Pediatria, in particolare per migliorare i criteri di invio ai Pronto Soccorso. Tuttavia, il modello non sarà completo senza l'attivazione della funzione della COT e il suo raccordo con i Medici della Continuità Assistenziale. Il vero sviluppo del modello dipende dall'avvio della COT, con tre fasi complementari: 1) potenziamento della capacità diagnostica dei medici in ambulatorio tramite tecnologia avanzata (POCT, ECO-FAST, ECG), 2) avvio del TRRD secondo le linee guida della DGR 2588/2024, e 3) la transizione degli Ambulatori Medici Temporanei (AMT) in Ambulatori Medici Territoriali (AMT), che diventeranno punti stabili di assistenza sanitaria primaria nelle Case di Comunità. L'organizzazione e l'accesso degli ambulatori rimarranno simili, ma con un miglioramento nei profili dell'utenza e delle professionalità coinvolte. Il raccordo con il 116117 sarà

strategico per l'attivazione della Centrale Unica durante le ore diurne nelle modalità organizzative stabilite nel successivo paragrafo AREU.
Si ritiene che la realizzazione di quanto previsto per **la presa in carico del paziente cronico/fragile** e **la gestione dell'Urgenza Territoriale** oltre a corroborare l'integrazione tra Cure Primarie e gli altri Soggetti della Rete/Specialisti sia propedeutica all'applicazione del vigente ACN dando significato e contenuti al profilo contrattuale del Ruolo Unico del Medico di Assistenza Primaria, che dal 1 gennaio 2025 svolgerà attività sia "a ciclo di scelta" che su base oraria (per i Medici Titolari contrattualizzati prima di tale data il passaggio avviene solo su base volontaria).

5.1.4. Assistenza Sanitaria alla popolazione presente sul territorio regionale

Si richiama in premessa quanto contenuto nella circolare del Ministero della Salute n. 1000/1984 che rassegna la casistica (così come completata dall'Accordo Conferenza Stato- Regioni dell'8 maggio 2003) dei cittadini aventi diritto all'iscrizione negli elenchi delle USL (ATS L.R. 23/2015) ai fini soprattutto dell'assistenza medico-generica, che, pur dimorando abitualmente nel comune, non abbiano trasferito nel comune stesso la residenza, e segnatamente che "mentre la legge anagrafica è finalizzata alla tenuta e all'aggiornamento, quanto più reale, dell'inventario della popolazione residente, e, quindi, per evidenti motivi di ordine pratico, limita le iscrizioni ai soli casi di effettiva dimora abituale o permanente che hanno rilevanza ai predetti fini, la legge sanitaria è finalizzata ad assicurare l'assistenza a tutta la popolazione presente sul territorio nazionale e, quindi, prescinde da qualsiasi relazione tra le persone e un determinato comune".
L'iscrizione negli elenchi delle USL (ATS L.R. 23/2015) trova fondamento nell'adempimento dell'obbligo della preventiva iscrizione nel comune di residenza del cittadino; la normativa sopra richiamata introduce una deroga a tale previsione in relazione alla "esigenza fondamentale di assicurare l'assistenza" a tutti i cittadini presenti sul territorio nazionale, prescindendo "da qualsiasi relazione tra le persone e un determinato comune".
In considerazione della normativa nazionale qui richiamata e dell'elevato grado di mobilità sociale che caratterizza il territorio di Regione Lombardia, nonché del pieno consolidamento delle procedure di compensazione della mobilità sanitaria interregionale in materia di Assistenza Sanitaria Primaria, si ribadisce che le ASST provvedono all'iscrizione temporanea, in apposito elenco, dei cittadini non iscritti negli elenchi anagrafici del/dei comune/i incluso/i nel proprio territorio, che vi dimorino abitualmente, per periodi superiori a tre mesi, per motivi attinenti all'attività di lavoro, per motivi di studio o per motivi di salute e che detta iscrizione ha scadenza annuale ed è rinnovabile, con verifica preventiva in capo alle ASST dell'avvenuta cancellazione dell'assistito dagli elenchi dei medici di medicina generale o dei pediatri di libera scelta dell'azienda USL di residenza (se cittadino fuori Regione) e senza altri vincoli che non il controllo della sussistenza dei requisiti previsti. Quanto qui indicato supera la D.G.R. n. 7758 del 28/12/2022 eliminando il vincolo del "tempo massimo, stabilito di cinque anni, per garantire l'iscrizione temporanea (annuale e rinnovabile)" di suddetta categoria di cittadini.
In ragione della carenza di Medici di Medicina Generale, fenomeno diffuso sia a livello nazionale che regionale, le ASST nell'espletamento delle procedure di assegnazione temporanea di Medico di Medicina Generale (domiciliazione sanitaria) a beneficio dei cittadini residenti in specifico ambito territoriale, tengono conto dei due fondamenti della Medicina Generale, ossia la prossimità territoriale e la libertà di scelta del cittadino.

5.2. INTERVENTI SOCIOSANITARI

5.2.1. Interventi Sociosanitari - Premessa

In considerazione della complessità dello scenario evolutivo che caratterizza il sistema della rete territoriale, si rende necessario realizzare interventi che, in coerenza con gli obiettivi previsti dal PRSS (Piano Regionale di Sviluppo Sostenibile) e dal PSSR (Piano Socio-Sanitario Regionale 2024 – 2028 - approvato con D.C.R. n. 395 del 25 giugno 2024), permettano di dare attuazione al nuovo modello organizzativo previsto dalla riforma dell'assistenza territoriale (D.M. 77/2022).

In tal senso è innanzitutto necessario adottare un cambio di paradigma volto a:

- Passare da un welfare tradizionale e di attesa ad un welfare di iniziativa che produca innovazione sociale e sia in grado di fornire una lettura innovativa e attenta alla progressiva trasformazione dei bisogni;
- Accogliere un approccio multidimensionale al *"care"*;
- Superare la frammentazione delle misure e degli interventi a favore di un coordinamento delle risposte (anche tra soggetti diversi) secondo una logica di filiera/di rete in grado di fornire risposte unitarie, di qualità e disegnate sui bisogni dei singoli;
- Attuare gli interventi in un'ottica di prossimità e di integrazione tra le reti assistenziali territoriali, ospedaliere e specialistiche;
- Favorire la continuità delle cure per coloro che vivono in condizioni di cronicità, fragilità o disabilità, che comportano il rischio di non autosufficienza anche attraverso l'integrazione tra il servizio sociale e quello sanitario;
- Favorire la semplificazione.

L'approccio sopra descritto caratterizzerà gli interventi che si realizzeranno nel corso del 2025.

5.2.2. Implementazione del Distretto e attuazione di percorsi definiti all'interno dei PPT

Nel 2025, accanto al proseguimento dei percorsi in atto in termini di **incremento strutturale** e di avvio dell'attuazione di quanto previsto dal **Piano di Sviluppo del Polo Territoriale** 2025 – 2027 di ciascuna ASST, dovrà vedere realizzare i seguenti **obiettivi**:

- attuazione dei **percorsi di integrazione** previsti nei Piani di Sviluppo Polo Territoriale (D.G.R. n. 2089/2024):
- integrazione tra IFeC, MMG, personale di studio MMG;
- integrazione tra specialisti e MMG;
- integrazione tra MMG, PLS, Specialisti, Ambiti Sociali Territoriali;
- integrazione tra servizi ASST, MMG, PLS, Ambiti Territoriali Sociali, Enti del Terzo settore, Associazionismo;
- definizione di percorsi e buone prassi per le aree di integrazione definite nella D.G.R. n. 2089/2024 e introduzione, a livello regionale, di un ***monitoraggio dell'attuazione***, anche attraverso il confronto tra i territori che preveda specifici momenti/comunità di pratica con le singole ATS/ASST e coinvolga i vari stakeholders presenti sui territori;
- consolidamento dei processi di continuità di cura tra ospedale e setting di cura territoriali (**"ammissioni e dimissioni protette"**), attraverso la predisposizione di meccanismi fluidi e rapidi di "dialogo" tra presidi ospedalieri (compresi gli Erogatori privati a contratto) e relativa COT della ASST e tra ASST diverse per una efficiente ed efficace "transitional care". Obiettivo a tendere sarà quello di definire procedure regionali di ammissione/dimissione protette;
- sviluppo di "**percorsi – pilota" integrati tra ospedale e territorio**, con particolare riguardo all'ambito oncologico, con l'obiettivo di integrare i percorsi terapeutico-assistenziali del setting ospedaliero con quelli del setting territoriale, nelle case di comunità, più prossime al cittadino anche con la collaborazione del terzo settore. In particolare, verrà avviato un progetto pilota

"*Sviluppo di percorsi oncologici in continuità ospedale-territorio in Regione Lombardia*" a cui hanno aderito ASST Lodi, ASST Fatebenefratelli Sacco, ASST Lecco, ASST Pavia e ASST Brianza e IRCCS San Matteo di Pavia;

- individuazione, nell'ambito delle Case di Comunità, di alcune aree peculiari o **Spoke "specializzati"** su funzioni specifiche di risposta ai bisogni territoriali (es. strutture di secondo livello per la presa in carico di situazioni familiari violente o minori violenti, percorsi di tutela minori sviluppati in sinergia con gli Ambiti Territoriali e in coprogettazione con i soggetti del terzo settore).

Il raggiungimento di questi obiettivi sarà perseguito anche tramite la costituzione di **Gruppi di Lavoro a livello regionale**. Relativamente alle Dimissioni protette di **pazienti dimissibili nel setting domiciliare**, nelle more del pieno sviluppo del modello organizzativo regionale per l'implementazione delle COT, finalizzato tra l'altro ad uniformare i processi di gestione e monitoraggio delle transizioni tra setting assistenziali, come descritto più avanti, al fine di agevolare le dimissioni protette di pazienti che hanno concluso l'iter diagnostico terapeutico in ospedale e che sono, a giudizio del medico ospedaliero, dimissibili nel setting domiciliare, si chiede alle ATS – in coerenza con quanto disposto dalla D.G.R. n. 2089/2024 –, **entro il primo trimestre del 2025**, di uniformare e promuovere procedure di dimissioni protette condivise con le ASST, gli enti ospedalieri privati, i Punti Unici di Accesso e con i soggetti gestori di Cure domiciliari, che favoriscano la presa in carico a domicilio, previa valutazione dei bisogni sociosanitari e sociali della persona.

Tali procedure possono prevedere che, al fine di rendere più tempestiva la presa in carico domiciliare all'atto della dimissione ospedaliera ed evitare lunghi tempi di valutazione da parte delle Equipe di Valutazione Multidimensionale (EVM) della ASST, soprattutto nel caso di pazienti in dimissione protetta residenti in comuni afferenti ad altre ASST, parallelamente all'attivazione della EVM e della COT, il medico ospedaliero, attraverso l'ufficio dimissioni protette e/o bed manager, possa contattare sia il MMG che il soggetto gestore di Cure domiciliari scelto dal paziente/caregiver al fine della redazione di un piano di assistenza individuale provvisorio (non oltre 30 giorni), piano che sia coerente con la valutazione effettuata in ospedale. Tale PAI provvisorio dovrà essere comunicato da parte dell'Ente Gestore di C- Dom alla EVM e alla COT per la validazione o per un eventuale aggiornamento a seguito di un'ulteriore valutazione multidimensionale. Resta in ogni caso in carico all'EVM la predisposizione del Progetto Individuale e il suo inserimento nella piattaforma regionale SGDT, progetto che dovrà ricomprendere gli interventi previsti nel PAI provvisorio predisposto dall'Ente Gestore di C-Dom.

5.2.3. Operatività COT

Durante il 2025, si prevede l'attivazione di tavoli di lavoro regionali, che coinvolgano ATS, ASST, IRCCS ed Enti erogatori privati accreditati, al fine di:

- gestire la fase di consolidamento dei modelli organizzativi;
- analizzare specifiche tipologie di transizione di setting (es. dimissione protetta) e il relativo processo per integrare ulteriori azioni necessarie per approfondire il bisogno, guidare la scelta del setting erogativo appropriato e monitorare l'erogazione del servizio/prestazione;
- predisporre workflow di processo univoci e condivisi per tutte le tipologie di transizioni;
- avviare sperimentazioni relativamente alle modalità attuative in collaborazione anche gli enti erogatori privati accreditati con particolare riferimento agli erogatori C-Dom come richiamato sopra relativamente ai percorsi di dimissioni protette.

5.2.4. Integrazione con la programmazione sociale territoriale (Piani di Zona)

Il processo di definizione della programmazione sociale territoriale per il triennio 2025-2027, avviato con la D.G.R. n. 2167 del 15/04/2024, si concluderà entro il 31/12/2024 con la sottoscrizione degli Accordi di Programma. Il raccordo con i PPT è prioritario per garantire una migliore programmazione

e realizzazione dei LEPS, potenziare il lavoro congiunto tra i servizi territoriali e favorire la presa in carico integrata. Il processo di revisione della rete delle unità di offerta mira a garantire maggiore flessibilità nelle risposte ai cittadini fragili, attraverso progetti di vita che evolvono con i bisogni della persona, richiedendo impegni dinamici a livello locale da parte degli Ambiti e Distretti sociosanitari. Le aree strategiche da sviluppare includono la presa in carico, con Punti Unici di Accesso (PUA) e la valutazione multidimensionale dei bisogni delle équipe multidisciplinari; la residenzialità e domiciliarità, con il coordinamento di SAD e Cure Domiciliari, e la costruzione di piani individuali integrati; i servizi per anziani non autosufficienti e il disagio mentale, nel quadro della riforma della non autosufficienza. Inoltre, gli interventi per minori e famiglie in disagio, e per giovani a rischio, devono garantire la valutazione della genitorialità, la prevenzione e il contrasto alla violenza familiare e maltrattamenti, con il supporto di Centri per la famiglia e Piani d'azione territoriali. Gli Ambiti territoriali devono garantire la programmazione e la realizzazione dell'offerta integrata dei LEPS, contribuendo anche alla piena attuazione degli interventi previsti dal PNRR. È necessario inoltre rafforzare il coinvolgimento del Terzo Settore nelle attività sociosanitarie attraverso co-programmazione e co-progettazione.

Con le delibere n. 2089 e n. 2167 sono stati condivisi gli elementi di interesse comune che, attraverso un'azione di collaborazione, dovranno trovare una declinazione all'interno dei Piani di Zona e dei PPT. Le principali aree di integrazione programmatoria-funzionale tra sociale e sociosanitario sono:

- Area prevenzione (dipendenze con e senza uso di sostanze, piano caldo, piano antiinfluenzale, piano del disagio giovanile, intercettazione precoce del disturbo con focus su target dipendenze-psichiatria-NPIA, etc.);
- Area materno infantile (primi mille giorni di vita, collaborazione Centri per la famiglia - Consultori familiari);
- Area minori-adolescenti (integrazione NPIA – servizi sociali dei comuni, strutture sociali educative, etc.);
- Area autonomia (progetto vita indipendente, psichiatria e sperimentazioni, progetti di budget di salute, etc);
- Area fragilità (reinserimento territoriale anche in raccordo con i Serd per le problematiche specifiche, borse lavoro, dimissioni protette, integrazione assistenza domiciliare SAD-C.DOM);
- Area grave emarginazione (povertà, immigrazione etc).

A cui si aggiunge l'Area psicologia ai sensi della L.R. n. 1/2024 istituzione del Servizio di Psicologia delle Cure primarie.

Le Linee di indirizzo regionali (D.G.R. n. 2167/2024) hanno individuato cinque LEPS prioritari per gli Ambiti, che dovranno realizzare interventi in collaborazione con i servizi socio-sanitari. Sono stati definiti obiettivi di sistema in accordo con le indicazioni nazionali, con indicatori per monitorare il raggiungimento degli obiettivi target, come dettagliato nel monitoraggio regionale dei Piani di Zona. Ogni LEPS ha un livello ottimale di programmazione: per l'integrazione sociosanitaria, è il Distretto, richiedendo sinergia con le ASST di riferimento. La programmazione, realizzazione, monitoraggio e valutazione devono essere congiunti tra Ambiti e ASST, coordinati dalle ATS, con la Cabina di Regia integrata di ASST come punto di riferimento.

La risposta deve essere progettata per integrare gli interventi sociosanitari, così che i LEPS sociali si colleghino alla domanda di salute del Distretto, come previsto dai LEA. Per i LEPS senza specifica collaborazione con le ASST, la programmazione può essere a livello di Ambito o sovra Ambito, privilegiando le necessità territoriali. Si suggerisce di progettare a livello sovra Ambito, favorendo il raccordo tra Ambiti contigui, come nel triennio 2021-2023, per una pianificazione che individui obiettivi comuni in base alle necessità di un riferimento territoriale più ampio, garantendo omogeneità territoriale nei servizi e nei livelli essenziali.

5.2.5. Riorganizzazione dei servizi per le persone anziane e di quelle con disabilità, in relazione all'evoluzione dei loro bisogni e individuazione di modelli innovativi

È in atto una significativa evoluzione dei bisogni delle persone anziane e di quelle con disabilità, soprattutto dei soggetti che necessitano di una risposta a livello residenziale (RSA, RSD).

Gli attuali **ospiti delle RSA** sono costituiti da "grandi" anziani (età superiore a 85 anni), in gran parte con totale dipendenza, elevata comorbidità e frequente compromissione cognitiva, con indicatori prognostici che fanno ipotizzare una riduzione della speranza di vita. L'ingresso in struttura avviene, quindi, in età avanzata, e in condizioni cliniche complesse e compromesse. Nello spiegare questo mutamento del bisogno vanno considerati fattori sociali quali quelli di ordine economico per le famiglie che portano spesso a "ritardare" l'ingresso in RSA.

Nell'ambito dei **servizi, soprattutto residenziali, per le persone con disabilità** è in atto una riflessione sulla necessità di allargare l'attenzione da una risposta strettamente sanitaria e assistenziale a interventi che facciano riferimento alla persona nel suo complesso, e soprattutto ai suoi aspetti relazionale. L'obiettivo che ora va perseguito è quello di garantire alle persone ospiti di strutture residenziali per persone con disabilità e ai loro familiari (che partecipano comunque alla vita della comunità in cui vive il proprio congiunto) la migliore qualità di vita possibile. Si tratta di un nuovo paradigma che vede le strutture residenziali per persone con disabilità essere anche al centro di relazioni con il territorio circostante, in un'ottica inclusiva, che miri a costruire un "progetto di vita" personalizzato per queste persone e per le loro famiglie. In particolare, si evidenzia la necessità di riordinare le strutture residenziali con particolare riferimento alle CSS e al target di età delle persone minorenni. Inoltre, si evidenzia la necessità di prevedere soluzioni per aumentare l'assistenza residenziale in strutture di lungodegenza per persone con disabilità e gravi disturbi comportamentali, vista la crescente domanda. Ne deriva, per questi ambiti, la necessità di una riqualificazione dei servizi a partire da quelli residenziali.

Elemento cardine di questo percorso è un approccio che deve basarsi sui bisogni, in cambiamento, di queste persone e per poi armonizzare le risposte e la rete dei servizi. Occorre, quindi, proseguire, all'interno del quadro normativo esistente, l'iter che, da un lato, porti a introdurre nuovi servizi e modelli innovativi per i nuovi bisogni, dall'altro, a rimodellare i servizi esistenti.

1. Relativamente **all'introduzione di nuovi servizi e modelli innovativi** si evidenzia la necessità di sviluppare servizi secondo la logica del *welfare di iniziativa* che produca innovazione sociale e sia in grado di fornire una lettura innovativa e attenta alla progressiva trasformazione dei bisogni.

I modelli innovativi sviluppati in area anziani dovranno essere coerenti con le nuove disposizioni normative dettate dal D. lgs n. 29/2024 che promuove, secondo logiche di rete e di filiera, sia misure e interventi finalizzate alla prevenzione della fragilità e alla promozione della salute, dell'invecchiamento attivo delle persone anziane sia misure volte a contrastare l'isolamento e la deprivazione relazionale e affettiva delle persone anziane, nonché a promuovere il mantenimento delle capacità fisiche, intellettive e sociali.

Nell'attuazione degli interventi potranno anche essere valorizzati gli strumenti previsti dal D.Lgs. n. 117/2017 relativi alla co-programmazione e coprogettazione con i soggetti del Terzo settore.

In particolare, la DG Welfare avvierà la promozione di specifiche sperimentazioni a livello di ATS nelle seguenti aree di riferimento:

- Area degli **anziani** e delle fragilità emergenti, favorendo l'integrazione con le reti per l'invecchiamento attivo promosse dalle ATS su mandato della DG Famiglia. In quest'area verranno valutati anche modelli innovativi relativi alla costituzione di **un "nucleo psichiatria" in RSA o a strutture di psicogeriatria dedicate**. A partire dal 2025 si attiverà una rilevazione, attraverso le ATS e i DSMD, coinvolgendo una rappresentanza delle RSA, per quantificare il bisogno e per caratterizzare l'utenza;

- Area della presa in **carico delle persone con demenza** al fine di individuare processi, strumenti, tariffe di presa in carico per la messa a sistema, misure di sostegno psicologico a favore dei caregiver. Le azioni in questo ambito necessitano di un'evoluzione verso **modelli di presa in carico di queste persone e delle loro famiglie** con l'introduzione di percorsi che prevedano: punto di accoglienza, presa in carico, utilizzo di servizi in un'ottica di filiera che permetta la risposta più adeguata alla persona con demenza, sostegno al care giver, utilizzo di strumenti di teleassistenza;
- Area delle **cure domiciliari**: definizione di un modello integrato di cure domiciliari (sociosanitarie e sociali) tenendo conto delle progettualità sviluppate dagli ambiti territoriali nell'ambito della missione 5 del PNRR e del disposto dell'art. 29 D. lgs. n. 29/2024. Inoltre, sarà possibile prevedere specifiche progettualità sperimentali a domicilio per persone con necessità di sostegno intensivo under 65 anni;
- Area della **disabilità e non autosufficienza** con particolare attenzione alla definizione di percorsi di presa in carico delle persone affette da malattie neuromuscolari/neurodegenerative e/o patologie del motoneurone e/o cerebrolesioni acquisite anche con la collaborazione di centri clinici specializzati;
- Area della **salute mentale**, con specifica attenzione ai disturbi emergenti, quali ad esempio, i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, da parte di enti accreditati con comprovata esperienza nel settore anche prevedendo modelli innovativi di presa in carico.

Ciascuna ATS, in collaborazione con le ASST e tutti gli stakeholders presenti sul proprio territorio darà avvio ad un percorso per la definizione di una sperimentazione di un modello innovativo da presentare in DG Welfare entro il 30 ottobre 2025.

Complessivamente saranno messi a disposizione **euro 10 ML**.

Verrà approvato uno specifico provvedimento con le indicazioni operative.

2. Relativamente, invece, al **riordino dei servizi esistenti** è essenziale avviare un'analisi tesa a:

- verificare la rispondenza dei requisiti di accreditamento (definiti nei primi anni 2000) agli attuali bisogni;
- definire nuovi e più appropriati standard.

L'analisi dovrà riguardare, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, gli aspetti:

- **organizzativo e gestionale**, tenendo conto delle figure maggiormente necessarie per i bisogni attuali ed emergenti e del "mercato" delle professionalità, in sofferenza per alcune figure, attuando una riorganizzazione con standard di personale appropriati e realmente disponibili, anche introducendo modelli di ***task shifting***;
- **valutazione**, introducendo scale omogenee, in linea con l'evoluzione scientifica di settore, tra le strutture, da "leggere" in modo coerente alla situazione rilevata quotidianamente dall'operatore. Tali scale dovranno essere limitate nel numero, puntuali per la finalità richiesta e di facile utilizzo per finalizzare il tempo dell'operatore all'attuazione del piano assistenziale o del progetto individuale;
- **indicatori** di misurazione di processi, ma anche di esito attraverso indicatori standardizzati, superando l'attuale approccio "empirico";
- **case manager**, da introdurre soprattutto nell'ambito della disabilità, per il "governo" del progetto individuale;
- **formazione,** da incentrare su modelli e strumenti "snelli" in grado di rilevare il mutare dei bisogni e costruire risposte personalizzate e flessibili.

Verranno definiti gruppi di lavoro ad hoc a seconda della tipologia di UdO che elaboreranno una proposta che dovrà contenere anche una analisi di impatto economico.

La rimodulazione dei **servizi residenziali per anziani e persone con disabilità** (con particolare attenzione alle CSS e alle problematiche comportamentali) in relazione all'evoluzione dei bisogni sarà attuata attraverso un percorso suddiviso in step:

- istituzione di un gruppo di lavoro tecnico ristretto all'interno del Tavolo inter-direzionale disabilità, entro il primo trimestre 2025, che lavori in sinergia con il Gruppo di lavoro multiprofessionale regionale per le attività di supporto tecnico alla U.O. Rete Territoriale;
- elaborazione di una proposta di rimodulazione nel corso della prima parte del 2026.

In particolare, nell'ambito della revisione della rete d'offerta nell'area della disabilità sarà altresì incluso il **servizio residenziale terapeutico–riabilitativo a media intensità per minori** (SRM ai sensi dell'art 32 DPCM del 17/01/2017) di cui alla D.G.R. n. 7768/2018. Si procederà, pertanto, ad un approfondimento della collocazione del SRM all'interno della rete d'offerta rivolta ai minori che necessitano di percorsi intensivi nell'ottica di una crescente modularità dell'offerta ed al fine di pervenire ad un pieno impiego delle risorse già destinate allo stesso.
L'attuale offerta regionale si compone di n. 5 SRM per un totale di 152 P.I. L'analisi dei dati di attività di tali servizi effettuata per periodo dal 2019-2023 evidenzia un tasso medio di saturazione del 64%.
Inoltre, nel contesto di riordino della rete dei servizi esistenti risulta fondamentale avviare un processo di riordino relativo in particolare al **sistema delle cure intermedie** al fine di definire in modo puntuale gli assetti e le filiere anche in rapporto allo sviluppo delle degenze di comunità attivate nel 2019 e degli Ospedali di Comunità che svolgono una funzione intermedia tra la domiciliarità e il ricovero ospedaliero. Come previsto dalla DGR n. 2966/24 si provvederà ad "*approfondire il setting delle cure intermedie anche in rapporto allo sviluppo in atto degli Ospedali di Comunità che svolgono una funzione intermedia tra la domiciliarità e il ricovero ospedaliero, contribuendo all'obiettivo della presa in carico sul territorio non solo del bisogno della persona in condizione di cronicità e fragilità ma anche della sua famiglia".* Questo in attuazione del punto 10) del dispositivo della D.G.R. n. 1435/2023 recante "Ulteriori determinazioni in ordine all'attività dell'ospedale di comunità" laddove rinvia a successivo provvedimento il riordino dei posti letto delle degenze di Comunità previsto dalla DGR n. XI/2019 del 31/07/2019.
Al fine di proseguire nel **riordino del sistema delle cure intermedie** e di definire i processi di presa in carico, verrà istituito uno specifico gruppo di approfondimento, in collaborazione con la U.O. Polo Ospedaliero, composto da ATS, ASST, erogatori pubblici e privati accreditati che si occuperà di definire i requisiti delle UdO completando l'eventuale messa a sistema delle UdO cure intermedie previste dalla DGR n. 3383/2014, la filiera degli interventi, i livelli di raccordo tra le UdO esistenti, il percorso di presa in carico dei cittadini.
Nell'ambito del riordino si terrà conto delle sperimentazioni attive in tale area, quali la **Post Acuta Homeless** (per la quale si conferma l'assegnazione di risorse di FSR pari a euro 700.000,00 per la prosecuzione) che proseguiranno alle medesime condizioni fino a chiusura del riordino stesso.
Entro il **30 gennaio 2025** verrà definito il gruppo di lavoro.

5.2.6. Definizione di strumenti e modelli per la stratificazione dei bisogni delle persone fragili, nella prospettiva di una pianificazione di servizi anche innovativi

Nell'ambito della **disabilità**, in attuazione di atti regionali, la Direzione Generale Famiglia, Solidarietà sociale, Disabilità e Pari opportunità ha realizzato, in collaborazione con ATS Milano, una progettualità dedicata all'analisi e all'individuazione di un algoritmo di identificazione della disabilità. La progettualità ha permesso di "stratificare" i bisogni in base alla patologia soggiacente, alla tipologia di compromissione, all'evolutività della condizione e all'eventuale compresenza di patologie croniche.
La D.G.R. n. 1513/2023 "Determinazioni in ordine al potenziamento delle risorse di FSR destinate nel 2024 all'area dei servizi territoriali residenziali dell'area anziani, dell'area residenziale della disabilità e dell'area residenziale delle dipendenze" ha previsto nell'ambito delle RSD di sostenere l'appropriata

presa in carico di ospiti con comportamenti-problema qualificabili come casistica di secondo livello di complessità. La successiva D.G.R. n. 2229/2024 “Determinazioni in attuazione della D.G.R. n. 1513 del 13/12/2023 finalizzate alla definizione del secondo livello di complessità assistenziale nell’ambito delle RSD” ha indicato il percorso attuativo con l’individuazione degli steps finalizzati alla definizione del secondo livello di complessità assistenziale nell’ambito delle RSD.
Accanto alla stratificazione della popolazione con cronicità e disabilità, vi è ora la necessità di individuare profili differenziati secondo l’asse della “**fragilità**” per predisporre strategie di intervento sulla base del livello di rischio, del bisogno di salute e del consumo di risorse.
La fragilità è una sindrome clinica che può essere definita come un declino delle funzioni corporee e delle riserve fisiologiche, con conseguente aumento della vulnerabilità e ridotta resilienza a fattori di stress fisici e mentali, portando infine ad un aumento del rischio di esiti negativi sulla salute.
Linee guida internazionali raccomandano lo screening della fragilità al fine di stratificare i pazienti in base al rischio di esiti sfavorevoli. Inoltre, lo screening della fragilità a livello di popolazione è opportuno per identificare coloro che trarrebbero beneficio da una valutazione geriatrica globale (Valutazione Multidimensionale - VM).
Nel corso del 2025, attraverso il coordinamento della SC Unità di Epidemiologia della ATS di Milano, verrà avviata l’analisi per la predisposizione di **un algoritmo per la definizione dell’indice di fragilità** a partire dai dati dei flussi ordinari, attraverso la collaborazione tra le strutture regionali, i servizi di epidemiologia delle ATS e i clinici di settore.
L’algoritmo potrà essere utilizzato per la definizione della programmazione regionale anche relativa al sistema delle UdO.
L’elaborazione dovrà poi essere messa a disposizione periodicamente, da parte delle ATS, alle ASST per un utilizzo, all’interno della **Cabina di regia delle ASST**, nell’analisi dei bisogni emergenti della popolazione e la rimodulazione/innovazione di servizi. In particolare, le analisi dovranno individuare **modelli di presa in carico** delle persone fragili caratterizzati da forte integrazione sanitaria, sociosanitaria e sociale. Inoltre, al fine di approfondire determinati livelli di fragilità, verrà strutturato un gruppo di lavoro regionale che, partendo dall’analisi dell’utenza affetta da malattie rare (es. patologie neurodegenerative anche di origine genetica e/o malattia del motoneurone, corea di Huntington), mappi i diversi setting di assistenza, correli il livello di non autosufficienza con i sostegni erogati con l’obiettivo di individuare i criteri che circoscrivano i casi maggiormente bisognosi di supporto ed i costi sostenibili a carico del sistema pubblico.

5.2.7. Definizione di un percorso organizzativo funzionale a definire le politiche integrate in tema di disabilità e non autosufficienza

La crescente attenzione al tema della disabilità richiede sempre più un approccio strutturato e integrato per garantire un’efficace inclusione sociale e sociosanitaria. Per questo motivo, è stata avviata una riorganizzazione interna degli uffici regionali con la creazione di una struttura dedicata esclusivamente alla disabilità. Tale riorganizzazione mira a favorire un dialogo continuo e costruttivo tra le Direzioni Generali Famiglia Solidarietà Sociale, Disabilità e Pari Opportunità e Welfare, promuovendo una gestione unitaria delle politiche e dei servizi specificatamente dedicati.
L’obiettivo primario è garantire un mirato ed efficace raccordo tra i diversi settori e un maggiore coordinamento tra le attività relative all’assistenza sociosanitaria e sociale, valorizzando le risorse esistenti e sviluppando percorsi sempre più rispondenti alle esigenze specifiche delle persone con disabilità e delle loro famiglie. Tale approccio integrato promuoverebbe una visione olistica del benessere della persona, che tenga conto della persona nella sua totalità.

5.3. INTERVENTI IN AREA DISABILITÀ

Nel 2024, il tema della disabilità è stato oggetto di interventi potenziati dall'approvazione del D.lgs. n. 62/2024 "Definizione della condizione di disabilità, valutazione di base, accomodamento ragionevole, valutazione multidimensionale per il progetto di vita individuale personalizzato e partecipato" in attuazione della legge 277/2021. In continuità con il 2023, sono state implementate azioni focalizzate sulla valutazione e la realizzazione di percorsi per il progetto individuale, con il coinvolgimento del Tavolo Interdirezionale Disabilità (Decreto n. 11118/2023).

Le aree tematiche principali hanno riguardato l'iter di valutazione, con un focus sull'inclusione scolastica, e specifici percorsi nella rete territoriale (DAMA, prestazioni sanitarie/sociosanitarie in U.d.O. sociali - CSE/CAD con DG Famiglia, II livello di complessità nelle RSD). Il 2025 sarà dedicato al consolidamento del sistema regionale in area disabilità.

5.3.1. Applicazione del D.lgs. 62/2024

Con la Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale, Disabilità e Pari Opportunità, si sviluppano i lavori per l'attuazione del Decreto L.gs 62/2024 e dei decreti attuativi. Saranno avviati i lavori per l'implementazione dell'art. 24 relativo all'unità di valutazione multidimensionale e dell'art. 29 per l'individuazione del referente per il progetto di vita, con la definizione dei relativi compiti.

Verrà infine attuato il Regolamento del D.lgs. n. 62/2024 per la sperimentazione, approvato in Conferenza Unificata (rep. atti n. 104/CU del 31/07/2024), con avvio dal 1° gennaio 2025 nel territorio di Brescia. Il monitoraggio della sperimentazione permetterà di verificare l'impatto sul percorso di accertamento della condizione di disabilità in età evolutiva ai fini scolastici, secondo l'art. 5 del D.lgs. n. 66 del 13/04/2017 e la D.G.R. n. 2446 del 03/06/2024.

5.3.2. Nodi DAMA (Disabled Advanced Medical Assistance)

Nel mese di Giugno 2024, in collaborazione con le ATS è stata effettuata una rilevazione in tutte le ASST/IRCCS pubblici lombardi che ha registrato l'attivazione sul territorio regionale di almeno un nodo DAMA in ogni ATS, con un totale di n. 23 nodi DAMA attivi e di n. 3 in attivazione, come rilevato nella tabella di seguito riportata.

STATO ATTIVAZIONE NODO DAMA			
TERRITORI	**ATTIVO**	**IN ATTIVAZIONE**	**TOTALI**
321 - ATS MILANO	5	2	7
322 - ATS INSUBRIA	3		3
323 - ATS MONTAGNA	3		3
324 - ATS BRIANZA	4		4
325 - ATS BERGAMO	2	1	3
326 - ATS BRESCIA	2		2
327 - ATS VAL PADANA	3		3
328 - ATS PAVIA	1		1
Totale	**23**	**3**	**26**

Nel 2025, sulla base dei risultati della rilevazione, sarà costituita la rete regionale DAMA, definendo i nodi e il processo di attivazione. Il lavoro sarà coordinato dalla Struttura Salute Mentale, Dipendenze, Disabilità e Sanità Penitenziaria, insieme alla Struttura Reti Clinico Assistenziali e l'ente titolare dell'azione DAMA (ASST Santi Paolo e Carlo), coinvolgendo le ASST/IRCCS.

Nel 2025, per potenziare i progetti sopra citati, verranno impiegati 100.000 euro (stanziati nel 2022) per promuovere la diffusione dei nodi DAMA nei territori delle ASST/IRCCS, come previsto dalla L.R. n. 33/2009. Le risorse saranno destinate alle ASST già formate con il modello DAMA per la diffusione

delle modalità di presa in carico delle persone con disabilità, su tutto il territorio regionale secondo indicazioni che verranno fornite dalla U.O. Rete Territoriale.

5.3.3. Specifiche determinazioni per gli interventi a sostegno delle persone con disabilità

I sostegni e le misure previste dalle programmazioni – Fondo Non Autosufficienza, Fondo caregiver, Fondo "Dopo di Noi", Fondo Inclusione Disabilità, politiche per l'inclusione scolastica degli studenti con disabilità sensoriale e interventi a supporto dell'inclusione sociale di giovani adulti con disabilità – devono necessariamente essere integrate con l'insieme degli interventi sanitari, sociosanitari e sociali, affinché risorse e strumenti siano orientati a sostenere ed attuare il Progetto Individuale nei diversi cicli di vita. Il tema della disabilità richiede quindi un approccio trasversale atto a promuovere l'integrazione delle politiche e la ricomposizione delle risorse, al fine di superare la frammentarietà delle competenze e delle risorse attuali all'interno di una programmazione complessiva.

Il Programma Operativo Regionale riferito al Fondo Non Autosufficienza esercizio 2025 si presenterà dinamico e di transizione perché, come richiesto dal PNNA 2022/2024, accompagnerà il percorso verso il rafforzamento delle azioni legate all'attuazione del LEPS di Processo e l'attuazione dei LEPS di erogazione: una graduale implementazione dell'erogazione dell'assistenza diretta a supporto del caregiver familiare e riconferma dell'assistenza indiretta (trasferimenti monetari) in presenza di personale di assistenza regolarmente impiegato. L'intera strategia di intervento sarà dunque dedicata:

- all'attuazione del LEPS integrato di Processo;
- al rafforzamento di sistemi di servizi integrati negli Ambiti Territoriali Sociali;
- allo sviluppo del Percorso assistenziale Integrato (LEPS processo).

confermando da un lato gli strumenti già previsti dall'esercizio 2024, al fine di promuovere la continuità e la qualità di vita nel contesto scelto dalla persona anziana non autosufficiente e da quella con disabilità, dall'altro il raggiungimento del LEPS di Processo sull'intero territorio regionale e contestualmente incrementando la gamma dell'offerta degli interventi sia nell'ambito dell'assistenza domiciliare che dei servizi di sollievo.

Nel 2025 sarà sviluppato uno strumento per la valutazione del bisogno/carico assistenziale per persone non autosufficienti e con disabilità gravissima. Nel 2024, in linea con il Piano Nazionale per la Non Autosufficienza 2022-2024 (PNNA), è stata avviata un'azione congiunta tra le Direzioni Generali Welfare e Famiglia, Solidarietà Sociale, Disabilità e Pari Opportunità, per monitorare gli interventi di assistenza diretta tramite Voucher Sociosanitari. È stato attuato un coordinamento con le ATS per integrare i percorsi dei voucher nei progetti individuali, favorendo un utilizzo più appropriato degli stessi.

Anche per il FNA esercizio 2025 sono state stanziate risorse del FSR per un importo pari a 6.500.000,00 € da destinare alla attivazione dei voucher sociosanitari B1. Nel confermare, quindi, la prosecuzione dell'azione di rinforzo al programma regionale FNA attraverso l'erogazione di Voucher sociosanitari, per il 2025 si stabilisce un'assegnazione di risorse di FSR complessiva fino a 14.600.000,00 e così ripartita:

- **€ 8.100.000,00** destinati all'attuazione del percorso Voucher ASD con riferimento alle persone in condizioni di disabilità gravissima di cui alla lettera g) del decreto FNA 2016, come meglio specificato nel paragrafo Disabilità psichica del presente capitolo;
- **€ 6.500.000,00** per la copertura di tutte le altre tipologie di Voucher sociosanitari previste dal programma operativo regionale FNA.

Inoltre, sono state sviluppate azioni mirate ad una progettazione individualizzata maggiormente coerente con i bisogni delle persone con disabilità.

Nell'ambito del percorso attuativo della Legge n. 112/2016, la sperimentazione avviata nelle province di Mantova, Lodi e Pavia (D.G.R. n. 7429/2022) ha verificato le condizioni per realizzare progetti di

coabitazione e deistituzionalizzazione per persone autistiche (Liv. 3 DSM5). Le tre progettualità, avviate a maggio 2023, coinvolgono 20 persone con disabilità. Nel 2024, una collaborazione tra Università Cattolica del Sacro Cuore e Tavolo di monitoraggio DDN avvierà un'analisi del progetto.
Per l'anno scolastico 2024/2025, Regione Lombardia promuove l'attivazione di servizi di inclusione scolastica per alunni con disabilità sensoriale, oltre a interventi per bambini con **disabilità sensoriale** nei nidi. Gli interventi si basano su progetti individuali che affrontano le difficoltà di comunicazione e partecipazione causate da limitazioni visive e uditive. I progetti, sviluppati in collaborazione con i Servizi Sociali, specialisti e scuole, mirano a promuovere l'inclusione.
Con D.G.R. n. 3192 del 14/10/2024 è stata approvata la programmazione relativa alla L.R. n. 23/1999, che prevede contributi per ausili e strumenti tecnologici per persone con disabilità, ovvero minorenni, adulti e anziani (entro 67 anni) con DSA, in aree come domotica, mobilità, informatica e altri ausili.

5.3.4. Turismo accessibile

In data 09/10/2024 è stato pubblicato il Decreto Ministeriale "Criteri di riparto della quota parte di cinquanta milioni di euro del Fondo unico per l'inclusione delle persone con disabilità in favore delle regioni per l'anno 2024 per il finanziamento di interventi e progetti per il turismo accessibile e inclusivo per le persone con disabilità". La dotazione finanziaria assegnata a Regione Lombardia qualora il progetto venisse approvato ammonta ad 6.112.006,00€. Anche per questa edizione la DG Famiglia coinvolgerà nella realizzazione del progetto le Associazioni maggiormente rappresentative del mondo della disabilità. Attività finanziabili in continuità con il D.M. precedente/attuale e il progetto regionale approvato STAI:

- azioni svolte per incrementare l'accessibilità dei servizi turistici
- azioni per qualificare l'accoglienza
- azioni per la sicurezza e l'integrazione dei servizi sanitari
- azioni di comunicazione e promozione
- azioni di formazione per gli operatori del settore turistico
- azioni per lo sviluppo di sperimentazioni per l'inclusione lavorativa attraverso la formazione e la promozione di tirocini nei servizi turistici per l'inclusione delle persone con disabilità.

5.3.5. Inserimento lavorativo

Il tema dell'inclusione lavorativa costituisce un elemento di specificità della presa in carico delle persone adulte. Si tratta di un percorso che necessita di essere delineato già nella fase di formazione scolastica e che prevede un accompagnamento della persona con strumenti, tempi e modalità modellati in base alle caratteristiche personali, da parte di figure specificatamente formate.
Ai fini dell'inserimento lavorativo è pertanto essenziale:

- rilevare le competenze e abilità della persona;
- sviluppare le competenze e le abilità utili per il successivo inserimento lavorativo;
- personalizzare le attività con eventuale adattamento degli ambienti di lavoro.

In tale ottica si inserisce l'area di intervento finanziata dalla Direzione Famiglia, Solidarietà Sociale, Disabilità e Pari opportunità dedicata all'inserimento lavorativo "Bando per l'inclusione attiva e l'integrazione socio-lavorativa delle persone con disabilità (priorità 3 inclusione sociale - ESO 4.8 - Azione H.1. - PR FSE+ per il periodo 2021-2027)" – D.G.R. n. 7501 del 15/12/2022.

5.3.6. Fondo inclusione autismo

Il Fondo finanzia interventi dedicati alle persone con disturbo dello spettro autistico, che prevedono:

- interventi di assistenza sociosanitaria previsti dalle linee guida sul trattamento dei disturbi dello spettro autistico dell'Istituto Superiore di Sanità, anche tramite voucher sociosanitari da utilizzare per acquistare prestazioni;
- percorsi di assistenza alla socializzazione dedicati ai minori e all'età di transizione fino ai 21 anni, anche tramite voucher;
- progetti volti a prestare assistenza agli Enti locali, anche associati tra loro, per sostenere l'attività scolastica delle persone con disturbi dello spettro autistico nell'ambito del progetto terapeutico individualizzato e del PEI;
- progetti finalizzati a percorsi di socializzazione con attività in ambiente esterno (gruppi di cammino, attività musicale, attività sportiva) dedicati agli adulti ad alto funzionamento;
- progetti che si rivolgono al terzo settore per favorire attraverso attività sociali (sport, tempo ricreativo, mostre) l'inclusione;
- progetti sperimentali volti alla formazione e all'inclusione lavorativa;
- interventi volti alla formazione dei nuclei familiari che assistono persone con disturbo dello spettro autistico progetti sperimentali di residenzialità e per l'abitare supportato finalizzati alla promozione del benessere e alla qualità della vita delle persone con disturbi dello spettro autistico. Sono stati selezionati e finanziati 55 progetti che sono in corso di realizzazione e i cui lavori sono stati avviati il 31 maggio 2023 con conclusione a dicembre 2025.

Il finanziamento ministeriale è complessivamente di 16.890.000 euro.

5.4. ATTUAZIONE ICA II LIVELLO E RELATIVO MONITORAGGIO.

Per il 2025 si prevede l'avvio del riconoscimento del secondo livello di complessità assistenziale nell'ambito delle RSD di cui alle D.G.R. n. 1513/2023 e D.G.R. n. 2229/2024, con relativo monitoraggio, confermando l'impegno di 12 mln già previsti nelle precedenti D.G.R.

5.5. REVISIONE MISURE A FAVORE DELLA POPOLAZIONE FRAGILE.

5.5.1. Villaggi Alzheimer

In Regione Lombardia sono attivi i Villaggi Alzheimer, con sperimentazioni in tre ATS (Milano, Brianza e Brescia), per l'assistenza alle persone con demenza. Questi progetti evidenziano la necessità di rivedere la tariffa giornaliera del SSR, al fine di adeguare i carichi assistenziali. Nel 2024, in base alla D.G.R n. 2966/2024, è stata avviata una ricognizione per definire un modello organizzativo e gestionale entro il primo semestre del 2025, con l'obiettivo di rivedere la tariffa di rimborso. I gestori attivi e la Commissione Tecnica Demenze parteciperanno al processo. Il modello consentirà l'ampliamento dei posti nelle ATS con progetti attivi e l'attivazione di nuove iniziative nelle altre. Sono previsti 3 milioni €, di cui 1,7 già stanziati nel 2024.

5.5.2. Residenzialità Assistita per anziani

Per la Residenzialità Assistita, si richiamano le determinazioni di cui alla D.G.R. n. 1827/2024.
Fatto salvo il rispetto di quanto previsto dalla D.G.R. n. 7769/2018 in ordine alle modalità di accesso, di erogazione della Misura, nel corso del 2025 le ATS potranno ammettere nuovi erogatori a contratto per residenzialità assistita, previa valutazione della copertura territoriale dell'offerta e nei limiti del budget di riferimento assegnato, da declinare a titolo di sotto budget sulle ASST quale modalità per assicurare la compatibilità tra i voucher emessi e il relativo finanziamento.
Nel corso del 2025 la misura sarà oggetto di analisi specifica anche al fine di renderla sempre più coerente con i bisogni emergenti e con gli approfondimenti previsti per l'attuazione della sperimentazione di prestazioni in UdO sociali, come previsto dalla D.G.R. n. 2966/2024 e declinate al paragrafo successivo.

Sono destinate alla Misura della residenzialità assistita risorse complessive di FSR fino a 5.344.000,00 MLN/€.

5.5.3. Residenzialità Assistita per Religiosi

La Misura regolamentata con D.G.R. n. 4086/2015 sostiene la permanenza assistita di religiosi anziani all'interno del proprio ambiente di vita con un'offerta di servizi attivati in alternativa a quelli della rete tradizionale (RSA e UCPDOM in primis) nell'ottica di rispondere, in maniera peculiare ai bisogni sociosanitari di questa particolare casistica.

Nel corso del 2025 verranno definiti specifici momenti di confronto con le ATS e le congregazioni dei religiosi al fine di approfondimenti in merito alla tipologia di beneficiari della misura e l'eventuale rideterminazione dei requisiti e della tariffa.

Si conferma l'assegnazione di FSR per l'anno 2025 di euro 3,7ML.

Si evidenzia che il totale dei posti per l'anno 2025 sarà pari a 450, con una distribuzione sul territorio regionale che, a seguito di comunicazione da parte della Conferenza Episcopale Lombarda e Conferenza Italiana Superiori Maggiori (CISM) Unione delle Superiore Maggiori (USMI,), risulta variata come indicato nella tabella di seguito riportata:

ATS	**2025**
321	46
322	131
323	2
324	77
325	110
326	72
328	12
Totale posti	450

5.5.4. Residenzialità per minori con disabilità con necessità di sostegno intensivo molto elevato" ex DGR n. 856/2013

Nel confermare le determinazioni già assunte con D.G.R. n. 1827/2024, alla luce dei dati registrati nel 2024 in ordine al volume dei minori in condizione di gravissima disabilità che hanno beneficiato della Misura, per il 2025 si conferma un'assegnazione di risorse di FSR fino a euro 3,4 ML.

5.6. SPERIMENTAZIONE DI PRESTAZIONI SANITARIE E SOCIOSANITARIE IN UDO SOCIALI IN COLLABORAZIONE CON DIREZIONE GENERALE FAMIGLIA

5.6.1. Sperimentazione di prestazioni sanitarie e sociosanitarie in UdO sociali in collaborazione con direzione generale famiglia

L'evoluzione dei bisogni delle persone con disabilità e delle loro famiglie, insieme ai cambiamenti normativi e regolativi, sta portando a una concezione più inclusiva dei servizi. Questi devono essere progettati per promuovere l'inclusione e la qualità della vita, integrandosi in modo sinergico per rispondere ai nuovi bisogni. È necessario che il quadro normativo si adatti a questi cambiamenti, rendendo i servizi più funzionali ai percorsi di vita delle persone con disabilità.

Per sostenere questa trasformazione, occorre aggiornare le caratteristiche di funzionamento delle diverse unità di offerta, garantendo soluzioni più flessibili, sostenibili e in linea con le aspirazioni delle persone. Il cambiamento culturale nella concezione della disabilità, che ha enfatizzato il progetto di vita individuale e partecipato, richiede la riorganizzazione dei servizi semiresidenziali e residenziali.

L’obiettivo è realizzare percorsi personalizzati per ciascun individuo, definiti in un Piano Educativo Individualizzato (PEI), per favorire l’inclusione sociale e il sostegno alla famiglia.
Il PEI deve trovare il suo fondamento nella prospettiva delineata dal progetto di vita spostando il focus dalla dimensione di «cura e protezione» al tema della «inclusione e delle scelte» delle persone, dalla valutazione dei bisogni di protezione alla condivisione dei percorsi di vita, dalle abilità funzionali alle fasi evolutive dell’esistenza. In quest’ottica, tra i driver del cambiamento, sicuramente ci sono:

- la qualificazione dei servizi come strutture di riferimento con standard adeguati a generare benessere, inclusione sociale e qualità della vita;
- la valutazione multidimensionale e progetto di vita (per la disabilità) come criteri di accesso e di appropriatezza;
- l’introduzione di forme organizzative e gestionali flessibili in chiave di progetti individuali;
- l’integrazione con il contesto territoriale e con la rete sociale e sociosanitaria come fattore di inclusione;
- la possibilità di individuare modalità per soddisfare nella rete sociale bisogni sociosanitari non prevalenti.

Nel 2025, proseguirà il processo di revisione delle caratteristiche e dei requisiti delle unità di offerta sociali, con particolare attenzione a quelle rivolte a persone con disabilità e anziani. L'obiettivo è riqualificare la rete sociosanitaria e sociale in una logica di integrazione, modularità e continuità dei percorsi. Come previsto dalla D.G.R. n. 2966/2024, la DG Famiglia, in collaborazione con la DG Welfare, ha avviato una ricognizione tramite un questionario specifico presso CSE e CAD per analizzare i bisogni sanitari nelle unità di offerta sociali.
Al termine della ricognizione, verranno definiti, con un provvedimento previsto nel primo semestre 2025, le modalità operative per rispondere ai bisogni sanitari non prevalenti, ossia che non compromettono la permanenza delle persone nelle unità sociali. È previsto un impegno economico di 2,5 milioni di euro.
Per gli anziani, dal 2025, la progressiva diffusione di servizi organizzati secondo il paradigma declinato per la disabilità, consentirà di offrire contesti di vita più consoni a stimolare l’autonomia, a rallentare il decadimento cognitivo, a sostenere un invecchiamento attivo e a favorire il mantenimento di un buon livello di socialità e di vita di relazione.
La stessa valutazione sarà applicata anche alle unità per anziani, con l’obiettivo di definire, entro settembre 2025, le modalità operative per rispondere ai bisogni sanitari non prevalenti, con eventuali revisioni della misura di Residenzialità Assistita per meglio rispondere alle necessità emergenti.

5.6.2. Aggiornamento criteri RSA Aperta in base ai bisogni (ex DGR n. 2508/2024).

La misura RSA aperta costituisce uno dei pilastri del sistema allargato delle cure domiciliari per gli anziani e, come tale, concorre all’obiettivo del PNRR M6C1- 1.2.1. È quindi importante favorire anche nel 2025 lo sviluppo della presa in carico, anche in considerazione dell’aumento dei bisogni legati all’invecchiamento della popolazione e alla diffusione della non autosufficienza.
Secondo la D.G.R. n. 7769/2018, l'accesso alla misura avviene tramite valutazione multidimensionale (VMD), e la remunerazione della VMD è riconosciuta una sola volta per ogni Ente erogatore nell’anno solare, in caso di continuità del servizio. Per il 2025, sono confermate le indicazioni della D.G.R. n. 2508/2024, con un budget individuale di 4.000 euro, che consente l'attivazione di pacchetti con 2,5 accessi settimanali per 52 settimane. L’attivazione di PAI superiori a 4.000 euro annui è eccezionale, per garantire uniformità nei livelli erogativi e favorire l’accesso al servizio da parte di un numero maggiore di utenti.
Gli utenti presi in carico prima del 2024, che hanno superato il budget annuale con l’aumento tariffario previsto dalla D.G.R. n. 1827/2024, sono esclusi da queste restrizioni. Si ricorda che l'essere già in

carico alla misura è incompatibile con l'attivazione di altri PAI per lo stesso servizio, e gli enti responsabili devono acquisire dai cittadini una dichiarazione formale di compatibilità. In caso di sovrapposizione di PAI per lo stesso utente nello stesso periodo, le ATS devono procedere con istruttorie per verificare che il pagamento sia o meno dovuto prima del consolidamento della rendicontazione.
Le regole di compatibilità tra i servizi domiciliari, come C-Dom, RSA Aperta e Riabilitazione ex art. 26 sono confermate, purché vi sia una programmazione coordinata per evitare duplicazioni di prestazioni e professionisti. Per i criteri di definizione del budget dei contratti ordinari del 2025 per la misura si rimanda al § Regole di determinazione del budget 2025 ai fini della stipula del contratto definitivo: regole per la storicizzazione 2025 della quota di budget riconosciuta a titolo di iperproduzione nel 2024.
Per il 2025, sono previsti fino a 37,4 milioni € di FSR per la RSA Aperta.

5.6.3. Analisi dello stato di attuazione delle reti territoriali delle cure palliative implementazione in relazione ai nuovi bisogni

La rete delle cure palliative e quella di terapia del dolore, come già indicato al capitolo IV, per gli adulti si è consolidata negli ultimi anni, andando a rispondere a bisogni sempre più ampi della popolazione, allargando gradatamente l'approccio e gli interventi dall'ambito della "terminalità" neoplastica a quello, a titolo di esempio, degli anziani con molteplici malattie croniche e fragilità.
Il modello organizzativo delle reti di cure palliative, avviato con la D.G.R. n. 5918/2016, necessita, da una parte, di un'analisi dello stato di attuazione, dall'altra di una implementazione in relazione all'insorgenza di nuovi bisogni.
Nell'ottica di ampliare la risposta ai bisogni emergenti, si ravvisa la necessità di introdurre la "consulenza palliativa medico specialistica" (prevista dalla D.G.R. n. 5918/16 e dal D. lgs n. 29/2024) nei regimi residenziali sociosanitari dell'area anziani e di quelle dei disabili, finalizzata a garantire l'ottimale controllo dei sintomi e l'ottimizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici, assicurando anche la continuità assistenziale durante tutto il percorso di malattia.
L'erogazione di questa prestazione sarà effettuata dai soggetti accreditati e a contratto per l'UCP-DOM. La DG Welfare, anche in collaborazione con l'Organismo di Coordinamento della rete regionale di cure palliative, definirà nel corso del 2025, all'interno della normativa vigente, i requisiti e la procedura di attivazione al fine di darne applicazione entro la fine del 2025.
Per questa tipologia di prestazione vengono stanziate risorse pari a euro 5 ML, aggiuntive al budget già previsto per le UCP-DOM.
Tra i bisogni emergenti nella popolazione negli ultimi anni vi è, inoltre, quello dei soggetti in età pediatrica. È evidente da più fonti in letteratura un netto incremento della prevalenza di minori colpiti da patologie inguaribili e/o disabilità con elevati bisogni di sostegno, portatori di complesse problematiche cliniche, psicologiche, relazionali, assistenziali e spirituali. Il progresso medico e tecnologico ha di fatto ridotto la mortalità neonatale e pediatrica, ma nello stesso tempo ha aumentato la sopravvivenza di pazienti pediatrici portatori di malattia grave e potenzialmente letale.
Il modello di risposta a queste necessità è stato individuato nella costruzione di una rete territoriale di cure palliative e terapia del dolore.
Le cure palliative e la terapia del dolore in ambito pediatrico presentano aspetti diversi rispetto a quelli dell'adulto: devono modularsi in relazione alle variabili situazioni cliniche, psicologiche e sociali e rispondere a bisogni specifici che richiedono modelli organizzativi dedicati.
La Rete di Terapia del Dolore e Cure Palliative Pediatriche accoglie, quindi, pazienti, insieme alle loro famiglie, da 0 a 18 anni con patologie inguaribili e con significativa complessità clinica, a cui si sommano bisogni spirituali, sociali, familiari e relazionali. Una presa in carico, da parte delle Rete complessiva, che può durare molti anni e fino all'età adulta.

La tematica è stata affrontata da Regione Lombardia all'interno delle DGR relative agli "Indirizzi di programmazione annuali" in ambito sanitario relative agli anni 2022, 2023, 2024. In particolare, gli "indirizzi" per l'anno 2024 individuano una serie di azioni per la promozione dello sviluppo della Rete di Terapia del Dolore e Cure Palliative Pediatriche (RTD-CPP).
Il Piano Socio-Sanitario Regionale (PSSR) 2024-2028 fissa tra gli obiettivi lo sviluppo di un sistema di monitoraggio di qualità e appropriatezza per le due reti: rete di cure palliative per l'adulto e rete di cure palliative e terapia del dolore pediatriche.
Il Ministero della Salute ha stimato che lo 0,2-0,32% della popolazione pediatrica (0-18 anni) presenti bisogni di Cure Palliative Pediatriche (CPP), di questi il 40% necessita di CPP specialistiche.
Attualmente, in Regione Lombardia, questo "bisogno" è soddisfatto a livello domiciliare dagli erogatori di UCP-DOM che hanno sviluppato competenze e professionalità in ambito pediatrico, mentre a livello residenziale è presente sul territorio regionale un'unica struttura (c.d. "Hospice pediatrico") con disponibilità di n. 6 posti letto. Infine, a livello ambulatoriale, sono state attivate esperienze sul territorio regionale in collegamento con UCP-DOM.
In questo contesto occorre avviare un percorso che porti alla definizione di modello complessivo a livello regionale che preveda:

- l'individuazione di bacini di utenza in cui costruire le reti;
- la costruzione di reti che vedano la presenza di tutti i setting di cura: ambulatoriale, domiciliare, residenziale in attuazione degli standard di fabbisogno previsti;
- l'interrelazione di queste reti con il territorio in cui operano, in primis con i Pediatri di Famiglia e i Medici di Medicina Generale,
- una attività di formazione, anche per perseguire una "crescita culturale" e una specifica competenza di base a tutti i livelli di chi si prende cura dei soggetti in età pediatrica;
- una tempistica dell'attivazione delle reti;
- l'analisi dell'impatto economico dell'introduzione del modello organizzativo.

Al riguardo, la DG Welfare con la collaborazione dell'Organismo di Coordinamento della rete regionale di cure palliative produrrà entro il 30 settembre 2025 un documento tecnico da sottoporre alla Valutazione dell'Assessorato e della DG Welfare, preliminare all'avvio del modello.

5.6.4. Riordino dei consultori familiari

I Consultori Familiari, servizi di prossimità multidisciplinari, sono fondamentali per la prevenzione e la promozione della salute di donna e infanzia, offrendo supporto a maternità, paternità e famiglia lungo tutto il ciclo di vita, dalla nascita all'invecchiamento. I cambiamenti demografici li rendono indispensabili nel territorio.
Per rispondere ai nuovi bisogni delle famiglie e dei giovani, si propone:

- L'istituzione della Cabina di Regia della Rete Consultoriale per sostenere le attività nei distretti e nelle Case di Comunità, monitorando le azioni previste dai PPT integrate con i PDZ. Saranno definite modalità di raccordo con i Servizi Tutela Minori, in linea con la riforma Cartabia, e con i Centri per la famiglia secondo una filiera integrata di interventi.
- La creazione di equipe dedicate all'intercettazione del disagio giovanile (§4.6.6).
- L'individuazione di strumenti e percorsi a supporto delle funzioni genitoriali ed educative per l'infanzia (0-6 anni), in rete con risorse territoriali.
- All'aggiornamento entro settembre 2025 dei requisiti di esercizio e di accreditamento dei Consultori Familiari delle sedi principali e distaccate (requisiti strutturali e tecnologici, requisiti organizzativo-gestionali)

Si prevedono:

- A. L'implementazione delle azioni del Programma Libero 16 del Piano Regionale della Prevenzione (PRP 2022-2025), con un'offerta universale di accompagnamento perinatale alla donna e alla coppia, inclusi interventi di gruppo.
- B. L'attivazione del Servizio di Continuità Assistenziale Ostetrica (Home Visiting), anche in collaborazione con i consultori pubblici e privati accreditati a contratto con assistenza domiciliare post-parto per promuovere la salute dei primi 1000 giorni, l'allattamento, una genitorialità responsiva, il riconoscimento precoce di segnali di rischio nel puerperio e l'attivazione della rete specialistica. Linee guida saranno fornite dalla Direzione Generale Welfare.
- C. L'estensione del metaprogetto "percorso nascita fisiologico" su scala regionale (D.G.R. n. 268/2018, n. 5249/2022 e s.m.i.) con monitoraggio delle attività.
- D. L'espansione dell'Agenda informatizzata del Percorso Nascita, già operativa in 10 Enti, in linea con il Piano Sociosanitario 2024-2028.
- E. L'aggiornamento degli esami laboratoristici/strumentali come da D.G.R. n. 1141/2023 e DPCM 12.01.2017, con prescrizioni definite dalla D.G.R. n. 5249/2021.

Continua il progetto *Pensare Positivo* dell'OMS, finalizzato ad attivare il supporto domiciliare per donne con depressione perinatale da ostetriche formate, implementato nella maggioranza delle ASST lombarde e promosso nei consultori. In particolare, si dà mandato alla ASST Lecco di proseguire nelle attività di formazione utilizzando le risorse residue delle annualità precedenti già nella disponibilità del bilancio della stessa ASST.

5.6.5. Integrazione con gli interventi attivati in AREA FAMIGLIA

In continuità con gli anni passati, nel 2025 verranno attivate azioni volte a supportare le famiglie fragili e promuovere il loro benessere e protagonismo. Gli interventi, realizzati in sinergia con tutti i soggetti che supportano le famiglie, saranno incentrati sulla promozione della genitorialità, intercettazione precoce del disagio dei minori e prevenzione della violenza contro le donne.
Per quanto riguarda i minori, sarà avviato il Tavolo Minori previsto dalla D.G.R. n. 1827/2024.
Verrà favorita l'integrazione dei percorsi e dei servizi attraverso la valorizzazione degli strumenti già presenti sul territorio come, ad esempio, la co-progettazione con gli enti del terzo settore, le Cabine di Regia ATS/Ambiti, le Cabine di Regia delle ASST e il coordinamento dei Centri per la famiglia, dei Piani di azione per il contrasto al disagio dei minori da parte delle ATS, dei Piani per l'invecchiamento attivo e delle reti di indirizzo a governance ATS per il contrasto alla violenza contro le donne.
In coerenza con la priorità di contrasto al disagio giovanile, la Direzione Famiglia monitorerà le azioni dei Piani di azione attivati ai sensi della D.G.R. n. 7499/2022 e insieme alla Cabina di Regia di cui alla D.G.R. n. 6761/2021, individuerà interventi replicabili a livello regionale. Si favorirà inoltre l'integrazione con i Consultori familiari per il supporto dei minori. All'interno dei Centri per la famiglia, saranno promosse azioni di supporto al caregiver, anche favorendo la diffusione del modello di sperimentazione avviato da ATS Bergamo, con il coinvolgimento delle Case di Comunità, potenziando le reti di mutuo aiuto e collaborando con i consultori familiari per offrire counseling e mediazione familiare.
Un'attenzione particolare sarà dedicata al monitoraggio delle azioni contro la violenza sulle donne, favorendo il coordinamento tra le Reti di indirizzo a governance ATS e le Reti Antiviolenza per garantire un accesso rapido ai servizi di emergenza e l'uniformità dei percorsi.
Verranno, inoltre, individuati specifici gruppi di lavoro con le ASST e le ATS del territorio relativamente ai progetti promossi dalle ASST ai sensi della D.G.R. n. 2345/2024 al fine di individuare modelli di presa in carico unitari. Relativamente alle reti avviati dalle ATS per i CUAV, si provvederà ad istituire un coordinamento regionale al fine di favorire il raccordo con gli altri servizi.
Infine, continuerà l'attuazione delle politiche regionali contro la povertà (D. lgs. 147/2027), attraverso

l'attuazione a livello locale (Piano di Attuazione Locale) delle linee di sviluppo delle Politiche regionali per la prevenzione e il contrasto alla povertà nel quadro di attuazione delle misure nazionali (D. lgs n. 147/2017) destinate ai beneficiari dell'Assegno di Inclusione e alle persone in situazione di estrema povertà e l'approvazione del Piano Povertà regionale 2024 – 2026.

5.6.6. Definizione filiera degli interventi per il contrasto al disagio dei minori

Il fenomeno del "disagio giovanile" richiede strategie integrate e coordinate a livello regionale, coinvolgendo diversi settori (educativo, sociale, sociosanitario, sanitario). Nel 2024, la DG Welfare ha avviato un'analisi della situazione in Lombardia e una ricognizione degli interventi attivi. Oltre al sistema di cura vero e proprio, infatti, esistono diverse tipologie di interventi preventivi e di presa in carico che spesso non sono integrati e coordinate. Si è identificata la necessità di definire un coordinamento regionale e di valorizzare gli interventi presenti sul territorio come punti di un unico percorso al fine di favorire l'integrazione e la complementarità.

In attuazione al "Protocollo di intesa finalizzato allo sviluppo e al consolidamento in ambito scolastico di buone prassi per la prevenzione e il contrasto dei fenomeni legati alle diverse forme di dipendenza (dpr. 309/90), a bullismo e cyberbullismo (Legge n. 71 del 29/05/2017), alle altre forme di disagio sociale minorile e per la promozione della legalità (L.R. n. 17 del 24/06/2015)", approvato nel 2022 con la DGR n. 6761/2022, è stata creata una Cabina di Regia regionale coinvolgendo assessorati, USR e Prefettura. Inoltre, sono stati realizzati, su mandato della DG Famiglia, 8 Piani di azione territoriali a regia ATS che hanno visto il coinvolgimento di oltre 300 soggetti (Prefetture, ASST, oratori, soggetti del terzo settore, comuni, scuole, associazioni, Centro di Giustizia riparativa), con oltre 7000 ragazzi e 1000 adulti coinvolti. Si ritiene, pertanto, di valorizzare e coordinare tutti gli interventi presenti sul territorio come punti di un unico percorso al fine di favorire la definizione di una filiera in grado di connettere tutti i percorsi di prevenzione con il sistema della cura vera e propria.

Si prevede il rafforzamento della Cabina di Regia e la definizione di una filiera di intercettazione e presa in carico, con i Consultori familiari come punto di accesso prioritario. I consultori offriranno equipe dedicate e strumenti per l'intercettazione precoce e la propedeutica valutazione di rischio per le forme di disagio giovanile e comportamenti disadattativi. Questi spazi rivolti agli adolescenti all'interno dei Consultori dovranno rappresentare un luogo facilmente identificabile e accessibile sul territorio, sia dagli adolescenti che dai genitori e dalla comunità educante. La valutazione dei casi potrà esitare in percorsi di consultazione e presa in carico psicoeducativa e psicoterapeutica per i casi di disagio di entità lieve e moderata e in invii alla rete dei servizi (Pediatri di Libera Scelta, NPI, CPS, SerT, Psicologia clinica, Servizi psicopedagogici attivati nelle scuole ai sensi della L.R. n. 16/2021, altri interventi e servizi presenti sul territorio quale ad esempio la misura "#UP Percorsi per crescere alla grande") per i casi più complessi. L'integrazione con le Case di comunità e la collaborazione con gli psicologi delle cure primarie faciliterà la presa in carico e l'eventuale connessione con i servizi sociali laddove necessaria. Per supportare questa strategia, è previsto uno stanziamento di 5 milioni € nel 2025 per implementare team dedicati e percorsi di rete.

Inoltre, il programma "#UP Percorsi per crescere alla grande", finanziato dal Fondo Sociale Europeo Plus 2021 - 2027, offre percorsi personalizzati per preadolescenti, adolescenti e giovani in difficoltà e per le loro famiglie, con il coinvolgimento delle ATS e delle ASST per rispondere in modo flessibile e integrato ai bisogni dei giovani e delle loro famiglie. Per la realizzazione dei percorsi, l'ATS si avvale delle Aziende Socio-Sanitarie Territoriali (ASST) e di Enti Erogatori con esperienza e competenza nell'erogazione di servizi rivolti al target dell'Avviso.

5.6.7. Sviluppo di Centri dedicati alla psicopatologia dell'adolescenza

Secondo la logica della costruzione di una filiera che va dalla prevenzione, alla decodifica dei segnali di rischio e di allarme fino alla presa in carico, le ASST, gli IRCSS pubblici sede di attività di psichiatria

e NPIA dovranno prevedere, all'interno dei Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze, luoghi dedicati all'intercettazione precoce e alla cura delle problematiche della fascia giovanile, che coinvolgano direttamente i servizi di psichiatria, NPIA, dipendenze e psicologia accessibili sia a minori che a giovani adulti. Tale modello dovrà essere finalizzato a superare la discontinuità nei percorsi di cura che può avvenire nel passaggio dai servizi di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza a quelli dedicati all'età adulta, così come tra i servizi di salute mentale e quelli dedicati alle dipendenze; dovrà prevedere la presenza nella stessa sede dei diversi professionisti coinvolti, sia di profilo medico che di tipo psicosociale; dovrà essere collocato in luoghi non connotati e non stigmatizzanti.

5.6.8. Comunità per minori vittime di abuso e grave maltrattamento e avvio sperimentazione di Comunità per minori con bisogni sanitari

Si confermano gli elementi definiti nell'ambito della D.G.R. n. 1827/2024. Per il 2025 si conferma un'assegnazione di risorse di FSR fino a euro 11ML. Nel corso del 2025, sarà avviata un'analisi specifica sugli impatti delle misure per i minori coinvolgendo i referenti delle ATS e chiedendo ad Anci Lombardia di individuare referenti per i servizi di Tutela Minori. L'obiettivo è definire i bisogni e i percorsi di presa in carico, considerando l'impatto della riforma Cartabia e i nuovi disagi emersi tra i giovani a causa della pandemia, come isolamento, didattica a distanza, uso eccessivo della tecnologia, relazioni virtuali e restrizioni. I ragazzi manifestano disagi complessi che richiedono interventi educativi e riabilitativi a bassa-media intensità. Si prevede un approfondimento dei bisogni degli adolescenti per rispondere in modo appropriato, senza enfatizzare l'aspetto sanitario, ma considerando il loro impatto sulla crescita armonica. I minori accolti presso strutture educative residenziali e diurne, infatti, spesso presentano anche residuali bisogni sanitari che non riescono ad essere soddisfatti da tali strutture e che, contemporaneamente, li rendono inappropriati per un inserimento presso strutture terapeutiche di NPIA. In tal senso, con la D.G.R. n. 7600/2017 era stata prevista una specifica integrazione sanitaria per l'accoglienza dei minori in comunità educative.
Al fine di definire una tipologia di risposta flessibile che possa prendere in carico in modo appropriato le difficoltà dei giovani e delle loro famiglie, prevedendo anche la presa in carico di residuali bisogni sanitari, sarà sviluppata una sperimentazione per creare strutture residenziali e diurne che offrano sia sostegno educativo che una presa in carico sanitaria residuale. In tal senso, verrà istituito uno specifico gruppo di lavoro con i rappresentanti delle ATS, ASST, Anci Lombardia e rappresentanti dei servizi Tutela Minori, rappresentanti dei gestori delle strutture che accolgono i minori per definire le caratteristiche di tali strutture. Entro il 31/12/2025 partiranno le prime sperimentazioni, con un finanziamento di 3 mln/€.

5.6.9. Aggiornamento della rete d'offerta

Sviluppo del percorso di definizione dell'area della riabilitazione in età evolutiva in funzione della implementazione dell'efficacia e dell'appropriatezza degli interventi.
Per rafforzare i servizi territoriali più vicini ai minori con necessità di riabilitazione neuropsichiatrica e del neurosviluppo, la D.G.R. n. 2966/2024 ha avviato un potenziamento delle U.d.O. di riabilitazione sociosanitaria e dei servizi NPIA, favorendo l'integrazione e la continuità tra ambiti sanitari e sociosanitari. L'intervento ha mirato a supportare i territori di ASST/IRCCS con maggiore indice di sofferenza (i.s.), indicativo di un'offerta riabilitativa più distante rispetto alla media regionale per l'età evolutiva.
In continuità con questa iniziativa, si prevede:

- Un ulteriore rafforzamento della rete di riabilitazione sociosanitaria e della rete NPIA, individuando le aree più carenti tramite l'i.s. definito nella citata D.G.R. n. 2966/2024. Verranno applicati tre livelli di incremento percentuale, basati sul principio di progressività proporzionale alla distanza dalla media regionale, come illustrato in tabella.

Distanza da media		
Fasce i.s.		**% incremento**
0%	30%	15%
31%	60%	20%
61%	100%	30%

Le aree che necessitano di un incremento delle attività ambulatoriali per avvicinarsi alla media regionale, riferite alle competenze territoriali delle ASST, saranno definite, dopo confronto con le ATS, con provvedimento della DG Welfare prima della stipula dei contratti definitivi, basandosi sull'impatto della D.G.R. n. 2966/2024. Sono escluse dall'incremento di budget le strutture che nel 2023 hanno prodotto meno del 2% dei propri volumi ambulatoriali a favore di questo target di età. Complessivamente, saranno destinati 3 milioni di € all'acquisto di prestazioni ambulatoriali per l'età evolutiva, suddivisi tra le RIA ambulatoriali in età evolutiva (si intendono quelle che assolvono il requisito di cui alla DGR 19883/2004: con la supervisione e il coordinamento di un medico con specializzazione in NPIA) e i Poli NPIA privati accreditati già a contratto con SSR ubicati nelle aree carenti secondo le percentuali sopra indicate.
Per le medesime aree si prevede altresì lo stanziamento di 1 milione di euro annui per:

- ampliamento della contrattualizzazione per U.d.O. RIA in età evolutiva accreditate già a contratto per la quota di prestazioni solo accreditate;
- autorizzazione a nuove contrattualizzazioni per U.d.O. RIA in età evolutiva e Poli NPIA privati accreditati alla data della pubblicazione della presente DGR.

Le strutture interessate saranno individuate, previo confronto con le ATS, con successivo provvedimento della DG Welfare prima dei contratti definitivi, in base agli esiti della DGR n. 2966/2024. La quota di budget 2024 assegnata per effetto della D.G.R. n. 2966/2024 su base annua sarà interamente storicizzata sul 2025 e, in ogni caso, troverà evidenza separata nella scheda budget rispetto al restante budget generico.

- In continuità con quanto avviato nel 2024 si procederà alla definizione della riabilitazione in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo per le aree diurna e ambulatoriale, nell'ambito della revisione del sistema di riabilitazione in corso. In linea con l'art. 25 del DPCM 12 gennaio 2017, che per i minori con disturbi neuropsichiatrici e del neurosviluppo prevede la presa in carico multidisciplinare e l'attuazione di programmi terapeutici personalizzati e differenziati per intensità, complessità e durata che includono setting diversi, sarà sviluppato un sistema modulare che rispecchia tali caratteristiche. A supporto dello sviluppo del sistema, con particolare attenzione ai livelli di intensità e complessità, sono stanziati 4 milioni di euro annui.

5.6.10. Sperimentazioni (RIA minori e case management e altre sperimentazioni)

Nel 2025 proseguiranno le attività delle Sperimentazioni RIA Minori, inclusi il "Counseling educativo/abilitativo per soggetti con autismo e disturbi dello sviluppo" presso l'ATS Città Metropolitana di Milano, e le sperimentazioni Case Management. Queste saranno confermate secondo le modalità previste, rispettando quanto stabilito dalla D.G.R. n. 3239/2012, n. 392/2013 e n. 7758/2022.

La prosecuzione è subordinata alla definizione dei criteri di accreditamento indicati in precedenza, che includeranno i modelli delle attuali sperimentazioni. L'approvazione di tali criteri segnerà la conclusione delle sperimentazioni, garantendo la continuità dei percorsi per i minori nella fase di transizione.

Solo le unità di offerta accreditate per la riabilitazione ambulatoriale e diurna rivolte all'età evolutiva, in possesso dei requisiti della D.G.R. n. 19883/2004 e s.m.i., saranno incluse nell'iter, coerentemente con l'art. 25 dei LEA. Per il 2025 si conferma un'assegnazione di risorse di FSR fino a **8.402.000** €.

5.7. INTERVENTI AREA SALUTE MENTALE

5.7.1. Psichiatria e neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (NPIA)

Sviluppo di Centri dedicati alla psicopatologia dell'adolescenza

Le ASST e gli IRCSS pubblici sede di attività di psichiatria e NPIA dovranno prevedere, all'interno dei Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze, luoghi dedicati all'intercettazione precoce e alla cura delle problematiche della fascia giovanile, che coinvolgano direttamente i servizi di psichiatria, NPIA, dipendenze e psicologia accessibili sia a minori che a giovani adulti. Tale modello dovrà essere finalizzato a superare la discontinuità nei percorsi di cura che può avvenire nel passaggio dai servizi di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza a quelli dedicati all'età adulta, così come tra i servizi di salute mentale e quelli dedicati alle dipendenze; dovrà prevedere la presenza nella stessa sede dei diversi professionisti coinvolti, sia di profilo medico che di tipo psicosociale; dovrà essere collocato in luoghi non connotati e non stigmatizzanti.

Progetto interaziendale per l'apertura del reparto di neuropsichiatria dell'infanzie e dell'adolescenza dell'ospedale Bassini dell'ASST Nord Milano e costituzione della Rete Regionale dei Reparti di NPIA.

La D.G.R. n. 1827/24 ha fissato come obiettivo prioritario l'incremento dei posti letto di NPIA, con la Città Metropolitana di Milano identificata come area carente. Pertanto, è necessario aumentare i posti letto ospedalieri di neuropsichiatria nell'area metropolitana.

L'ASST Nord Milano ha completato la riqualificazione di un reparto pediatrico in un reparto di neuropsichiatria infantile, che diventerà il punto di riferimento per l'area Nord della Città Metropolitana di Milano e uno degli snodi cruciali nella rete lombarda di NPIA.

Per sostenere l'impegno del nuovo reparto, è necessario reclutare personale medico, poiché l'attuale équipe non è numericamente sufficiente. Si dà mandato all'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda di contribuire al reclutamento, anche tramite concorso per dirigente medico in neuropsichiatria dell'infanzia e adolescenza. I professionisti selezionati svolgeranno i primi due anni di pratica presso l'ospedale Bassini dell'ASST Nord Milano, costituendo un'equipe che potenzierà quella già presente.

Viene contestualmente istituita la Rete di Coordinamento dei reparti di NPIA lombardi già in essere o in via di istituzione, con la regia della DG Welfare e coordinata dalla NPIA dell'ASST Santi Paolo e Carlo, finalizzata a monitorare il funzionamento dei reparti, a omogeneizzare le modalità di intervento e di funzionamento delle UONPIA e a organizzare la formazione continua del personale. Per tale formazione si stanziano **200.000 euro** per il triennio 2025-2027.

Piano di sviluppo salute mentale – DGR XII/1827/24.

- A seguito dell'attivazione di una comunità terapeutica per pazienti con Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (DNA), minorenni e maggiorenni (D.G.R. n. 1827/2024 e D.G.R. n. 2966/2024), la DG Welfare completerà la definizione dei requisiti di accreditamento e della tariffa posto-letto entro il primo trimestre del 2025. L'accreditamento riguarderà sia le nuove strutture sia quelle SRP1/SRP2 di psichiatria e NPIA che già accolgono pazienti DNA, le quali dovranno riconvertirsi per dedicarsi esclusivamente a questo target. Inoltre, saranno ridefiniti i requisiti per le strutture semiresidenziali dedicate a tale utenza.
- Come anticipato dalla D.G.R. n. 2966/2024 all. 4), capitolo 1, "Psichiatria e Neuropsichiatria infantile", la copertura delle strutture residenziali di NPIA sul territorio regionale è disomogenea (tab. 1). Le azioni regionali mirano a uniformare l'offerta, promuovendo il principio di prossimità

per garantire il raccordo con le famiglie e i servizi territoriali. Considerata la carenza di posti letto, anche a causa dell'uso di budget extra contratto 43san per inserimenti fuori regione, sono stanziati fino a 5 milioni € per contrattualizzare 50 nuovi P.I. di comunità terapeutica di NPIA, con priorità per i territori sotto la media regionale. Anche i nuovi accreditamenti dovranno avvenire precipuamente in territori con un indice inferiore all'indice regionale medio, previo parere dell'organismo di coordinamento, che diventa vincolante per la materia in oggetto.

ATS	Popolazione	Posti a contratto	Indice posti per 10.000 ab.
Città Metropolitana	535.682	60	1,12
Insubria	224.056	125	5,58
Montagna	43.477	0	-
Brianza	189.392	46	2,43
Bergamo	179.736	10	0,56
Brescia	188.120	28	1,49
Val Padana	114.586	45	3,93
Pavia	77.538	39	5,03
Totale	**1.552.587**	**353**	**2,52**

Tab. 1 Indice di copertura strutture residenziali di NPIA.

- Attivazione posti di CD di NPIA: in risposta alle mutate condizioni epidemiologiche relative all'età evolutiva, che mostrano un aumento di acuzie psichiatrica e una maggiore complessità dei casi, la D.G.R. n. 1827/2024 ha previsto azioni di potenziamento dei servizi territoriali, ambulatoriali, semi-residenziali e residenziali, considerando la disomogeneità tra i territori delle ATS regionali. Il paragrafo 5.5.4.1 dell'All. 5), individua la Città Metropolitana di Milano come area prioritaria per l'incremento dei servizi. Per attuare quanto definito nel paragrafo 5.5.1 della D.G.R. n. 1827/2024, è previsto il potenziamento di 130 posti nei Centri Diurni di Neuropsichiatria infantile, di cui 80 posti già attivati con D.G.R. n. 2966/2024 e i restanti 50 posti da attivare, con priorità per il territorio metropolitano di Milano. Possono pertanto dare avvio alle attività per un totale di 4 CD e di 50 posti tecnici:
  - ASST Santi Paolo e Carlo: 15 posti tecnici
  - ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda: 10 posti tecnici
  - Fondazione IRCCS "Ca' Granda" Ospedale Maggiore Policlinico di Milano: 10 posti tecnici
  - ASST Fatebenefratelli Sacco: 15 posti tecnici.

Redazione di specifici Piani Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA) regionali, con particolare attenzione ai Disturbi della Nutrizione e Alimentazione e ai Disturbi di Personalità

È prevista l'elaborazione di specifici PDTA a favore di persone con Disturbi della Nutrizione e Alimentazione (DNA) e con Disturbi di Personalità.

- Redazione Piano Diagnostico Terapeutico Assistenziale DNA: la Cabina di Regia istituita ai sensi della Legge Regionale n. 2 del 23 febbraio 2021, ricostituita con DGR n. 2007/2024, proseguirà il lavoro di elaborazione di linee di indirizzo per la valutazione, trattamento e presa in carico del paziente affetto da DNA e alla definitiva stesura di PDTA a favore di persone con Disturbi della Nutrizione e Alimentazione. Particolare attenzione verrà posta ai percorsi di transizione dall'età evolutiva verso l'età adulta.
- Progetto regionale: "RISE" – Recovery, Inclusione, Supporto, Empowerment nei giovani con disturbo di personalità grave*:* Nel triennio 2021-2024, Regione Lombardia, tramite la DG Welfare, ha partecipato al progetto Joint Action ImpleMENTAL, finanziato dalla Commissione Europea, per

attivare best practice in salute mentale a livello territoriale. Il progetto regionale RISE punta a garantire la continuità dei trattamenti sul territorio, promuovere l'inclusione sociale e il recovery individuale, e definire un PDTA regionale per ridurre la variabilità e aumentare l'appropriatezza dei trattamenti, attraverso una rete clinica di erogatori. Il target è la popolazione con disturbi gravi di personalità, in particolare il disturbo borderline, con una fascia di età tra i 18–25 anni al primo contatto con il servizio. Il disturbo è prevalente (1-1,6% della popolazione), con elevata co-morbidità e un rischio maggiore di suicidio e mortalità prematura. Il progetto regionale, la cui durata è triennale, si basa su due seguenti pilastri.

- Creazione di un gruppo di lavoro regionale che individui un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per i giovani con disturbo borderline di personalità. Il PDTA ha l'obiettivo di definire:
  a. un modello *stepped care* in base alla gravità;
  b. le modalità di transizione dai servizi di salute mentale dell'infanzia e adolescenza a quelli dell'età adulta e tra quelli della salute mentale e quelli delle dipendenze;
  c. i trattamenti psicosociali "specifici" basati sulle evidenze da erogare nei Centri Psicosociali lombardi, rivolti a pazienti e familiari;
  d. i trattamenti basati sulle evidenze, intensivi e limitati nel tempo da erogare nell'area ospedaliera e residenziale;
  e. le azioni da mettere in atto con le ASST, le ATS, i Comuni, il Terzo e Quarto Settore e le Associazioni di Familiari e Utenti per favorire, attraverso una maggiore collaborazione intersettoriale, l'inclusione sociale e lo sviluppo di un processo individuale di recovery dei giovani pazienti;
- Arruolamento di personale dedicato per i Centri Psicosociali. Si rende necessaria l'acquisizione di personale psicosociale (psicologo, educatore, TERP, assistente sociale) per potenziare le equipe. Per la realizzazione del progetto, sono stanziati fino a 2,72 mln/euro di risorse FSR, che saranno ripartite alle ASST/IRCCS pubblici in base ai servizi territoriali di Psichiatria (CPS) rilevati dal Sistema Informativo SIGUASS. L'ASST Lecco è confermata come Ente capofila per il coordinamento del progetto. Le risorse sono destinate all'acquisizione di personale e a attività di formazione, valutazione, disseminazione e coordinamento.

Disposizioni in merito al DPCM 12 gennaio 2017- indicazioni operative per accesso ai Servizi di Psichiatria e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza e ai Consultori Familiari

Con riferimento alla D.G.R. XII/3630/2024 "Approvazione del nomenclatore tariffario regionale dell'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica ai sensi dello schema di decreto di cui all'intesa stato regioni del 14 novembre 2024 (rep atti 204/CSR) con decorrenza dal 30 dicembre 2024 sono pienamente adottate le indicazioni relative alle modalità di accesso ai servizi della Psichiatria e della Neuropsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza e ai Consultori Familiari. Si rimanda all'**Appendice 5** per ulteriori approfondimenti sul tema. I documenti di cui sopra indicano che le prestazioni rese nell'area dell'assistenza sanitaria territoriale (capo IV art. 24, 25 e 26 del DPCM 12/01/2017) per la diagnosi e la presa in carico delle persone con disturbi mentali e dei minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo erogate dai servizi di salute mentale e di neuropsichiatria infantile, così come le prestazioni erogate dai Consultori familiari non appartengono all'ambito dell'assistenza specialistica ambulatoriale. Tali Servizi sono pertanto ad accesso libero, non è richiesta la prescrizione né il pagamento del ticket.

I Sistemi Informativi di Psichiatria (SIPRL) e di Neuropsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza (SI-NPIA) dal 1° gennaio 2025 rappresentano pertanto gli strumenti di generazione dei tracciati record utilizzati per la valorizzazione delle prestazioni erogate, secondo le specifiche indicazioni fornite. Si rimanda

all'**Appendice 5** per le indicazioni tecniche relative al Sistema informativo di Neuropsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza. Relativamente a quanto previsto dall'allegato 2 della D.G.R. 3630/2024 per l'Assistenza Domiciliare Integrata (C-DOM), verranno definite specifiche modalità attuative entro la fine di gennaio.

Revisione DGR XI/7752 del 28 dicembre 2022 in merito alla gestione del posto d'emergenza

La D.G.R. n. 7752 del 28/12/2022 nell'All. 1) "Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA): area residenziale/semiresidenziale - percorsi residenziali/semiresidenziali terapeutici per pazienti minorenni con disturbi neuropsichiatrici e del neurosviluppo: aggiornamento del modello assistenziale e del processo di presa in carico", descrive il percorso sperimentale di ammissione ai posti dedicati all'offerta residenziale terapeutica per l'emergenza dei pazienti minorenni indicando di riservare priorità ai pazienti provenienti dai percorsi della giustizia minorile, con provvedimento urgente di collocazione residenziale terapeutica di NPIA e ad elevata complessità e instabilità clinica. A tali inserimenti è riservato un incremento dell'intensità degli interventi di carattere valutativo, terapeutico e riabilitativo atti ad accompagnare il minorenne all'adesione al progetto terapeutico.

In particolare, il bisogno dei pazienti provenienti dai percorsi della giustizia minorile con provvedimento urgente di collocazione residenziale terapeutica di NPIA, deve trovare risposta nelle Comunità sociosanitarie ad alta integrazione sanitaria per minori e giovani adulti con disagio psichico e/o con disturbi da uso di sostanze in carico ai servizi sanitari/sociosanitari regionali e della giustizia minorile (CSGM) istituite con D.G.R. n. 2676/2024 che definisce l'attivazione e l'accreditamento di 36 nuovi posti letto dedicati al collocamento di minori provenienti dal circuito penale minorile.

Si ridefinisce pertanto l'utilizzo del posto di emergenza ai sensi della D.G.R. n. 7752/2022, riservandolo esclusivamente alla risposta ai bisogni di stabilizzazione e inquadramento diagnostico di pazienti NPIA in condizione clinica di sub-acuzie (es. dimissioni da reparto ospedaliero, ingressi dal domicilio in situazioni emergenziali gestibili non in degenza ospedaliera) o con necessità di collocamento terapeutico. L'attuazione di tale indicazione avverrà contestualmente alla contrattualizzazione delle nuove strutture sociosanitarie per minori autori di reato, e sarà anticipata con nota regionale.

Si demanda a successivi atti della DG Welfare la ricostituzione del tavolo tecnico della rete semiresidenziale e residenziale di NPIA, anche al fine di ridefinire i requisiti clinici, gli aspetti organizzativi e gestionali per l'ammissione ai posti d'offerta residenziale terapeutica per l'emergenza.

Istituzione del Budget di Salute

Il Budget di Salute (BdS) è un modello gestionale innovativo che promuove l'integrazione tra il sistema di cura e il sistema di comunità in salute mentale, come previsto nell'intesa tra il Governo, le Regioni e le Autonomie locali (Rep. Atti n. 104/CU del 6 luglio 2022). Il BdS supporta il Progetto Terapeutico Individualizzato (PTI) e include risorse economiche, professionali, umane e relazionali per favorire l'inclusione socioeconomica e abitativa della persona, orientata alla recovery e al benessere, promuovendo modelli di co-programmazione con il terzo settore, coinvolgendo Enti sanitari e Locali secondo l'art. 55 D. lgs n. 117/2017, per identificare bisogni, interventi e risorse, con il protagonismo delle persone nel co-costruire il proprio PTI.

Regione Lombardia ha avviato una sperimentazione del BdS nell'area della salute mentale adulti con le ASST Santi Paolo e Carlo e ASST Franciacorta, che ha avuto esiti positivi (DD.GG.RR. n. 1046/2018, n. 2672/2019, n. 4473/2021). Si intende pertanto proseguire l'implementazione del modello BdS, in allineamento con le "Linee Programmatiche nazionali" (Accordo Stato-Regioni - Rep. Atti n.104/CU del 06/072022), che definiscono percorsi e strumenti amministrativi adeguati, ponendo l'accento sull'integrazione degli aspetti clinico-assistenziali e amministrativi.

Secondo la D.G.R. n. 1827/2024, par. 5.5.3.3, il BdS deve diventare uno strumento consolidato nelle pratiche dei servizi di salute mentale. L'implementazione sarà graduale, con azioni definite in base

agli esiti delle attività precedenti. È prevista la creazione di un Gruppo di Lavoro regionale inter-direzionale, coinvolgendo la DG Welfare, la DG Famiglia solidarietà sociale, disabilità e pari opportunità la DG Istruzione, formazione e lavoro, le ATS, i Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze delle ASST, ANCI/Enti locali, Terzo settore e associazionismo. Questo gruppo fornirà indicazioni per l'applicazione del BdS, tenendo conto delle specificità territoriali, delle organizzazioni locali e delle risorse del terzo settore e delle comunità, in un'ottica partecipativa di co-programmazione e di co-progettazione. In particolare, dovranno essere definiti gli aspetti sottoelencati ed eventuali altri temi che dovessero emergere nel corso dei lavori del gruppo:

- le modalità di realizzazione della valutazione multidimensionale che coinvolgano anche la persona, la famiglia e la rete informale;
- elementi che devono caratterizzare il PTI;
- la modalità di coinvolgimento degli ESP-esperti in supporto tra pari;
- le modalità di individuazione di soggetti qualificati per la realizzazione dei progetti BdS da inserire in appositi elenchi;
- il sistema di monitoraggio regionale sui percorsi BdS di tipo anche qualitativo, che si basi, cioè, su indicatori di esito in termini di qualità di vita;
- eventi formativi regionali e/o attività di formazione a livello locale sul BdS con l'obiettivo di uniformare i modelli di riferimento sul territorio lombardo.

Fondo per il contrasto ai disturbi della nutrizione e dell'alimentazione

La Legge n. 234/2021 ha istituito il Fondo per il contrasto ai disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, con una dotazione di 15 milioni per il 2022, 10 milioni per il 2023, e ulteriori 10 milioni per il 2024 (D.L. 215/2023). Il riparto per il 2024 è stato effettuato sulla base del fabbisogno sanitario 2023, come per gli anni precedenti (D.M. 15 luglio 2022). L'Intesa Stato-Regioni del 03/10/2024 ha approvato il riparto del Fondo e le procedure di rendicontazione. Le risorse 2022-2023 non spese entro il 31 ottobre 2024 saranno utilizzabili fino al 30 giugno 2025, con Relazione finale entro il 1° settembre 2025. Le risorse 2024 dovranno essere spese entro il 30 giugno 2026, con Relazione finale entro il 1° settembre 2026.

Entro 30 giorni dalla pubblicazione del Decreto del Ministero della Salute, le Regioni dovranno presentare il piano di attività 2024 con la scheda finanziaria. Con nota del 4 ottobre 2024 (Prot. G1.2024.0037469), la DG Welfare ha confermato la possibilità di continuare le azioni dei Piani Biennali DNA, utilizzando le risorse residue della D.G.R. n. 7357/2022 e relativi decreti, fino al 30 giugno 2025.

Progetto Rafforzamento DSM

Come previsto dalla DGR XII/2966/24, si conferma il finanziamento di 5 mln/euro per la prosecuzione del progetto "Rafforzamento DSM". L'importo per ciascuna azienda, ripartito sulla base di quanto rendicontato alla sola voce "costo del personale" dei progetti "Contenzioni" e "Autori di reato" del finanziamento ministeriale, riparametrato sulla disponibilità economica regionale, è oggetto di assegnazione nel BPE 2025, ed è finalizzato esclusivamente a garantire la continuità delle attività dirette rivolte all'utenza tramite il reclutamento di personale, al fine di proseguire le attività avviate con DGR n. XI/7661 del 28/12/2022. Nel corso del 2025, sulla base di una rendicontazione intermedia da effettuare al 30/06/25, la DG Welfare si riserva la possibilità di rivedere la liquidazione del budget assegnato in base all'effettivo utilizzo.

Programmi domiciliari integrati (PDI) di NPIA e di Psichiatria

Per migliorare l'utilizzo dei posti nelle Strutture Residenziali Terapeutiche di NPIA, vengono istituiti i Programmi Domiciliari Integrati (PDI) di NPIA. Questi programmi sono erogabili esclusivamente in continuità con le dimissioni dalle strutture residenziali per minori e sono rivolti a giovani fino a 18 anni

con diagnosi psichiatrica, in grado di aderire a progetti di vita al di fuori dell'istituzione. Hanno durata massima di sei mesi e sono finalizzati al reinserimento nel territorio.
Gli Enti accreditati di NPIA possono attivare PDI per giovani maggiorenni dimessi dalle strutture residenziali terapeutiche, collocati in soluzioni abitative condivise in base al PTRI. La durata di questi programmi è al massimo di 12 mesi.
I PDI di NPIA sono remunerati come quelli di Psichiatria (D.G.R. n. 2966 del 1.8.2024). Per il 2025 è previsto un impegno economico complessivo di 1,38 milioni di euro. Inoltre, per migliorare l'appropriatezza dei percorsi residenziali adulti e favorire il reinserimento sociale, sono stanziati altri 1,38 milioni di euro per nuovi PDI nell'area Psichiatria, come stabilito dalla DGR 4221/2007 e modifiche (DGR 2966 del 5 agosto 2024).

Programmi innovativi di Psichiatria e progetti di NPIA

Le risorse economiche per i programmi innovativi di Psichiatria e NPIA fanno parte di budget storicizzati. Le ATS valuteranno gli esiti dei progetti in collaborazione con le ASST/IRCCS e la DG Welfare. Eventuali rimodulazioni dei budget dovranno essere comunicate alla DG Welfare al momento della presentazione dei progetti per l'anno successivo, con motivazione e valutazione dei bisogni territoriali.
Le attività dei programmi potranno essere erogate con le modalità e nelle sedi già previste per l'attività ordinaria, registrate nei rispettivi Sistemi Informativi (SIPRL e Flusso Informativo NPIA) e rendicontate secondo le modalità stabilite.

Programmi innovativi di Psichiatria e progetti di NPIA

I reparti di Riabilitazione Specialistica Psichiatrica offrono prestazioni riabilitative a breve termine per utenti non acuti, fungendo da ponte tra le strutture ospedaliere per acuti e i servizi territoriali diurni o residenziali a lungo termine. La loro funzione di "Transitional Care" promuove un rapido recupero, previene ricoveri non necessari, supporta le dimissioni ospedaliere tempestive e garantisce continuità con altri servizi sanitari. Le finalità principali includono: stabilizzazione dei sintomi, riabilitazione psicosociale, reintegrazione nella comunità, prevenzione delle ricadute e supporto alle famiglie. Nei prossimi anni, la Direzione definirà il fabbisogno di riabilitazione psichiatrica in Lombardia e provvederà all'accreditamento di nuove strutture specialistiche per favorire la transizione dai reparti di acuzie alla riabilitazione psichiatrica subacuta.

5.7.2. Dipendenze

Prosecuzione percorso revisione offerta per le dipendenze (L.R. n. 23/2020) su ambito residenziale

Nel 2025 saranno completati i lavori di riforma del sistema di offerta residenziale e semiresidenziale come sotto riportato:

- Revisione dei criteri di accreditamento delle unità d'offerta residenziali/semiresidenziali, in linea con la proposta del Tavolo tecnico Dipendenze L.R. n. 23/2020 per la ri-classificazione dell'offerta in bassa/media/alta intensità di cura. Le modifiche dovranno essere coerenti con l'Intesa sui criteri di accreditamento, recepita dalla Regione Lombardia con la D.G.R. n. 2707 del 08/07/2024 ("Recepimento Intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131");
- Per il 2025, il 50% del budget non utilizzato al 31/12/2024 sarà destinato all'adeguamento del sistema d'offerta residenziale/semiresidenziale al nuovo modello basato sull'intensità di cura. Il valore liberato dall'ipoproduzione rimarrà nel budget regionale per le dipendenze e sarà utilizzato per la rimodulazione delle strutture del settore, con monitoraggio continuo della produzione durante l'anno.

Alla luce dell'andamento della sperimentazione di strutture residenziali/semiresidenziali dedicate al trattamento del Disturbo da Gioco d'Azzardo si prevede:

- di proseguire le attività sperimentali in corso fino al completamento della revisione del sistema d'offerta sopra citato
- laddove il paziente presenti un quadro diagnostico che non necessiti dei percorsi sperimentali sopracitati si prevede possa essere incluso fra i beneficiari previsti dalla DGR 12621/2003, così come previsto dalle indicazioni LEA contenute nel D.L. n. 158/2012 art. 5, comma 2 convertito nella Legge n. 189/2012.

Equipe Specializzata Ospedaliera Dipendenze (ESOD)

Per la costituzione delle Equipe Specializzate Ospedaliere per le Dipendenze (ESOD), in ottemperanza a quanto previsto dall'art. 8 L.R n. 23/2020 e facendo seguito a quanto stabilito dalla D.G.R. n. 2966/2024, si prevede l'avvio, in una prospettiva triennale, di una sperimentazione assegnando annualmente:

- **750.000.00 €** ad ATS Milano per creare, in un progetto unitario coordinato da ATS, tre équipe dedicate. Due ESOD saranno attivate presso ASST Santi Paolo e Carlo e ASST Niguarda per garantire sostegno a pazienti ricoverati per patologie da tossico-alcol dipendenza, affrontando crisi e acuzie legate all'abuso di sostanze. Una terza ESOD sarà attivata presso ASST Fatebenefratelli-Sacco per sperimentare postazioni ambulatoriali per il proseguimento della disintossicazione;
- **675.000.00 €** ad ATS Pavia per realizzare una ESOD che sperimenti un modello per la diagnosi, cura e recupero dei giovani con abuso di Nuove Sostanze Psicoattive (NSP), al fine di stabilizzare quadri clinici complessi, identificare complicanze e sviluppare percorsi diagnostico-terapeutici specialistici;
- **675.000.00 €** ad ATS Brianza per realizzare una ESOD, presso la ASST Lecco, che preveda un "percorso" ospedaliero in reparto dedicato, con una unità di ricovero per acuti, per soggetti con disturbi correlati a sostanze.

Riforma Regime Ambulatoriale

Per il 2025, in base al contesto attuale e alle proposte del Tavolo Tecnico approvate dal Comitato d'indirizzo, si prevede di potenziare la presa in carico ambulatoriale nell'area delle dipendenze, accelerando i tempi di accesso e favorendo l'aggancio precoce dei giovani nella fase iniziale della dipendenza. Ogni servizio dovrà favorire l'accesso giovanile e ridurre i tempi di avvio del percorso terapeutico. A tal scopo Regione provvederà:

- Revisione del nomenclatore tariffario (DGR n. 20586/2005) e aggiornamento del relativo tracciato AMB. Il tariffario sarà semplificato accorpando le prestazioni, come indicato anche dal flusso SIND (Servizio informativo Nazionale droghe). Nel 2025, la DG Welfare verificherà la fattibilità di un unico flusso informativo per le informazioni attualmente distribuite tra i flussi Amb-dipendenze e Sind. Le prestazioni erogate saranno valorizzate come indicato nella seguente tabella:

PRESTAZIONI	Valore
01_A Relazione	50,00 €
01_B Certificazione	15,00 €
02_A Visita medica (1° e succ)	40,00 €
02_B Vis. Med specialistica (1° e succ)	50,00 €
03_A Counselling	20,00 €
03_B Colloqui con famigliari	40,00 €
04_A Coll. Accoglienza (incluso triage)	50,00 €
04_B Colloquio infermieristico.	20,00 €
05_A Counselling Patologie correlate	20,00 €
05_B Test rapidi IST	10,00 €
05_C Distribuzione materiale IST	3,00 €

06_A Esecuzione Test urine	10,00 €
06_B Medicazioni/incisioni	4,00 €
06_C Racc. urine	3,00 €
06_D Racc. matrice cheratinica	10,00 €
06_E Analisi su aria espirata	7,30 €
06_F Prelievo sangue	5,00 €
06_G Agopuntura	14,00 €
07_B Vaccinazione	10,00 €
08_A Colloquio Psicologico (1° e succ)	40,00 €
08_F Seduta di Psicoterapia (1° e succ)	50,00 €
09_A Coll. Sociale (1° e succ)	38,00 €
09_B Coll. Educativo (1° e succ)	38,00€
10_A Test	26,10 €
10_B Questionario - Interviste	16,50 €
11_A Attività di reinserimento	60,00 €
12_A Accompagnamento paziente	40,00 €
12_B Attività di rete	25,00 €
12_C Management clinico telefonico	13,70 €
17_A Gruppi terapeutici	40,00 €
17_B Gruppi socioeducativi	30,00 €

Il nuovo nomenclatore entrerà in vigore il 1° gennaio 2025, e il flusso AMB sarà lo strumento di analisi e monitoraggio dei Servizi per le dipendenze e per la valorizzazione della produzione per il riconoscimento dei contratti. Le modifiche tecniche necessarie per gli adeguamenti saranno definite successivamente.

Si conferma una quota forfettaria di 190,00€ a trimestre. Per il riconoscimento della quota, devono essere erogate almeno tre delle seguenti prestazioni nel trimestre di riferimento: visita medica o specialistica, colloquio psicologico o psicoterapia, colloquio infermieristico, colloquio sociale ed educativo, partecipazione ai gruppi. Se la stessa prestazione è erogata nella stessa giornata da diverse figure professionali, ciascuna contribuisce al calcolo per il riconoscimento della quota. La quota include attività di segreteria, amministrazione, équipe, prescrizioni, somministrazione di terapie farmacologiche, esami ematici e tossicologici di laboratorio, e prestazioni fuori sede.

- Al potenziamento dei Servizi Multidisciplinari Integrati (SMI) nel 2025, prevedendo per gli SMI già a contratto, è previsto un incremento del budget, calcolato sulla base dell'iperproduzione al 31/12/2024. L'incremento sarà del 15% rispetto alla produzione riconosciuta per il 2023, con l'obiettivo di favorire l'incremento dell'utenza in carico, stimando un costo standard per paziente non superiore a 2.200 euro/anno. Per i gestori che, al 30/09/2024, sono titolari di più SMI sulla stessa ATS e uno di questi non è a contratto, è possibile trasferire parte del budget per consentire la contrattualizzazione dello SMI accreditato, in base ai bisogni del territorio e in accordo con l'ATS di riferimento. Il budget sarà consumato attraverso l'erogazione di prestazioni valorizzate economicamente secondo il nomenclatore tariffario indicato. Questo budget sarà sperimentale per un periodo di 2 anni, garantito anche in caso di ipoproduzione. Al termine del periodo di sperimentazione, saranno effettuate verifiche per eventuali correzioni e miglioramenti. Le risorse destinate a tale scopo ammontano fino a 4,5 milioni di euro, nell'ambito del fondo istituito dalla legge 23/2020.

- all'adozione entro la fine del 2025 da parte dei servizi ambulatoriali del modello multidimensionale per i percorsi di valutazione e presa in carico (di cui a successivi atti regionali);
- all'adozione del modello “Hub e Spoke” nell’organizzazione dei Servizi ambulatoriali secondo le indicazioni specifiche che verranno fornite in successivi provvedimenti.

Screening HCV nei SERD

Nel 2024 è proseguita l’applicazione del Programma per l’attuazione del piano per l’eliminazione dell’HCV, (come da DGR n. 5830 del 29/12/2021) prevedendo in particolare attività di screening nei Servizi per le Dipendenze, individuati quali importanti presidi di sorveglianza epidemiologica e autorizzati da Regione alla prescrizione/erogazione dei farmaci DAAs (nota Prot. G1.2022.0013774 del 14/3/2022). In considerazione della positività dell’esperienza in corso si prevede la prosecuzione per l’anno 2025.

Progetto parchi e interventi proattivi nei luoghi di aggregazione giovanile.

Nel 2024 è stato potenziato l’impianto organizzativo e metodologico del Progetto Parchi in ATS Città Metropolitana di Milano, capofila del progetto, con focus sulle aree di Rogoredo per la grave marginalità e tossicodipendenza. Dopo una valutazione dei risultati e degli impatti delle attività, il progetto proseguirà anche nel 2025. Le risorse per la quinta annualità saranno aumentate di 100.000 euro, arrivando a un massimo di 600.000 euro, per rafforzare le azioni con l’unità mobile e aumentare i posti per il progetto "accoglienza transitoria-sollievo". Il budget sarà assegnato ad ATS Milano, capofila del progetto.

Il progetto è complementare agli interventi dell’Avviso “Percorsi di prevenzione e limitazione dei rischi” (D.G.R. n. 1800 del 29/01/2024), finanziato dal Fondo Sociale Europeo Plus 2021-2027. Gli interventi, che finiranno nel 2026, sono rivolti a giovani e adulti a rischio di esclusione, anche tossicodipendenti o senza fissa dimora. Gli obiettivi includono la prevenzione di comportamenti devianti e azioni di pronto intervento sociale per ridurre il danno e favorire l'inclusione sociale. I partenariati includono enti pubblici e privati, con la partecipazione delle ASST e dei SerD o SMI.

Piani contrasto GAP (Gioco d’Azzardo Patologico).

Nel 2024, tutte le ATS hanno implementato i nuovi Piani Locali GAP (approvati con nota del 20/07/2023) con attività finanziate dalla DGR n. XII/80 del 03/04/2023 e dal Decreto n. 10915 del 17/07/2023, per un totale di € 7.383.200, garantendo continuità agli interventi sul Gioco d’Azzardo Patologico e ai Piani Locali GAP. Nel 2025, in linea con la DGR n. XII/3364/24, saranno avviate le azioni per adeguare i piani locali GAP ad una programmazione biennale, utilizzando le risorse previste dai decreti. Per il sotto obiettivo 3.1 (*Rafforzamento del collegamento tra Polo Ospedaliero e Polo Territoriale delle ASST*), saranno potenziate le modalità di intercettazione precoce e la presa in carico dei soggetti con disturbo da gioco d'azzardo patologico, privilegiando luoghi non associati alla cura delle dipendenze, come ospedali e case di comunità. L'obiettivo è agganciare l’utenza che non si rivolge ai servizi tradizionali di cura, con spazi adeguati alle attività necessarie. Particolare attenzione sarà rivolta ai giovani con dipendenze comportamentali, in particolare alle dipendenze tecnologiche, anche con progetti dedicati.

Centro per il rimpatrio di via Corelli – Milano

Il Centro di Permanenza per il Rimpatrio di Via Corelli di Milano presenta criticità nella diagnosi, trattamento e assistenza di soggetti con dipendenze e problemi di salute mentale. Tale necessità, segnalata dalla Prefettura di Milano e dai Servizi per la Salute Mentale, ha portato alla creazione di un progetto sperimentale con attività sanitarie e sociosanitarie gestite da ATS Milano Città Metropolitana. In ottemperanza alla L.R. n. 33/2009 e alla definitiva attribuzione delle funzioni alle ASST, la D.G.R. n. 1827/2024 ha affidato ad ATS Milano il compito di avviare uno studio di fattibilità per la gestione delle attività da parte delle ASST. A seguito della valutazione dello studio, nel 2025 si

conferma la governance del progetto in capo ad ATS Milano, con il coinvolgimento delle tre ASST di Milano (FBF, Santi Paolo e Carlo, GOM Niguarda), cui vengono affidate le funzioni erogative. secondo uno schema definito da ATS Milano con opportuni protocolli, che può prevedere la partecipazione anche di enti privati accreditati. Rimane confermata l'assegnazione di risorse per complessivi 90.000 euro ad ATS Milano; che con specifico riferimento all'attività di certificazione può continuare ad avvalersi delle ulteriori risorse già dedicate.

5.7.3. DISABILITÀ' PSICHICA

Area autismo

Nuovo Piano Operativo Regionale Autismo (POA): consolidamento e sviluppo del network di cure e di care. Il network di cura e presa in carico per le persone con disturbi dello spettro autistico (ASD) è stato definito e implementato su tutto il territorio regionale durante la fase attuativa del primo POA (D.G.R. n. 5415/2021), sviluppandosi attraverso i Progetti AUTER, PERVINCA, AUTINCA e DIAPASON, finanziati dal Fondo Nazionale Autismo (2019-2022).

Nel 2025, il network subirà un consolidamento e potenziamento attraverso il Piano Operativo Regionale Autismo, con la prosecuzione dei progetti AUTINCA e DIAPASON. Inoltre, sarà attuato il bando competitivo di ricerca ASD, approvato con D.G.R. n. 12032 del 02/08/2024, che svilupperà progetti in vari ambiti: a) trial clinici per migliorare le terapie; b) gestione di disturbi co-occorrenti; c) valutazione dei percorsi indicati dalle linee guida.

Sempre nel 2025, nel contesto del progetto AUTINCA, saranno finanziati percorsi formativi (Master universitari di I e II livello e corsi di perfezionamento) in linea con le Linee guida dell'Istituto Superiore di Sanità. Inoltre, in continuità con il POA 2021 sull'emergenza comportamentale, verrà sviluppata un'azione specifica utilizzando il Fondo Nazionale Autismo 2023-2024 per istituire la Rete nazionale per il riconoscimento, intervento e gestione delle emergenze comportamentali.

In vista dello sviluppo della rete descritta, si intende rafforzare l'attuazione dei Progetti AUTINCA e DIAPASON, con particolare attenzione al Management delle emergenze comportamentali. Ad oggi, sono stati avviati percorsi sul territorio regionale riconducibili al terzo livello, in particolare tramite il "Centro per il ricovero di persone con ASD e gravi disturbi del comportamento" (DD.GG.RR. n. XII/277/2024 e n. XII/278/2024, nota G1.2024.24905 del 25/06/2024). In tale prospettiva si ritiene che i suddetti percorsi, di durata massima di 6 mesi e attuati previa valutazione dei servizi che hanno in carico la persona, possano essere assimilati per finalità e temporalità dell'intervento ai percorsi di riabilitazione di persone già inserite in RSD/CDD che a causa di un repentino deterioramento delle condizioni di salute, necessitino di prestazioni riabilitative, escluse quelle di mantenimento (ex DGR n. XI/1046/2018). Ne deriva pertanto che, laddove l'RSD/CSS/CDD segnali la necessità di un intervento mirato per le persone con acuzie comportamentali nelle stesse inserite, si attivi la valutazione da parte delle UONPIA e/o UO Psichiatria. In caso di avvenuto inserimento al Centro specifico per il ricovero per persone con ASD, può essere mantenuto il riconoscimento della tariffa all'U.d.O. sociosanitaria di provenienza oltre a quella del Centro, fermo restando l'obbligo del rispetto delle indicazioni di cui alla nota soprarichiamata G1.2024.24905 del 25/06/2024 ed in particolare:

- invio al Centro da parte della UONPIA/UO Psichiatria del territorio di residenza;
- partecipazione della U.d.O. ai percorsi formativi;
- impegno della U.d.O. di provenienza a ri-accogliere la persona al termine del percorso.

Nel 2025, sono previsti 4 inserimenti a livello regionale, con un fabbisogno di risorse pari a €100.000,00 stimato sulla base della tariffa SIDi di €128,40 per RSD classe 1/Die. Per la prima fase di attuazione, si prevede di impiegare i fondi residui del voucher ASD.

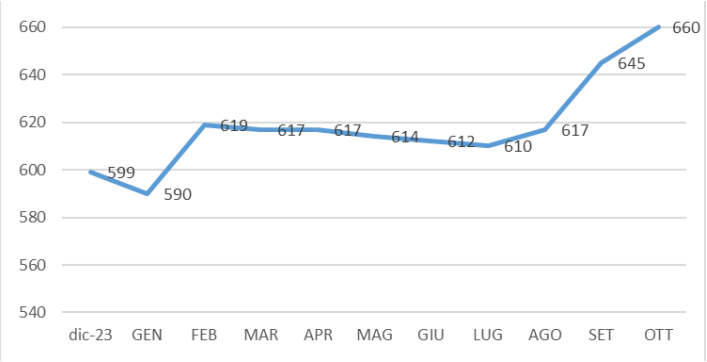
La tariffa relativa al periodo di permanenza della persona presso il Centro specifico verrà riconosciuta alla U.d.O. RSD/CSS/CDD al rientro della persona in struttura precisando che la liquidazione potrà avvenire unicamente alle seguenti condizioni:

- avvenuta ri-accoglienza della persona a chiusura del percorso di terzo livello;
- mantenimento del posto libero o utilizzo temporaneo dello stesso senza oneri per il FSR

In relazione all'evoluzione del progetto della persona nel Centro specifico, si incarica il servizio inviante (UONPIA/UO Psichiatria) di monitorare mensilmente l'andamento del percorso, segnalando eventuali variazioni per un corretto calcolo della tariffazione da assegnare alla U.d.O. Si precisa che, se a seguito della valutazione della UONPIA/UO Psichiatria con il Centro specifico, il rientro nella U.d.O. di provenienza non è più previsto, il riconoscimento della tariffa alla U.d.O. avverrà solo per il periodo antecedente la variazione.

- Voucher ASD: in coerenza con il consolidamento degli interventi per le persone con disturbi dello spettro autistico, si conferma l'incremento annuo delle risorse per i Voucher ASD previsto dalla DGR n. XII/2966/2024, pari a 1,6 milioni di Euro, per sostenere la crescita delle nuove attivazioni rispetto alle prese in carico al 31/12/2023 e per mantenere l'allineamento delle tariffe dei Voucher ASD a quelle della RIA ambulatoriale, come aggiornate dalla DGR n. XI/6991/2022. Tale conferma deriva dall'analisi dell'andamento delle prese in carico tramite il Voucher ASD, che ha registrato un + 3% nel primo semestre 2024 rispetto alle prese in carico al 31/12/2023, e un incremento del 7% a settembre 2024.

Andamento periodo dicembre 2023 – ottobre 2024:



Le risorse per il Voucher ASD nel 2025 ammontano a 8,1 milioni di euro annui, ripartite alle ATS con una quota del 40% basata sulla popolazione, considerando le diverse fasce di età, e una quota del 60% in base al numero di persone prese in carico dalla Misura B1 al 30 settembre 2024, valorizzando le fasce minori e adulti (dati da flusso regionale Misura B1). Rimane confermata la tabella riepilogativa della DGR n. XII/2966/2024, che ha ridefinito le quote annue dei 5 livelli di trattamento ambulatoriali individuali e di gruppo per i Voucher ASD.

Voucher per età	N. Trattamenti settimanali	N. Trattamenti annui	Tariffa trattamenti individuali diretti	Tariffa trattamenti individuali indiretti	Tariffa trattamenti di gruppo	Voucher settimanale	Valore teorico annuo massimo
da 6 a 10 aa	4	208	44,70 €	44,70 €	16,00 €	€ 178,80	9.297,60 €
da 11 a 13 aa	3	156	44,70 €	44,70 €	16,00 €	€ 134,10	6.973,20 €

da 14 a 17 aa	1,5	78	44,70 €	44,70 €	16,00 €	€ 67,05	3.486,60 €
da 18 in poi	1	52	44,70 €	44,70 €	16,00 €	€ 44,70	2.324,40 €

Di seguito si riporta il quadro riepilogativo delle risorse a sostegno dell'area autismo:

Fondo	Tematica	Tempo utilizzo	Risorse
Fondo Nazionale Autismo	Network di cura (AUTINCA e DIAPASON)	Marzo 2026	€ 7.978.431,94
	Bando di ricerca	Marzo 2026	€ 1.075.113,07
	Master universitari	Marzo 2026	€ 1.221.607,48
	Emergenza comportamentali (EDECO)	Giugno 2025	€ 1.195.646,89
Fondo Sanitario Regionale	Voucher Sociosanitario ASD	Dicembre 2025	€ 8.100. 000,00

Progetto Crema Autismo: nel 2025 si prevede la prosecuzione del Progetto sperimentale "Autismo: dall'analisi territoriale al progetto di Vita" approvato con DGR n. XI/5213 del 13/09/2021, con durata iniziale 2022-2024. Considerando lo sviluppo del progetto, si autorizza l'estensione del periodo di attuazione fino a settembre 2025 per concludere i percorsi avviati e raccogliere i dati di esito. La prosecuzione avverrà a iso-risorse, mantenendo l'assegnazione di 300.000 euro già prevista dalla DGR.

Sviluppo del percorso di strutturazione della rete Scuola – UONPIA finalizzata all'individuazione precoce degli alunni a rischio di disturbi specifici di apprendimento (DSA) o altri disturbi del neurosviluppo.

L'analisi della dinamica che negli ultimi 4 anni ha connotato l'area dei Disturbi specifici dell'apprendimento, fatto salvo il periodo della pandemia, ha evidenziato una costante crescita del numero di domande di valutazione per sospetto diagnostico (passando da oltre 23.000 nel 2019 a quasi 28.000 nel 2023) e contestualmente la conferma dei percorsi valutativi che non esitano in alcuna diagnosi (da 2.448 nel 2019 a 2.010 nel 2023) a fronte dello sforzo richiesto alle famiglie ed anche al sistema dei servizi coinvolti.

N. Richieste di valutazione per sospetto DSA				
2019	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**
23.314	15. 950	22.516	25.312	27. 916
DELTA	-31,60	41,2%	12,4%	10,3%

N. Valutazioni esitate in nessun disturbo diagnosticato - % rispetto al numero di richieste				
2019	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**
2.448	1.267	2.021	2.641	3.010
12,5%	9,8%	10,7%	11,4%	11,8%

A partire dalla fine del 2023 e durante il 2024, è stato avviato un lavoro per costituire la rete scuola-UONPIA finalizzata all'individuazione precoce degli alunni a rischio di disturbi specifici di apprendimento (DSA), che si è articolato in:

- Progetto Indaco – D.G.R. n. 1370 del 20 novembre 2023;
- Protocollo Scuola Regione D.G.R. n. 2351 del 20 maggio 2024;
- Costituzione Nuclei Funzionali DSA – D.G.R. n. 2808 del 22 luglio 2024.

Per migliorare l'appropriatezza dei percorsi per persone con sospetto DSA, si intende sviluppare il modello con l'uso di teleconsulto, telemedicina e tecnologie, per migliorare l'accessibilità e sostenere

la rete di cura. Si prevede la creazione di un network regionale dei NF DSA, con l'obiettivo di migliorare la condivisione e l'omogeneità dei percorsi diagnostici e terapeutici, definendo:

- Percorsi diagnostici core di primo livello, con criteri di priorità;
- Percorsi diagnostici di secondo livello, differenziati per complessità, con criteri di priorità;
- Percorsi terapeutico-riabilitativi core, inclusa la teleriabilitazione, con criteri di priorità.

L'ASST Sette Laghi, coordinatore del progetto INDACO, gestirà il network dei NF DSA e svilupperà progetti di telemedicina e teleriabilitazione, destinando 300.000€ nel 2025. L'ASST dovrà presentare entro il 28 febbraio 2025 una pianificazione del coordinamento del network e dei progetti di telemedicina, da approvare dalla D.G. Welfare.

Nel 2025 proseguirà il lavoro con il Gruppo Tecnico ATS e il monitoraggio delle attività di certificazione diagnostica DSA da parte delle ASST/IRCCS e degli Enti accreditati, con trasmissione dei dati alle ATS competenti, che ne verificheranno la completezza e accuratezza.

5.7.4. SANITA' PENITENZIARIA

Applicazione nuovo modello di rete regionale dei servizi sanitari penitenziari per adulti

La nuova organizzazione della rete regionale dei servizi sanitari penitenziari, che prevede la revisione della D.G.R. n. 4716/2016, adotta il modello della Casa di Comunità per l'erogazione dei servizi sanitari negli istituti penitenziari. Sono previsti modelli di presa in carico anche per pazienti con patologie croniche e problemi di salute mentale. La continuità assistenziale si garantirà anche dopo il rilascio sul territorio, grazie alle procedure di identificazione anagrafica e sanitaria.

L'organizzazione proposta implementa l'approccio multidisciplinare tra figure sanitarie, socio-sanitarie, del Terzo Settore e penitenziarie, con obiettivi di:

- valorizzazione dell'infermiere come case manager nelle Case di Comunità e negli Ospedali di Comunità;
- impiego di medici, generalisti e specialisti, in vari ambiti territoriali (impegno penitenziario non esclusivo, ma come parte di un impegno territoriale globale);
- maggiore utilizzo di professionisti sanitari e sociali (psicologi, educatori, OSS, assistenti sociali) per interventi multidisciplinari;
- impiego del personale delle COT anche per attività negli istituti penitenziari.

Particolare attenzione sarà data anche al benessere psicologico del personale sanitario e penitenziario. Le ASST dovranno predisporre sportelli d'ascolto per supportare le esigenze psicologiche del personale, con il servizio psicologico delle Case di Comunità come luogo di erogazione principale.

La presa in carico del paziente detenuto

La presa in carico del paziente detenuto dovrà seguire i modelli applicati alla popolazione generale, come indicato nella D.G.R. di revisione dei servizi sanitari regionali. I presupposti essenziali saranno:

- Medicina d'iniziativa con identificazione dei bisogni di salute all'ingresso in istituto e programmazione del piano diagnostico e terapeutico.
- Applicazione sistematica degli screening oncologici (mammella, utero, prostata, colon) e infettivologici, in collaborazione tra ASST e ATS.
- Calendario vaccinale basato su stagionalità, età e fragilità.
- In alcuni istituti, sezioni per osservazione, diagnosi e trattamento dei detenuti con problematiche di salute mentale, con programma di continuità socioassistenziale post-rilascio.
- Impiego di figure di supporto sociosanitario ed educativo.
- Interoperabilità dei dati tra i sistemi informativi sanitari, delle dipendenze, della salute mentale e anagrafico-penitenziario, come previsto dalla legge 112/2024, art. 6 bis.

- Introduzione del prontuario farmaceutico regionale, con focus sull'impiego degli psicofarmaci per ridurre abusi e misuso, e autorizzazione dell'uso di buprenorfina long acting per la terapia sostitutiva da oppiacei.

Sarà necessario definire procedure per l'identificazione anagrafica del detenuto, in collegamento con gli enti competenti, per garantire la continuità dell'assistenza sanitaria. La telemedicina contribuirà a migliorare l'assistenza sanitaria, riducendo disagi e costi derivanti dalle traduzioni per prestazioni esterne, emergenze, tempi di attesa e diagnosi preventiva. I programmi di telemedicina includeranno telecardiologia, teleradiologia, riabilitazione fisica e altre specialità.
Continueranno i percorsi di sostegno psicologico e riabilitazione nei Centri Diurni interni agli Istituti Penitenziari e all'IPM Beccaria di Milano, e nei centri diurni esterni per persone in esecuzione penale esterna e giovani adulti in carico all'USSM. Questi centri, finanziati dal progetto "Un centro in rete per la fragilità" (D.G.R. n. 7500 del 15/12/2022), sostenuto dal FSR, fondi regionali della DG Famiglia e dalla Cassa delle Ammende, offrono un importante supporto a detenuti con fragilità psichiche, dipendenze e marginalità.

Personale sanitario

La corretta attuazione del modello di presa in carico del paziente detenuto richiede che il personale sanitario venga impiegato indifferentemente sia negli istituti penitenziari sia nel territorio, in modo da assicurare la continuità assistenziale. A questo scopo sarà essenziale disporre di personale stabilizzato almeno per quanto attiene i ruoli principali, quali i coordinatori sanitari, in particolare i medici incaricati ai sensi della legge 740/70 e della Norma transitoria n. 2 (678/2022), gli eventuali vice coordinatori, le figure specialistiche principali, quali gli psichiatri, gli psicologi, i medici SERD e gli infettivologi, nonché i coordinatori infermieristici, gli infermieri case manager, i fisioterapisti, i tecnici della riabilitazione psichica, i tecnici di radiologia, i tecnici di laboratorio preposti alla gestione dei Point of Care (POCT).
Inoltre, tenuto conto delle disposizioni di cui alla Legge 8 agosto 2024, n. 112 avente per oggetto "Conversione in legge, con modificazioni, del D.L. n. 92/2024, recante misure urgenti in materia penitenziaria, di giustizia civile e penale e di personale del Ministero della giustizia" potranno essere attivate le procedure concorsuali per l'assunzione di personale a tempo indeterminato, anche non dotato di specializzazione, ma con almeno due anni di esperienza penitenziaria.
Anche per il 2025 si conferma che le disposizioni fornite dalla DGR 1514/2022 non si applicano alla sanità penitenziaria, nel rispetto di quanto previsto dall.Art.4 comma 2 della Legge Regionale n.34 del 2022. Tale indicazione, come già stabilito dalla DGR XII/2966 del 2024, vale anche per le REMS.

Riorganizzazione dei servizi sanitari penitenziari per minori.

Nel 2024, il sovraffollamento degli IPM, dovuto all'aumento degli arresti e alla carenza di percorsi alternativi, ha reso necessaria una riorganizzazione della presa in carico sanitaria, con particolare riferimento all'IPM Beccaria di Milano. Gli interventi previsti includono:

- Salute mentale: potenziamento dei servizi psichiatrici e neuropsichiatrici;
- Medicina preventiva: educazione ai corretti stili di vita e applicazione del calendario vaccinale;
- Attività trattamentali: collaborazione con l'amministrazione penitenziaria attraverso progetti finanziati.

Un gruppo di lavoro misto sanitario-penitenziario aggiornerà il protocollo regionale per la prevenzione del rischio suicidario nei minori e definirà un protocollo sanità-giustizia minorile per il collocamento in strutture terapeutiche residenziali. Con particolare riferimento ai minori e giovani adulti con disagio psichico o disturbi da uso di sostanze, in carico alla giustizia minorile, saranno attivate nel 2025 le Comunità sociosanitarie ad alta integrazione sanitaria (CSGM) di cui alla D.G.R. XII/2676/2024.

5.7.5. PSICOLOGIA

Servizio di Psicologia delle Cure primarie: indicazioni operative

Istituito con L.R. n. 1/2024, il Servizio di Psicologia delle Cure Primarie è finanziato con 12 mln/€ annui per tre anni. La gestione spetta all'Area funzionale di Psicologia Aziendale o, in sua assenza, alla U.O. Psicologia (U.O.PSI).

Le ASST, nel 2025, nelle more di una specifica ricognizione con la quale verrà definito il fabbisogno finalizzato a prevederne l'inserimento nel prossimo PGRU, procederanno al conferimento di almeno un incarico libero professionale per ogni casa di comunità ad uno psicologo in possesso di idoneo titolo. Le prestazioni sono gratuite, accessibili tramite il PUA delle CdC, e includono colloqui psicologici, valutazione e sostegno psicologico, diagnosi precoce e supporto multidisciplinare in collaborazione con l'Equipe di Valutazione Multidimensionale. Gli psicologi collaborano con MMG/PLS, servizi territoriali e sociali, e orientano a prestazioni specialistiche o consultoriali, che restano escluse dal loro ambito operativo.

La registrazione delle attività è curata dai Referenti delle Aree funzionali/U.O.PSI secondo le modalità definite dalla DG Welfare, con il supporto dell'Osservatorio regionale della Psicologia delle Cure Primarie (DGR 2352/2024).

Campi Flegrei e Psicologia delle Emergenze

In risposta al Decreto Campi Flegrei (05/10/2023), è previsto un programma per istituire un'Equipe di Psicologia dell'Emergenza Aziendale (EPEA) nelle ASST, gestite dalle U.O.PSI. Ogni EPEA deve includere almeno due Dirigenti Psicologi e garantire interventi entro 48 ore in caso di emergenza. Nel 2024, l'elenco dei Dirigenti Psicologi formati è stato aggiornato, evidenziando disomogeneità territoriali. È prioritario costituire una Task Force per il Piano di Emergenza Campi Flegrei, fornendo supporto psicologico a persone evacuate in Lombardia, e organizzare percorsi formativi per i professionisti coinvolti. Il progetto, finanziato con 50.000 €/annui, sarà attuato da ATS Brianza in collaborazione con ATS e U.O.PSI regionali, con monitoraggio annuale della composizione delle EPEA.

5.8. ACCREDITAMENTO SOCIOSANITARIO

Si conferma quanto previsto dai precedenti provvedimenti di indirizzo di programmazione del SSR per le parti non in contrasto con quanto riportato nel presente provvedimento.

Nelle more dell'entrata in vigore del D.M. Concorrenza del 19/12/2022, considerata anche la sospensione prevista dall'Art.36 della Legge 193 del 2024, si procederà a definire una nuova procedura e nuovi requisiti di qualità in coerenza con gli elementi di valutazione previsti dagli allegati A e B al D.M. stessa e con la circolare del 11/07/2024 prot. 4383/C1PERS/C7SAN.

In attuazione del Piano Sociosanitario Integrato Lombardo 2024-2028, l'accreditamento delle unità di offerta socio-sanitarie residenziali e semiresidenziali per anziani e disabili è ammesso solo nei territori di ASST con posti accreditati inferiori all'indice regionale (vedi tabelle in **Appendice 6**). Il parere ATS deve riportare la verifica degli indici di copertura nel territorio di ubicazione delle UdO. Sono escluse dal blocco degli accreditamenti le procedure di SCIA Contestuale/istanza di accreditamento in corso al 31/12/2024, le UdO realizzate/ristrutturate con finanziamenti pubblici, le nuove realizzazioni di UdO in caso di avvenuta presentazione della CILA/permesso a costruire/SCIA edilizia al Comune di competenza entro la data di approvazione del presente atto. Sono possibili solo modifiche per variazioni strutturali o di sede, escluse trasformazioni, ampliamenti e nuove offerte. Le volture di accreditamento sono consentite.

Nel corso del 2025 la DG Welfare avvierà il flusso di rilevazione della pressione della domanda espressa per tutte le UdO socio-sanitarie anche al fine di orientare la programmazione delle UdO.

5.8.1. Piani programma in area socio-sanitaria

Il termine previsto al 31/12/2025, dalla D.G.R. n. 1827/2024, per l'adeguamento dei requisiti strutturali e tecnologici specifici per le unità di offerta in piano programma viene prorogato, in analogia a quanto previsto per le strutture sanitarie al 24/04/2028.

Le ATS devono trasmettere entro il 20/01/2025 il monitoraggio delle unità di offerta socio-sanitarie in piano programma, specificando la data dell'ultimo sopralluogo o la motivazione per eventuale mancato sopralluogo, il numero di posti letto autorizzati/accreditati, quelli temporaneamente inattivi, la data di conclusione lavori (entro il 24/04/2028) e le misure strutturali, tecniche e/o organizzative attuate dal gestore per assicurare il soddisfacimento dei fini sottesi alle prescrizioni dei relativi requisiti e la data di adozione ed aggiornamento del piano straordinario di sicurezza. Durante il monitoraggio, le ATS devono aggiornare il cronoprogramma dei lavori, indicando la motivazione tenuto conto della nuova scadenza del 24/04/2028 indicando la motivazione. Nel 2025, è previsto un monitoraggio semestrale da trasmettere alla DG Welfare entro il 20/07/2025 e il 20/01/2026. La verifica da parte di ATS con sopralluoghi (dando motivazione se non effettuati) e/o verifiche documentali, deve riguardare lo stato di avanzamento dei lavori con attenzione alla sicurezza.

5.8.2. Unità di offerta sociosanitarie interessate da interventi di efficientamento energetico, antisismici e installazione di impianti fotovoltaici (es. superbonus 110%)

Nel 2025, ogni ATS dovrà proseguire il monitoraggio delle UdO per gli interventi di efficientamento energetico, come previsto dalla D.G.R. n. 1827/2024, comunicando gli esiti alla DG Welfare. Le UdO beneficiarie di agevolazioni fiscali per interventi di efficientamento energetico e antisismici e installazione di impianti fotovoltaici (es. superbonus 110%), devono inviare ad ATS, prima dell'avvio dei lavori, il cronoprogramma e le modalità organizzative per garantire continuità assistenziale e sicurezza degli utenti e degli operatori, nonché le misure strutturali, tecniche e/o organizzative attuate dal gestore per assicurare il soddisfacimento dei fini sottesi alle prescrizioni dei relativi requisiti venuti meno. ATS valuterà la documentazione e fornirà un parere con proprio provvedimento sulle modalità organizzative, adottate per dare continuità di assistenza all'utenza e sicurezza, trasmettendolo al gestore e alla DG Welfare. Nel caso in cui per lo svolgimento dei lavori straordinari fosse necessaria una riduzione temporanea della capacità ricettiva si prevede la garanzia del mantenimento, all'esito dei lavori, del volume di accreditamento e, se stipulato, il volume dei posti/prestazioni a contratto e del relativo volume di budget sottoscritto alla data di presentazione del cronoprogramma.

Il mantenimento del budget è vincolato al rispetto delle tempistiche definite nel cronoprogramma. Ciascuna ATS monitorerà l'avanzamento dei lavori con attenzione alla sicurezza degli utenti e degli operatori, effettuando verifiche documentali e/o sopralluoghi, e trasmettendo gli esiti alla DG Welfare e ad ACSS.

Per le strutture a contratto che, seguendo la procedura prevista dalla § 5.6.1.5 della D.G.R. n. XII/1827/2024 hanno avviato i lavori nel 2024 sospendendo parte della capacità produttiva:

- in caso di completamento dei lavori, secondo il cronoprogramma, l'ATS provvede al ripristino del budget originario;
- nel caso in cui, secondo il cronoprogramma, i lavori proseguono nel 2025, prosegue il congelamento del budget anche per questa annualità.

Il budget di queste strutture non viene considerato per il calcolo dell'iperproduzione di ATS come descritto nel paragrafo "Regole di determinazione del budget 2025 ai fini della stipula del contratto definitivo: regole per la storicizzazione 2025 della quota di budget riconosciuta a titolo di iperproduzione nel 2024" del presente provvedimento.

5.8.3. Attività di vigilanza e controllo di appropriatezza in ambito sociosanitario e sociale

Le ATS garantiscono in via routinaria l'effettuazione di verifiche di vigilanza e di appropriatezza su tutte le UdO sociosanitarie del proprio territorio con cadenza almeno triennale, fatto salvo le seguenti casistiche:

- verifica del possesso dei requisiti di esercizio ed accreditamento sul 100% delle istanze/SCIA/SCIA contestuale accreditamento;
- la verifica del possesso dei requisiti di esercizio ed accreditamento sul 100% dei nuovi accreditamenti (verifica post accreditamento);
- attività di vigilanza o controllo di appropriatezza straordinaria su segnalazione.

Le ATS garantiscono attività di vigilanza routinaria e controllo di appropriatezza, nell'ambito del Piano annuale dei Controlli, almeno su un 33% delle UdO socio-sanitarie. Ogni ATS definisce nel Piano dei controlli i criteri di campionamento, anche in conformità con le determinazioni dell'Agenzia dei Controlli del sistema sociosanitario lombardo. Nel triennio 2024/2026, la verifica di appropriatezza sarà effettuata su tutte le UdO, con possibilità di eventuali sopralluoghi aggiuntivi su strutture che continuano a subire sanzioni ovvero a non modificare comportamenti già rilevati come inappropriati.

Il controllo di appropriatezza si concentra sulle strutture già oggetto di vigilanza, con percentuali minime di FASAS calcolate in base al numero di utenti rendicontati nel 2024: 10% per residenziali e semiresidenziali, 2,5% per regime domiciliare e ambulatoriale. Se il numero di FASAS risultasse inferiore a 3, che vengano visionati almeno 3 FASAS, mentre per UdO residenziali e ambulatoriali, il campionamento è limitato rispettivamente a 30 e 50 FASAS. Resta inteso che le ATS effettuano ulteriori verifiche di appropriatezza su strutture oggetto di prescrizioni a riscontro dell'avvenuto adeguamento e risoluzione della criticità.

Nel Piano dei Controlli, le ATS devono includere anche le verifiche "in itinere" presso il domicilio per le C-Dom, comprese nel campionamento del 2,5%. Tali verifiche devono essere effettuate per le medesime UdO C-Dom oggetto di verifica di controllo presso la sede delle stesse (ex post) e sono comprese nella percentuale 2,5% di campionamento dei FASAS. Devono essere inoltre garantiti controlli per verificare la congruenza tra le condizioni cliniche e assistenziali degli ospiti e gli indicatori definiti dalla D.G.R. N. /1513/2023 (ICA primo livello).

Le ATS garantiscono comunque a partire dal mese di gennaio 2025 l'avvio dei controlli in oggetto sulla base anche di una rotazione delle verifiche, nonché su indicatori di rischio definiti nel Piano dei Controlli, anche nel quadro delle determinazioni dell'Agenzia dei Controlli.

Dal 01/01/2025 per le C-Dom devono essere verificati gli indicatori di appropriatezza specificati nell'**Appendice 7**, che pertanto sostituisce l'allegato n. 2 della DGR X/1765/2014 nella parte degli indicatori generali e indicatori specifici per le C-Dom.

Gli indicatori generali di cui all'**Appendice 7** sono da applicare, nella nuova versione, dal 01/01/2025 a tutte le UdO.

La DG Welfare, con il supporto di ACSS, procederà alla definizione di nuovi indicatori per gli Ospedali di Comunità, nonché alla revisione complessiva della D.G.R. n. 1765/2014. Nelle more della definizione degli indicatori, le ATS programmano le verifiche di appropriatezza sugli OdC applicando comunque gli indicatori generali di cui all'**Appendice 7**.

Dovranno essere garantite le verifiche di vigilanza e appropriatezza per le misure, ivi compresi i voucher sociosanitari e i voucher ASD previsti nell'ambito del programma operativo regionale FNA, e sperimentazioni in atto su almeno il 33% annuale per ciascuna tipologia, utilizzando le medesime percentuali sopra riportate per il campionamento dei FASAS.

Con riferimento ai requisiti soggettivi legati all'esercizio, all'accreditamento:

- l'ATS effettua controlli sul 100% delle nuove istanze;

- l’ATS applica la percentuale di verifica delle autocertificazioni prodotte su almeno il 10% delle autodichiarazioni o su una percentuale superiore, secondo i regolamenti interni di ogni ATS
- Restano fermi i controlli finalizzati alla stipula dei contratti.

Nel corso del 2025, la DG Welfare avvierà il percorso previsto dal PSSR in collaborazione con ACSS per formulare una proposta di implementazione di un sistema di monitoraggio dell'appropriatezza dei servizi, superando la logica sanzionatoria per favorire la crescita della qualità della rete sociosanitaria, modificando comportamenti critici riscontrati in alcuni erogatori. Proseguirà anche il processo di revisione e aggiornamento della DGR 1765/2014 e dell'implementazione del sistema di monitoraggio attraverso l'analisi dei flussi informativi.
Nel corso del 2025, inoltre:

- Entro settembre 2025 sarà revisionato il sistema di accreditamento delle Comunità residenziali e semiresidenziali per le dipendenze, in attuazione dell'Intesa Stato-Regioni del 21/03/2024.
- Si procederà ad aggiornare ed integrare i requisiti di esercizio e di accreditamento dei Consultori Familiari delle sedi principali e distaccate (requisiti strutturali e tecnologici, requisiti organizzativo-gestionali);
- Contrariamente a quanto previsto dalla D.G.R. n. 2966/2024, considerata la specificità dell’attività dei consultori familiari e tenuto conto delle competenze delle diverse figure sanitarie si precisa che la figura dell’infermiere può essere inserita nel C.F., ma che la stessa non può sostituire, ai fini dello standard gestionale, l’assistente sanitario;
- Valuterà il sistema di accreditamento delle Case di Comunità, in linea con le "Linee di Indirizzo per le Case di Comunità HUB" redatte da Agenas il 05/04/2024.
- Si evidenzia, inoltre che:
- Ad integrazione della D.G.R. n. 7768/2018, il Servizio Residenziale Terapeutico–Riabilitativo a Media Intensità Per Minori deve garantire la continuità dell’assistenza 365 giorni all’anno 24/24h.
- A parziale modifica della D.G.R. n. 1765/2014 per tutte le UdO sociosanitarie in caso di presa in carico inappropriata non corrispondente alla tipologia di UdO ATS dovrà procedere al non riconoscimento/abbattimento economico di tutto il periodo di presa in carico;
- Con riferimento al requisito 2.6 AC previsto nell’allegato 1) alla D.G.R. n. 6867/2022 sul sistema informativo, si dispone la proroga del termine al 31/12/2025 rimandando in ogni caso l’integrazione con il FSE alla formalizzazione a livello nazionale dei relativi standard. La verifica del requisito 4.2 AC previsto nell’All. 1) alla D.G.R. n. 6867/2022 sul sistema informativo dovrà tener conto degli esiti legati all’implementazione dell’infrastruttura regionale di telemedicina.

5.8.4. Attività di vigilanza sulle Unità di Offerta sociale

Per quanto riguarda la **rete sociale**, l’attività ordinaria di vigilanza per le unità di offerta sociali proseguirà nel 2025 con le modalità disposte dalla D.G.R. n. 1046/2018.
Le percentuali per le verifiche annuali del mantenimento dei requisiti di esercizio sono confermate nel 2025 per almeno il 25% delle unità d’offerta sociali in esercizio (attive su AFAM).
Le ATS dovranno, altresì, garantire le verifiche sul 100% delle Comunicazioni Preventive di Esercizio pervenute in ordine all’attivazione di nuove unità di offerta sociali.
L'attività di vigilanza svolta dalle ATS, in attuazione del Piano dei controlli è oggetto di rendicontazione alla Direzione Generale Famiglia, Solidarietà sociale, Disabilità e Pari opportunità, attraverso una relazione sull’attività svolta nel 2024 da trasmettere entro il mese di Giugno 2025 che espliciti quanto segue:

- Verifica sul 100% delle “Comunicazioni Preventive di Esercizio” pervenute in ordine all’attivazione di nuove unità d’offerta sociali;

- numero e relativa percentuale delle “visite routinarie da campionamento” (almeno il 25%), effettuate sulle unità d’offerta sociali, suddivise per aree (prima infanzia, minori, disabili e anziani);
- Numero delle visite straordinarie effettuate a seguito di segnalazione/eventi straordinari, motivazione della segnalazione, esito finale ed area di riferimento;
- criticità più significative riscontrate nelle varie aree ed eventuali azioni messe in atto, anche in collaborazione con gli Enti/organismi interessati.

Nel 2024, la relazione sull'attività svolta dovrà essere integrata con le risorse umane impiegate e la metodologia di lavoro adottata. Le ATS, dopo aver effettuato le opportune verifiche, dovranno inviare alla Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale, Disabilità e Pari opportunità, entro giugno 2025, anche le relazioni di sintesi degli Ambiti Territoriali sulle attività svolte dai Comuni, per l'esercizio e mantenimento dei requisiti e accreditamento delle strutture socioassistenziali. Queste dovranno evidenziare:

- La consulenza fornita agli Enti gestori per messa in esercizio e mantenimento dei requisiti.
- L’istruttoria relativa a sanzioni o ricorsi in caso di non rispetto dei requisiti.
- Le risorse umane e la metodologia di lavoro adottata.
- L’aggiornamento dei dati dell'Anagrafica Famiglia (AFAM).

Per il 2025, verrà confermata la collaborazione tra la Direzione Generale e i referenti delle attività di vigilanza sulle unità di offerta sociale, per semplificare e uniformare le modalità di verifica dei requisiti su tutto il territorio regionale.

5.9. NEGOZIAZIONE E CONTRATTUALIZZAZIONE DELLE STRUTTURE SOCIOSANITARIE E DELL’AREA SALUTE MENTALE

5.9.1. Casistiche di nuove contrattualizzazioni nel 2025 per l’area sociosanitaria.

In continuità con quanto previsto dalla D.G.R. n. 1827/2024 le ATS possono procedere, nell’ambito delle rispettive assegnazioni, all’indizione di specifiche manifestazioni d’interesse dirette a garantire nuove contrattualizzazioni tese al riequilibrio territoriale del sistema d’offerta; i conseguenti impegni contrattuali su base annua devono garantire il rispetto del vincolo di assegnazione, vedi tabelle presenti nell’**Appendice 6**.

Si confermano anche per il 2025 le casistiche per cui sono previste nuove contrattualizzazioni nel 2025, di seguito elencate. Rientra nella programmazione regionale la messa a contratto di posti di unità d’offerta sociosanitarie realizzate mediante finanziamenti pubblici che specifichino il numero e la tipologia di UDO a cui i posti si riferiscono e la coerenza dello sviluppo di tali posti in funzione della risposta al fabbisogno territoriale. Il finanziamento preveda:

- la finalità di sviluppo della rete sociosanitaria e alla realizzazione della specifica unità d’offerta da mettere a contratto;
- l’assegnazione nell’ambito di processi istruttori che coinvolgono la Direzione Generale Welfare
- che il numero di posti da mettere a contratto non superi quello previsto dall’intervento ammesso a finanziamento;
- che risultino concluse sia la realizzazione dell’intervento oggetto di finanziamento che la liquidazione del corrispondente contributo, con il saldo dello stesso;
- la stipula di un contratto di mutuo, anche se finalizzato, non può essere assimilabile alla condizione sopra richiamata.

La messa a contratto dipende dalla valutazione della Regione sulla compatibilità dell’intervento con la programmazione sociosanitaria, basata sugli indici regionali (come da tabelle **Appendice 5**), nel limite delle risorse disponibili. Per le UdO che nel 2025 concludono i piani di adeguamento strutturale,

è consentita la messa a contratto dei posti precedentemente contrattualizzati, ma temporaneamente inattivi per lavori, ma non di nuovi posti. Se una UdO perde il contratto, i posti/volumi rientrano nella programmazione ATS, che rialloca le risorse per riequilibrare i Lea (sulla base degli indici previsti alle tabelle di cui all'**Appendice 5**), sulla base di manifestazioni di interesse gestite a livello ATS.

5.9.2. Nuove contrattualizzazioni nell'area degli ospedali di comunità

In continuità con quanto previsto dalle D.G.R. n. 1435/2023 e dalla D.G.R. n. 1827/2024 proseguono i contratti attivati nel 2024 con gli erogatori assegnatari delle manifestazioni di interesse indette dalle ATS con le modalità operative indicate nella D.G.R. n. 1827/2024. Tenuto conto della fase di start-up è confermato il budget per struttura del 2024, opportunamente riparametrato alle mensilità effettive del 2025.

Nel caso in cui le manifestazioni espletate nel 2024 non abbiano consentito l'assegnazione completa dei posti per ATS definiti con D.G.R. n. 6387/2022, le ATS nel rispetto della suddetta distribuzione, completano nel 2025 l'assegnazione dei posti ai soggetti gestori privati sanitari o sociosanitari effettuando ulteriori manifestazioni di interesse.

5.9.3. Spostamento di volumi di posti a contratto e del relativo budget

Gli Enti Unici gestori di più unità d'offerta possono proporre alle ATS lo spostamento degli assetti contrattualizzati e delle quote di budget:

- tra ATS diverse, solo per la stessa tipologia di unità d'offerta, per allineare meglio i territori agli indici regionali di dotazione media;
- all'interno della stessa ATS, per riequilibrare l'offerta tra ambiti territoriali, In questo caso lo spostamento può anche riguardare unità d'offerta di differente tipologia. Lo spostamento all'interno della stessa ATS può riguardare anche unità di offerta accreditate e non contrattualizzate, che possono acquisire, in tutto o in parte, il budget assegnato ad un'altra unità d'offerta del medesimo ente gestore, nell'ambito della stipula di un nuovo contratto.

Gli spostamenti hanno come obiettivo un riequilibrio dell'offerta nell'ambito territoriale, e possono avvenire purché l'unità d'offerta che riduce il proprio assetto sia e rimanga al di sopra dell'indice di dotazione medio regionale.

A tale scopo, in calce al presente documento si fornisce, la situazione degli assetti contrattualizzati al 15/11/2024 (come da tabelle nell'**Appendice 6**).

Restano escluse l'area delle Cure intermedie e le cure domiciliari, in quanto interessate da specifici processi di riordino e di sviluppo e dal PNRR.

Le proposte di spostamento dovranno essere presentate dalle ATS alla DG Welfare con il proprio parere e attestare che:

- il trasferimento non richiede risorse aggiuntive per il sistema;
- le UdO cedenti posti non sono state finanziate con fondi pubblici onde garantirne la destinazione d'uso e la restituzione di eventuali somme da rimborsare in relazione al finanziamento ricevuto;
- le UdO cedenti sono effettivamente funzionanti, in linea con le regole di accreditamento;
- il trasferimento non compromette la finalizzazione del contratto originario.

Gli spostamenti avvengono dopo l'istruttoria regionale e, laddove necessario, a seguito dei provvedimenti di variazione dei budget di produzione. Lo spostamento di posti/budget tra UdO è precluso nei casi di strutture gestite sulla base di una concessione comunale o di strutture di proprietà ATS/ASST/altro ente pubblico, gestite in concessione da terzi. Nell'ambito delle strutture di riabilitazione ex art. 26, per i soggetti che erogano sia prestazioni in regime di ricovero/ciclo diurno che in regime ambulatoriale e/o domiciliare, fermo restando il budget complessivamente assegnato contrattualmente, è possibile richiedere lo spostamento di volumi contrattualizzati e delle relative

quote di budget verso il regime domiciliare. Tale rimodulazione deve essere autorizzata dalla ATS territorialmente competente e comunicata alla Direzione Generale Welfare.
Ai fini della remunerazione del 2025, rimane altresì confermata la possibilità di superare il tetto del 130% per la remunerazione delle prestazioni in regime ambulatoriale e domiciliare (rif. § 6.3.8.12 Ulteriori regole di remunerazione della D.G.R. n. 2672/2019), fermo restando i limiti di risorse del budget assegnato alla struttura. Nel caso di strutture interessate dalle operazioni di potenziamento della riabilitazione per l'età evolutiva di cui all'All. 4) della D.G.R. n. 2966/2024 si applicano le specifiche regole in materia di numero di prestazioni erogabili introdotte dal suddetto provvedimento.

5.9.4. Effetti sul contratto del processo di decadenza dall'accreditamento

Si conferma anche per il 2025 che le unità di offerta sociosanitarie inattive (per mancata produzione o fattori di produzione assenti) non possono accedere al contratto definitivo, per le quali è già attivata o in corso di attivazione la verifica per cessazione attività da parte delle ATS, come previsto dalla normativa sull'accreditamento sociosanitario. Se tale condizione si verifica dopo la stipula del contratto, la decadenza avviene per effetto della decadenza dall'accreditamento. È esclusa la volturazione o lo spostamento di posti a contratto e relativo budget per le unità inattive. L'attualità della funzionalità dell'unità è verificata nel procedimento di ATS per le domande di voltura/spostamento di posti a contratto.

5.10. PROCESSO DI NEGOZIAZIONE 2025 STRUTTURE SOCIO-SANITARIE

Il termine per la stipula del contratto definitivo 2025 è previsto per il 30/04/2025.
Fino a tale data restano in vigore i contratti in essere secondo quanto già sottoscritto dalle parti. Per il 2025, si confermano i modelli di contratto tipo di cui all'appendice 5.2 e 5.3 della DGR 1827/2024. Nello "schema di contratto tipo per definizione dei rapporti giuridici ed economici tra ATS e soggetto gestore di Unità d'Offerta Sociosanitarie accreditate", la lettera N) dell'Art.2 (Obblighi del soggetto gestore di Unità d'Offerta) è sostituita dalla seguente formulazione "applicare compartecipazioni a carico dell'utente coerenti con quanto previsto dagli indirizzi di programmazione regionale per il 2025". Le ATS utilizzeranno lo schema per l'area sociosanitaria e l'area non Intercompany della salute mentale, in base al budget di produzione che sarà aggiornato con un atto successivo dei competenti uffici della DG Welfare, secondo le risorse FSR della Macroarea 3) e 4) del quadro economico 2025 del SSR, come approvato dalla Giunta. In analogia, saranno sottoscritti con le stesse tempistiche anche i protocolli negoziali per l'assistenza residenziale post-acuta e altre sperimentazioni/misure. Restano inoltre confermate le previsioni in materia di possibilità di adesione ai contratti di filiera.

5.10.1. Regole di determinazione del budget 2025 ai fini della stipula del contratto definitivo: regole per la storicizzazione 2025 della quota di budget riconosciuta a titolo di iperproduzione nel 2024

Il budget 2025 sarà assegnato tenendo conto delle dinamiche di produzione del 2024 e delle specificità delle UDO, per ottimizzare le risorse e mantenere le finalizzazioni assegnate. Il budget di ciascun contratto dipenderà dall'ipoproduzione o iperproduzione rilevata. La DG Welfare calcolerà l'ipoproduzione e l'iperproduzione 2024 per ogni tipo di UDO confrontando:

- Per le UDO in filiera: il budget della filiera di quella tipologia di UdO con la produzione della filiera di quella tipologia di UdO;
- Per le UDO non in filiera: il budget della struttura con la produzione della struttura.

Nel calcolare il budget 2025 sarà storicizzabile solo la quota di rimodulazione finanziata con le risorse originariamente assegnate a ciascuna ATS per quella tipologia di UDO. Le risorse da altri fondi non saranno storicizzabili. Si procederà alla storicizzazione secondo la seguente metodologia. Il budget 2025 sarà pari alla produzione effettiva del 2024, + il 25% dell'ipoproduzione. Ciò significa che il 75%

dell'ipoproduzione creerà un fondo di risorse libere per finanziare l'iperproduzione di quella tipologia di UDO dell'ATS.
Il 75% del valore dell'ipoproduzione sarà storicizzata (ovvero il budget 2025 degli ipoproduttori sarà pari al valore della produzione 2024, + il 25% della relativa ipoproduzione). La somma della ipoproduzione non storicizzata dai singoli contratti costituirà il fondo di risorse libere per finanziare la storicizzazione dell'iperproduzione. Per ogni ATS e per ciascuna tipologia di UDO:

- se il valore del fondo di risorse libere da ipoproduzione supera il valore dell'iperproduzione, sarà storicizzato il 100% dell'iperproduzione;
- se il valore del fondo di risorse libere da ipoproduzione è inferiore all'iperproduzione, allora sarà storicizzata solo una parte dell'iperproduzione, proporzionale alla disponibilità al fondo (ad esempio se il rapporto tra ipoproduzione e iperproduzione è pari all'80%, ogni contratto potrà storicizzare l'80% della propria iperproduzione).

Per alcune tipologie di servizi, in ragione delle relative specificità, il processo di storicizzazione sopra descritto avverrà secondo criteri speciali di seguito elencati:

- per l'area delle **cure domiciliari** di cui alle DD.GG.RR. n. 430/2023 e 2856/2024 (C-DOM, Cure Palliative domiciliari e RSA Aperta), in virtù del coinvolgimento dell'obiettivo di investimento PNRR M6C1- 1.2.1, il budget 2025 sarà pari al budget sottoscritto 2024, salvo i casi di produzione nel 2024 inferiore al 40% del budget, per i quali sarà conservato solo il 50% dell'ipoproduzione;
- per i **servizi diurni per anziani** prosegue il processo di graduale ritorno alla piena operatività, quale il sostegno al mantenimento al domicilio degli anziani non autosufficienti e, pertanto, la percentuale di ipoproduzione da storicizzare è pari al 50%;
- per le **comunità per le dipendenze**, in relazione al percorso evolutivo descritto nell'apposito paragrafo del presente provvedimento, il budget 2025 sarà pari alla produzione riconosciuta nel 2024 + il 50% dell'ipoproduzione 2024. Fanno eccezione le UdO che hanno aderito alla possibilità di riconvertire i P.I. come da D.G.R. n. 1513/2023, che conservano il budget 2024. Nel caso di UdO oggetto di nuova contrattualizzazione nel corso del 2024, il budget 2025 è pari a quello 2024 trascinato ad anno.

Attraverso procedure trasparenti che garantiscono parità di trattamento, nel rispetto dei budget di produzione di ATS delle singole linee di attività, al fine di dare pieno impiego alle risorse, e ferma l'applicazione delle predette regole di storicizzazione, le Agenzie possono adeguare il valore dei budget delle strutture in ragione di specificità dettate dal proprio fabbisogno territoriale (ad es., per garantire un adeguato rapporto tra budget e volumi a contratto, per tenere conto della evoluzione della complessità della casistica, per dare continuità assistenziale agli ospiti già in carico).
La quota del budget di produzione assegnata alle aziende intercompany sarà definita in allineamento ai ricavi previsti nei BPE delle rispettive aziende.
Dal 2025 si procede alla contrattualizzazione delle ASST di nuovo accreditamento come C-DOM, e in base ai valori della produzione rendicontati nel flusso FE4 nel 2024 con uno sviluppo atteso in proporzione all'incremento atteso per il 2025 dell'obiettivo PNRR M6C1- 1.2.1 rispetto al 2024.
Per le RSA e le RSD la quota aggiuntiva di budget del 2024 per contributo per i farmaci confluisce nel budget di struttura e viene storicizzata indistintamente con i criteri sopra richiamati.
Relativamente alle UdO oggetto di nuova contrattualizzazione, nell'ultimo anno il valore della ipoproduzione non rileva ai fini del calcolo del budget dell'anno successivo.

5.10.2. Regole di determinazione del budget 2025 ai fini della stipula del contratto definitivo per l'area della salute mentale non intercompany.

Il budget 2025 per la salute mentale dell'area non Intercompany sarà determinato a partire dai valori finali di chiusura 2024, con l'applicazione prima degli effetti degli atti e provvedimenti del 2024, inclusi

gli spostamenti da 43/SAN per nuove contrattualizzazioni, e poi da un criterio di rideterminazione che considererà la produzione effettiva riscontrata nel 2024. Alla chiusura dei flussi di produzione 2024, la DG Welfare potrà rideterminare i valori per ciascun contratto come segue:

- Se la produzione è inferiore al 90% del budget finale 2024, il 50% dell'ipoproduzione sarà sottratto dal budget 2025 precedentemente determinato dai criteri sopra citati.
- I risparmi ottenuti dalle riduzioni, di cui al paragrafo precedente, consentiranno di storicizzare l'iperproduzione, in modo proporzionale alle risorse disponibili, con criteri simili a quelli per le UdO sociosanitarie.

Gli enti gestori oggetto di nuove contrattualizzazioni nel 2024 sono esclusi da queste rideterminazioni. A seguito degli impatti derivanti dalle rideterminazioni di cui sopra saranno riviste le assegnazioni per le ATS in sede di assestamento.
In analogia a quanto disposto dalla DGR XII/2966/2024 relativamente all'incremento dei costi del lavoro per l'ambito socio-sanitario privato contrattualizzato legato ai rinnovi CCNL di settore, nel 2025 si procederà ad avviare una specifica ricognizione dei costi legati ai rinnovi contrattuali anche per l'area della salute mentale non intercompany.

5.10.3. Obiettivi del sistema allargato delle cure domiciliari per l'anno 2025

I l 2025 sarà l'anno di completamento delle azioni dell'investimento M6C1 1.2.1 "*Casa come primo luogo di cura (ADI).*
La rimodulazione del Recovery Plan approvata con decisione del Consiglio dell'Unione Europea del 08/12/2023 ha previsto per tale investimento un incremento a livello nazionale di 42.000 assistiti target per il 2025. Secondo quanto oggetto del DAR 18025 del 12/11/2024, l'obiettivo nazionale è stato articolato sulle singole regioni, incrementando il target precedentemente definito con D.M. del 23/01/23 in misura proporzionale al riparto pregresso, con una maggiorazione per la Lombardia di 7.545 utenti. Conseguentemente è necessario rideterminare, secondo i medesimi criteri, i target per il 2025 assegnati a ciascuna delle aziende regionali con Protocollo n. G1.2023.0012092 del 30/03/2023.

ASST	2025 post rimodulazione	
	TARGET PIC SIAD INTERMEDIO NETTO	TARGET PIC SIAD INTERMEDIO LORDO
LODI	3.245	5.675
MELEGNANO-MARTESANA	10.646	13.514
NORD MILANO	4.738	6.568
OVEST MILANESE	6.188	10.547
RHODENSE	7.280	11.009
ASST FATEBENEFRATELLI SACCO	11.835	17.222
ASST GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO NIGUARDA	2.927	4.259
ASST SANTI PAOLO E CARLO	7.049	10.258
PAPA GIOVANNI XXIII	3.532	6.690
BERGAMO EST	5.140	9.256
BERGAMO OVEST	5.925	10.310
FRANCIACORTA	3.122	5.230
GARDA	4.802	8.031
SPEDALI CIVILI DI BRESCIA	7.057	11.314
BRIANZA	13.549	19.485

LECCO	4.786	9.088
LARIANA	9.766	13.213
SETTE LAGHI	6.390	10.663
VALLE OLONA	6.216	10.109
VALCAMONICA	785	2.657
VALTELLINA E DELL'ALTO LARIO	882	5.298
PAVIA	8.458	12.980
CREMA	1.755	4.195
CREMONA	2.405	5.532
MANTOVA	2.904	10.833
REGIONE LOMBARDIA	**141.384**	**233.935**

5.10.4. Regole di determinazione del budget 2024 dei contratti di scopo PNRR

I gestori di cure domiciliari (C-DOM, RSA Aperta e CP- DOM) titolari del contratto di scopo a valere sulle risorse di PNRR, in applicazione delle determinazioni di cui alla D.G.R. n. 2856/2024, proseguono sul 2025 l'attività assistenziale entro il limite delle risorse residue assegnate sul 2024 a tutto il 30/06/2025. Resta ferma in ogni caso la possibilità per ATS di procedere nel primo semestre 2025 con manifestazioni d'interesse anche a valere su eventuali quote residue di PNRR assegnato sul 2024 e non ancora finalizzato alla stipula di contratti di scopo, anche in forza del fatto che il 2025 sarà l'anno di conclusione dell'investimento PNRR.

L'assegnazione delle risorse per il 2025 e delle relative modalità di contrattualizzazione avverrà con successivo provvedimento, una volta concluse le verifiche del raggiungimento del target 2024. Saranno peraltro condivise con le ATS le modalità tecniche per la contabilizzazione degli acconti dei gestori che hanno sia il contratto ordinario che quello di scopo, al fine di trovare un raccordo con le fonti di finanziamento delle cure domiciliari indicate nei BPE delle ATS.

5.10.5. Regole di eventuale rimodulazione del budget esercizio 2025

Si prevede la possibilità di rimodulare i budget a chiusura dell'esercizio 2025, nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario del sistema e degli stanziamenti per la Macroarea delle unità di offerta sociosanitarie, delle Misure e della salute mentale. La rimodulazione terrà conto delle risorse disponibili e della necessità di rispettare le tempistiche di chiusura dei bilanci delle aziende del SSR. Come per l'annualità precedente, sarà operata per garantire una piena allocazione delle risorse di FSR alle ATS, nell'ambito della rete consolidata e sperimentale dei servizi territoriali. Con un atto successivo, saranno definite le regole per operare la rimodulazione del budget, finalizzando le risorse residue di FSR 2025 assegnate alle ATS a favore delle unità di offerta sociosanitarie in caso di sovrapproduzione.

5.11. INTERVENTI DI CONTENIMENTO DELLA RETTA NELLE STRUTTURE SEMIRESIDENZIALI E RESIDENZIALI

Nel 2025 si prosegue con l'adeguamento della remunerazione delle UdO sociosanitarie residenziali, conciliando la sostenibilità economica dei rinnovi contrattuali con il contenimento delle compartecipazioni. In attesa della definizione dei costi standard, nel primo trimestre del 2025 verrà avviato un dialogo con gli enti erogatori per sviluppare le modalità di definizione delle rette nel rispetto del principio di equità nell'accesso alle cure.

Inoltre, verrà promosso insieme alla Direzione generale Famiglia, Famiglia, Solidarietà sociale, Disabilità e Pari opportunità, ANCI e Ambiti territoriali l'avvio di un gruppo di lavoro per analizzare un'analisi dei regolamenti di accesso e di compartecipazione dei comuni alle rette delle UdO socio-sanitarie con particolare attenzione alle RSD, CSS e CDD al fine di provvedere a un adeguamento

delle modalità di recepimento delle previsioni nazionali in materia di Isee e di favorire modalità uniformi sul territorio.

5.12. FLUSSI SOCIOSANITARI E SANITARI AREA SALUTE MENTALE

5.12.1. Rilevazione dell'utenza in solvenza

Secondo le disposizioni vigenti in materia di accreditamento, il debito informativo è obbligatorio per le strutture erogatrici tramite i flussi informativi sociosanitari, anche in assenza di contratto, sia per il FSR che in regime di solvenza. La rendicontazione è obbligatoria per tutte le strutture, anche solo accreditate, o per quelle contrattualizzate con posti/prestazioni solo accreditate.

Nel 2025 tale rilevazione viene estesa alla rilevazione dei dati riferiti alla rete d'offerta sociosanitaria semiresidenziale per l'area anziani e delle persone con disabilità e precisamente: CDD: Sidiweb; CDI: flusso Cdi. Le ATS devono garantire l'alimentazione dei flussi informativi e del gestionale Sidiweb da parte degli enti erogatori del territorio, anche per l'assistenza in solvenza.

Il flusso economico FE, che riguarda le unità d'offerta, è un flusso amministrativo finalizzato alla valorizzazione della produzione erogata e resta un debito informativo per gli erogatori contrattualizzati. Questo flusso comprende la rilevazione dell'assistenza su posti a contratto e su eventuali posti accreditati. La rilevazione dell'utenza in solvenza, avviata nel 2024 nella rete sociosanitaria residenziale, è cruciale anche per l'applicazione della Legge n. 118 del 05/08/2022.

5.12.2. Prestazioni da remoto per consultori e RSA aperta

Nelle more della messa a sistema del processo di erogazione in modalità di telemedicina di talune prestazioni rientranti nel nomenclatore dei consultori, e nelle more della messa a regime della piattaforma regionale di telemedicina in corso di implementazione, si garantisce per il 2025 la possibilità di dare continuità all'erogazione di prestazioni in modalità da remoto per i servizi consultoriali come sperimentati durante l'emergenza pandemica. La stessa continuità è garantita per le prestazioni erogate in Rsa aperta.

Si confermano le modalità di rendicontazione di tali prestazioni rese in modalità da remoto negli specifici flussi informativi secondo le indicazioni già fornite dagli uffici competenti.

5.12.3. Obiettivo di PNRR M6C2 1.3.2 "adozione da parte delle regioni di 4 nuovi flussi informativi nazionali"

In continuità con quanto previsto dal sub-investimento 1.3.2 "Adozione da parte delle Regioni di 4 nuovi flussi informativi nazionali (Consultori di Famiglia, Ospedali di Comunità, Servizi di Riabilitazione Territoriale e Servizi di Cure Primarie)" della Missione 6 "Salute" – Componente 2 del PNRR, nel corso del 2025 prendono avvio due nuovi flussi informativi nazionali, e precisamente:

- *Sistema informativo dell'assistenza primaria* (SIAP), per la rilevazione di prestazioni di cure primarie erogate da medici di medicina generale e pediatri di libera scelta;
- *Sistema informativo degli ospedali di comunità* (SIOC), per le attività erogate dagli ospedali di comunità in coerenza con quanto disposto dall'Intesa Stato-Regioni del 20 febbraio 2020 (Rep. Atti n. 17/CSR); dal D.M. 70/2015, dal D.M 77/2022, dal PNRR.

Il Ministero della Salute ha istituito un Gruppo di Lavoro con le Regioni nel 2024 per definire i contenuti e le specifiche tecniche dei nuovi flussi informativi, il cui lavoro risulta oramai in fase di conclusione. Con l'adozione dei decreti di istituzione dei due nuovi flussi informativi nazionali, verranno forniti i tracciati e le modalità operative per l'implementazione a livello regionale.

5.12.4. Nuovo sistema informativo nazionale per le dipendenze

Il provvedimento recepisce il D.M. 29 dicembre 2023, pubblicato sulla G.U. Serie generale n. 42 del 20/02/2024, che istituisce il nuovo Sistema informativo sanitario per le dipendenze (SIND). Le specifiche funzionali sono state rese disponibili alle Regioni dal Ministero della Salute per la piena

attuazione nel mese di agosto. Il SIND avrà avvio dal 1° gennaio 2025 con riferimento alle attività del 2024. A tal fine, verrà aggiornato il tracciato regionale per conferire i dati secondo la nuova regolamentazione nazionale.
La DG Welfare procederà a verificare la fattibilità di un flusso informativo unico per raccogliere i dati ora rilevati separatamente tramite i flussi Amb-dipendenze e Sind, semplificando la rilevazione e migliorando il monitoraggio tramite una rilevazione trimestrale.

5.12.5. Sistema informativo delle cure domiciliari

Per il 2025 continua la sperimentazione avviata nell'ATS di Brescia per l'invio diretto dei tracciati completi Siad e FE4 tramite la piattaforma SMAF, mentre per il resto del territorio regionale rimarrà il modello di invio tramite ATS.
Per gli infermieri di comunità, data l'organizzazione progressiva degli Ifec nei poli territoriali ASST e l'avvio della piattaforma SGDT, è possibile inviare alternativamente, oltre al flusso Siad, i livelli di produzione tramite il flusso ADP-Ifec, che rimarrà attivo con nuove scadenze definite da una circolare. Si precisa che non è possibile rendicontare le prestazioni in entrambi i tracciati (Siad o ADP-Ifec), poiché sono alternativi. L'attività degli infermieri di comunità non è rendicontata nel flusso FE4.
Confermata anche la rendicontazione tramite il flusso ADP-Ifec per gli MMG, relativo all'attività di ADP e al progetto di sorveglianza domiciliare, con una tempistica che sarà stabilita con circolare.

5.12.6. Sistema informativo della psichiatria e della NPIA

Nel 2024 è stato implementato il nuovo sistema informativo per la neuropsichiatria infantile e adolescenziale, con formazione per gli enti coinvolti. Dal 1° gennaio 2025, il Sistema Informativo della Neuropsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza (SI-NPIA) sarà attivato come database unico per le attività erogate, con finalità statistico-epidemiologiche, il registro delle contenzioni nei reparti di NPIA e per la generazione dei tracciati record per la valorizzazione delle prestazioni, secondo le specifiche indicate. SIPRL rappresenta uno strumento analogo per i Servizi di psichiatria.

5.13. ULTERIORI DETERMINAZIONI IN AREA SOCIOSANITARIA

5.13.1. Potenziamento cure domiciliari

In linea con le indicazioni del PSSR verrà valorizzata la domiciliarità attraverso il potenziamento delle cure domiciliari e la revisione dei percorsi assistenziali anche con il supporto dei servizi di Telemedicina, favorendo un approccio di trattamento multidisciplinare integrato per garantire una risposta più adeguata alla specificità dei bisogni e dei livelli di complessità assistenziale (anziani, minori, fragili, cronici, comorbidità, cure palliative, ecc.). Nello specifico si prevede la definizione e l'avvio di un progetto sperimentale entro il primo semestre 2025, in collaborazione fra la UO Rete Territoriale e UO Polo Ospedaliero della DG Welfare, di erogazione di alcune tipologie di prestazioni specialistiche e di diagnosi strumentale presso il domicilio di persone fragili, in possesso dei requisiti di eleggibilità previsti pe l'erogazione di cure domiciliari (D.G.R. n. 6867/2022), in raccordo con i processi evolutivi di implementazione delle COT.

5.13.2. Revisione del profilo dell'OSS e istituzione del profilo professionale di nurse assistant

Saranno adottati gli atti conseguenti all'approvazione dell'Accordo, ai sensi dell'articolo 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano concernente l'istituzione del profilo professionale di nurse assistant e dell'Accordo, ai sensi dell'articolo 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente la revisione del profilo dell'operatore sociosanitario istituito con Accordo sancito il 22 febbraio 2001, in data 3 ottobre 2024. Sarà inoltre avviato il processo di definizione fabbisogno formativo e il fabbisogno professionale di

operatori sociosanitari e di nurse assistant, al fine di organizzare i relativi corsi di formazione nel rispetto delle disposizioni dei suddetti Accordi.

5.13.3. Determinazioni in materia di ASP

Al fine di proseguire le azioni previste dalla D.G.R. n. 2067/2024 si dà mandato alla ATS di Milano di provvedere all'attuazione di quanto indicato nella nota prot. G1.2024.41064.

5.13.4. Rinnovo sperimentazione della digitalizzazione degli accessi al pronto soccorso nell'ambito del processo di revisione dei percorsi di accoglienza

A valle della sperimentazione avviata nel corso del 2022 per la digitalizzazione degli accessi al Pronto Soccorso, nell'ambito del processo di revisione dei percorsi di accoglienza, saranno consolidate le esperienze avviate presso le aziende che hanno preso parte alla sperimentazione, che sarà estesa a ulteriori 6 strutture di PS del territorio lombardo. Il progetto MyTravelCare consente la digitalizzazione degli accessi al Pronto Soccorso attraverso l'utilizzo di un applicativo progettato e sviluppato dalla Fondazione Europea di Ricerca Biomedica (FERB) con il supporto dell'Università degli Studi di Bergamo (Centro ITSM) e della ASST di Bergamo Est. L'applicativo ha l'obiettivo di facilitare l'interazione dei pazienti (stranieri e non solo) con il personale sanitario rendendo disponibile una traduzione simultanea in otto lingue di tutte le informazioni di triage fornite e contestualmente riducendo i tempi della presa in carico del paziente in Pronto Soccorso. Le ASST coinvolte saranno individuate secondo criteri di ottimizzazione geografica, considerando i seguenti aspetti: vicinanza ad «Aree Olimpiche» (Milano-Cortina 2026), vicinanza ad Aeroporti, zone ad elevato afflusso turistico di stranieri

La U.O. Rete Territoriale provvederà a fornire le linee operative necessarie all'avvio sperimentazione, anche con il supporto di Aria Spa.

5.13.5. Prosecuzione modello sperimentale di gestione del servizio di tutela dei minori

In continuità con le determinazioni di cui alla DGR XI/4773/2021, è, inoltre, autorizzata la prosecuzione del modello sperimentale di gestione del servizio di tutela dei minori attuato tra ASST della Valtellina e Alto Lario e gli Ambiti territoriali afferenti al territorio della stessa ASST, fondato sull'integrazione strutturata tra ASST e Uffici di Piano nel rispondere alla domanda di tutela dei minori su un territorio caratterizzato da peculiare complessità territoriale nell'accessibilità ai servizi, tenuto conto dei livelli di dispersione delle persone sia in termini spaziali che altimetrici che qualificano il relativo territorio.

6. ASSISTENZA FARMACEUTICA E PROTESICA

6.1. ASSISTENZA FARMACEUTICA CONVENZIONATA

6.1.1. Ruolo ATS (UO Farmaceutiche di ATS) su monitoraggio prescrizioni

Si richiamano le disposizioni di cui all'allegato "AREA ATTUAZIONE, MONITORAGGIO, VALUTAZIONE ED EPIDEMIOLOGIA" ed in particolare si precisa che le ATS svolgeranno un costante monitoraggio delle performance, oltre che in ambito ospedaliero, anche in quello territoriale, utilizzando le informazioni dei flussi sanitari correnti, con lo sviluppo di attività di monitoraggio dei profili prescrittivi del MMG e PLS, ai fini di governo della domanda (es. Scheda Medico), da condividere con gli Enti Erogatori del SSR.

6.1.2. Obiettivo 2025 per ATS e i dipartimenti delle ASST delle cure primarie

In ottica di integrazione tra ospedale e territorio, per facilitare il dialogo tra ASST e ATS anche relativamente al corretto monitoraggio delle prescrizioni dei farmaci a livello territoriale, considerato anche le diverse esperienze portate avanti nei precedenti anni dalle stesse ATS, si definisce per l'anno 2025 come obiettivo regionale la verifica delle prescrizioni sull'area cardiovascolare, e in particolare quello che riguarda i farmaci a base di PUFA-N3 (Poly Unsatured. Fatty Acid N3 - acidi grassi omega 3).

Le ATS condivideranno con le ASST i dati storici delle prescrizioni del territorio di competenza, attivando processi condivisi di monitoraggio e di obiettivi con la Medicina del territorio, in ottica anche di responsabilizzazione del corretto uso delle risorse del SSN.

Inoltre, verrà definito dagli uffici regionali un valore di riferimento, e misurato il raggiungimento di obiettivi per ATS e ASST.

6.1.3. Implementazione dei PT web based per mobilità intra-regione e progetti evolutivi

Tenuto conto che nel corso del 2024 si è realizzata la piattaforma unica dei Piani terapeutici, superando i diversi sistemi esistenti presso le diverse ATS come disposto dalle Regole 2024, per l'anno 2025 è prioritario continuare lo sviluppo evolutivo della piattaforma in ottica regionale garantendo la mobilità intra-regione dei pazienti ed integrandola al sistema regionale (IRT) e Nazionale (PNT) di Telemedicina offrendo al cittadino la possibilità di rinnovo del piano terapeutico a domicilio in Televisita – e/o in prossimità attraverso (in via sperimentale) il supporto della rete delle Farmacie dei servizi, dei MMG e delle case di comunità.

6.1.4. Progetto Distribuzione per conto

In attuazione della DGR 1164 del 23/10/2023, revisione della distribuzione dei farmaci in DPC verso il modello adottato da alcune regioni italiane, in cui il contratto viene ceduto a un grossista capofila o ad un "consorzio" che distribuisce i farmaci agli altri distributori al prezzo di gara aumentato (eventualmente dalla quota destinata al capofila per la gestione della distribuzione).Tutti i grossisti, sia il capofila che gli altri, distribuiscono alle farmacie convenzionate fatturando il prezzo del farmaco (sempre prezzo di gara) aumentato della quota prevista per il grossista, applicando sull'ammontare complessivo l'aliquota IVA del 10%, come previsto dalla normativa vigente, trattandosi di cessione di beni accompagnate da servizi accessori come è considerata la consegna. Il fatto di sottoporre la distribuzione DPC all'IVA 10% permette a Regione di risparmiare circa 3.300.000 € ogni anno. A favore di Regione andrebbero anche la riduzione degli immobilizzi per gestione delle scorte (circa 20 – 25 milioni di scorte farmaci) ed il miglior flusso di cassa per il ritardo dei pagamenti. Infine, i costi di gestione del sistema distributivo relativo alla movimentazione farmaci, ai resi, alle rotture alle assicurazioni ed al personale addetto sarebbero a carico del sistema distributivo con un risparmio per RL, relativo a costi non apparenti od occulti, di 3-4mln €/anno.

6.2. FARMACIA DEI SERVIZI

6.2.1. Prosecuzione progetto sperimentale

La DGR n. 2405/2024 avente per oggetto “Sperimentazione dei nuovi servizi nella farmacia di comunità – servizi di telemedicina ed ulteriori determinazioni concernenti il piano attuativo “riconciliazione terapia Farmacologica”, ha dato avvio in farmacia ai servizi di tele-refertazione di Holter pressorio, Holter cardiaco e ECG.

Considerato che a livello nazionale si prevede una proroga del progetto e al fine di garantirne l’attuazione a livello regionale, a partire da gennaio 2025 si dispone che:

- l’assistito, come definito dalla succitata delibera, possa accedere alla prestazione, previa presentazione anche della ricetta bianca non SSN prescritta dallo specialista e non solo da MMG o PLS;
- le ATS, che hanno definito percorsi di prossimità con i medici del territorio, inserendo anche la farmacia dei servizi come erogatore dei servizi succitati, possano attivare questi percorsi, previa comunicazione agli uffici regionali competenti e trasmettendo agli stessi con cadenza semestrale i risultati in termini di presa in carico dei pazienti cronici.

6.3. ASSISTENZA FARMACEUTICA OSPEDALIERA.

6.3.1. File F, terapie ATMP e nuovi farmaci orfani per malattie rare per Cart

Alla luce di quanto è stato per la prima volta disposto nel 2024, con la definizione di un budget destinato alle nuove terapie ATMP (Advanced therapy medicinal products) estrapolato dall’importo di File F e destinato solo a quelle strutture che sono autorizzate per la loro erogazione e somministrazione, e che ha permesso alla Direzione Generale Welfare di programmare tali interventi terapeutici, anche per il 2025 si conferma questa politica, destinando:

- Per le terapie Car-t (non più nel fondo innovativi) e alla luce delle terapie fatte nel 2024 e secondo i fabbisogni comunicati dai centri autorizzati sia pubblici che privati accreditati, è previsto un finanziamento iniziale per l’anno 2025 pari a 50 milioni di euro;
- È necessario poi identificare i farmaci “importanti” che sono entrati come disponibilità in ambito ospedaliero nel corso del 2024 o entreranno nel corso del 2025 (in quanto autorizzati da EMA), quali ad esempio:
  - Il farmaco Omaveloxolone per l’atassia di Friedreich, confermando come centro regionale prescrittore l’IRCCS Besta;
  - Le nuove terapie in fase di negoziazione AIFA relativamente alla thalassemia, anemia falciforme ed emofilia.
- Ricordando sempre che le risorse sono ben definite e non infinite, e dal clinico al farmacista ospedaliero fino alle direzioni è necessario svolgere il proprio compito in modo responsabile secondo appropriatezza clinica ma anche di utilizzo di risorse economiche;
- Il D.D.L. n. 2112-bis, “Bilancio di previsione dello Stato per l’anno finanziario 2025 e bilancio pluriennale per il triennio 2025-2027”, in fase di discussione, ha previsto che:
  - A partire dal 2025 i medicinali con requisito di innovatività condizionata vigente accedono al Fondo per un importo non superiore a 300 milioni di euro annui, se già soggetti a monitoraggio delle dispensazioni tramite registro di monitoraggio AIFA;
  - A partire dal 2025 gli agenti antinfettivi per infezioni da germi multiresistenti già inseriti nel prontuario farmaceutico nazionale, classificati come «reserve» secondo la nomenclatura «Access, Watch, Reserve (AWaRe)» dell’Organizzazione mondiale della sanità, accedono al Fondo per un importo, comunque, non superiore a 100 milioni di euro annui, se già soggetti a monitoraggio delle dispensazioni tramite registro di monitoraggio AIFA.

- Alla luce delle nuove disposizioni nazionali, senza modificare ulteriormente il tracciato File F vigente dal 2025, si dispone che a partire dalle erogazioni del 1° gennaio 2025:
  - i medicinali con requisito di innovatività condizionata con Registro AIFA e gli agenti antinfettivi reserve con Registro AIFA devono essere rendicontati in tipologia 3 del File F con indicazione obbligatoria della macrocategoria DD o CO;
  - i farmaci di cui alla legge n. 648/1996 e off-label, attualmente rendicontati in tipologia 3, dal 01.01.2025 devono essere rendicontati in tipologia CO e DD e non più in tipologia 3.

Si dispone che:

- Le strutture private accreditate erogatrici di File F continuano ad acquistare direttamente gli attuali medicinali con requisito di innovatività condizionata con Registro AIFA e gli agenti antinfettivi reserve con Registro AIFA;
- Per casi specifici (eventuali terapie geniche a cui potrebbe essere riconosciuta l'innovazione condizionata) la DGW si riserva di dare disposizioni sulle modalità di acquisto;
- In questa prima fase il controllo su quadratura contabile tra file F e modulo SMAF (denominato AIFA dei trattamenti eseguiti secondo le indicazioni della legge 648/96) è rimandato a giugno 2025 con l'aggiornamento del tracciato.

6.3.2. Promozione dell'uso dei farmaci biosimilari: obiettivo percentuale

Si confermano le indicazioni di promozione dell'uso dei farmaci a brevetto scaduto (equivalenti e biosimilari) da parte delle farmacie ospedaliere in collaborazione con le farmacie ATS agli specialisti e ai medici del territorio. Preso atto delle attività di informazione e formazione sostenute dai farmacisti ATS e ospedalieri in merito al tema succitato, e considerato che il sistema dei flussi consente una puntuale ricognizione, si pone l'obiettivo per l'anno 2025 per tutte le strutture erogatrici di file F (pubbliche e private accreditate) come di seguito declinato:

- Per i farmaci biosimilari in ambito reumatologico/gastro/dermatologico:
  - ADALIMUMAB 80%
  - ETANERCEPT 70%
  - INFLIXIMAB ev 90%
- Per i farmaci biosimilari di uso ormai consolidato in ambito oncoematologico):
  - BEVACIZUMAB 95% (solo uso oncologico)
  - TRASTUZUMAB ev 95%
  - qualora non venisse raggiunta dalla singola struttura, si dispone un abbattimento del File F (tipologia CO – esclusi gli innovativi) dello 0,3% sul valore annuale.

L'obiettivo è calcolato percentualmente come quantità (pezzo) di biosimilare rispetto alla quantità totale (biosimilare + originator) sul dato di produzione File F di ogni singolo erogatore nell' anno 2025 (per tutte le tipologie e per tutti gli assistiti).

Nel corso del 2025, anche sulla base delle verifiche dello stato di raggiungimento di tali obiettivi e d'intesa con gli stakeholder dell'intera catena del farmaco si valuterà la possibilità di attivare nuovi modelli performanti per tale contesto.

6.3.3. Obiettivo su completezza e chiusura schede registri AIFA

Si richiamano le disposizioni di cui alla Delibera n. 2966 del 5 agosto 2024, che si applicano anche per l'anno 2025, come di seguito declinate:

- Viene confermato come obbligo da parte delle strutture che erogano i farmaci in File F: la chiusura delle schede di Registro AIFA, quando il trattamento è concluso, ricordando che è un obbligo di legge in capo al clinico; qualora non sia chiusa la scheda di registro a trattamento concluso, si dispone un abbattimento del File F (tipologia CO – esclusi gli innovativi) dello 0,3% a fine anno;

- Le ATS hanno come obiettivo per l'anno 2025, la verifica su tutte le strutture pubbliche e private accreditate che erogano il File F: la chiusura delle schede di registro AIFA attive nel 2024 per cui non risultano dispensazioni di farmaco da oltre 4 mesi senza motivazione clinica. Per schede attive si intendono le schede che abbiano avuto almeno una dispensazione nel 2024. L'esito dei controlli dovrà essere comunicato entro il 30/06/2025.

Sarà in capo agli uffici competenti regionali l'invio con cadenza bimestrale agli enti dei report che verranno estratti dal sistema AIFA.

6.3.4. Progetto: Erogazione di buprenorfina nelle formulazioni impianto uso sottocutaneo e soluzione iniettabile a rilascio prolungato da parte dei SERD pubblici e nelle carceri lombarde

AIFA ha di recente autorizzato la messa in commercio di buprenorfina per impianto sottocutaneo e di buprenorfina soluzione iniettabile a rilascio prolungato.

Buprenorfina soluzione iniettabile a rilascio prolungato è un farmaco approvato per il trattamento della dipendenza da oppioidi in persone di età superiore o uguale ai 16 anni. Esistono diverse formulazioni che variano per dosaggio e durata d'azione. Il farmaco deve essere somministrato esclusivamente da operatori sanitari; non sono consentiti né l'uso domestico né l'auto somministrazione del prodotto da parte dei pazienti.

Buprenorfina impianto sottocute è indicato per la terapia sostitutiva nella dipendenza da oppioidi in pazienti adulti clinicamente stabili che necessitano di non più di 8 mg/die di buprenorfina sublinguale, nell'ambito di una terapia medica, sociale e psicologica. Ogni dose consiste di 4 impianti per inserimento sottocutaneo sul lato interno del braccio. Gli impianti sono destinati a rimanere in sede per 6 mesi e rilasciano buprenorfina in modo continuativo. Essi vengono rimossi al termine del sesto mese. Un nuovo set di 4 impianti può essere somministrato per 1 ciclo di trattamento addizionale.

Queste formulazioni permettono di raggiungere alcuni obiettivi fondamentali:

- La scomparsa dei fenomeni di misuso e diversione con aumento della sicurezza terapeutica;
- La riduzione dei fenomeni di violenza all'interno delle carceri e del rischio di overdose al momento della liberazione;
- La riduzione del rischio di overdose all'interruzione di un programma in comunità terapeutica;
- La riduzione dell'impegno di personale per la dispensazione e la verifica dell'assunzione della terapia, soprattutto nelle carceri e nelle strutture residenziali accreditate (comunità terapeutiche);
- Una migliore stabilizzazione dei pazienti: gli studi di registrazione hanno evidenziato una stabilità di buprenorfina nel plasma nettamente superiore della somministrazione giornaliera;
- Favorire la conclusione dei trattamenti: le prime esperienze svolte in Italia con la formulazione impianto sottocute hanno evidenziato che su pazienti stabilizzati da molti anni, con dosaggio giornaliero variabile fra i 2 e gli 8 mg. favorisce la dimissione dal trattamento.

A partire da gennaio 2025, l'erogazione di queste nuove formulazioni dai SERD pubblici limitatamente ai pazienti che presentano questi criteri:

- Pazienti in regime di detenzione o di misure alternative alla detenzione;
- Pazienti che manifestino segni indicativi di misuso o diversione della terapia per os;
- Pazienti inseriti in strutture sociosanitarie residenziali;
- Pazienti con aderenza alla terapia (assunzione della terapia per os inferiore al 90% delle giornate prescritte);
- Per la formulazione impianto sottocute, pazienti con dosaggi di buprenorfina stabili inferiori o uguali a 8 mg con ipotesi di conclusione della terapia non oltre un anno.

Ogni SERD dovrà comunicare con cadenza trimestrale il numero di pazienti messi terapia, indicando i criteri di cui sopra alla DGW e ogni 6 mesi dare riscontro sempre alla DGW sul numero di pazienti rimasti in terapia e il numero che hanno avuto necessità di cambio di terapia.

Trattandosi di un progetto regionale rivolto ai SERD e alla sanità penitenziaria la rendicontazione sarà essere in File F tipologia 6 (DD).
Il gruppo di lavoro elaborerà i dati con cadenza semestrale, dandone poi comunicazione agli enti partecipanti.

6.3.5. Progetto pilota: distribuzione diretta di prossimità nei pazienti affetti da psoriasi a placche residenti in Regione Lombardia

La malattia psoriasica è una patologia autoimmune sistemica che provoca l'iperattività del sistema immunitario, colpendo principalmente la pelle e le articolazioni. La psoriasi cutanea, caratterizzata da macchie rosse e squamose, può evolvere in artrite psoriasica, con l'aggiunta di dolori articolari. Entrambe sono manifestazioni della stessa malattia. La qualità della vita dei pazienti è spesso compromessa a causa dei disagi fisici, che influenzano vari aspetti quotidiani come sonno, lavoro e attività sociali.

Il progetto "Distribuzione Diretta di prossimità" (DDp) ha l'obiettivo di migliorare l'accesso ai farmaci, utilizzando un approccio Hub & Spoke. Attraverso il potenziamento delle attività di counseling nelle farmacie ospedaliere, integrate con un sistema di monitoraggio dell'aderenza alla terapia, i pazienti possono ritirare i farmaci vicino al loro domicilio. Il progetto prevede anche la verifica della compliance, il monitoraggio del beneficio/rischio e la sorveglianza epidemiologica dei nuovi farmaci, come indicato nella Conferenza delle Regioni del 16 marzo 2023.

6.3.6. Proposta Accordo con regioni di confine per l'erogazione di terapie di farmaci del File F

Tenuto conto anche della mobilità extra-regione che coinvolge i cittadini residenti in Regione Lombardia, al fine di semplificare la fruizione dei servizi, nel corso del 2025 si attiveranno con le regioni confinanti specifici confronti per arrivare alla definizione di percorsi condivisi tesi a facilitare l'accesso alle terapie nel rispetto dei LEA.

6.4. ASSISTENZA PROTESICA E INTEGRATIVA

6.4.1. Entrata in vigore del nuovo nomenclatore

Le nuove disposizioni nazionali stabiliscono per gennaio 2025 l'entrata in vigore del nuovo Nomenclatore della Protesica. Al fine di una corretta attuazione della normativa, si dispone che:

- Per le nuove prescrizioni saranno progressivamente attivati i codici del Nomenclatore di cui al DPCM 2017 con cessazione dei "corrispondenti" codici del D.M. n. 332/99 funzionalmente al necessario aggiornamento dei moduli nel SW AssistantRL;
- Per le nuove prescrizioni di dispositivi di cui all'Elenco 1 si adotta il tariffario così come definito dal Ministero della Salute;
- Per le prescrizioni antecedenti alle attivazioni dei nuovi codici, redatte quindi con codici DM 332/99, i cui dispositivi sono in fase di erogazione o devono essere ancora erogati, valgono le regole pregresse vigenti fino alla conclusione delle pratiche in AssistantRL.

Si conferma che è stata prevista una necessaria fase di transizione da una parte per proseguire il confronto con il sistema produttivo da parte del GdL regionale e dall'altra per formare e informare i prescrittori a cui tutte le ASST sono tenute a concorrere e collaborare per tramite dei propri referenti di settore, fatte salve eventuali nuove indicazioni ministeriali.

6.5. SPERIMENTAZIONE CLINICA – COMITATI ETICI TERRITORIALI

6.5.1. Bando unico con elenco sempre valido e aggiornato per l'individuazione dei componenti dei CET di RL

Alla luce dell'esperienza maturata con l'effettuazione dell'avviso pubblico emesso con deliberazione XII/281 del 15/05/2023 , e in considerazione della fluidità in punto di composizione dei CET – sia per quanto riguarda le figure essenziali che gli esperti complementari –, nel corso del 2025 si provvederà

a bandire un nuovo avviso, senza scadenza temporale, con possibilità per i potenziali componenti di presentare domanda di partecipazione in ogni momento; ciò al fine di garantire che ogni sostituzione, nomina integrativa, designazione calibrata sulle necessità dei 6 CET lombardi possa essere effettuata in tempi congrui attingendo dagli elenchi approvati con cadenza semestrale dalla Giunta Regionale.

6.5.2. Aggiornamento allegato 4 di cui DGR n. 281 del 15 maggio 2024

Alla luce del confronto attivato con la Società Scientifica Nazionale di Biostatistica, si dispone quanto segue:

- Nell'all. 4 di cui alla D.G.R. n. 281/2024, che definisce i criteri e requisiti per la partecipazione ai comitati etici di Regione Lombardia, la descrizione del requisito di accesso relativo alla formazione (obbligatorio) del Biostatistico viene così modificato:
  - Biostatistico;
  - Diploma di laurea in medicina e chirurgia e/o **in biostatistica** + possesso di diploma di scuola di specializzazione in statistica sanitaria e biomedica.

6.6. CENTRO REGIONALE DI FARMACOVIGILANZA (CRFV): DEFINIZIONE ASSETTO TRIENNIO 2025 – 2027

Con deliberazione n. XI/5614 30/11/2021 recante "(…) DETERMINAZIONI IN ORDINE AL CENTRO REGIONALE DI FARMACOVIGILANZA - TRIENNIO 2022-2024" si era proceduto a definire l'assetto del Centro regionale di farmacovigilanza di Regione Lombardia per il periodo in oggetto, oltre a definire, mediante adozione di apposito schema convenzionale, modalità, tempistiche e condizioni circa lo svolgimento delle attività del Centro ad opera della struttura sanitaria all'epoca individuata e ad esse deputata.

In attuazione di quanto statuito con una ulteriore deliberazione n. XII/850/2023 e recante "Ulteriori determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2023" si è poi provveduto a rendere concretamente operativo il coordinamento del Centro Regionale di Farmacovigilanza presso Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori di Monza.

Alle regioni è demandata la decisione in merito alla composizione del personale, garantendo che i CRFV operino, con competenze multidisciplinari, in modo stabile e continuativo. Anche la scelta della collocazione del CRFV è prerogativa delle regioni, purché avvenga tra strutture regionali, ASL, Aziende Ospedaliere ed Università.

La vocazione a perseguire finalità di ricerca tipica degli atenei e la presenza all'interno di tali enti di importanti aree di studio in ambito farmacologico (in costante collegamento con le locali strutture sanitarie), fanno ritenere che la gestione del CRFV per il triennio 2025-2027 possa essere affidata un consorzio di Università lombarde, con modalità ed ubicazione da definirsi in apposito provvedimento ed atto convenzionale ad hoc.

Il CRFV è funzionalmente dipendente dalla Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia - Unità organizzativa "Farmaceutica e dispositivi medici".

6.7. DISPOSITIVO – VIGILANZA

Con riferimento ai LEA, si descrivono di seguito gli obiettivi che a partire dal 2025 sono in capo a tutte le strutture sanitarie (ATS, ASST, IRCCS pubblici e IRCCS privati o fondazioni e AREU):

- *Percentuale di RLV registrati sul numero di strutture sanitarie considerate*: ogni struttura sanitaria deve essere coperta da almeno un Responsabile Locale per la Dispositivo-Vigilanza (RLV) nominato e registrato nel sistema NSIS-*Dispovigilance*.
- *Percentuale di RLV che hanno fatto il primo accesso su RLV registrati*: ogni struttura sanitaria deve garantire che tutti i RLV nominati abbiano effettuato il primo accesso al sistema NSIS-*Dispovigilance*

- *Percentuale di segnalazioni di incidente validate su quelle ricevute:* ogni struttura sanitaria deve assicurare un'attenta attività di verifica e validazione **di tutte** le segnalazioni di incidente che arrivano ai RLV da parte degli operatori sanitari per ciascun territorio di competenza
- *Validazione entro tre giorni in caso di incidenti gravi:* ogni struttura sanitaria deve validare entro 3 giorni lavorativi le segnalazioni di incidente grave secondo quanto definito dal DM del 31 Marzo 2022.

Le ATS, ASST, AREU, IRCCS pubblici e privati dovranno verificare il rispetto degli obiettivi come sopra descritti e gli uffici regionali procederanno con il monitoraggio, segnalando alle strutture eventuali.

7. PRESA IN CARICO

7.1. TELEMEDICINA PER MMG: COINVOLGIMENTO DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE (MMG) NELL'EROGAZIONE DI ECG, HOLTER PRESSORIO E HOLTER CARDIACO

Facendo seguito a quanto disposto dalla DGR n. XII/2405 del 28/05/2024 che ha introdotto l'erogazione, da parte delle Farmacie di Servizi, di prestazioni diagnostiche erogate in modalità di Telemedicina come ECG, Holter pressorio e Holter cardiaco per una particolare categoria di pazienti, ossia i cardiopatici, uno degli obiettivi della Direzione Generale Welfare per il 2025 sarà quello di coinvolgere i MMG, aderenti al percorso di presa in carico dei pazienti cronici, nell'erogazione in Telemedicina delle prestazioni sopra indicate.

Considerato che i pazienti cronici in Regione Lombardia sono circa 3.700.000 (30%-40% della popolazione lombarda), di cui cardiopatici circa 650.000 (~15%) e di questi ultimi circa il 6% (38.270) è stato inserito nel percorso di presa in carico, si ritiene di estendere, in via sperimentale, l'erogazione di prestazioni diagnostiche in Telemedicina ai pazienti cardiopatici per i quali è stato predisposto un Piano Assistenziale Individuale (PAI).

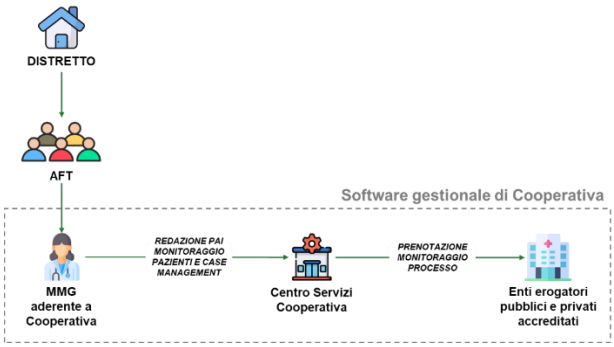
La sperimentazione garantisce tanto il miglioramento della gestione dei pazienti cronici cardiopatici quanto una maggiore integrazione tra i MMG e gli specialisti delle ASST. Inoltre, consente di alleggerire le agende degli enti erogatori, determinando così il contenimento delle liste d'attesa.

Con un successivo provvedimento, saranno definite le modalità operative, nonché la remunerazione, relative al processo.

7.2. INDICAZIONI SUL PERCORSO DI PRESA IN CARICO

7.2.1. Percorso dei MMG aderenti a Cooperativa

Si ribadisce che la presa in carico effettuata dai MMG/PLS aderenti alle Cooperative proseguirà secondo la procedura già in essere e definita nella DGR n. XII/2755/2024.



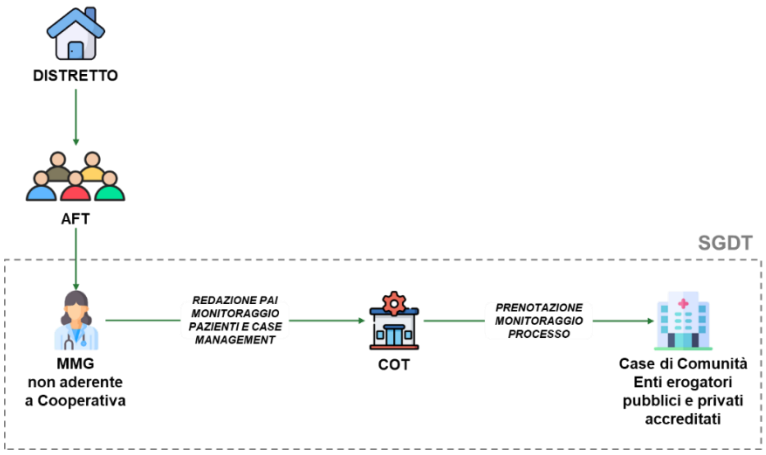
7.2.2. Percorso dei MMG non aderenti a Cooperativa

Il governo del processo di presa in carico si sviluppa a livello territoriale coinvolgendo innanzitutto il distretto e a seguire l'Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT) di cui fanno parte i MMG.

Il MMG non aderente a cooperativa dovrà prendere in carico i propri pazienti cronici (nella percentuale che sarà definita con successivo provvedimento) e provvederà a redigere il PAI attraverso il Sistema di Gestione Digitale del Territorio (SGDT), le cui funzionalità sono già state rese disponibili e risultano al momento in fase di sperimentazione su alcuni territori.

Il PAI verrà inviato direttamente alla Centrale Operativa Territoriale/al centro servizi della ASST, attraverso SGDT. La COT/il Centro Servizi della ASST dovrà pianificare le prenotazioni in agende interne dedicate e pianificate, e comunicare con il paziente per la prenotazione. Le attività di verifica

della disponibilità del paziente e di reminder telefonico o informatico saranno gestite dagli operatori di questo servizio. Verranno effettuate dalla COT/dal Centro Servizi della ASST delle valutazioni in merito all'effettiva pianificazione del PAI e all'aderenza dei pazienti al PAI (es. no show). La COT/il Centro Servizi della ASST dovranno trasmettere le indicazioni agli IFeC della CdC per l'attivazione della presa in carico territoriale e l'integrazione del percorso con servizi aggiuntivi di tipo sociosanitario e/o sociale (es. case management, attività di prevenzione secondaria, raccordo con i servizi sociali), in raccordo con il MMG/PLS.
La prenotazione delle prestazioni dovrà essere effettuata prioritariamente, ove possibile, presso una delle Case di Comunità dell'ASST a cui afferisce l'MMG, così da favorire anche l'interazione costante tra il MMG e gli specialisti presenti nei presidi territoriali più prossimi, che potrà peraltro avvenire anche favorendo momenti di incontro e formazione presso le Case di Comunità.



La COT, come stabilito nel PNRR e nel DM 77, ha il compito di coordinare la presa in carico delle persone e facilitare il raccordo tra servizi e professionisti, garantendo continuità, accessibilità e integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria. Il personale che opera nella COT dev'essere personale dipendente dell'ASST e, pertanto, la gestione della COT non può essere affidata a soggetti terzi esterni. Inoltre, la COT svolge un ruolo di collegamento tra specialisti e MMG, contribuendo a evitare la duplicazione delle prestazioni previste nel PAI. A tal fine, alla COT è affidato il compito di effettuare un monitoraggio continuo dei dati delle prescrizioni e alle prenotazioni dei pazienti presi in carico. Per ciascun territorio, con successivo provvedimento, si individueranno le COT che attueranno la sperimentazione del descritto processo.

7.2.3. Percorso ospedaliero

Il modello di presa in carico della Regione Lombardia è stato sviluppato proprio per garantire a tutte le persone affette da cronicità o fragilità l'accesso alle migliori cure, in linea con i loro bisogni specifici. Questo principio è ribadito dal Piano Nazionale della Cronicità, che affida ai Medici di Medicina Generale (MMG) il ruolo principale nella gestione di tali pazienti, lasciando agli enti pubblici e privati accreditati la presa in carico dei casi più complessi che richiedono un approccio multidisciplinare. Essi sono tenuti a garantire la continuità assistenziale fino a quando il MMG del paziente non sia in grado di assicurare direttamente il percorso di cura. Pertanto, anche nel corso del 2025, gli enti erogatori (ASST, IRCCS e gli enti privati accreditati) continueranno a rinnovare i Piani Assistenziali Individuali (PAI) in scadenza e a prendere in carico nuovi pazienti, fino a quando il MMG potrà garantire la continuità del percorso di PIC. Solo a questo punto le strutture responsabili procederanno al disarruolamento del paziente per agevolare la gestione diretta del MMG.
Pertanto, in attuazione della DGR n. XII/2755/24 – che intende attribuire al MMG un ruolo centrale ed esclusivo nella presa in carico –, è stato definito un diverso coinvolgimento delle ASST per la gestione dei pazienti con percorso di cura prettamente specialistico e con accessi continui a cure di secondo livello (a titolo esemplificativo: pazienti neoplastici attivi, con insufficienza renale, dializzati,

scompenso cardiaco, con insufficienza respiratoria, etc.). Per questi pazienti gli specialisti non dovranno più redigere i PAI, ma saranno chiamati a garantire l'attività di presa in carico attraverso percorsi interni/ospedalieri. Il percorso si compone di 6 fasi:

- Pima visita del paziente;
- Identificazione di una problematica clinica del paziente;
- Prescrizione di accertamenti e prestazioni successive;
- Prenotazione delle stesse;
- Erogazione;
- Monitoraggio.

Nell'ambito della 28/SAN il percorso sarà individuato con un flag dedicato.

7.3. ULTERIORI SPECIFICHE

7.3.1. Gestione del PAI

Il PAI, insieme a tutte le ricette e prenotazioni correlate, dovrà essere valorizzato con il codice Protocollo PAI. Tale codice sarà univoco per ogni paziente, e la Direzione Generale Welfare effettuerà controlli incrociati per evitare duplicazioni nel percorso di cura. Inoltre, il PAI dovrà essere redatto esclusivamente in formato digitale, utilizzando gli applicativi identificati. I MMG in cooperativa dovranno impiegare il software gestionale in loro possesso, mentre i MMG non in cooperativa dovranno utilizzare la piattaforma regionale SGDT.

7.3.2. Procedura per il disarruolamento delle cooperative di MMG

La procedura che ATS deve seguire per il disarruolamento delle cooperative di MMG non attive o non conformi ai requisiti contrattuali prevede i seguenti step operativi:

- Verifica dei requisiti contrattuali: ATS effettua la verifica della conformità contrattuale delle cooperative di MMG;
- Formalizzazione della rescissione del contratto: nel caso in cui la cooperativa di MMG risulti inattiva o non rispetti i requisiti contrattuali, ATS deve formalizzare la cessazione del contratto;
- Disarruolamento dei pazienti interessati: ATS comunica ad Aria i pazienti per i quali è necessario procedere con il disarruolamento forzato. Tuttavia, i pazienti continueranno a essere assistiti dal proprio MMG, che potrà proseguire la presa in carico aderendo ad un'altra cooperativa di MMG oppure alla ASST di riferimento.

7.4. MONITORAGGIO DEL PROCESSO

La Direzione Generale Welfare e le ASST avranno la possibilità di monitorare in modo continuo e dettagliato l'intero processo di presa in carico dei pazienti cronici da parte degli MMG appartenenti al territorio di competenza, grazie all'implementazione di una Dashboard di monitoraggio dedicata, che consente di visualizzare in tempo reale dati aggiornati e indicatori di performance, facilitando così la gestione delle attività e il miglioramento della qualità del servizio. Inoltre, proseguirà l'attività di monitoraggio mensile di messa a disposizione, attraverso la contrattualizzazione, delle agende lato ASST e lato Cooperativa.

7.5. RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE OFTALMICA NELLA CITTÀ METROPOLITANA DI MILANO

Nell'area milanese, l'ASST Fatebenefratelli Sacco è individuato come il centro di riferimento per la gestione delle emergenze oftalmologiche.

Dal 1° gennaio al 9 dicembre 2024 sono stati registrati 31.561 accessi, circa un terzo dei quali con Codice Bianco. Questo servizio è l'unico Pronto Soccorso specialistico in oftalmologia attivo tutti i giorni dell'anno in Lombardia e si trova nel cuore di Milano, noto per la sua lunga tradizione nel fornire assistenza oculistica alla comunità.
Un'analisi degli interventi di chirurgia retinica maggiore mostra una domanda crescente nei mesi estivi (ad esempio, 62 interventi a luglio e 55 ad agosto), attribuibile a una ridotta offerta da parte delle Unità Operative di Oculistica di altre aziende sanitarie. Nonostante l'importanza del servizio, il Pronto Soccorso Oftalmico deve far fronte a significative criticità, tra cui una carenza di personale sanitario legata a fattori anagrafici e motivazionali. Per conciliare le attività di Pronto soccorso con l'assistenza clinica di secondo livello offerta dall'Istituto Oftalmico, sono necessarie nuove strategie di gestione. Per garantire un'assistenza efficace e coordinata, è essenziale che tutte le Unità Operative di Oculistica della città collaborino in rete, condividendo risorse umane e tecnologiche. In particolare, l'Istituto Oftalmico e le altre strutture oculistiche devono contribuire alla gestione dei pazienti, assicurando una distribuzione equilibrata dei casi per ridurre la pressione sul centro di riferimento, soprattutto nei periodi di maggiore afflusso, come i festivi. La rete di collaborazione deve inoltre garantire una risposta tempestiva ed efficace, con specialisti disponibili per consulenze e interventi. È fondamentale che le strutture coinvolte siano dotate di tecnologie adeguate al collegamento telematico tra i centri, in modo da permettere la condivisione delle decisioni cliniche e ottimizzare la gestione complessiva dei pazienti. Per garantire una migliore continuità di cura in ordine alla gestione delle urgenze emergenze oculistiche all'interno del perimetro dell'area metropolitana di Milano si dà mandato alla ASST Fatebenefratelli Sacco di coordinare e rendere operativa una rete delle Unità Operative di Oculistica, coinvolgendo Strutture pubbliche e private accreditate. La regia di tale modello organizzativo è in capo ad ATS Milano. Continuano le attività di finalizzazione del teaching hospital presso il FBF Sacco.
Nell'ambito della riduzione delle liste di attesa di controlli oculistici potranno essere sperimentati dei percorsi congiunti con gli ottici-optometristi.

8. MONITORAGGIO DEI TEMPI/LISTE DI ATTESA

In attuazione degli obiettivi prioritari del PSSR della XII Legislatura finalizzati a garantire a tutti i cittadini piena accessibilità alle prestazioni sanitarie, si definiscono per l'anno 2025 i seguenti obiettivi di performance del rispetto dei tempi massimi di attesa per i ricoveri chirurgici programmati, fissati in modo coerente per il raggiungimento dei target a dicembre 2027:

	Baseline (da PRSS)	Target 2025	Target 2027 (da PRSS)
% di rispetto dei tempi di attesa nei ricoveri chirurgici oncologici programmati - classe di priorità A	83%	88%	90%
% di rispetto dei tempi di attesa nei ricoveri chirurgici non oncologici programmati - tutte le classi di priorità	79%	85%	90%

Il monitoraggio mensile del livello di target raggiunto da parte degli Enti erogatori, reso disponibile dalla DG Welfare con la produzione di report regionali specifici per Ente, accorpati per ATS territoriale di riferimento (Portale di Governo regionale), consentirà l'individuazione di aree critiche e la determinazione di relativi piani di miglioramento per conseguire i risultati indicati.

8.1. PIANO OPERATIVO REGIONALE PER IL CONTENIMENTO DEI TEMPI DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE E DI RICOVERO

In continuità con le azioni intraprese nel 2024 (di cui alla DGR n. XII/2224 del 22/04/2024 e DGR n. XII/2756 del 15/07/2024), nel 2025 si prevede l'adozione di un Piano operativo regionale per il contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero. Considerata la significativa variabilità della produzione per l'anno 2024, il Piano Operativo 2025 prevederà che gli Enti che hanno garantito un incremento produttivo nel 2024 rispetto al 2023 mantengano tali livelli. Diversamente, gli Enti che non hanno garantito la produzione nel 2024 dovranno adottare misure per garantire un incremento del livello di produzione.
Saranno inoltre individuati i volumi dedicati alle prestazioni di ricovero adeguati a garantire un'offerta che interessi sia i ricoveri di area oncologica, ma anche quelli ortopedici, cardiovascolari e gli interventi minori, individuando il case mix sulla base delle necessità territoriali rilevate, con particolare riferimento al contenimento dei tempi di attesa.

8.1.1. Monitoraggio ricoveri chirurgici programmati

Prosecuzione del monitoraggio regionale con trasmissione dei dati a cadenza almeno trimestrale da parte di ASST, IRCCS di diritto pubblico e ATS (per Enti privati accreditati a contratto) relativi all'attività di riduzione delle liste di attesa, su cui incidono sia le prestazioni erogate, sia fattori quali la scelta di altri erogatori da parte dei pazienti, il mutamento delle loro condizioni cliniche o il loro decesso.

8.1.2. Percorsi di cura interni

Gli Enti Erogatori Pubblici e Privati Accreditati a contratto **devono** garantire i percorsi di cura interni, intesi come prenotazione ed erogazione di prestazioni necessarie al paziente e prescritte da uno specialista interno all'Ente, a seguito di un primo accesso. Premesso quanto sopra, la prenotazione dovrà avvenire attraverso l'utilizzo di sistemi integrati regionali o convenzioni tra Enti, in raccordo con l'ATS di riferimento, che consentano la prenotazione diretta con agende dedicate a specifici percorsi. Tale percorso sarà monitorato da Regione Lombardia con apposito flag dedicato previsto dalla DGR n. XII/3327 del 31/10/2024.

Inoltre, saranno definiti e sperimentati dei percorsi volti alla creazione di hub di rete per l'accesso a diagnostica strumentale per offrire un percorso di presa in carico integrato dei pazienti al fine di assicurare, laddove non fosse effettuabile all'interno della stessa struttura, l'effettuazione di prestazioni di follow-up presso la rete di strutture agevolando la prenotazione e consentendo la riduzione della variabilità delle liste d'attesa.

8.1.3. Obbligo refertazione

Si invitano gli Enti Erogatori Privati autorizzati a pubblicare i referti sul FSE, in coerenza con Decreto del Ministero della Salute del 07/09/2023, Art. 3, co. 1 «Contenuti del FSE» e Art.12 «Soggetti che concorrono alla alimentazione del FSE».

Si precisa altresì che tale operazione risulta condizione necessaria per il riconoscimento e il mantenimento dell'autorizzazione ad erogare prestazioni. Si rende pertanto necessario aggiornare i requisiti autorizzativi con successivo provvedimento regionale.

8.1.4. Gestione delle liste di attesa – Percorso di tutela

Si prosegue con quanto disposto con la circolare G1.2024.0013957 del 15/04/2024: qualora sul territorio dell'ATS di riferimento non fossero presenti le disponibilità richieste, la struttura a cui inizialmente si è rivolta il cittadino, sia essa pubblica o privata, è tenuta a:

- Inserire il cittadino in lista di attesa predisposta da ciascun Ente come disposto dalla D.G.R. n. XI/5747/2021 con l'utilizzo dei sistemi regionali già in essere;
- Programmare l'appuntamento entro i tempi previsti dalla classe di priorità indicata nella prescrizione;
- Informare il cittadino autonomamente o con il supporto del CCR.

Si ribadisce, inoltre, che qualora il cittadino si sia rivolto al CCR e lo stesso non riesca a trovare una disponibilità in tutta l'ATS, il CCR inoltrerà la richiesta del cittadino all'ASST/IRCSS di competenza che dovrà farsi carico della richiesta e garantire l'appuntamento nei tempi coerenti con la classe di priorità.

8.1.5. Ampliamento dell'orario di attività dei servizi ambulatoriali e di diagnostica

In continuità con quanto disposto con la DGR n. XII/2224 del 22 Aprile 2024, si prosegue con l'ampliamento dell'orario di attività dei servizi ambulatoriali e di diagnostica, estendendo la fascia oraria pomeridiana dalle ore 16:00 a almeno fino alle ore 20:00 e il sabato mattina, in base alle aree e prestazioni più critiche rispetto ai tempi di attesa, al fine di consentire agli assistiti di Regione Lombardia di fruire di un incremento dell'offerta di prestazioni ambulatoriali e di diagnostica. Gli orari aggiuntivi verranno finanziati con le risorse residue, sia per strutture pubbliche che private, relative al fondo per l'abbattimento delle liste d'attesa.

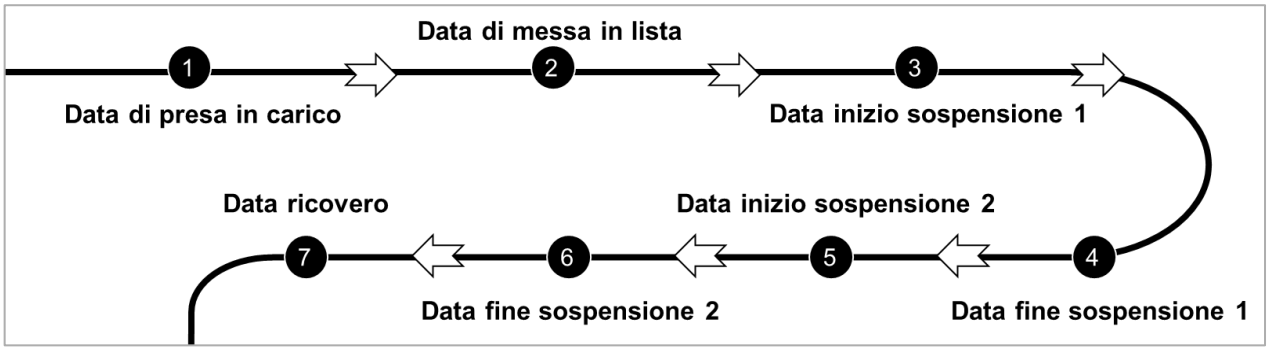
8.1.6. Recupero del contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero ospedaliero non erogate

Si dà mandato alle ATS di mettere in atto le azioni necessarie al recupero delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero non erogate al 01/01/2025 e prenotate negli anni precedenti. Le risorse necessarie saranno assegnate agli EEP e EEPA a seguito di opportuna ricognizione regionale, con successivo provvedimento.

8.1.7. Digitalizzazione liste di attesa dei ricoveri

Nell'ambito dell'ampliamento dei flussi informativi per monitorare i tempi di attesa richiesto dal Ministero della Salute, emerge la necessità di migliorare qualità e completezza dei dati sulle liste di attesa dei ricoveri chirurgici programmati. L'obiettivo è uniformare le informazioni a livello regionale per una migliore gestione. Regione Lombardia, recependo il progetto ministeriale "Modelli organizzativi per il Governo delle Liste di Attesa", promuove l'uso del concetto di "Lista di Presa in

Carico" nelle seguenti circostanze: a) fase diagnostica incompleta, b) rischio operatorio elevato, c) necessità di trattamenti preoperatori (es. neoadiuvanti), d) osservazione o valutazione obbligatoria prima dell'intervento. Questa fase non incide sul tempo di attesa del paziente, che verrà inserito in lista solo quando idoneo all'intervento.



La data di presa in carico costituirà un nuovo campo obbligatorio del flusso SDO.
Pertanto, nel 2025 le Aziende saranno tenute a rendere obbligatori nei propri applicativi di gestione delle liste di attesa i campi anagrafici, i dati relativi all'intervento e quelli relativi alla gestione delle liste d'attesa. Tali campi andranno a costituire un nuovo tracciato che le Aziende dovranno inviare con modalità e tempistiche che saranno comunicate con apposita circolare.
Sono considerate inappropriate le giornate di ricovero anticipato legate a motivazioni di carattere organizzativo, all'effettuazione di procedure o accertamenti che potevano essere eseguiti durante il pre-ricovero. Si consiglia inoltre di prevedere un'organizzazione interna agli enti tale per cui le dimissioni ospedaliere possano avvenire entro le ore 11 al fine di garantire un adeguato turnover e boarding. Si invitano, inoltre, gli Enti a rendere operative, entro il primo trimestre 2025, le Procedure aziendali mirate alla gestione del processo di ricovero per le liste d'attesa dei ricoveri programmati che prevedano:

- La gestione del nuovo criterio di inserimento in lista di presa in carico;
- Le modalità di gestione e monitoraggio delle liste d'attesa, tra cui:
  - La pulizia cadenzata delle liste da eseguire anche con il supporto operativo delle ATS;
  - Garanzia di integrazione con il NAR e corretto funzionamento, secondo le specifiche tecniche in essere;
- Il processo di riduzione delle liste d'attesa, con la descrizione delle modalità di eliminazione dei pazienti in lista e con specifico dettaglio nel caso di:
  - Sospensione: se il paziente chiede il rinvio del ricovero, il suo stato da "attivo" deve essere modificato in "sospeso", indicando sia la data di inizio che quella di fine della sospensione. Alla terza richiesta di sospensione da parte del paziente, se non per evidenti e comprovati motivi di impossibilità (es. inidoneità clinica del paziente), lo stesso dovrà essere rimosso dalla lista di attesa e dovrà essere tracciato il motivo della rimozione;
  - Irreperibilità: se il paziente non risulta contattabile ai recapiti indicati dopo tre tentativi e previa adeguata comunicazione comprovante l'avvenuto tentativo di contatto, lo stesso dovrà essere rimosso dalla lista di attesa.

A garanzia dell'integrità e trasparenza del processo, al momento dell'inserimento dei pazienti in lista di attesa gli Enti dovranno adottare opportuna modulistica da sottoporre al paziente per approvazione e firma, contenente anche l'informativa in merito alla cancellazione dalle liste; tale modulistica dovrà essere conservata agli atti. Nel corso del 2025 verrà inoltre implementato un cruscotto di monitoraggio di un set di indicatori relativi alla gestione delle liste d'attesa, che sarà reso disponibile alle ATS: a tal

fine gli Enti dovranno essere in grado di produrre un tracciato, per il quale saranno prodotte specifiche tecniche nei successivi provvedimenti.

8.1.8. Azioni attività di riduzione del No-show

Continueranno le attività di reminder degli appuntamenti da parte del CCR sulle prenotazioni fuori soglia con l'obiettivo di liberare slot e di ridurre il fenomeno del no-show.
Si ribadisce inoltre che gli Enti Erogatori dovranno comunicare (obbligo di notifica prestazioni secondo le DDGR n. XII/1129/2023 e XII/1139/2024) alla Rete Regionale di Prenotazione tutti gli appuntamenti fissati direttamente sui propri CUP al fine di permettere l'annullamento automatico delle prenotazioni doppie (prescrizione prenotata su più ospedali), per liberare disponibilità nelle agende, ridurre le liste di attesa e limitare il fenomeno del "no-show".

8.1.9. Ricetta Dematerializzata

Prosecuzione delle attività di gestione delle DEM, al fine di migliorare i valori percentuali di adozione della ricetta dematerializzata che, per gli specialisti ospedalieri, dovrà raggiungere il 90% delle prescrizioni prescrivibili con ricetta dematerializzata.

8.1.10. Sospensione flusso disposto con DGR n. XII/88 del 3 aprile 2023

Si stabilisce la sospensione dell'invio periodico dell'aggiornamento dei dati stabilito con n. DGR XII/88 del 3 aprile 2023.

8.1.11. Progetto per lo screening di primo livello della retinopatia diabetica

Si avvia un progetto sperimentale nell'ambito del processo di screening per la retinopatia diabetica (RD) presso gli ambulatori diabetologici dell'ASST Lodi. Verrà eseguito uno studio clinico osservazionale retrospettivo sui pazienti, che verranno sottoposti allo screening attraverso l'impiego di un software di intelligenza artificiale (IA) per l'analisi di immagini retinografiche.
In una prima fase sperimentale, di circa 8/10 mesi, la classificazione del paziente verrà effettuata dall'IA e confrontata con l'analisi di un operatore, così da valutare l'accuratezza del processo. Alla fine del periodo, i risultati ottenuti saranno valutati sulla base di specifici indicatori di processo ed esito.

8.2. AZIONI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA

8.2.1. Evoluzioni flusso 28/SAN

Nel corso del 2025 con apposito provvedimento saranno individuate ulteriori integrazioni al flusso 28/SAN che possano contemplare l'evidenza del tempo clinico per le prescrizioni in classe P.

8.2.2. Rendicontazione erogazioni da parte degli Enti Erogatori Privati Autorizzati

Per garantire a Regione Lombardia una completa visibilità dell'intera offerta sanitaria, non solo relativamente alle prestazioni erogate in regime SSN, ma anche in regime di solvenza, si invitano gli Enti Erogatori Privati Autorizzati a rendicontare le prestazioni sanitare erogate, a titolo esemplificativo e non esaustivo, le prestazioni ambulatoriali, di laboratori e day surgery. Per facilitare tutti gli attori coinvolti nel processo, è stato predisposto un flusso ad hoc limitando i campi da fornire a quelli strettamente necessari. A tal proposito si precisa che verrà fornito a ciascun Ente un apposito documento di Linee Guida con tutte le informazioni utili alla compilazione.
Si precisa altresì che l'invio di tale flusso risulta condizione necessaria per il riconoscimento ed il mantenimento dell'autorizzazione a erogare prestazioni sanitarie. I termini di adeguamento saranno declinati con successivo provvedimento.

8.2.3. Utilizzo linee guida e criteri RAO

In linea con la DGR n. XII/511 del 26 giugno 2023, per garantire l'appropriatezza delle prestazioni, il medico prescrittore deve attenersi alle indicazioni dei Raggruppamenti di Attesa Omogenei (RAO) per le prestazioni di primo accesso, prioritizzando quelle più urgenti in base al bisogno clinico.

Si invitano inoltre le ASST a inviare ai MMG e ai medici prescrittori report periodici sul prescritto, sul rispetto delle indicazioni (RAO, linee guida) e sulla coerenza tra quesito diagnostico e priorità assegnate.

8.2.4. Monitoraggio rispetto indicatori

Nel 2025 verrà dedicata particolare attenzione alle iniziative volte a garantire e migliorare l'appropriatezza prescrittiva, a partire da un'attività di monitoraggio mirata al rispetto di indicatori di appropriatezza declinati in successivi provvedimenti.

8.2.5. Breast Unit - Carcinoma mammario

Nel 2025 verrà dedicata particolare attenzione alle iniziative volte a garantire e migliorare l'appropriatezza prescrittiva, a partire da un'attività di monitoraggio mirata al rispetto degli indicatori relativi al percorso interno di cura e del follow-up (almeno 5 anni) dei pazienti con carcinoma mammario, come indicato nella DGR n. XII/3458 del 25 novembre 2024.
Si stabilisce inoltre che le unità di offerta riconosciute come Breast Unit dovranno garantire il raggiungimento e il miglioramento di specifici indicatori di percorso entro il 31.12.2025. Il rispetto dei requisiti sarà verificato attraverso il monitoraggio degli indicatori nel corso del 2025 e sarà condizione necessaria per mantenere il riconoscimento all'interno della Rete regionale delle Breast Unit.
Ad integrazione di quanto disposto con la DGR n. XII/3458/2024, in merito all'attivazione di specifiche convenzioni con gli EEPA, si precisa che le ATS dovranno effettuare una ricognizione per verificare la necessità di eventuali prestazioni che gli EEP non riescono a garantire al proprio interno nei tempi previsti dai PDTA, al fine di stipulare specifici contratti di scopo per garantire la messa a disposizione delle prestazioni necessarie al completo percorso di cura dei pazienti.

8.2.6. Modulo prescrittivo - Piano di diffusione

Nel primo semestre del 2025, il modulo prescrittivo regionale verrà implementato nelle Aziende di seguito riportate. ASST Bergamo Est, ASST Rhodense, ASST Brianza, ASST Sette Laghi, ASST Crema, ASST CTO e Pini, ASST FBF-Sacco, ASST Franciacorta, ASST Garda, ASST Lecco, ASST Lodi, ASST Melegnano e Martesana, ASST Monza, ASST Nord Milano, ASST Valle Olona, ASST Vallecamonica, ASST Valtellina e Alto Lario, IRCCS Besta, IRCCS INT, IRCCS Policlinico. Le tempistiche saranno organizzate in maniera compatibile con l'attivazione del CUP Unico. A seguire, sarà esteso anche alle restanti ASST/IRCSS/INRCA, agli Enti Erogatori Privati Accreditati a contratto e ai Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta. Qualora gli Enti Erogatori Pubblici e Privati e MMG/PLS manifestassero interesse ad attivare il modulo prescrittivo regionale entro il primo semestre potranno comunicarlo alla Direzione Generale Welfare.

8.2.7. Utilizzo dell'intelligenza artificiale

Utilizzo dell'Intelligenza Artificiale all'interno del modulo prescrittivo finalizzata a migliorare il livello di appropriatezza prescrittiva.

8.2.8. Progetto di accoglienza

Nell'ambito della digitalizzazione dei processi di accoglienza, ogni Ente sanitario deve prevedere dei percorsi di accoglienza semplificati per le prestazioni ambulatoriali affinché il cittadino, che abbia effettuato il pagamento online o tramite i punti di accesso previsti o che risulti esente, vada direttamente in ambulatorio. Si rende necessario predisporre il percorso di accoglienza affinché l'utente abbia, anche attraverso sistemi di tagliacode, l'indicazione della sala d'attesa per la chiamata diretta nell'ambulatorio. Tali percorsi dovranno essere garantiti attraverso dei punti di self-accettazione tramite i quali il cittadino potrà anche ritirare il referto della prestazione.

9. ATTORI, ORGANIZZAZIONI E PROCESSI

9.1. AGENZIA DI CONTROLLO DEL SISTEMA SOCIO-SANITARIO LOMBARDO

La DG Welfare si avvarrà della collaborazione dell'Agenzia di controllo del sistema sociosanitario lombardo (di seguito ACSS) per attività di analisi e monitoraggio, anche tramite audit.
In particolare, ACSS, in continuità con quanto previsto dalla DGR XII/2754/2024, strutturerà nel corso del 2025 un programma di verifica e audit volto a monitorare l'applicazione delle direttive regionali (DGR, decreti, circolari) presso gli Enti, pubblici e privati e accreditati, del Sistema Sanitario Lombardo e i risultati in termini di efficacia, efficienza, qualità ed esiti. Tale attività sarà condotta anche nell'espletamento delle attività comprese nella funzione di soggetto correlato intermediario per alcuni finanziamenti PNRR.
In accordo con la Direzione Generale Welfare, saranno oggetto di monitoraggio gli atti di rilevanza strategica con importante impatto sulla revisione dell'organizzazione della rete sanitaria e sociosanitaria, dei processi e dei percorsi di cura interni agli Enti e sulla qualità e sicurezza nell'erogazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie.
L'attività sarà svolta attraverso lo sviluppo di sistemi di indicatori, la raccolta di dati, la somministrazione di survey e l'effettuazione di audit da remoto e on-site.
L'ACCS, nell'ambito della sua attività nei confronti del sistema regionale, darà avvio ad una valutazione continua degli indicatori di interesse dei principali sistemi di valutazione di performance nazionali (NSG, PNE, Sant'Anna di Pisa), analizzerà, in collaborazione con diverse UO della Direzione Generale Welfare, le ATS e AGENAS, le eventuali criticità, valutando la necessità di provvedere ad effettuare audit mirati sui singoli enti.
Per l'attività di analisi del fabbisogno di personale, la Regione si avvarrà altresì della collaborazione e del supporto attivo di ACSS che, di concerto con le competenti strutture di DG Welfare, opererà nelle fasi di sviluppo e di verifica delle risultanze del progetto con AGENAS finalizzato allo sviluppo di una metodologia per la determinazione dei fabbisogni di personale in attuazione al dettato normativo espresso dall'art.19 del D.L. n. 35/2019.
Nello specifico ACSS:

- collaborerà con AGENAS nella definizione delle linee guida e degli strumenti per la determinazione dei fabbisogni a livello regionale proponendo eventuali adattamenti o miglioramenti che assicurino una corretta declinazione della metodologia alle specificità del territorio lombardo.
- avrà il compito di coordinare la raccolta delle informazioni necessarie alla stima dei fabbisogni, interfacciandosi con i diversi attori del sistema sociosanitario regionale, incluse le strutture sanitarie pubbliche (ASST e IRCCS).
- si occuperà di monitorare e verificare l'efficacia della metodologia adottata anche attraverso audit presso le aziende e di Gruppi di Lavoro.

9.2. GIOCHI OLIMPICI E PARALIMPICI INVERNALI MILANO-CORTINA 2026

9.2.1. Analisi di contesto

I XXV Giochi Olimpici e XIV Giochi Paralimpici Invernali si terranno rispettivamente dal 6 al 22 febbraio e dal 6 al 15 marzo 2026 e, per la prima volta nella storia della manifestazione, l'evento non interesserà un unico polo, ma si articolerà sul territorio di più regioni. Sono attesi più di 3.500 atleti da 93 Paesi che si contenderanno 198 medaglie in 16 discipline Olimpiche e sei sport Paralimpici. Dall'analisi dei report conclusivi dei precedenti analoghi eventi (Torino 2006 e Pechino 2022) si può

stimare la presenza di oltre 50 mila persone direttamente legate alla realizzazione dell'evento (closed loop), articolate come di seguito:

- Famiglia olimpica (IOC, CPI, CONI, CIP);
- Delegazioni olimpiche nazionali (atleti, allenatori, personale di supporto tecnico e sicurezza).

Per la realizzazione dell'evento olimpico e paralimpico è prevista la sperimentazione di una cooperazione tra l'ASST Niguarda e l'ASST Valtellina. A tal fine, la Giunta regionale con deliberazione n 2931 del 05/08/2024 ha approvato il "Progetto degli interventi sanitari per la realizzazione dei Giochi Olimpici Invernali Milano – Cortina 2026".
In tale Progetto sono descritti gli interventi, i lavori e le attività necessarie per l'assistenza sanitaria nel periodo olimpico fermo restando che le opere dovranno essere funzionali allo svolgimento delle attività sanitarie anche dopo il termine dei Giochi, al fine di far fruttare al meglio gli interventi da realizzare anche per il periodo successivo. Si rende necessaria, pertanto, l'intensificazione della collaborazione dei due enti che dovrà essere regolamentata attraverso la stipulazione di un apposito accordo tra le parti coinvolte per le attività organizzative propedeutiche all'evento pre e post-olimpico.

- Staff tecnico e organizzativo dei Giochi (incl. Operatori sanitari e Volontari);
- Operatori della comunicazione e della produzione radiotelevisiva (stampa, tv, radio, ecc.);
- Autorità degli Enti locali (Comuni, comunità montane).

In modo distinto rispetto alla dimensione del "*closed loop"*, è prevista una seconda popolazione di partecipanti all'evento:

- Popolazione locale direttamente e indirettamente coinvolta dalle attività previste dal programma;
- Pubblico (spettatori) e invitati alle manifestazioni.

9.2.2. Personale delle Medical Venue e Policlinici

Il Personale Sanitario e Tecnico è costituito da:

- Medici del sistema sanitario regionale o reclutati tramite manifestazioni di interesse/bandi LP per specialisti esperti in tecniche di rianimazione avanzata nel paziente politraumatizzato e cardiologico (con attestazioni specifiche).
- Infermieri del sistema del sistema Sanitario Regionale o reclutati tramite manifestazioni di interesse/bandi LP od operanti nell'ambito dell'area critica, esperti in tecniche di rianimazione di base o avanzata nel paziente politraumatizzato e cardiologico (con attestazioni specifiche).
- Tecnici Soccorritori, compresi quelli del CNSAS, dipendenti o volontari appartenenti a organizzazioni pubbliche o private operanti nella Regione Lombardia con adeguato cv. formativo.

Le ASST e gli IRCCS della Regione Lombardia sono tenuti ad agevolare la disponibilità del personale sanitario e tecnico per tutto il periodo dei giochi olimpici, al fine di garantire i contingenti necessari previsti dall'organizzazione dell'evento. Sono inoltre tenuti a facilitare la frequenza dei percorsi di training da parte degli stessi nel periodo precedente all'evento olimpico. A tal fine sono definiti dal MCM i contingenti minimi di personale che ciascuna ASST/IRCCS è tenuta ad assicurare.
In considerazione del valore strategico dell'evento olimpico e paralimpico, le ASST/IRCCS sono chiamate, sulla base dei contingenti come sopra definiti, a riorganizzare l'attività dei servizi al fine di consentire che una parte delle attività svolte dal personale reclutato per l'assistenza nelle medical venue e nei policlinici sia effettuato al di fuori dell'orario di lavoro e come tale trattato dalle rispettive Aziende di appartenenza. A tal fine, saranno stipulati i necessari rapporti convenzionali tra, da una parte, ASST GOM Niguarda in qualità di Soggetto Attuatore ai sensi della DGR XII/2931 del 05/08/2024 e dall'altra parte, l'AREU e le ASST/IRCCS titolari dei rapporti di appartenenza del personale reclutato, nell'ambito dell'Accordo Quadro che sarà definito tra ASST GOM Niguarda e la Fondazione Milano-Cortina.

9.2.3. Percorso per l'avvio delle attività dei Policlinici Olimpici

L'evento Olimpico e Paralimpico prevede la realizzazione di tre Policlinici, a disposizione delle varie delegazioni internazionali e della Family Olimpica, situati a Milano, Bormio e Livigno.

In considerazione della temporaneità di utilizzo, dell'esclusività dei possibili fruitori e della compartimentazione organizzativa rispetto al restante sistema sanitario regionale, l'avvio delle attività sanitarie è soggetto esclusivamente alla Segnalazione Certificata di Inizio Attività (SCIA) che deve essere presentata alle ATS di competenza.

L'ATS Milano e l'ATS Montagna concordano con l'ASST Niguarda e con le ASST di riferimento territoriale, le modalità più efficaci per assicurare la tempestività dei percorsi autorizzativi, anche attraverso la costituzione di un tavolo di lavoro permanente e dedicato che faciliti la condivisione dei documenti e delle informazioni necessarie per il buon esito delle procedure.

9.2.4. Rimpatrio dei feriti e delle salme

In analogia con quanto previsto in precedenti Giochi Olimpici, l'organizzazione sanitaria dell'evento con la collaborazione operativa di AREU, anche ai sensi dell'art. 16 co. 1 L.R. n. 33/09 e s.m.i., provvede al rientro nei Paesi di origine (anche in Italia) degli atleti e dei componenti della family olimpica nei casi in cui:

- gli stessi necessitano di cure o siano deceduti e non siano coperti da assicurazioni stipulate a titolo personale o dalle rispettive federazioni di appartenenza;
- la valutazione dei sanitari indichi l'opportunità del proseguimento delle cure nel paese di origine o in altri ospedali specialistici situati al di fuori del territorio nazionale.

A tal fine, per il 2026 sono destinate risorse fino a 500.000,00 € alla ASST GOM Niguarda che è autorizzata, sulla base delle valutazioni tecniche di opportunità, a stipulare idonea polizza assicurativa, ovvero a contrattualizzare società specializzate nel trasporto sanitario su ala fissa.

9.2.5. NEA 116117 e COT olimpiche

I membri appartenenti al "*closed loop*" e il personale a seguito delle delegazioni olimpiche possono registrarsi al loro arrivo in Lombardia in uno specifico database, attraverso una applicazione che sarà messa a disposizione degli stessi. Detta applicazione potrà consentire agli interessati di rivolgersi in modo specifico ai servizi di cura non urgenti. L'accesso ai servizi è gestito dalla centrale NEA 116117 che, utilizzando i sistemi di interpretariato, potrà codificare i bisogni sanitari espressi dai cittadini stranieri e trasmetterli alle due COT olimpiche: la prima a servizio dell'Area milanese, la seconda per la Valtellina-Alto Lario.

AREU in collaborazione con l'ASST GOM Niguarda, l'ATS Milano e l'ATS Montagna assicurano l'operatività dell'intervento e le soluzioni tecniche più idonee per rafforzare il *contact center* e garantire la trasmissione delle informazioni sanitarie e la presa in carico delle richieste.

9.2.6. Ospedali Partner dell'area milanese

Gli ospedali partner dell'Ospedale Olimpico Niguarda, per quanto riguarda l'area milanese, dovranno garantire di essere pronti ad accettare eventuali, e prevedibilmente minimi, aumenti di attività di Pronto Soccorso per la quota di utenti italiani e stranieri, per lo più in autopresentazione, che nei due mesi dei Giochi Olimpici potrebbero necessitare di assistenza sia urgente che non urgente e che per svariati motivi possono non aver seguito il percorso del numero unico 112 e del numero unico 116117.

9.2.7. Prevenzione sanitaria

Si richiama integralmente quanto definito nella nota G1.2024.0043392 del 18/11/2024 con particolare attenzione ai target dei controlli SIAN PSAL e Igiene Pubblica. Si integrano le indicazioni richiamate con la seguente formula: "*fermo restando finanziamento dedicato già previsto da D.G.R. n. 2931/2024 e centralizzato contabilmente in ASST GOM Niguarda, quest'ultima dovrà si attivarsi con ASST*

Valtellina e Alto Lario, ATS Montagna, ATS Città Metropolitana di Milano, il CAV di Bergamo e di Pavia per la valutazione del potenziamento delle attività presso il territorio lombardo (in particolare ASST Valtellina) e la redazione di un protocollo dedicato all'evento con definizione di modelli di trasporto rapido verso i CAV (Bergamo, Pavia e Niguarda)".

9.2.8. Azioni integrate U.O. veterinaria e U.O. prevenzione

Olimpiadi/paralimpiadi invernali 2026: definizione di un piano di potenziamento dei controlli sulla sicurezza alimentare su attività produzione e somministrazione alimenti (HORECA) basato su un modello unico condiviso da tutte le ATS, in coordinamento tra i Servizi del Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria e del Dipartimento Veterinario e Sicurezza Alimenti di Origine Animale.
La UO Veterinaria, per il tramite dei DVSAOA, prevederà attività finalizzate a rafforzare la gestione sanitaria degli animali d'affezione per la prevenzione delle malattie infettive e per la prevenzione del randagismo.

9.2.9. Progetto degli interventi sanitari per la realizzazione dell'evento sportivo "Giochi Olimpici Invernali Milano-Cortina 2026" di cui a D.G.R. n. XII/2931 del 5.08.2024

D.G. Welfare è impegnata, attraverso ASST GOM Niguarda, ASST Valtellina e Alto Lario e AREU a garantire il proprio contributo in preparazione dell'evento "Giochi Olimpici Invernali Milano – Cortina 2026". Il programma di interventi sanitari correlato all'evento, declinato nel "Progetto degli interventi sanitari per la realizzazione dei Giochi Olimpici Invernali Milano-Cortina 2026. Deliberazione della Giunta Regionale n. XII/1827 del 31/01/2024, approvato con D.G.R. n. XII/2931/2024, verrà monitorato:

- attraverso il Gruppo di Lavoro costituito con Decreto D.G. Welfare n. 3830 del 07/03/2024;
- relativamente agli adempimenti connessi agli investimenti in conto capitale e parte corrente.

In relazione agli investimenti in conto capitale, si segnala quanto indicato nella Circolare di DGW prot. n. G1.2024.0033307 del 30/08/2024, inviata ai Soggetti Attuatori per la realizzazione dell'evento sportivo. In particolare, vengono stabilite le modalità e i termini di presentazione dei progetti per opere superiori a € 3.000.000, soggetti ad approvazione da parte di DGW, come previsto dalla "Guida pratica per la redazione dei progetti e l'attuazione degli investimenti" (DDG n. 19173/2019). Inoltre, è previsto un monitoraggio quadrimestrale dello stato di attuazione degli interventi, con la presentazione delle relazioni da parte dei Soggetti Attuatori a DGW.

9.3. AREU

9.3.1. Cooperazione tra DG Welfare e agenzia regionale Emergenza-urgenza

In ragione della necessità di aumentare la capacità di risposta del Sistema sanitario regionale alle esigenze dei cittadini, degli stakeholder e degli altri Enti del SSR, per il miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dei servizi sanitari ospedalieri, pre-ospedalieri e territoriali resi a favore della popolazione lombarda, anche in un'ottica di "integrazione ospedale-territorio", si avvia un'era di consolidamento della cooperazione (unione del lavoro di più persone che osservano un metodo per raggiungere uno scopo condiviso) tra la Direzione Generale Welfare (DG Welfare) e l'Agenzia Regionale Emergenza Urgenza (AREU) e si stabilisce che AREU contribuisca, attraverso la propria struttura organizzativa (sanitaria e amministrativa), a fornire un supporto operativo alla stessa DG Welfare.
Al personale a supporto della DG Welfare si applicano le disposizioni previste per le altre forme contrattuali di cui al punto 2 All. A) Decreto del Direttore Centrale della Direzione PNRR Olimpiadi e digitalizzazione n.11939 del 01/08/2024 "Approvazione aggiornamento del documento "regole per l'utilizzo dei servizi infotelematici della Giunta regionale"".

Assunta la strategicità per la DG Welfare della richiamata cooperazione, per consentire all'Agenzia di acquisire le migliori professionalità per coordinare e gestire tutte le funzioni assegnate, si prevede il riconoscimento e l'attribuzione ad AREU delle necessarie risorse incrementali di personale, compreso l'incremento dei fondi secondo la vigente disciplina dei CCNL, compatibili al raggiungimento delle finalità di interesse regionale, ciò in un'ottica sia di potenziamento sia di consolidamento dell'Agenzia regionale stessa.

Detto supporto viene reso nell'ambito di quanto disposto dall'art. 16 L.R. n. 33 del 31/12/2009, che prevede al co. 1 che AREU "…*esercita ulteriori funzioni assegnate dalla Giunta regionale*" e al co. 2 lett. a) che l'Agenzia "*svolge un supporto tecnico-specialistico nei confronti della Giunta regionale, per il tramite dell'assessorato al Welfare*", nonché al punto 6.4 All. 6) D.G.R. n. 1827 del 31/01/2014 e All. 6) D.G.R. n. 2966 del 05/08/2024.

I principali macro ambiti di sviluppo della cooperazione con la DG Welfare riguardano:

- La presentazione di un piano di sviluppo e potenziamento della Centrale NEA 116117, entro il 30 giugno 2025, in relazione ai compiti di raccordo tra cittadini e COT in armonia con quanto definito dall'Accordo Stato-Regioni del 24/11/2016 e dalla D.G.R. n. 2588/2024;
- La definizione del modello della centrale UNICA su tutto il territorio regionale e l'avvio delle progettualità riguardanti l'attivazione di UNICA in orario diurno feriale a valle del NEA, in raccordo con lo sviluppo/integrazione futuro della Centrale Medica Integrata (CMI) al fine di costituire un hub di contatto per il cittadino capace di orientare i bisogni in linea con quanto definito dall' art. 1 co. 8 del D.L. n. 34/2020;
- La promozione per il tramite della funzione di International Health Office di AREU, della cooperazione e della collaborazione internazionale in ambito sanitario, con lo scopo anche di supportare e coordinare le attività di ricerca e formazione e i progetti internazionali collegati alle funzioni istituzionali dell'Agenzia stessa;
- Il potenziamento delle attività legate alle MAXI Emergenze tramite la progettazione di una centrale regionale di coordinamento (Control Room)
- L'implementazione di una funzione regionale di raccolta dati e sviluppo indicatori (anche con l'ausilio della control room) a supporto delle attività di programmazione di DG Welfare avvalendosi delle funzioni e dei flussi informativi delle ATS competenti per territorio.

I primi due macro-ambiti sopradescritti contribuiscono a dare applicazione (non esaustiva) per gli aspetti concernenti il nuovo modello regionale di gestione dell'"Urgenza Territoriale" quale assetto funzionale a:

- Decreto Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77: "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale"
- Piano/Missione: PNRR/M6 – Piano nazionale di ripresa e resilienza / Missione 6 Salute
- Personale e fondi contrattuali dell'agenzia regionale emergenza-urgenza.

Si conferma quanto già previsto al punto 7.2.6.1. della DGR 1827/2024, in merito ai fondi contrattuali di AREU dell'area del comparto e delle dirigenze, prevedendone l'implementazione progressiva nonché l'incremento dei fabbisogni di personale e delle connesse risorse, compresi i fondi, in caso di attivazione, implementazione e consolidamento in capo all'Agenzia, di attività e funzioni aggiuntive condivise con la DG Welfare.

9.3.2. Convenzione emergenza-urgenza extraospedaliera

In ordine alla vigente convenzione tra AREU e gli Enti Pubblici Sanitari per l'attività di emergenza Urgenza extraospedaliera, che regola i rapporti di collaborazione per il quinquennio 2020-2024 tra l'AREU e le Aziende Sanitarie pubbliche lombarde coinvolte nell'erogazione del servizio sanitario di emergenza urgenza extraospedaliera, in scadenza al 31.12.2024 – il cui testo era stato approvato con D.G.R. n. 2703/2019 –, stante la necessità di definire un nuovo schema tipo di accordo, si

autorizzano le Parti coinvolte a perfezionare la proroga della richiamata convenzione fino al 30 Giugno 2025.
Con riferimento al rapporto convenzione sopra citato si dispone che la copertura del turnover del personale autista-soccorritore dedicato all'emergenza urgenza, a decorrere dal 1° Gennaio 2025 deve essere garantito direttamente dalle ASST alle quali afferiscono le postazioni di soccorso. La DG Welfare valuterà nel corso dell'anno 2025 un percorso, condiviso con le OO.SS., finalizzato al trasferimento dei rapporti giuridici ed economici degli autisti soccorritori da AREU alle ASST.

9.3.3. Potenziamento e sviluppo dei percorsi formativi degli operatori del soccorso sanitario extra-ospedaliero (SSE – Ulteriori disposizioni per la valorizzazione del volontariato.

In relazione al "Progetto per il potenziamento e lo sviluppo dei percorsi formativi degli operatori del soccorso sanitario extra ospedaliero ai sensi DGR XI/6956 del 19.09.2022" presentato da AREU e approvato al paragrafo 3.2.2. della DGR n. XII/1827 del 31/01/2024, ad oggetto: "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2024" si precisa che la quota di contribuzione ivi stabilita rientra nei provvedimenti di cui all'art. 12 della Legge 7 agosto 1990, n. 241.
Si prevede che la contribuzione complessiva definita nel sopra richiamato progetto, calcolata utilizzando una quota pari a € 250,00 per ogni singolo certificato SSE rilasciato per i corsi attivati a decorrere dal 2024, oltre alla copertura parziale dei costi sostenuti di realizzazione del percorso formativo, quali spese di funzionamento della struttura, spese di gestione amministrativa, nonché spese per il materiale e le attrezzature, la documentazione necessaria e tutte le ulteriori spese necessarie per la realizzazione dei corsi di formazione SSE, tiene in debita considerazione anche la copertura dei costi figurativi associati all'impiego di volontari nell'attività formativa, nel rispetto del principio della trasparenza, della corretta e adeguata determinazione del costo, nonché della corretta esposizione nello schema di bilancio secondo quanto previsto dal D.M. 5 marzo 2020.
Pertanto, il soggetto beneficiario del contributo dovrà dichiarare, dandone adeguata evidenza, le spese sostenute relative alla realizzazione del percorso formativo di cui al progetto di potenziamento. Dette spese dovranno comprendere anche gli oneri figurativi connessi all'impiego dei volontari, determinati secondo il principio del costo di sostituzione che attribuisce alle ore di attività prestate dai volontari il valore della retribuzione che sarebbe stata corrisposta a un lavoratore per la medesima attività, attenendosi ai parametri salariali dei CCNL di riferimento.

9.3.4. Sistema dinamico di selezione delle postazioni di soccorso extraospedaliero di base

Alla luce del mutato contesto regionale in ordine all'emergenza-urgenza extraospedaliera, confermata la necessità di mantenere adeguata l'efficienza nei tempi di risposta alle richieste di soccorso provenienti da territorio, si ravvisa la necessità per la Giunta regionale di valutare un aggiornamento della ridistribuzione dei mezzi di soccorso territoriali approvato con D.G.R. n. 1964/2011. Alla luce di quanto sopra si dà mandato ad AREU di proporre, entro il 15 Marzo 2025, la revisione del documento "Soccorso Sanitario Extra-Ospedaliero – Proposta di aggiornamento DD.GG. RR. n. VI/37434 del 17/07/1998, n. VI/45819 del 22/10/1999, n. VII/16484 del 23/02/2004 e n. VIII/1743 del 18.01.2006", All. A), composto da: All. 1) "Nuovi assetti organizzativi in materia di Soccorso Sanitario Extra - Ospedaliero"; All. 2) "Ridistribuzione dei mezzi di soccorso a disposizione delle AAT"; All. 3) "Riorganizzazione dell'Infrastruttura Tecnologica", approvato con la citata D.G.R.
Ne consegue che al fine di permettere all'Agenzia regionale di procedere con l'affidamento in convenzione, in primis ai sensi dell'art. 57 D. lgs. n. 117/2017, delle postazioni di soccorso territoriali necessarie all'espletamento del servizio di trasporto sanitario di emergenza e urgenza, in coerenza con la mappa delle postazioni di soccorso aggiornata sulla base del documento sopracitato, si autorizza AREU a prevedere una proroga delle vigenti convenzioni sino al 31.12.2025. Nell'ambito di

dette attività dovrà essere garantito il mantenimento degli attuali standard assicurati dai mezzi di soccorso di base presenti sul territorio regionale.
Per garantire il mantenimento del sopracitato standard potrà essere previsto, compatibilmente con le risorse economiche disponibili, un incremento degli oneri sostenuti da AREU a valere sulle convenzioni del sistema dinamico di selezione delle postazioni di soccorso extraospedaliero di base.

9.3.5. Aggiornamento D.G.R. n. 5165/2016

Si dispongono aggiornamenti alla documentazione allegata alla D.G.R. n. 5165/2016, al fine di adeguare il requisito dell'età massima dell'autista del mezzo adibito al servizio di Trasporto sanitario e di fornire alcuni chiarimenti in relazione alle ambiguità interpretative createsi in vigenza della DGR. In particolare, le modifiche riguardano: l'all. A.2), all'interno del quale si prevede l'inserimento della modifica riguardante l'età dell'autista operante nel servizio di Trasporto Sanitario; l'All. B), all'interno del quale si prevedono le modifiche di alcune note della tabella "*Dotazione dei mezzi utilizzabili per le attività di Trasporto Sanitario Semplice, Trasporto Sanitario e Soccorso Sanitario extra-ospedaliero*" al fine di fornire ulteriori chiarimenti in materia di colore, limiti di utilizzabilità e logo dei mezzi adibiti alle attività di SSE, TS e TSS;
Pertanto, si dispongono le seguenti modifiche:

- All. A2) – Requisiti tecnico-organizzativi per lo svolgimento del servizio di trasporto sanitario: Sezione: Personale addetto al servizio di trasporto sanitario (pagina 24). Paragrafo: Requisiti; Il punto c) relativo ai requisiti dell'autista si intende così modificato: "c) aver compiuto la maggiore età e non aver compiuto il settantacinquesimo anno fatta salva l'applicazione di una restrizione da parte del Direttore Sanitario".
- All. B) – Dotazione dei mezzi utilizzabili per le attività di Trasporto Sanitario Semplice, Trasporto Sanitario e Soccorso Sanitario extraospedaliero: Sezione: Tabella Requisiti minimi previsti per le dotazioni, l'allestimento e i materiali sanitari dei mezzi ad uso sanitario; Colore mezzo – bianco: la nota (*) si intende così sostituita: "la colorazione del veicolo deve essere di colore bianco, lasciando a vista il 70% della colorazione originale della carrozzeria al netto dei loghi (12.2) delle strisce (12.8), delle croci di Esculapio (12.4) e delle scritte (12.3, 12.5, 12.6, 2,7). Non è permesso ricoprire interamente il veicolo con pellicole adesive o simili di colorazione diverse dal bianco e/o verniciarne le superfici. Per i mezzi dedicati al Trasporto sanitario semplice e al Trasporto sanitario semplice per disabile, è autorizzata in deroga l'applicazione di loghi/machi relativi a soggetti terzi, anche privati, che contribuiscono a vario titolo al sostentamento del volontariato, fermo restando il colore bianco di fondo della carrozzeria del mezzo";
- Logo AREU / NUE112: la nota (*) si intende così sostituita: "L'applicazione dei loghi di AREU sui mezzi è obbligatoria solo per i soggetti che hanno attivo un contratto con l'Agenzia regionale. I loghi sono forniti da AREU e devono essere posizionati uno per ogni fiancata e uno posteriormente. Le regole di applicazione dei loghi AREU sono descritte nei regolamenti e, o nella documentazione prescrittiva di AREU."
- Il veicolo utilizzato per il servizio non deve aver superato il seguente numero di Km percorsi: Si aggiunge la nota (**) nella colonna SOCCORSO SANITARIO AMBULANZA: "(**) È ammessa una deroga chilometrica ai mezzi che svolgono attività di assistenza ad eventi e manifestazioni, fino a 330.000 Km e con un limite massimo di età del veicolo pari a 12 anni (< 11 anni e 364gg)."

9.4. ULTERIORI DETERMINAZIONI

9.4.1. Potenziamento cure domiciliari

In linea con le indicazioni del PSSR verrà valorizzata la domiciliarità attraverso il potenziamento delle cure domiciliari e la revisione dei percorsi assistenziali anche con il supporto dei servizi di Telemedicina, favorendo un approccio di trattamento multidisciplinare integrato per garantire una

risposta più adeguata alla specificità dei bisogni e dei livelli di complessità assistenziale (anziani, minori, fragili, cronici, comorbidità, cure palliative, ecc.). Nello specifico, si prevede la definizione e l'avvio di un progetto sperimentale entro primo semestre 2025, in collaborazione fra la UO Rete Territoriale e UO Polo Ospedaliero della DG Welfare, di erogazione di alcune tipologie di prestazioni specialistiche e di diagnosi strumentale presso il domicilio di persone fragili, in possesso dei requisiti di eleggibilità previsti pe l'erogazione di cure domiciliari (D.G.R. n. 6867/2022), in raccordo con i processi evolutivi di implementazione delle COT.

9.4.2. Revisione del profilo dell'OSS e istituzione del profilo professionale di nurse assistant

Saranno adottati gli atti conseguenti all'approvazione dell'Accordo, ai sensi dell'art. 4 co. 1 D. lgs. n. 281 del 28/08/1997, tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano concernente l'istituzione del profilo professionale di nurse assistant e dell'Accordo, ai sensi della succitata norma, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente la revisione del profilo dell'operatore sociosanitario istituito con Accordo sancito il 22 febbraio 2001, in data 3 ottobre 2024.

Sarà inoltre avviato il processo di definizione fabbisogno formativo e il fabbisogno professionale di operatori sociosanitari e di nurse assistant, al fine di organizzare i relativi corsi di formazione nel rispetto delle disposizioni dei suddetti Accordi.

9.4.3. Determinazioni in materia di ASP

Al fine di proseguire le azioni previste dalla DGR 2067/2024 si dà mandato alla ATS di Milano di provvedere all'attuazione di quanto indicato nella nota prot. G1.2024.41064.

9.4.4. Rinnovo sperimentazione della digitalizzazione degli accessi al pronto soccorso nell'ambito del processo di revisione dei percorsi di accoglienza

A valle della sperimentazione avviata nel corso del 2022 per la digitalizzazione degli accessi al Pronto Soccorso, nell'ambito del processo di revisione dei percorsi di accoglienza, saranno consolidate le esperienze avviate presso le aziende che hanno preso parte alla sperimentazione, che sarà estesa a ulteriori 6 strutture di PS del territorio lombardo. Il progetto MyTravelCare consente la digitalizzazione degli accessi al Pronto Soccorso attraverso l'utilizzo di un applicativo progettato e sviluppato dalla Fondazione Europea di Ricerca Biomedica (FERB) con il supporto dell'Università degli Studi di Bergamo (Centro ITSM) e della ASST di Bergamo Est. L'applicativo ha l'obiettivo di facilitare l'interazione dei pazienti (stranieri e non solo) con il personale sanitario rendendo disponibile una traduzione simultanea in otto lingue di tutte le informazioni di triage fornite e contestualmente riducendo i tempi della presa in carico del paziente in Pronto Soccorso. Le ASST coinvolte saranno individuate scelti secondo criteri di ottimizzazione geografica, considerando i seguenti aspetti: vicinanza ad «Aree Olimpiche» (Milano-Cortina 2026), vicinanza ad Aeroporti, zone ad elevato afflusso turistico di stranieri

La U.O. Rete Territoriale provvederà a fornire le linee operative necessarie all'avvio della sperimentazione, anche con il supporto di Aria S.p.A.

9.4.5. Prosecuzione modello sperimentale di gestione del servizio di tutela dei minori

In continuità con le determinazioni di cui alla DGR XI/4773/2021 è, inoltre, autorizzata la prosecuzione del modello sperimentale di gestione del servizio di tutela dei minori attuato tra ASST della Valtellina e Alto Lario e gli Ambiti territoriali afferenti al territorio della stessa ASST, fondato sull'integrazione strutturata tra ASST e Uffici di Piano nel rispondere alla domanda di tutela dei minori su un territorio caratterizzato da peculiare complessità territoriale nell'accessibilità ai servizi, tenuto conto dei livelli di dispersione delle persone sia in termini spaziali che altimetrici che qualificano il relativo territorio.

9.4.6. Sperimentazione di un sistema di individuazione rapida del peggioramento della salute dei bambini.

Al fine di implementare un sistema di individuazione rapida del peggioramento della salute dei bambini, sarà avviata da Regione Lombardia una sperimentazione per l'attuazione della cosiddetta "Regola di Marta" già applicata in Inghilterra dal NHS. Questa iniziativa è volta a garantire l'ascolto di pazienti, famiglie, caregiver e staff clinico al fine di affrontare le loro preoccupazioni con opportune azioni di mitigazione.

9.4.7. Trasparenza – pubblicazione dati patrimoniali e reddituali dei dirigenti ex art. 14 d.lgs. N. 33/2013

Si fa riferimento alla dibattuta applicazione dell'art. 14, comma 1, lettera f) del D.Lgs. 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",* concernente la pubblicazione dei dati economico-patrimoniali dei dirigenti, oggetto della Sentenza della Corte Costituzionale n. 20/2019, della Delibera ANAC n. 586 del 26 giugno 2019, richiamando quanto espresso nella DGR N° XII/1827 del 31/01/2024 "D*eterminazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del ssr per l'anno 2024*" , Par. 6 5, All. 6, circa la necessità di interpellare le Autorità centrali in ordine alle modalità attuative di quanto stabilito dall'Autorità Nazionale Anticorruzione, con Atto del Presidente del 8 novembre 2023 - fasc. n. 4862.2023, la quale confermava l'applicazione della *delibera n. 586 del 26.06.*2019 nei confronti della dirigenza strategica del Servizio sanitario Nazionale (e cioè direttore sanitario, direttore amministrativo e direttore generale) con pubblicazione dei dati reddituali e patrimoniali, ad esclusione dei soli direttori di struttura complessa.

In proposito, si evidenzia che la medesima Autorità in data 28 febbraio 2024 ha pubblicato un aggiornamento sul proprio sito istituzionale al seguente link https://www.anticorruzione.it/en/-/pubblicazione-dei-dati-relativi-al-servizio-sanitario-nazionale-art.-41-.

Alla luce di ciò, si ritiene necessario monitorare l'evoluzione della disciplina circa l'adozione del regolamento *di cui all'art. 1, co. 7 D.L. 162/2019*, anche attraverso le informazioni rese disponibili dall'ANAC.

10. PERSONALE

10.1. COSTI DEL PERSONALE E RINNOVI CONTRATTUALI

Si conferma anche per l'anno 2025 la determinazione del budget unico per il personale dipendente a tempo indeterminato e determinato, che costituisce limite invalicabile per gli Enti.
Oltre all'assegnazione da BPE, ulteriori risorse potranno rendersi disponibili previa autorizzazione regionale, sulla base di specifiche disposizioni normative e nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica previsti per i costi del personale.
Si richiamano le Aziende/Enti alla puntuale osservanza delle sotto riportante indicazioni.

10.1.1. Fondi contrattuali

Gli Enti del SSR sono tenuti ad una corretta quantificazione dei Fondi contrattuali anche con riferimento alle recenti disposizioni normative in materia di assunzioni e rinnovi contrattuali. Ai fini di un'uniforme applicazione dei trattamenti accessori si richiama al rispetto delle Linee Guida per la determinazione dei Fondi contrattuali di cui al paragrafo 9.2.

10.1.2. Indennità di vacanza contrattuale

L'IVC 2022/2024 deve essere erogata a tutto il personale a tempo indeterminato, determinato e convenzionato universitario con le consuete modalità utilizzando i valori individuati nelle apposite tabelle pubblicate dalla RGS. Per quanto attiene l'IVC per il triennio 2025/2027, si forniranno ulteriori indicazioni nel corso dell'anno.

10.1.3. Accantonamenti per rinnovi contrattuali

I competenti uffici regionali forniranno indicazioni al fine di prevedere l'accantonamento delle quote riguardanti i rinnovi contrattuali delle aree del Comparto e delle Dirigenze per il triennio 2025-2027, ove gli stessi risultassero ancora non sottoscritti. Relativamente agli accantonamenti per i rinnovi contrattuali, la quantificazione degli stessi verrà comunicata come di consueto in sede di bilancio consuntivo.

10.1.4. Personale gravante sulle voci di costo "beni e servizi"

Anche per il 2025, verrà individuato un budget per il reclutamento di personale il cui costo grava su "beni e servizi" nelle macro-classi "B.2.A.14) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie – Totale" e "B.2.B.2) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro non sanitarie – Totale".
Il reclutamento di tale tipologia di professionisti dovrà essere limitato alle particolari condizioni organizzative previste dalla normativa vigente da rappresentare in nota integrativa descrittiva, in ogni caso, ove possibile, dovranno essere privilegiate le assunzioni di personale dipendente.
Il ricorso al lavoro somministrato dovrà essere limitato a quelle figure professionali e alle condizioni organizzative per le quali si evidenziano sostanziali difficoltà alla copertura dei fabbisogni tramite il ricorso all'ordinario rapporto di lavoro subordinato, quali i picchi stagionali e la necessità di sostituzione di breve periodo estemporanea ed immediata. In nessun caso il lavoro somministrato può essere equiparato alle esternalizzazioni.
Il ricorso a personale gravante sulla voce "beni e servizi" dovrà essere limitato ai casi previsti per legge, anche con riferimento alle liste d'attesa ed alle specifiche disposizioni regionali.

10.1.5. Personale della ricerca

Con riferimento allo status giuridico dei ricercatori operanti nel settore pubblico, si rammentano i contenuti della Legge n. 205/2017 con la quale si è inteso garantire e promuovere il miglioramento della qualità e dell'efficienza dell'attività di ricerca sanitaria e fornire un'organica disciplina dei rapporti di lavoro del personale del Sistema Sanitario Nazionale (art. 1, commi 422 – 434).

La norma ha istituito un ruolo non dirigenziale della ricerca sanitaria e delle attività di supporto alla ricerca presso gli IRCCS pubblici con apposite procedure riservate per l'assunzione di tale personale; in merito, si rimanda a quanto disposto nel CCNL triennio 2016-2018 sottoscritto in data 11/7/2019 e al CCNL 2019-2021 sottoscritto in data 21/02/2024.

10.1.6. Prestazioni aggiuntive

Con riferimento tanto alla carenza di personale sanitario, quanto alla riduzione delle liste di attesa e al ricorso alle esternalizzazioni, è previsto l'utilizzo da parte delle Aziende/ Enti delle prestazioni aggiuntive.

Premesso che tale istituto deve essere applicato in conformità a quanto stabilito in sede di confronto regionale, e i cui verbali sono recepiti con specifiche deliberazioni della Giunta Regionale.

In attesa di conoscere le disposizioni in materia che interverranno a seguito dell'approvazione della legge di bilancio per l'anno 2025 o di altri provvedimenti normativi di inizio anno, si richiamano gli enti ad un'attenta programmazione delle risorse attribuite in sede di Bilancio Preventivo 2025, che rappresenta l'assegnazione per il primo trimestre 2025, al quale seguiranno ulteriori decreti di assegnazione. In ogni caso si conferma che le specifiche assegnazioni in materia costituiscono limiti invalicabili per gli Enti.

Le tariffe definitive per l'anno 2025 saranno stabilite a seguito del previsto confronto regionale con le OO.SS. del comparto e della dirigenza e pertanto, nelle more dello stesso, le tariffe orarie provvisorie da applicarsi per il primo trimestre 2025 sono quelle di cui alla sotto riportata tabella.

	Carenza di personale/riduzione esternalizzazioni	**Pronto soccorso**	**Recupero liste d'attesa**
Dirigenza	100.00	100,00	100,00
Comparto	50,00	50,00	50,00

**tariffe orarie al netto degli oneri a carico ente*

Per l'area Dirigenza Sanità si rimarca che dal 2024 il limite massimo aziendale da destinare alle prestazioni orarie aggiuntive è fissato dall'art. 89 co. 4 CCNL 2019 – 2021, sottoscritto in data 23/01/2024, integrato con le risorse di cui al co. 218 Legge n. 213/2023 previste per il triennio 2024-2026. In particolare, si evidenzia che il vincolo contrattuale per la dirigenza Area Sanità impone agli enti del SSN la garanzia dell'invarianza finanziaria del costo complessivo delle prestazioni aggiuntive, al lordo degli oneri riflessi a carico del bilancio dell'Azienda ed Ente, rispetto al costo sostenuto per l'anno 2021 – detratti eventuali finanziamenti derivanti da specifiche disposizioni di legge intervenute nella predetta annualità (D.l. n. 104/2020, art. 29 co. 2 ricoveri ospedalieri e co. 3 prestazioni di specialistica ambulatoriale, Legge 178/2020 art. 1 co. 464 vaccinazioni). Tale limite può essere integrato con l'eventuale quota di cui all'art. 1, co. 4, lett. c) Legge 03.08.2007, n. 120 e s.m.i., tenendo conto della eventuale perequazione e compensazione a livello regionale.

Tali indicazioni potranno essere oggetto di integrazioni e/o modificazioni a seguito di futuri interventi normativi nazionali in materia.

Si conferma per le ATS la possibilità di utilizzare la specifica tipologia di prestazioni aggiuntive previste dall'art. 14 L.R. n. 4/2023, per il personale sanitario che presta attività aggiuntive nell'ambito della vigilanza in tema salute e sicurezza sui luoghi di lavoro.

10.1.7. Determinazioni in ordine agli obiettivi di prevenzione collettiva per le ATS

Per il 2025 le ATS attivano progettualità nell'ambito della prevenzione collettiva finalizzate alle attività di controllo la cui copertura finanziaria è a valere su specifici fondi dedicati per la Sicurezza Alimentare (Veterinaria e Prevenzione) e per la Sicurezza sui luoghi di lavoro (Prevenzione).

AREA PREVENZIONE

- Con riferimento all'art. 60-quater co. 2 L.R. n. 33 del 30/12/2009, per il 2025 si prevede: nell'ambito dei servizi PSAL delle ATS, l'utilizzo delle prestazioni aggiuntive per l'anno 2025 per le attività di controllo svolte nell'ambito di progettualità di prevenzione collettiva (tra cui il sostegno alle attività previste per le Olimpiadi invernali Milano – Cortina 2026).
  La remunerazione, in continuità con quanto definito per l'anno 2024, prevede le seguenti tariffe:
  - per la dirigenza area sanità: 80 euro/ora;
  - per il personale del comparto ruolo sanitario: 50 euro/ora;

  Per la remunerazione delle prestazioni aggiuntive, i fondi dedicati, a norma dell'art. 60-quater, co. 1 lett. a) punto 1 L.R. n. 33 del 30/12/2009, sono quelli derivanti dall'irrogazione di ammende e sanzioni a seguito dell'attività di vigilanza in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro di cui all'art. 13 co. 6, D. Lgs. n. 81 del 09/04/2008 (Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro).
  In ogni caso sono fatte salve eventuali rimodulazioni delle tariffe sulla base dei previsti confronti regionali in materia di cui all' art. 7 rispettivamente dei CC.CC.NN.LL. della Dirigenza e del Comparto che per analogia sono estese anche a tali tipologie di prestazioni aggiuntive.
- Nell'ambito dei piani di controllo aziendali pluriennali ex art. 15 D. lgs. n. 32 del 02/02/2021, per il 2025 si prevede che i Servizi di Igiene Alimenti e Nutrizione (SIAN), a norma del già richiamato art. 60-quater co. 1, lett. b), predispongono e attuano progetti mirati, quali obiettivi aggiuntivi per i controlli ufficiali e le altre attività ufficiali (tra cui il sostegno alle progettualità previste per le Olimpiadi invernali Milano – Cortina 2026), anche su richiesta dell'operatore, in orario compreso tra le ore 18:00 e le ore 06:00 e nei giorni festivi.
  Le tariffe previste per tale attività sono:
  - per la dirigenza area sanità: 80 euro/ora
  - per il personale del comparto ruolo sanitario: 50 euro/ora
  - per il personale del comparto altri ruoli: 25 euro/ora;

Per le progettualità sopra indicate le ATS provvedono ad apposita programmazione nell'ambito dei PIC (Piani Integrati di Controllo, vedere capitolo Prevenzione) nonché provvedono ad avere evidenza e rendicontazione della loro attuazione. Le attività di controllo previste dagli obiettivi aggiuntivi dovranno effettuarsi sottoforma prevalentemente di ispezioni e non dovranno implicare una diminuzione delle attività ispettive effettuate durante l'ordinario orario di lavoro da parte delle unità coinvolte.

Le risorse dedicate agli obiettivi aggiuntivi sono comprese nella quota del 90% degli introiti derivanti dalla riscossione delle tariffe di cui all'art. 15 del decreto richiamato (come già indicato nella XII/DGR 2966/2024). Per tali attività, concernenti i controlli ufficiali di cui ai vigenti Regolamenti della U.E. e alla correlata normativa nazionale e regionale, da svolgersi al di fuori dell'ordinario orario di lavoro, si prevede il finanziamento con risorse a carico del Fondo di cui all'art. 103 Fondo premialità e condizioni di lavoro del CCNL 2019-2021 del personale del comparto e del Fondo di cui all'art. 95 Fondo per la retribuzione di risultato del CCNL 19/12/2019 Area sanità, corrispondentemente incrementati nella loro parte variabile con oneri a carico della quota di introiti derivanti dalla riscossione delle tariffe spettante alle Aziende di cui all'art. 15, co. 2, lett. a) D.Lgs. n. 32 del 02/02/2021 e s.m.i..

AREA VETERINARIA

Per l'anno 2025 è prevista, per lo svolgimento di controlli ufficiali, secondo le previsioni del dettato contrattuale di riferimento, la predisposizione delle ATS di specifiche progettualità "Obiettivi Prestazionali Incentivati", secondo le modalità del Protocollo d'Intesa per la definizione di linee guida per la gestione degli Obiettivi Prestazionali Incentivati per lo svolgimento di controlli ufficiali dei dirigenti veterinari già condiviso nel corso del 2024 dalle ATS lombarde (Prot. ATS PV n. 60646/2024 del 06/08/2024). È possibile prevedere l'estensione delle predette progettualità anche al personale dell'area del comparto delle strutture coinvolte nei controlli.

A titolo esemplificativo ma non esaustivo, vengono riportati i seguenti campi d'applicazione:

- sviluppo economico e sostegno alle imprese del settore alimentare a garanzia della continuità dell'attività di macellazione;
- sostegno e promozione degli scambi verso paesi terzi di prodotti di origine animale e animali, a garanzia dei volumi quantitativi e dei requisisti sanitari richiesti dai singoli paesi;
- promozione del territorio tramite attività di controllo durante mostre, fiere e manifestazioni con concentramento di animali che richiedano la presenza dell'autorità veterinaria;
- esecuzione dei campioni di cui al piano nazionale residui (PNR) ed export latte;
- sostegno alle attività previste per le Olimpiadi invernali Milano – Cortina 2026
- gestione delle emergenze epidemiche e non epidemiche.

Le tariffe previste per tale attività sono:

- per la dirigenza area sanità 80 euro/ora
- per il personale del comparto ruolo sanitario 50 euro/ora
- per il personale del comparto altri ruoli 25 euro/ora;

Per tali attività, concernenti i controlli ufficiali di cui ai vigenti Regolamenti della U.E. ed alla correlata normativa nazionale e regionale, da svolgersi al di fuori dell'ordinario orario di lavoro, si prevede il finanziamento con risorse a carico del Fondo di cui Art. 103 Fondo premialità e condizioni di lavoro del CCNL 2019-2021 del personale del comparto e del Fondo di cui all'art. 95 Fondo per la retribuzione di risultato del CCNL 19.12.2019 Area sanità, corrispondentemente incrementati nella loro parte variabile con oneri a carico della quota di introiti derivanti dalla riscossione delle tariffe spettante alle Aziende di cui all'art. 15, comma 2, lett. a) del D. Lgs. 2.2.2021 n. 32 e s.m.i.

10.2. LINEE GUIDA PER LA DETERMINAZIONE DELLA SPESA DELLE ASSUNZIONI INTEGRATIVE E DEI FONDI CONTRATTUALI

Si richiamano le indicazioni presentate nell'allegato 7 capitolo 7.2 della DGR XII/1827 del 31/01/2024, che si riportano di seguito con i debiti aggiornamenti e integrazioni.

10.2.1. Incrementi variabili di assunzioni ex articolo 11 D. l. n. 35/2019

Le assunzioni disposte nel rispetto del PTFP 2024-2026 e successivi aggiornamenti che risultano aggiuntive rispetto al numero di unità in servizio al 31/12/2018 sono finanziate, previa autorizzazione regionale, dalle risorse ex art. 11 D. l. n 35/2019. Tale finanziamento è destinato alla corresponsione dei trattamenti retributivi fondamentali ed accessori, unitamente agli oneri riflessi a carico dell'amministrazione e sarà oggetto di specifiche rilevazioni regionali durante l'anno.

In merito al trattamento accessorio, l'art. 11 sopra richiamato e la circolare MEF del 07/08/2020, avente ad oggetto "Richiesta di parere relativamente alla gestione dei vincoli di spesa del personale a seguito della disciplina di cui all'art. 11 D.l. n. 35 del 30/04/2019 e s.m.i.", indicano che il limite di cui all'art. 23 del Decreto Legge n. 75/2017 sia adeguato, in aumento in conseguenza di assunzioni aggiuntive rispetto al personale in servizio alla data del 31/12/2018 – ovvero in diminuzione, in

corrispondenza di cessazioni di personale – per garantire l'invarianza del valore medio pro-capite della retribuzione accessoria complessiva registrato nell'anno 2018.
La misura dell'incremento del limite, a seguito dell'assunzione a tempo pieno di una singola unità di personale, è quantificata dal rapporto tra le seguenti due grandezze:

- Fondo per la contrattazione integrativa 2018, come certificato dal Collegio dei revisori dei conti ai sensi dell'art. 40-bis co. 1 D. lgs. n. 165/2001 e come trasmesso ai fini della compilazione della Tabella 15 "Fondi per la contrattazione integrativa" del Conto Annuale 2018, valutato al netto delle poste variabili che non rilevano ai fini della verifica del limite in oggetto (es. risorse non utilizzate fondi anni precedenti, incentivi per le funzioni tecniche ex art. 113 D. lgs. n. 50/2016, eccetera);
- Personale in servizio al 31/12/2018 (teste) destinatario del fondo di cui al punto precedente (andrà a titolo esemplificativo compreso il personale a tempo determinato, il personale con rapporto di lavoro part-time, il personale comandato presso l'amministrazione che accede al fondo, ed escluso il personale comandato esternamente all'amministrazione che non vi accede, ecc.).

La quantificazione che precede, trasmessa in una specifica rilevazione regionale, scheda SK FONDI 2023, rimane valida per tutte le assegnazioni relative al decreto n. 35/2019 a partire dal 2023.

Il limite ex art. 23 D Lgs. 75/2017 va adeguato annualmente in aumento in modo proporzionale agli incrementi di personale individuati dalla norma in eccesso rispetto al personale in servizio alla data del 31/12/2018.
Ai fini dell'individuazione delle unità presenti nell'anno di riferimento, occorre considerare l'effettiva presenza in servizio rilevata sulla base dei cedolini stipendiali erogati al personale che accede ai fondi della contrattazione integrativa. In base a tale approccio: 12 cedolini stipendiali corrispondono ad un'unità di personale a tempo pieno in servizio nell'anno. Pertanto il numero dei cedolini stipendiali dei dipendenti che accedono alle risorse accessorie individuate dalla norma diviso 12 restituisce il numero di dipendenti in servizio nell'anno di riferimento utile ai fini dell'applicazione della norma in questione, ferma restando la necessità di ricondurre gli stessi al tempo pieno, rapportando i cedolini con la percentuale di part-time del dipendente in servizio (a titolo esemplificativo, due dipendenti in part-time al 50% corrispondono alla fine dell'anno ad un dipendente a tempo pieno).
Si specifica che per anno di riferimento (2019 e successivi) si intende anno solare e le risorse accessorie sono esclusivamente quelle di competenza del medesimo anno; pertanto, la liquidazione di fondi contrattuali arretrati (relativi a anni precedenti) per il personale cessato non devono essere conteggiati fra i cedolini utili al calcolo.

Esempio anno 2023:
Per l'anno riferimento 2023 il numero cedolini liquidati da considerare sono quelli di competenza 2023 quindi a mero titolo esemplificativo al netto di cedolini erogati a personale cessato ante 2023, cedolini liquidati a personale in aspettativa/congedi non retribuiti nel 2023 a cui sono liquidate competenze accessorie ante 2023.
La quantificazione dell'incremento di unità di personale in servizio nell'anno di riferimento è determinata, a seguito di opportune verifiche operate a consuntivo, dalla differenza tra il numero di cedolini stipendiali effettivamente erogati nell'anno di riferimento diviso 12 (numero dei dipendenti su base annua) e le corrispondenti unità di personale in servizio al 31 dicembre 2018.

Esempio
Unita in servizio al 31/12/2018 (teste): 150
Fondo per la contrattazione integrativa 2018: 500.000,00
Valore pro-capite del trattamento accessorio: euro 3.333,33
Unità in servizio al 31/12/2023 (numero di cedolini stipendiali effettivamente erogati nell'anno di riferimento n. 1980/12): 165 unità

Unità aggiuntive: 165-150= 15
*Aumento fondo: 15*3.333,33=49.999,95.*

Si evidenzia che il complessivo valore medio pro-capite per area contrattuale deve essere suddiviso per quota fra i relativi fondi contrattuali al fine di garantire uno sviluppo equilibrato negli stessi. La suddivisione delle quote fra i fondi viene definita una sola volta, nella scheda SK Fondi 2023 e rimane valida per tutte le assegnazioni relative al decreto 35/2019 a partire dal 2023.
Il valore definito in sede di consuntivo 2023 sarà altresì oggetto di assegnazione nel BPE 2025, con la previsione di verifica intermedia in sede di assestamento 2025 e individuazione dei valori definitivi in sede di preconsuntivo 2025.
Si precisa che, a fronte di un'anticipazione assegnata agli Enti nell'Assestamento 2024, il valore definitivo per l'anno 2024 dovrà essere determinato dagli Enti in sede di preconsuntivo e di conseguenza la stessa dovrà essere rivista e conguagliata.

10.2.2. Incrementi stabili di assunzioni

Sono considerati incrementi stabili di assunzioni quelli previsti dalla seguente normativa:

- D.L. 34/2020 – art. 1 comma 4 (unità di personale dedicato a ADI);
- D.L. 34/2020 – art. 1 comma 5 e DM 77/2022 (IFEC);
- D.L. 34/2020 – art. 1 comma 8 (unità di personale dedicato a Centrali Operative Regionali);
- D.L. 34/2020 – art. 2 comma 1 (unità di personale dedicato a Terapie intensive);
- D.L. 34/2020 – art. 2 comma 5 (unità di personale dedicato a Trasporti per trasferimenti secondari);
- D.L. 73/2021 – art. 50 comma 1 (unità di personale dedicato a Servizi di prevenzione per la sicurezza negli ambienti e nei luoghi di lavoro).
- Legge 234/2021 – art. 1 comma 274 (potenziamento assistenza territoriale)

Tali finanziamenti, nella misura determinata dalla normativa, sono finalizzati ad assunzioni di personale a tempo indeterminato per finalità vincolate e destinati alla copertura dei trattamenti retributivi fondamentali ed accessori unitamente agli oneri riflessi a carico dell'amministrazione, e saranno oggetto di specifiche monitoraggi regionali durante l'anno. Nelle linee guida alle rendicontazioni verranno fornite eventuali aggiornamenti sulla capienza e sulla possibilità di ulteriori assegnazioni rispetto al BPE per le linee di finanziamento sopra indicate.
Per quanto relativo al trattamento accessorio, la metodologia proposta per il calcolo del valore pro-capite dello stesso, validata per gli incrementi previsti dal decreto 35/2019, deve essere utilizzata anche per i decreti nn. 34/2020 e 73/2021, e per eventuali successivi nuovi provvedimenti legislativi che prevedono incrementi di personale e che saranno comunque oggetto di specifica autorizzazione regionale e di integrazioni delle rilevazioni regionali.
Si precisa che al fine di definire il numero di unità destinate al finanziamento di cui al D.L. 35/2019, il conteggio del personale in servizio nell'anno di riferimento risultante dal calcolo dei cedolini erogati (con la metodologia sopra definita) va considerato al netto delle assunzioni stabili disposte dalla normativa individuata nel presente capitolo.

Esempio
Unità in servizio al 31/12/2018 (teste) 150
Unità in servizio al 31/12/2023 (numero di cedolini stipendiali effettivamente erogati nell'anno di riferimento n. 1980/12): 165 unità
Unità aggiuntive finanziate da risorse stabili ex lege: 12
Unità aggiuntive D.L. 35/2019: 165-150- 12= 3

FTE* 2023 (A)	NUMERO TESTE 31/12/2018 (B)	FTE* DL34/DM77/DL 73 (C)	FTE* DL35/2019 (A-B-C)
165	150	12	3

**da calcolarsi con il metodo dei cedolini*

10.2.3. Assegnazioni finanziamenti

Le linee di finanziamento sopra individuate, sono da considerarsi in deroga ai tetti di spesa per i costi del personale previsti dalla vigente normativa e pertanto si sensibilizzano gli enti alla loro puntuale rendicontazione.

Tali finanziamenti saranno assegnati in seguito a monitoraggio dello specifico effettivo reclutamento (sulla base di quanto stabilito dalla normativa vigente), progressivamente nei prossimi 3 esercizi a decorrere dal 2024, e in via definitiva sulla base delle effettive assunzioni e con riferimento al numero massimo autorizzato da Regione e indicato in sede di PTFP e successivi aggiornamenti. Le assegnazioni annuali progressive di risorse avranno carattere di stabilità anche per quanto relativo all'incremento dei fondi contrattuali. In considerazione della finalità vincolata, eventuali cessazioni negli anni successivi rispetto alle assunzioni effettuate nei tre anni dovranno essere considerate quale turn-over della dotazione stabile.

10.2.4. I Fondi contrattuali da CCNL

Si considerano stabili i fondi contrattuali storicamente costituiti secondo i dettati contrattuali sottoscritti negli anni. Tali fondi sono oggetto di una specifica rendicontazione nel template e devono essere rappresentati separatamente rispetto alle integrazioni di risorse previste dalla seguente normativa:

- D.L. 30-4-2019 n. 35 art. 11
- D.L. 19-5-2020 n. 34 - art. 1 comma 4
- D.L. 19-5-2020 n. 34 - art. 1 comma 5 e DM 77/2022
- D.L. 19-5-2020 n. 34 - art. 1 comma 8
- D.L. 19-5-2020 n. 34 - art. 2 comma 1
- D.L. 19-5-2020 n. 34 - art. 2 comma 2
- D.L. 25-5-2021 n. 73 - art. 50 comma 1
- Legge 234/2021 - art. 1 comma 274 (potenziamento assistenza territoriale)
- L. 27-12-2017 n. 205 art.1 comma 435 e comma 435 bis
- L. 30-12-2018 n. 145 art. 1 comma 527 (certificazioni INAIL)
- D. Lgs. n. 178/2012 art. 6 comma 7 e DGR n. XI/1864 del 09.07.2019 (personale ESACRI).

Si precisa che nella parte variabile del Fondo Premialità del comparto e del Fondo Risultato della dirigenza Area Sanità, gli Enti indicano l'indennità di Pronto Soccorso prevista dall'art. 1 co. 293 Legge n. 234/2021, richiamata nei rispettivi CC.NN.NN.LL. nella misura definita annualmente dai competenti uffici regionali a seguito dell'esito del confronto regionale con le organizzazioni sindacali di categoria.

10.2.5. Integrazioni annuali dei fondi contrattuali

Si considerano risorse integrative dei fondi contrattuali quelle previste dalle seguenti normative:

- Legge n. 205 del 27/12/2017, art.1 co. 435 e 435-bis
- Legge n. 145 del 30/12/2018, art. 1 co. 527 (certificazioni INAIL)

I finanziamenti di cui all'art. 1 co. 435 e 435-bis Legge n. 205 del 27/12/2017 si consolidano di anno in anno sui fondi contrattuali di competenza, diversamente dai finanziamenti ex art. 1 co. 527 Legge n. 145 del 30/12/2018 che non si consolidano nella parte stabile dei fondi in quanto oggetto di assegnazioni annuali.

10.2.6. Ulteriori integrazioni annuali dei fondi contrattuali rilevati nel conto annuale

Si considerano in questa sezione le risorse quantificate ai sensi di legge dalle singole aziende che, pur non rientrando nell'assegnazione regionale del budget del personale, sono oggetto di rendicontazione nelle tabelle 15 del Conto Annuale quali, a solo titolo esemplificativo, gli incentivi tecnici e i compensi dell'avvocatura. In tale sezione deve essere inoltre indicata la RIA, oggetto di decurtazione ai sensi dell'art. 23 del D. lgs. n. 75/2017.

10.2.7. Trasferimento di personale

Al fine di individuare il numero di unità destinate al finanziamento di cui al D.L. 35/2019, l'eventuale trasferimento di personale fra aziende sanitarie, avvenuto con decreti di assegnazione regionale, non deve essere considerato ai fini del calcolo del valore medio pro-capite del trattamento accessorio 2018 del personale del comparto.

In analogia con quanto definito al paragrafo 2, al fine di definire il numero di unità destinate al finanziamento di cui al D.L. 35/2019, il conteggio del personale in servizio nell'anno di riferimento risultante dal calcolo dei cedolini erogati (con la metodologia sopra definita) va considerato al netto dei trasferimenti (in entrata o in uscita) disposti dai decreti di assegnazione.

10.2.8. Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori e AREU

A seguito della costituzione della Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori e dell'Agenzia Regionale Emergenza Urgenza - AREU, i relativi fondi contrattuali sono stati costituiti prevedendone l'implementazione progressiva negli anni per giungere ai valori definitivi stabiliti nelle rispettive delibere di costituzione, fatto salvo l'incremento dei fondi stessi in caso di attivazione, implementazione e consolidamento delle funzioni assegnate secondo la vigente disciplina dei CCNL.

10.2.9. Trasferimento Poliambulatori da ASST NORD. All. 3) D.G.R. n. 2966 del 05/08/2024 – suddivisione dei fondi contrattuali fra le ASST

Il trasferimento dei Poliambulatori di ASST Nord alle ASST SS Paolo e Carlo, Fatebenefratelli Sacco e GOM Niguarda, comporta il passaggio di quote di fondi contrattuali dalla azienda cedente alle aziende destinatarie.

La complessiva quantificazione economica dei trasferimenti del personale (trattamento fondamentale, accessorio oneri e IRAP) dovrà essere indicata negli elenchi di personale da trasferire, sottoscritti a firma congiunta dal Direttore Generale della azienda cedente e dal Direttore Generale della azienda destinataria e inviati alla Direzione Welfare.

In particolare, la valorizzazione delle quote di trattamento accessorio dovrà considerare, ai fini del conteggio, le unità di personale destinatarie del trasferimento in servizio al 31/12/2021, comprensive delle cessazioni intervenute successivamente a tale data e non ancora sostituite al 31/03/2025.

Le quote di fondo da trasferire devono essere calcolate considerando che per ogni singola posizione del personale, sono determinati gli importi economici contrattuali previsti su base annua comprensivi della tredicesima mensilità, se dovuta, e per tempo pieno.

La decorrenza della data di trasferimento è il 1°aprile 2025 (ultimo giorno di servizio in ASST Nord Milano 31/03/2025). Viste le tempistiche necessarie per la predisposizione degli elenchi, si prevede che i passaggi di quote di budget fra le ASST coinvolte, come quantificate negli elenchi di personale a firma congiunta, saranno attuati in sede di sessione di assestamento di bilancio 2025.

Con riferimento all'ultimo bilancio aziendale consolidato, sono stati individuati i fondi contrattuali di competenza 2023 (parte stabile) per effettuare i conteggi delle quote da trasferire.

La ripartizione dei fondi contrattuali fra le ASST coinvolte non può comunque generare, a livello di ASST, costi incrementali rispetto alla consistenza dei fondi originari.

Eventuali contratti integrativi aziendali/accordi aziendali sottoscritti entro il 31/12/2024 (es. riconoscimento progressione economica orizzontale per il personale del comparto), dovranno essere

debitamente quantificati e valorizzati negli elenchi a firma congiunta ai fini della corretta ripartizione dei fondi contrattuali. Il trasferimento di personale coinvolge due aree contrattuali: la dirigenza l'Area Sanità e il personale del comparto, di seguito si indicano i criteri per la ripartizione dei fondi contrattuali.

10.3. FONDI DEL PERSONALE DEL COMPARTO

10.3.1. Fondo premialità e condizioni di lavoro - Art. 103 CCNL 2019-2021

Il fondo di riferimento è quello che risulta consolidato (parte stabile) alla data del 31/12/2023.
Le risorse del Fondo destinate alla premialità correlata alla performance organizzativa sono ripartite sulla base del numero dei dipendenti in servizio (teste) al 31.12.2023, ed assegnato in modo proporzionale al personale trasferito, comunque ponderato in relazione al relativo peso/coefficiente previsto per area/categoria/profilo, come disciplinato dai rispettivi contratti integrativi aziendali e/o accordo aziendale annuale per l'anno 2024. La ripartizione del fondo deve in ogni caso garantire anche il finanziamento dei posti coperti dal personale in distacco sindacale e in aspettativa a qualsiasi titolo non sostituito. Le quote così determinate evidenziano la consistenza necessaria per il pagamento degli emolumenti complessivi per la retribuzione della produttività sia al personale trasferito sia al personale che rimane all'azienda cedente.
Le risorse del Fondo destinate alla retribuzione di compensi di lavoro straordinario di cui all'art. 47 (Lavoro straordinario) e alle indennità correlate alle condizioni di lavoro di cui al TITOLO X - CAPO III con esclusione delle indennità di cui agli artt. 104 (Indennità di specificità infermieristica) e 105 (Indennità tutela del malato e promozione della salute), sono ripartite considerando la spesa imputata per ogni singola unità di personale per l'anno 2023 così da quantificare l'esatta spesa destinata al personale dei poliambulatori per l'anno 2023.
L'eventuale residuo del fondo, al netto di eventuali resti relativi all'indennità di pronto soccorso, è ripartito in quote pro-capite definite sulla base del numero dei dipendenti, in servizio (teste) al 31.12.2023. Tali quote sono assegnate alle ASST in modo proporzionale al personale trasferito (es. residuo fondo 1000 / totale dipendenti comparto x numero dei dipendenti trasferiti al nuovo ente). La ripartizione del fondo deve in ogni caso garantire anche il finanziamento dei posti coperti da personale in distacco sindacale e in aspettativa a qualsiasi titolo non sostituito.
Tale modalità di riparto non dà luogo ad alcun residuo.

10.3.2. Fondo incarichi, progressioni economiche e indennità professionali – Art. 102 Ccnl 2019-2021

Il fondo di riferimento è quello che risulterà consolidato (parte stabile) alla data del 31/12/2023.
Il fondo viene ripartito in modo tale da garantire al personale del comparto trasferito alle ASST le risorse necessarie per il pagamento:

- delle indennità correlate agli incarichi di cui al TITOLO III – CAPO III del CCNL 2019-2021
- dei differenziali economici di professionalità assegnati;
- degli assegni ad personam attribuiti;
- della indennità di coordinamento, già ad esaurimento, prevista dall'art. 21, commi 1 e 2, del CCNL del 21.5.2018;
- dell'indennità di qualificazione professionale;
- della indennità professionale specifica.

Pertanto, per ogni singola posizione del personale, verranno determinati gli importi economici contrattuali previsti in base annua e per tempo pieno, comprensivi della tredicesima mensilità se dovuta corrispondente al maturato del singolo dipendente al 31.12.2024.
La ripartizione del fondo deve in ogni caso garantire anche il finanziamento dei posti coperti da personale in distacco sindacale e in aspettativa a qualsiasi titolo non sostituito.

Il residuo del fondo è ripartito sulla base del numero di dipendenti, in servizio al 31.12.2023: le quote pro-capite così determinate sono assegnate in modo proporzionale al personale trasferito alle ASST (es. residuo fondo 1000 / totale dipendenti comparto x numero dei dipendenti trasferiti alla nuova ASST/ATS). Tale modalità di riparto non dà luogo ad alcun residuo.

10.4. FONDI DEL PERSONALE DELLA DIRIGENZA AREA SANITA'

10.4.1. Fondo per la retribuzione di risultato – art. 74 CCNL 2019-2021

Il fondo di riferimento è quello che risulta consolidato (parte stabile) alla data del 31 dicembre 2023, integrato unicamente dagli incrementi previsti dal CCNL 2019-2021 per l'anno di riferimento.
Il fondo è ripartito sulla base del numero di dirigenti, in servizio (teste) al 31.12.2023, comunque ponderato in relazione al relativo peso/coefficiente previsto per tipologia di incarico, come disciplinato dai rispettivi contratti integrativi/accordi aziendali annuali per l'anno 2024.
La ripartizione del fondo deve in ogni caso garantire anche il finanziamento dei posti coperti da personale in aspettativa a qualsiasi titolo non sostituito.
Le quote così determinate costituiscono l'importo complessivo disponibile per la retribuzione di risultato sia al personale trasferito sia al personale che rimane all'Ente cedente.
Tale modalità di riparto non dà luogo ad alcun residuo.

10.4.2. Fondo per la retribuzione delle condizioni di lavoro - art. 73 CCNL 2019-2021

Il fondo di riferimento è quello che risulterà consolidato (parte stabile) alla data del 31 dicembre 2023, integrato unicamente dagli incrementi previsti dal CCNL 2019-2021 per l'anno di riferimento.
Il fondo verrà ripartito in riferimento a ogni singola voce contrattuale relativa al rischio e disagio e alle particolari condizioni di lavoro, sulla base degli importi erogati nell'anno 2023 dall'azienda cedente a ciascun dirigente, quali – a titolo esemplificativo – turni di guardia, turni di pronta disponibilità, ore di straordinario poste in pagamento, ed ogni altra fattispecie prevista dai vigenti CCNL ed attuata dai vigenti CCIA e dagli accordi aziendali annuali nell'ambito del citato fondo.
L'eventuale residuo del fondo, al netto di eventuali resti relativi all'indennità di pronto soccorso, è ripartito sulla base del numero di dirigenti, in servizio al 31/12/2023, ed assegnato in modo proporzionale al personale trasferito (es. residuo fondo1000 / totale dirigenti x numero di dirigenti trasferiti alla nuova ASST/ATS).
La ripartizione del fondo dovrà garantire anche il finanziamento dei posti coperti da personale in aspettativa a qualsiasi titolo non sostituito. Tale modalità di riparto non dà luogo ad alcun residuo.

10.4.3. Fondo per la retribuzione degli incarichi - art. 72 CCNL 2019-2021

Il fondo di riferimento è quello che risulterà consolidato (parte stabile) alla data del 31/12/2023, integrato unicamente dagli incrementi previsti dal CCNL 2019-2021.
Il fondo viene ripartito in modo da garantire ai dirigenti afferiti le risorse necessarie per il pagamento:

- retribuzione di posizione parte fissa e parte variabile secondo la disciplina di cui all'art. 91 (Retribuzione di posizione) del CCNL 2016-2018, ivi compresa la maggiorazione di cui all'art. 92 co. 4 (Clausola di garanzia);
- indennità per incarico di direzione di struttura complessa;
- indennità di specificità medico – veterinaria
- eventuali trattamenti economici previsti sulla base delle specifiche disposizioni di legge;
- specifico trattamento economico ove spettante in applicazione della norma transitoria art. 38, co. 3 CCNL del 08/06/2000 (Norma Transitoria per i dirigenti già di II livello) dell'Area IV Medico - Veterinaria e art. 39 co. 2 CCNL dell'08.06.2000 (Norma transitoria per i dirigenti già di II livello del ruolo sanitario) dell'Area III con riferimento alla sola dirigenza sanitaria;
- eventuali assegni personali posti a carico del fondo ai sensi delle vigenti norme contrattuali.

La ripartizione del fondo deve in ogni caso garantire anche il finanziamento dei posti coperti da personale in aspettativa a qualsiasi titolo non sostituito.
Pertanto, per ogni singola posizione dirigenziale afferita, verranno determinati gli importi economici contrattuali previsti su base annua comprensivi della tredicesima mensilità, corrispondente alla posizione aziendale ricoperta al 31/12/2024.

L'eventuale residuo del fondo è ripartito sulla base del numero di dirigenti, in servizio al 31/12/2023, ed assegnato in modo proporzionale al personale trasferito (es. residuo fondo 1000 / totale dirigenti * numero di dirigenti trasferiti alla nuova ASST/ATS). Tale modalità di riparto non dà luogo ad alcun residuo.

Si precisa che, in considerazione del previsto trasferimento con decorrenza 1° aprile, i valori annui delle poste economiche indicati nei decreti a firma congiunta saranno considerati in fase di assegnazione di budget 2025 sulla base della decorrenza della presa in servizio (1° aprile) nelle aziende di destinazione.
A partire dal 2026 l'assegnazione di budget per le aziende interessate al trasferimento sarà effettuata considerando i valori annui.
Sono fatti salvi eventuali ulteriori trasferimenti di trattamento accessorio relativo ad accordi integrativi sulle progressioni economiche (DEP) per l'anno 2025, sottoscritti da ASST Nord Milano successivamente al 1° aprile e, pertanto, non inseriti nei decreti di sottoscrizione che eventualmente hanno fra i destinatari dipendenti dei poliambulatori trasferiti.

10.4.4. Fondi contrattuali e limite ex art. 23 D. Lgs. n. 75 del 25/05/2017

La retribuzione accessoria è soggetta alla verifica del limite disposto dall'art. 23 co. 2 D. lgs. n. 75 del 2017, che prevede "[…] *a decorrere dal 1° gennaio 2017, l'ammontare complessivo delle risorse destinate annualmente al trattamento accessorio del personale, anche di livello dirigenziale, di ciascuna delle amministrazioni pubbliche di cui all'art. 1 co. 2, D. lgs. n. 165/ 2001, non può superare il corrispondente importo determinato per l'anno 2016*".
Si sottolinea che al fine di evitare che le nuove assunzioni si traducano in una penalizzazione della retribuzione accessoria del personale già in servizio, i finanziamenti previsti dalle norme richiamate nei capitoli precedenti sono da intendersi in deroga al predetto limite.

10.4.5. Certificazione dei fondi

Ai sensi dell'art. 40-bis D.lgs. n. 165/2001 il controllo sulla compatibilità dei costi della contrattazione collettiva integrativa con i vincoli di bilancio e quelli derivanti dall'applicazione delle norme di legge, con particolare riferimento alle disposizioni inderogabili che incidono sulla misura e sulla corresponsione dei trattamenti accessori è effettuato dal Collegio Sindacale.
È prevista, da parte del Collegio sindacale, la certificazione dei fondi contrattuali al momento della costituzione provvisoria ad inizio anno e successivamente in sede di Bilancio consuntivo.
Gli specifici accordi sindacali, successivi alla costituzione provvisoria, che implicano eventuali movimentazioni stabili dei fondi contrattuali, nel rispetto dell'art. 23 D. Lgs. 75/2017 e comunque a invarianza complessiva degli stessi, dovranno essere comunicati ai competenti uffici regionali previa validazione dell'accordo da parte del Collegio Sindacale.

10.5. FLUSSI INFORMATIVI DEL PERSONALE

Si sottolinea l'importanza di provvedere ad una corretta compilazione di tutti i flussi informativi derivanti da disposizioni nazionali quali, Conto Annuale, Allegato al CE, elenco nazionale dei dirigenti di struttura complessa del ruolo sanitario, Relazione al Conto Annuale, e regionali, con particolare riferimento ai Flussi A/B e C (Flu.Per) e modello A – bilancio, al fine di assicurare il raccordo delle informazioni presenti nei diversi flussi del personale.

Si rammenta che gli stessi sono utilizzati per la definizione di indicatori di efficienza, efficacia ed economicità degli enti sanitari, nonché ai fini del computo dei fabbisogni di personale.
Si evidenzia, pertanto, la necessaria coerenza:

- dei dati contenuti nei Flussi Ministeriali rispetto ai dati di costo rilevati nel Bilancio in nota integrativa, nel Modello A e riportati nel Flu.Per.;
- dei dati di Flu.Per. con le anagrafiche HSP ministeriali e correlati flussi di produzione anche al fine del progetto di definizione del fabbisogno di personale;
- delle ore lavorate comunicate nel flusso Ministeriale Relazione al Conto Annuale con i dati presenti nel flusso B;
- degli assetti organizzativi fra l'assetto Poas e Flu.Per (l'ente ha l'onere di tenere allineati gli assetti).

La qualità dei dati dei flussi informativi sopra menzionati sarà oggetto di specifiche verifiche da parte dei competenti Uffici della Direzione Generale Welfare.
Il mancato rispetto delle scadenze di invio dei flussi e della loro correttezza e coerenza rispetto alle linee guida progressivamente diramate sarà valutato, nei termini specificati da apposita DGR, ai fini della valutazione dei Direttori Generali.

10.6. PROCEDURE DI RECLUTAMENTO DEL PERSONALE

10.6.1. Concorsi aggregati

Richiamato l'art. 6, co. 3, lett. i-ter) L.R. n. 33/2009, come modificato dall'art. 8, co. 1, lett. k), della L.R. 22/2021, rientra tra le funzioni attribuite alle Agenzie di Tutela della Salute regionali *"la raccolta del fabbisogno di personale per il territorio di competenza e coordinamento, a livello territoriale, delle eventuali procedure aggregate per il relativo reclutamento, ferma restando l'autonomia delle singole strutture nel reclutamento delle figure sanitarie".*
In un'ottica di razionalizzazione delle procedure concorsuali per il reclutamento del personale sanitario, si invitano le aziende a considerare nella fase iniziale di pianificazione l'opportunità di individuare singole procedure selettive da espletarsi in forma aggregata.
La cooperazione fra le ATS e gli Enti operanti all'interno del territorio di competenza delle stesse avviene, attraverso specifici Protocolli di norma di durata annuale, nelle fasi di programmazione ed espletamento delle procedure di selezione del suddetto personale, di utilizzo delle graduatorie.
I Protocolli possono comprendere eventuali ulteriori accordi finalizzati ad efficientare i processi di reclutamento del personale medico e sanitario necessario a garantire continuità di erogazione e massima qualità delle prestazioni in tutto il territorio di competenza delle ATS.
Le aziende si impegnano ad aderire al sistema aggregato di espletamento dei concorsi pubblici, fermo restando eventuali esigenze sopravvenute che richiedono interventi di reclutamento urgenti.
Le procedure concorsuali saranno espletate dall'Ente mandatario individuato fra gli Enti aderenti al Protocollo, sulla base della rilevazione del fabbisogno rilevato dall'ATS da ciascun Ente mandante in fase di programmazione e nella fase istruttoria propedeutica alla pubblicazione del bando.
Si dovranno prevedere in esito al concorso la formazione di graduatorie per ogni Ente aderente al Protocollo. La graduatoria stilata per ciascun Ente aderente alla procedura rimane nella disponibilità dell'Ente titolare, che potrà utilizzarla per soddisfare il proprio fabbisogno per tutta la durata della stessa. L'Ente titolare della graduatoria, qualora ne sussistano le condizioni, concederà l'utilizzo della graduatoria in via prioritaria agli Enti aderenti alla procedura.
Per quanto relativo alla ATS, le stesse possono aggregarsi tra loro per il reclutamento di profili idonei alle funzioni specifiche di competenza con le modalità di cui sopra.

10.6.2. Piani di organizzazione aziendale strategici (POAS)

Si conferma il monitoraggio trimestrale della copertura di tutte le strutture previste dai POAS 2022-2024, attraverso la piattaforma POAS Web. I dati dovranno essere inseriti entro il giorno 15 del mese successivo al trimestre di riferimento.

10.6.3. Copertura dei posti e delle strutture complesse previsti in dotazione organica

La copertura delle strutture complesse richiede l'autorizzazione da parte della DG Welfare.
Sono fatte salve le autorizzazioni già rilasciate, che mantengono validità fino al 30 giugno 2025.
I limiti autorizzati cui deve riferirsi il Collegio Sindacale nelle sue verifiche sono rappresentati dai valori di costo assegnati e di dotazione organica inseriti nel PTFP 2025-2027. In ogni caso il costo costituisce un limite invalicabile, non possono pertanto essere disposte assunzioni che comportino, a regime, l'incremento dei costi oltre il limite assegnato, ivi compreso il valore dei Fondi contrattuali.
Con riferimento alle aspettative per incarichi di cui al D. Lgs n. 502/92, si invitano le Aziende al rispetto delle disposizioni previste dall'art. 3-bis, comma 11, del medesimo decreto legislativo. Nel periodo di fruizione di tale aspettativa l'azienda può provvedere alle sostituzioni per la durata dell'aspettativa concessa così come previsto dall'art 22 co. 5 CCNL 19 dicembre 2019. Al rientro in servizio dall'aspettativa, il dirigente sostituito completa il proprio periodo di incarico ed è soggetto alla verifica e valutazione di cui al Capo VIII del CCNL 19 dicembre 2019.
Stante la ratio della normativa sopra riportata, essendo l'aspettativa disposta anche a tutela degli Enti sociosanitari pubblici, questi ultimi dovranno provvedere al contestuale congelamento di un corrispondente posto in organico per la durata della stessa così da consentire al dirigente, al momento del rientro, di proseguire il proprio incarico. Tale disposizione vale anche nel caso in cui nel POAS siano state modificate o soppresse le Strutture Complesse coperte da titolare in aspettativa ex D.lgs. 502/92.

10.6.4. Piano triennale dei fabbisogni di personale

Il PTFP 2025/2027 contiene la programmazione del personale dipendente, del personale con contratto atipico, dei convenzionati universitari e dei convenzionati specialisti ambulatoriali e medicina dei servizi.
La proposta dovrà essere adottata dall'ente con apposito atto deliberativo, validato, per quanto di competenza dai propri Collegi dei Revisori e inviato agli uffici della DG Welfare entro il 28 febbraio 2025, per l'approvazione e gli atti conseguenti regionali. Le modalità per la presentazione saranno definite con specifiche indicazioni della Direzione Generale Welfare.
La DG Welfare, nell'ambito dei programmi strategici avviati e che intende avviare, riconosce anche l'importante e fondamentale ruolo svolto e garantito sia dall'Agenzia Regionale Emergenza Urgenza – AREU (ex art. 16 della L.R. 33/2009) sia dall'Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario Lombardo – ACSS (ex art. 11 della L.R. 33/2009).

10.6.5. Formazione del personale SSR

La formazione continua è opportunità e stimolo per la crescita di tutto il sistema salute ed è obbligo per tutti i professionisti sanitari che devono accrescere la propria formazione e competenza professionale. Il Sistema Lombardo ECM-CPD, attraverso i suoi provider accreditati, deve continuare a svilupparsi proponendo nuovi percorsi formativi blended fortemente improntati al digitale da affiancare alla formazione tradizionale analogica.
È quindi indispensabile che gli uffici formazione vengano adeguatamente valorizzati e dotati delle necessarie risorse tecnologiche, umane e didattico-metodologiche.
Ai provider del Sistema lombardo ECM-CPD è perciò richiesta:

- la realizzazione, anche in collaborazione con PoliS Lombardia, strutture del S.S.R. e altri provider accreditati, di percorsi formativi, con un'attenzione particolare alla progettazione di percorsi blended e con lo sviluppo delle funzioni di E-learning;
- il rispetto della normativa ECM e di quanto previsto nel "Manuale di accreditamento per l'erogazione di eventi ECM-CPD Regione Lombardia";
- l'inserimento dei piani formativi sul "Sistema gestionale lombardo ECM – Sviluppo professionale continuo" entro il termine stabilito da D.G. Welfare;
- la realizzazione di almeno il 50% degli eventi previsti dai piani formativi accreditati;
- la regolare trasmissione dei flussi relativi ai crediti formativi da assegnare ai professionisti;
- la collaborazione, finalizzata allo sviluppo del Sistema gestionale lombardo ECM, anche attraverso il supporto all'attività della Commissione regionale per la formazione continua e dell'Osservatorio regionale della qualità dell'educazione continua in medicina;
- la promozione di attività per favorire la partecipazione del personale alle attività formative e l'attivazione di verifiche in merito al rispetto dell'obbligo formativo in capo ai professionisti sanitari.

Sono confermate anche per l'anno 2025 le specifiche tematiche formative su cui si ritiene strategico promuovere la progettazione di eventi formativi e in virtù dei quali si riconosce a titolo di premialità un numero di crediti aggiuntivi a favore dei professionisti sanitari, così come previsto dalle regole di accreditamento regionali.

Queste sono:

TIPO TEMATICA	TITOLO TEMATICA SPECIALE
REGIONALE	Reti di prossimità: nuove modalità di presa in carico dei pazienti cronici e fragili e azioni a potenziamento della medicina generale.
	Tutela della salute e sicurezza del lavoratore.
	Approccio one health: promozione di stili di vita e ambienti favorevoli alla salute, prevenzione dei fattori di rischio comportamentali delle malattie cronico degenerative e delle dipendenze.
	Azioni formative a sostegno delle capacità relazionali.
	Applicazione ai percorsi formativi ECM-CPD di metodologie per la misurazione delle ricadute organizzative. *
	Nuovi paradigmi dell'area emergenza urgenza per Regione Lombardia.
NAZIONALE	Strumenti per la sanità digitale.
	Fertilità.
	Piano strategico operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu 2021–2023). Aspetti scientifici, tecnico-operativi, giuridico-normativi e di gestione delle emergenze.
	Vaccini e strategie vaccinali.
	Responsabilità professionale.
	Gestione delle situazioni che generano violenza nei confronti dell'operatore sanitario.
	Antimicrobico-resistenza.
	Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale.
	Formazione in infezioni ospedaliere.
	Utilizzo della cannabis terapeutica nelle pratiche di gestione del dolore.
	L'infezione da Coronavirus 2019 nCoV.
	La medicina di genere.

** Per quanto attiene alla tematica regionale "Applicazione ai percorsi formativi ECM-CPD di metodologie per la misurazione delle ricadute organizzative" questa rappresenta una scelta strategica di Regione Lombardia e riguarda la progettazione, erogazione e monitoraggio degli esiti dei percorsi formativi erogati. I crediti aggiuntivi non potranno assommarsi al bonus previsto per le altre tematiche regionali/nazionali.*

10.6.6. Formazione personale dell'Area Professionale Tecnica ed Amministrativa

In considerazione della sempre maggiore complessità delle funzioni e delle attività da svolgere, nel 2025 si deve perseguire l'obiettivo di garantire un'effettiva offerta formativa specifica rivolta alle risorse umane dei ruoli professionale, tecnico e amministrativo, sia come formazione al ruolo sia come aggiornamento professionale, tale obiettivo dovrà essere assicurato, a livello aziendale e regionale, tramite:

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

10.6.7. Reclutamento di personale sanitario (medico e infermieristico) da Paesi esteri

Proseguono le attività di reclutamento di personale straniero, ampliando le ricerche non solo nel Cono Sud, ma anche in tutti gli altri Paesi che possono rappresentare un partner utile alla cooperazione. Le attività saranno gestite da una Task Force per il tramite di AREU, istituita per consolidare gli accordi già avviati, concluderne di nuovi e definire un percorso standardizzato per il reclutamento di personale sanitario da altri paesi. L'obiettivo è rendere il processo efficiente, replicabile e ben strutturato, garantendo una procedura collaudata che possa essere utilizzata ogniqualvolta si renda necessario reclutare risorse dall'estero.

La selezione del personale sarà basata sui fabbisogni specifici rilevati da ciascuna ATS e ASST, garantendo una distribuzione ottimale delle risorse rispetto alle esigenze territoriali. Il personale reclutato sarà inizialmente impiegato con contratti a tempo determinato, con possibilità di rinnovo sulla base delle valutazioni annuali. Infine, saranno anche sperimentati percorsi innovativi di reclutamento del personale.

Saranno organizzati percorsi specifici per l'apprendimento della lingua italiana e per la formazione culturale, normativa e tecnica, comprensivi di tutoraggio e affiancamento sul campo, al fine di garantire un inserimento efficace nei contesti lavorativi locali.

10.6.8. Riconoscimento del titolo estero in deroga

Attualmente, per i medici e gli infermieri provenienti da paesi extra UE è previsto un regime di riconoscimento in deroga del titolo, applicabile fino al 31 dicembre 2027.

È stata recentemente emanata la delibera n. 3392 del 11/11/2024 che prevede il riconoscimento in deroga anche di alcune specializzazioni mediche. È attualmente in fase di sviluppo la piattaforma digitale che consentirà anche di gestire le domande di riconoscimento delle specializzazioni mediche in modo rapido e tracciabile.

11. DIGITALIZZAZIONE

11.1. SCENARIO GENERALE E STRATEGIE EVOLUTIVE DEI SISTEMI INFORMATIVI REGIONALI

11.1.1. Obiettivi Strategici

La visione strategica regionale complessiva su cui fondare il percorso di trasformazione e innovazione digitale, la declinazione degli obiettivi strategici di breve, medio e lungo termine e la pianificazione degli specifici interventi innovativi necessari per attuare concretamente il percorso verso l'ecosistema di Sanità Digitale sono riportati nel Piano Strategico di Sanità Digitale 2023-2026 di Regione Lombardia che viene aggiornato periodicamente.

Gli obiettivi strategici per l'attuazione delle progettualità a livello centrale e locale sono:

- Rendere disponibili strumenti digitali e tecnologie innovative per supportare i professionisti nel lavoro e promuovere la trasformazione digitale regionale in modo organizzato ed efficiente.
- Progettare una nuova architettura dei sistemi informativi regionali per ridurre l'eccessivo frazionamento e favorire la diffusione di servizi digitali innovativi, a supporto dei nuovi modelli organizzativi e dell'Ecosistema di Sanità Digitale.
- Creare una nuova architettura informatica per valorizzare il patrimonio informativo regionale, migliorare il controllo e la gestione proattiva dei servizi e semplificare l'accesso per i cittadini.

È stato avviato un percorso per rinnovare i sistemi informativi regionali, ridurre i sistemi applicativi usati negli Enti Sanitari, sostenere processi sovra-aziendali, rafforzare il patrimonio informativo e facilitare l'accesso ai servizi sociosanitari. Le iniziative includono la progettazione e diffusione di nuovi sistemi centralizzati come il CUP unico, la Cartella Clinica Elettronica, il Sistema di Gestione Digitale del Territorio, l'Infrastruttura di Telemedicina, il Sistema di Laboratorio Analisi e quello di Anatomia Patologica, contribuendo al cambiamento architetturale regionale. Alle iniziative già in corso si aggiungeranno nuovi interventi, tra cui il sistema per l'Automazione della Logistica del Farmaco, la Gestione delle Risorse Umane e la Gestione Economico Contabile degli Enti Sanitari, che favoriranno l'avanzamento della riorganizzazione architetturale regionale. Il cambiamento architetturale utilizzerà tecnologie avanzate e servizi "Cloud" per garantire continuità operativa e massima protezione dei dati. La semplificazione attuale e i nuovi progetti digitali a livello locale e regionale rafforzeranno il Fascicolo Sanitario Elettronico e il patrimonio informativo regionale e nazionale. Un percorso strutturato di formazione continua per operatori sociosanitari, insieme all'attenzione a protezione dei dati e sicurezza informatica, saranno tra le priorità della Regione Lombardia nel 2025 e oltre.

11.1.2. Organizzazione dell'azione strategica

Gli obiettivi strategici vengono perseguiti attraverso l'azione coordinata della U.O. Sistemi Informativi e Sanità Digitale con le UU.OO. della Direzione Generale Welfare, Aria S.p.A., e le strutture dei Sistemi Informativi delle Agenzie, delle ASST, degli IRCCS e degli EEPA. È fondamentale coinvolgere anche i Sistemi Informativi degli Enti privati accreditati per garantire la loro partecipazione attiva alla trasformazione digitale con impatti rilevanti su professionisti e cittadini.

Per identificare necessità, criticità e opportunità, tutte le nuove progettualità devono essere definite con la massima inclusività, coinvolgendo i professionisti degli ambiti ospedalieri e territoriali sin dalle prime fasi di analisi e progettazione. È cruciale prevedere confronti trasversali e multiprofessionali con Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Medici specialisti, Infermieri ospedalieri e di famiglia, farmacisti e altre figure sociosanitarie coinvolte nel processo assistenziale. Aria S.p.A. fornirà supporto strategico, grazie alla sua esperienza nei processi sociosanitari e competenze tecnologiche. I suoi specialisti, supportati da consulenti esperti, contribuiranno alla definizione della

visione strategica, alla progettazione e all'implementazione degli interventi, garantendo la diffusione su tutto il territorio regionale di tecnologie, servizi e conoscenze.
Strumenti organizzativi in attivazione nel 2025 in ambito dei servizi sociosanitari:

Network dei Responsabili dei Sistemi Informativi di Regione Lombardia

Il Responsabile dei Sistemi Informativi è il punto di riferimento per la trasformazione digitale a livello regionale e locale. La sostenibilità degli investimenti in Sanità Digitale richiede un ruolo attivo di tutti i Responsabili dei Sistemi Informativi. Le innovazioni in Sanità Digitale necessitano di percorsi di condivisione tra aziende e confronto con Regione Lombardia. La creazione di un network dei CIO consentirà di condividere esperienze e dialogare con Regione Lombardia sull'implementazione dei progetti di Sanità Digitale. Il network, costituito dai Responsabili dei Sistemi Informativi delle Agenzie, ASST e IRCCS del Sistema Sanitario lombardo, si propone i seguenti obiettivi:

- Confronto sulle strategie di sviluppo dei servizi e l'introduzione di sistemi innovativi
- Condivisione delle esperienze di digitalizzazione e delle competenze professionali
- Attuazione di nuovi modelli organizzativi interaziendali per la gestione di progetti complessi che richiedono competenze specifiche
- Condivisione e discussione di buone pratiche e ascolto del mercato
- Coordinamento trasversale sulle diverse iniziative eventualmente condotte da gruppi specialistici su temi specifici

Il Network dei Responsabili dei Sistemi Informativi si riunisce in incontri istituzionali almeno 4 volte all'anno sulla base della programmazione delle attività e delle principali progettualità e degli obiettivi di sistema.

Gruppi specialistici interaziendali

Regione Lombardia, su proposta degli Enti Sanitari, istituirà gruppi specialistici interaziendali a supporto del network dei Responsabili dei Sistemi Informativi. Questi gruppi svolgeranno studi, analisi tecniche e approfondimenti su temi complessi che richiedono competenze specialistiche. I gruppi offriranno supporto tecnico alle strutture sociosanitarie, contribuendo alla razionalizzazione della rete di offerta e alla collaborazione sovra-aziendale. L'istituzione di questi gruppi consentirà di ottimizzare le risorse professionali specialistiche disponibili, favorire la collaborazione interaziendale e valorizzare le migliori professionalità a livello regionale.
I gruppi specialistici interaziendali svolgeranno i seguenti compiti istituzionali per i rispettivi ambiti specifici:

- Analisi dei fabbisogni, raccolta di elementi tecnici a supporto delle decisioni strategiche e identificazione delle priorità di intervento su temi specialistici
- Condivisione delle criticità e delle opportunità per lo sviluppo e potenziamento dei sistemi informativi regionali
- Approfondimenti tecnici e preparazione dei contenuti necessari per la conduzione di specifiche attività specialistiche
- Supporto tecnico specialistico alle strutture sociosanitarie sovra aziendali
- Deleghe specifiche per sottogruppi su temi e progetti particolari
- Formazione – percorsi formativi

Si riuniscono in modalità autonoma con periodicità variabile sulla base dei compiti assegnati, delle finalità specifiche e delle tempistiche per il raggiungimento degli obiettivi specifici.
Sulla base dei compiti e tempistiche assegnate, delle necessità e opportunità, i gruppi specialistici interaziendali riferiscono l'andamento delle attività a Regione Lombardia e al Network dei CIO.

Gruppo multiprofessionale per la digitalizzazione dei servizi sociosanitari

La digitalizzazione dei servizi sociosanitari richiede il coinvolgimento continuo dei professionisti del processo socioassistenziale, sia in ambito ospedaliero che territoriale. Medici di Medicina Generale,

Pediatri di Libera Scelta, Medici Specialisti, Infermieri ospedalieri e di Famiglia, farmacisti e altri operatori sanitari devono partecipare attivamente a tutte le fasi di progettazione, attuazione e diffusione dei progetti di digitalizzazione, contribuendo alla trasformazione digitale dei servizi. Regione Lombardia istituirà un gruppo di lavoro multiprofessionale per la digitalizzazione dei servizi sociosanitari, composto da operatori selezionati per competenze, esperienze e disponibilità a collaborare. Il gruppo discuterà priorità e fabbisogni di digitalizzazione e supporterà l'introduzione di nuove tecnologie e funzionalità a livello regionale.

Gruppo di confronto Regione Lombardia e privato accreditato

Il gruppo di confronto con il privato accreditato coinvolge i CIO degli Enti sociosanitari privati accreditati interessati a condividere opportunità di sviluppo dei servizi digitali per professionisti e cittadini e a collaborare sulle strategie di trasformazione digitale. Una stretta collaborazione con il privato accreditato consentirà un maggiore coordinamento e ampliamento degli sforzi innovativi, dato il ruolo centrale di questi attori nei percorsi di cura territoriali. Gli Enti privati accreditati possono condividere esperienze di digitalizzazione consolidate e partecipare alla co-progettazione e adozione di strumenti e piattaforme digitali in fase di sviluppo da Regione Lombardia insieme agli Enti Sanitari pubblici. Il gruppo è costituito con i seguenti obiettivi:

- Promozione del confronto pubblico privato su esperienze concrete
- Analisi dei fabbisogni e allineamento delle dotazioni tecnologiche
- Definizione di modelli di interoperabilità tra Enti Pubblici e Enti Privati Accreditati
- Condivisione di modelli di maturità dei servizi digitali e della sicurezza informatica

Il gruppo di confronto con il privato accreditato si riunisce in incontri istituzionali almeno 4 volte all'anno sulla base della programmazione generale e delle principali attività progettuali.

11.2. PARTE 2 – PROGRAMMAZIONE DEGLI INTERVENTI

11.2.1. CUP Unico Regionale

Nel 2025 il nuovo CUP Regionale sarà progressivamente attivato presso tutti gli Enti Sanitari pubblici e privati, seguendo la programmazione regionale. Gli Enti saranno coinvolti nella preparazione, configurazione, validazione e avvio del sistema. L'attuazione del CUP regionale comporterà un'evoluzione nella gestione dei servizi di specialistica ambulatoriale, includendo: la gestione condivisa dell'offerta, la configurazione centralizzata delle agende, l'adozione delle codifiche regionali per anagrafiche e prestazioni, la semplificazione delle integrazioni con i sistemi dipartimentali e l'uso di strumenti di monitoraggio e ottimizzazione in tempo reale. Questo rappresenta un cambiamento significativo rispetto alle soluzioni locali non coordinate. Le attività che dovranno essere programmate da tutti gli Enti Sanitari sono le seguenti:

- rivisitazione e razionalizzazione dell'offerta di specialistica ambulatoriale;
- verifica e bonifica delle anagrafiche assistiti aziendali e riconciliazione con le anagrafiche assistiti adottate a livello regionale;
- verifica e aggiornamento delle codifiche degli esami e delle prestazioni ambulatoriali con associazione alle codifiche adottate a livello regionale;
- implementazione delle integrazioni tra il CUP regionale e i sistemi applicativi dipartimentali nelle modalità definite a livello regionale;
- implementazione delle procedure per la migrazione dei dati e degli appuntamenti registrati sul sistema CUP locale verso il CUP regionale;
- formazione del personale di front office e back office;
- preparazione organizzativa dell'avvio in esercizio del sistema.

Le attività saranno condotte da tutti gli Enti Sanitari secondo modalità e tempistiche definite a livello regionale. Gli Enti, già coinvolti nel 2024, saranno ulteriormente impegnati nel 2025 per pianificare attività esecutive, monitorare i progressi e programmare gli avvii del nuovo CUP regionale. Oltre a ottimizzare la gestione dell'offerta, includerà un sistema di "Dashboard" per monitorare in tempo reale i servizi di specialistica ambulatoriale. Le Dashboard, attive sin dall'avvio del CUP, permetteranno di analizzare criticità, razionalizzare i servizi e ottimizzare la programmazione dell'offerta con il supporto delle ATS e in coordinamento con gli altri Enti. Per potenziare l'efficacia del CUP, Regione Lombardia ha sviluppato un modulo prescrittivo regionale che sarà progressivamente implementato nel 2025, secondo una pianificazione definita con le ATS e gli Enti Sanitari.

11.2.2. Digitalizzazione delle strutture ospedaliere sede di DEA – completamento progetti PNRR

Le Milestone del Piano di Ripresa e Resilienza per il potenziamento del livello di digitalizzazione delle strutture ospedaliere sede di DEA di Livello 1 e 2 prevedono il completamento degli interventi e la rendicontazione degli obiettivi entro il 30 settembre 2025.

Nel corso del 2025 proseguono, pertanto, gli interventi di potenziamento del livello di digitalizzazione delle strutture ospedaliere sedi di DEA previsti nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza sia di livello centrale sia di livello locale. In particolare, le ASST e IRCSS pubblici saranno fortemente impegnati nell'attuazione concreta delle seguenti progettualità di livello centrale:

- Completamento della diffusione della Cartella Clinica Elettronica Regionale;
- Avvio e diffusione del sistema centralizzato di Laboratorio Analisi;
- Avvio e diffusione del sistema centralizzato di Digital Pathology.

Gli Enti Sanitari completeranno il perfezionamento della CCE aziendale e l'ammodernamento tecnologico e funzionale dei sistemi applicativi esistenti (ADT, Sale Operatorie, Alta Intensità di cura, gestione ambulatoriale, ecc.). Gli Enti dovranno rendicontare l'avanzamento e il completamento degli interventi previsti nel Piano Operativo aziendale e documentarne l'efficacia applicando il modello HIMSS EMRAM, rispettando le tempistiche previste dal PNRR.

11.2.3. Cartella Clinica Elettronica

L'implementazione della Cartella Clinica Elettronica (CCE) è l'intervento più significativo per la digitalizzazione ospedaliera e per il raggiungimento degli obiettivi PNRR. La CCE Regionale è applicata a 19 Enti Sanitari, con una diffusione progressiva secondo la programmazione condivisa con Regione Lombardia. Altri 11 Enti stanno potenziando la CCE già implementata nelle proprie strutture ospedaliere. Nel 2025, sulla base dell'esperienza maturata nel 2024, saranno avviati percorsi di confronto multiprofessionale per allineare le caratteristiche tecniche e funzionali della CCE Regionale con quelle delle CCE locali. I temi di analisi e allineamento saranno definiti in collaborazione tra tutti gli Enti Sanitari.

- Definizione dei contenuti e implementazione di un sistema di "Dashboard" che consenta di monitorare in tempo reale l'andamento della CCE nelle rispettive realtà ospedaliere, il livello di diffusione delle funzionalità delle CCE, il monitoraggio di alcuni indicatori di interesse organizzativo e clinico e la maturità di digitalizzazione del singolo Ente e dell'intera Regione in ambito ospedaliero
- Adozione di un modello concettuale di riferimento per l'assistenza infermieristica e adozione di tassonomie condivise per la codifica di diagnosi infermieristiche, degli interventi assistenziali e della misurazione degli esiti
- Introduzione di sistemi per il Supporto Clinico Decisionale (CDSS)
- Dematerializzazione del fascicolo di ricovero e procedura di conservazione
- Condivisione del modello per la completa digitalizzazione del processo di:
- Gestione omonimie
- Ricognizione e riconciliazione terapeutica

- trasfusioni di sangue ed emocomponenti in ambito ospedaliero
- donazione organi e tessuti
- Gestione del farmaco con il ciclo chiuso (Closed Loop)
- Gestione della contenzione
- Consulenze (firma digitale, professioni sanitarie)
- PREMs (Patient-Reported Experience Measures)
- PROMs (Patient-Reported Outcome Measures)

Le attività di allineamento tra la CCE Regionale e le 11 CCE locali, insieme al percorso di omogeneizzazione dei modelli per la digitalizzazione dei processi ospedalieri, sono preliminari alla valutazione di un nuovo progetto per implementare una Cartella Clinica Elettronica condivisa per questi 11 Enti. L'introduzione di una nuova CCE regionale rappresenta un'opportunità per omogeneizzare i processi di cura ospedalieri su tutto il territorio, aggiornare tecnologicamente i sistemi locali, garantire un alto livello di sicurezza informatica e protezione dei dati e promuovere scenari di interoperabilità regionale per facilitare lo scambio di dati tra ospedali e servizi sociosanitari.

11.2.4. Digitalizzazione dei servizi socio-sanitari territoriali

Nel 2025 continueranno le attività di adeguamento e ampliamento delle funzionalità del Sistema di Gestione Digitale del Territorio (SGDT), in base ai risultati della mappatura dei modelli di gestione delle transizioni assistenziali nelle Centrali Operative Territoriali, svolta nel 2024. Tra le principali funzionalità, già in fase di implementazione, saranno messe a disposizione nel più breve tempo possibile le seguenti:

- funzionalità per consentire la gestione "multi-percorso" delle diverse tipologie di attività territoriali. La funzionalità consentirà l'attivazione di percorsi indipendenti per attività territoriali eterogene, assicurando il monitoraggio e la visibilità complessiva dei servizi erogati per lo stesso cittadino;
- funzionalità per supportare il funzionamento della rete regionale delle COT nella gestione delle transizioni di setting sia all'interno dell'organizzazione del singolo Ente Sanitario sia tra diversi Enti Sociosanitari, mediante l'interconnessione delle COT di riferimento aziendale;
- funzionalità semplificate per l'accesso al sistema da parte dei Medici di Medicina Generale e introduzione di nuovi servizi dedicati e accessibili anche in modalità integrata con le rispettive Cartelle Cliniche Elettroniche.

Nel 2025, saranno progettate e implementate le funzionalità necessarie per integrare completamente il Sistema di Gestione Digitale del Territorio e l'Infrastruttura Regionale di Telemedicina, semplificando l'erogazione dei servizi di Televisita, Teleassistenza, Teleconsulto e Telemonitoraggio. Questo faciliterà l'accesso sicuro e la rendicontazione automatica dei servizi da parte di tutti gli operatori sociosanitari, inclusi MMG e PLS.

11.2.5. Fascicolo Sanitario Elettronico

Il Servizio Sanitario Nazionale ha avviato una trasformazione organizzativa e digitale per migliorare l'efficienza e l'accessibilità dei servizi. Un elemento cruciale di questa trasformazione è il potenziamento del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), supportato dai finanziamenti della Missione 6 «Salute» del PNRR.

Nel 2025, saranno completate le attività di aggiornamento dei software dipartimentali finanziati da Regione Lombardia, per alimentare i FSE con i referti strutturati. Verrà consolidato l'uso della firma remota e completato l'adeguamento dei software, soprattutto per i documenti "ambulatoriali". Inoltre, sarà implementata la componente architetturale del Clinical Data Repository, che gestirà i dati strutturati per analisi interne e interoperabilità tra Enti Sanitari, con standard HL7-FHIR. Proseguirà anche l'aggiornamento tecnologico dell'infrastruttura SISS, in linea con le strategie per il futuro ecosistema di Sanità Digitale.

Il progetto include:

- l'aggiornamento dei software delle Schede Sanitarie Informatiche attualmente in uso dai Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta per renderle adeguate alla nuova architettura SISS e per attivare e diffondere i servizi di pubblicazione del Profilo Sintetico Sanitario redatto da MMG/PLS;
- il completamento della distribuzione della firma digitale remota in modo da consentire l'accesso ai servizi SISS da qualsiasi dispositivo mobile (tablet, pc portatile, smartphone) con una qualunque connessione internet, con la conseguente eliminazione dell'utilizzo della Carta Operatore, della PdL SISS e con la contestuale e conclusiva attivazione della nuova architettura SISS.

Nell'ambito del progetto di evoluzione del Fascicolo Sanitario Elettronico nel 2025 è prevista la configurazione dei servizi centrali e locali per la pubblicazione su FSE delle immagini digitali provenienti dai sistemi PACS locali degli Enti sanitari pubblici (32) e privati (84). L'intento è quello di rendere disponibili non solo le nuove immagini diagnostiche ma anche quelle precedentemente prodotte di interesse del cittadino. Andranno quindi riviste le regole di pubblicazione di immagini e referti (includendo, eventualmente, i dati raccolti in costanza di ricovero/PS) e i processi di produzione.

Nel 2025 continuano i corsi di formazione rivolti agli operatori sanitari, per agevolare la progressiva transizione al nuovo FSE 2.0 ma anche utili per informare su tematiche di sanità digitale. I corsi saranno organizzati mediante:

- sistemi FAD per la maggior parte dei discenti;
- in presenza per i Key User con lo scopo di formare i promotori e facilitatori dell'iniziativa nelle loro strutture di appartenenza;
- in presenza per i Digital Health Leader individuati dalle aziende tra le figure manageriali per diffondere la conoscenza delle pratiche e di sistemi condivisi al fine di approcciarsi al meglio alla sanità digitale del futuro.

Il progetto di formazione sarà inoltre supportato da un'ampia campagna di comunicazione ad ausilio della buona riuscita di questo ampio progetto che prevede nel suo complesso la formazione di oltre 90.000.000 discenti.

11.2.6. Sicurezza informatica

Nel 2025, gli Enti Sanitari continueranno a implementare le azioni avviate nel 2023 e potenziate nel 2024 per migliorare la sicurezza informatica e la protezione dei dati. In particolare, dovranno essere completati i seguenti interventi:

- Consolidamento degli interventi previsti dalle "Disposizioni operative per la Cybersicurezza" di Regione Lombardia.
- Introduzione o rafforzamento del servizio CSOC (Cyber Security Operation Center) per il monitoraggio e la gestione delle minacce digitali.
- Potenziamento del sistema di Log Collector per tracciare e analizzare eventi informatici.
- Perfezionamento del sistema PAM (Privileged Access Management) per la gestione sicura delle credenziali e degli accessi privilegiati.
- Introduzione dei sistemi "Golden Copy" per proteggere il patrimonio informativo aziendale.
- Potenziamento del servizio di Cyber Threat Intelligence e consolidamento dei servizi di protezione con EDR (Endpoint Detection and Response).
- Continuazione del programma di migrazione al Cloud e del piano di formazione per il personale tecnico e sociosanitario.
- Programmazione di attività di Vulnerability Assessment & Penetration Test e partecipazione a simulazioni di attacchi controllati.

- Verifica del miglioramento della sicurezza informatica in base al "Framework" regionale e programmazione degli interventi di miglioramento.

Le Agenzie, le ASST e gli IRCCS, con il coordinamento di Aria S.p.A., dovranno aggiornare il piano di miglioramento della sicurezza informatica entro il primo trimestre del 2025, includendo lo stato attuale dei servizi di protezione e la programmazione degli interventi per garantire il miglioramento continuo. Il piano di miglioramento dovrà includere l'analisi e la quantificazione dei costi per gli interventi tecnici e organizzativi locali, nonché le modalità di copertura economica delle attività. Vista la trasversalità dei servizi sociosanitari, sarà necessario continuare il coinvolgimento degli Enti Privati, avviato nel 2024, per condividere gli obiettivi generali di sicurezza informatica e le azioni di miglioramento. Inoltre, si prevede di estendere il "Framework" di sicurezza informatica, già adottato dagli Enti Sanitari pubblici, anche agli Enti Sanitari Privati Accreditati nel 2025.

11.3. TELEMEDICINA

11.3.1. Infrastruttura Regionale di Telemedicina e Scenari di applicazione dei servizi minimi di Telemedicina

Nel 2025, sarà implementata l'Infrastruttura Regionale di Telemedicina (IRT), uno strumento centralizzato per l'erogazione dei servizi minimi di Telemedicina (Televisita, Teleconsulto, Teleassistenza, Telemonitoraggio). L'IRT faciliterà la comunicazione tra professionisti e cittadini nei processi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione. L'architettura dell'IRT permetterà l'integrazione con sistemi esistenti (Fascicolo Sanitario Elettronico, Cartella Clinica Elettronica Regionale, Anagrafica Nazionale degli Assistiti, CUP e Sistema di Gestione Digitale del Territorio). Potrà inoltre interagire con piattaforme preesistenti per la gestione del telemonitoraggio di dispositivi medici e pazienti cronici, se tecnicamente compatibili e conveniente per Regione Lombardia. Il piano operativo prevede la progressiva diffusione della Telemedicina, con azioni per standardizzare e facilitare la sua implementazione su tutto il territorio, con il supporto di strumenti operativi per gli Enti Sanitari.

Regione Lombardia, con il supporto delle Agenzie e sulla base del confronto con tutte le realtà sociosanitarie, intende promuovere su tutto il territorio regionale dei seguenti scenari di applicazione dei servizi minimi di Telemedicina:

- Televisita:
  - Scenario 1: Attivazione ed Erogazione da parte del Medico di Medicina Generale/Pediatra di Libera Scelta;
  - Scenario 2: Attivazione ed erogazione da parte del Medico specialista;
- Teleconsulto:
  - Scenario 1: Teleconsulto tra MMG/PLS e Specialista;
  - Scenario 2: Teleconsulto tra Medici Specialisti;
- Telemonitoraggio di livello 1:
  - Scenario 1: Processo a gestione territoriale, nel quale vengono coinvolti principalmente i MMG/PLS e i professionisti sanitari che operano nei servizi territoriali (IFeC, personale ADI);
  - Scenario 2: Processo a gestione ospedaliera, nel quale vengono coinvolti principalmente i professionisti sanitari che operano in strutture ospedaliere ed ambulatoriali dedicate (Medico Specialista, Infermiere Case Manager)
  - Scenario 3: Processo a gestione integrata, che prevede l'azione integrata tra professionisti ospedalieri (Specialista/equipe ospedaliera) e territoriali (MMG/PLS, IFeC, personale ADI, personale di studio), sulla base di una matrice di responsabilità predefinita.
- Teleassistenza:

- Scenario 1: attivazione della Teleassistenza dal setting domiciliare/territoriale;
- Scenario 2: attivazione della Teleassistenza dal setting ospedaliero.

Gli scenari di applicazione della Telemedicina concorrono ad arricchire il contenuto degli atti di programmazione territoriale regionale previsti dal PNRR.

Per ciascuno degli scenari di Telemedicina, Regione Lombardia ha messo a disposizione dei professionisti che operano presso i diversi Enti Sanitari le istruzioni operative, mediante D.G.R. n. 3671/2024, che descrivono le corrette modalità di applicazione dei servizi minimi di Telemedicina nei processi clinici e assistenziali di presa in carico dei cittadini. Le istruzioni operative descriveranno le macrofasi del processo, i diagrammi di flusso e una proposta di piano di attività da svolgere per ciascun attore coinvolto nel processo, dettagliando il setting di erogazione, gli attori coinvolti e la relativa matrice di responsabilità.

Durante l'anno 2025 tutti gli Enti Sanitari saranno chiamati ad individuare e attivare uno o più percorsi di Telemedicina sulla base delle esperienze eventualmente già maturate e delle specifiche esigenze locali, previlegiando l'attuazione dei seguenti scenari considerati prioritari a livello regionale:

- *Televisita*, con le seguenti finalità:
  - Rinnovo dei piani terapeutici: la televisita permette la condivisione di esami ematochimici/strumentali e la rivalutazione delle condizioni cliniche da parte dello specialista con una conseguente riduzione dei tempi di attesa per le visite di controllo e riduzione dei tempi di erogazione della prestazione rispetto alla visita in presenza.
  - Visita di completamento della prima visita: la televisita permette di valutare esami aggiuntivi richiesti nell'ambito della prima visita e completare la valutazione del paziente, qualora non emerga la necessità di una nuova rivalutazione clinica in presenza. Inoltre, potrebbe consentire una maggior personalizzazione delle cure se a erogare la televisita fosse lo stesso specialista che ha valutato il paziente durante la prima visita in presenza;
  - Follow-up per pazienti con patologie croniche (branche specialistiche: cardiologia, diabetologia, oncologia, pneumologia, neurologia): la programmazione di televisite nell'ambito dei PAI, permette la riduzione del numero delle visite ambulatoriali in presenza. Nel follow up del paziente cronico possono essere programmate televisite in base allo stato clinico del paziente, anche rilevato nell'ambito delle visite domiciliare infermieristiche e mediche o nell'ambito delle attività di telemonitoraggio.
- *Teleconsulto tra Medici di Medicina Generale/Pediatri di Libera Scelta e Medici Specialisti.* L'implementazione di tale servizio, come evidenziato da dati raccolti in progettualità regionali e in progetti strutturati condotti a livello locale da specifiche ASST, può concorrere al perseguimento dei seguenti obiettivi:
  - Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva, con conseguente contenimento delle liste di attesa;
  - Riduzione degli accessi in Pronto Soccorso e minor ricorso a prestazioni specialistiche, con conseguente contenimento dei costi;
  - Efficientamento e personalizzazione del processo di presa in carico del paziente;
  - Valorizzazione delle competenze professionali e miglioramento dell'integrazione tra Ospedale e Territorio.
- *Telemonitoraggio di tipo 1 a gestione integrata tra polo ospedaliero e polo territoriale*. In questo scenario MMG/PLS e Specialista condividono la gestione del processo nelle fasi di selezione del paziente, scelta dello schema del telemonitoraggio e degli interventi necessari in caso di alert clinici. La condivisione nella visualizzazione e nella gestione del piano di telemonitoraggio da parte della equipe infermieristica ospedaliera (es. ambulatorio dedicato alla presa in carico del paziente cronico) e territoriale (es. IFeC della CdC, Infermiere di studio del MMG/PLS, Infermiere dell'ADI,

ect) permette una presa in carico più efficace del paziente e un intervento assistenziale appropriato e tempestivo.

In aggiunta alle istruzioni operative per l'applicazione degli scenari di telemedicina, nel 2025 Regione Lombardia completerà la realizzazione e la divulgazione di manuali operativi per declinare i singoli servizi minimi di telemedicina nell'ambito delle patologie croniche (cardiologia, pneumologia, diabetologia, oncologia, neurologia), elaborati all'interno di gruppi di lavoro costituiti da professionisti sanitari esperti e referenti regionali di Telemedicina e delle Reti clinico-assistenziali.

11.3.2. Declinazione degli scenari di Telemedicina in specifici ambiti professionali e setting clinico-assistenziali

Ad integrazione delle indicazioni sull'utilizzo della Telemedicina già contenute nei paragrafi relativi alle diverse aree di intervento e alle quali si rimanda per maggiori dettagli (medicina legale, farmacia dei servizi, disabilità psichica, sanità penitenziaria, consultori e RSA aperta, ricerca e innovazione scientifica, cure domiciliari, ect), di seguito vengono descritti ambiti specifici di applicazione dei servizi di telemedicina.

11.3.3. Medicina di laboratorio

Nell'ambito del progetto regionale di Telemedicina, in coerenza con gli scenari di applicazione dei servizi minimi, il Gruppo di Lavoro nominato con Decreto della DG welfare n. 11490/2023 di concerto con la U.O. Sistemi Informativi e Sanità Digitale attiverà i seguenti tavoli tecnico scientifici per la predisposizione delle relative istruttorie tecniche:

- Televista:
  - Area Genetica Medica gestione, con la finalità di consulenza pre e post test inclusa la valutazione per una corretta gestione del consenso informato ai test genomici;
  - Area Microbiologia e Virologia Clinica, con la finalità di gestire la consulenza pre e post test per i soggetti che intraprendono il percorso di diagnosi per sospetta infezione HIV;
- Teleconsulto:
  - Area Anatomia Patologica nello sviluppo dell'applicazione della transizione alla Digital Pathology;
  - Area Microbiologia e Virologia Clinica per la gestione condivisa della refertazione mirata dell'antibiogramma e antimicogramma al fine concorre al Contrasto dell'Antibiotico-Resistenza e nello sviluppo della microscopia digitale, della tele refertazione;
  - Area Patologia Clinica nello sviluppo della microscopia digitale, della tele refertazione;
- Teleassistenza e Telemonitoraggio:
  - Area Patologia Clinica Trombosi Emostasi, gestione dell'assistenza nella terapia anticoagulante orale (TAO) quale supporto per il paziente e il caregiver.

11.3.4. Alcologia e Dipendenze

Regione Lombardia (Ente capofila nazionale) ha sottoscritto, con il Ministero della Salute, l'Atto aggiuntivo dell'Accordo che proroga al 1° maggio 2025 il termine per la realizzazione del progetto "Buone pratiche di Telemedicina in alcologia e nelle dipendenze" per la quale è incaricata la ASST di Crema. Grazie a tale progetto verranno messi a disposizione n.2 corsi FAD asincroni accreditati ECM per consentire la più ampia partecipazione degli operatori di tutti i profili professionali dei servizi delle dipendenze sul territorio nazionale. La Formazione degli operatori sulle buone pratiche è una delle azioni di Regione per la strutturazione della telemedicina nei servizi territoriali e specialistici.

11.3.5. Cure primarie

I servizi minimi di Telemedicina attivati all'interno del panorama clinico-sanitario regionale intendono perseguire le seguenti finalità:

- Facilitare l'accesso ai servizi sanitari da parte del cittadino e incentivare un monitoraggio continuo del suo stato di salute, riducendo la necessità di accessi inappropriati al Pronto Soccorso o al setting di ricovero e migliorando l'aderenza ai trattamenti, in particolar modo per i pazienti fragili;
- Facilitare la comunicazione tra MMG/PLS e assistiti, potenziando i meccanismi di continuità della presa in carico e definendo nuove modalità di erogazione delle prestazioni in grado di favorire l'accessibilità alle cure e la riduzione dei tempi di attesa;
- Incentivare un'organizzazione più efficiente ed efficace delle risorse umane, mediante la remotizzazione del lavoro di MMG/PLS, consentendo una maggior valorizzazione delle competenze sanitarie;
- Promuovere la collaborazione e l'integrazione tra il setting territoriale e ospedaliero, offrendo al MMG/PLS la possibilità di accedere tempestivamente al teleconsulto specialistico, migliorando l'appropriatezza prescrittiva delle prestazioni e riducendo le liste di attesa;
- Facilitare il passaggio ad un'assistenza sociosanitaria continuativa, non più vincolata all'erogazione nei luoghi di cura tradizionali;
- Sviluppare una cultura di autogestione (empowerment) da parte dei pazienti cronici e dei loro caregiver;
- Supportare i MMG/PLS nella gestione e presa in carico dei pazienti per cui è attivo un servizio di Assistenza Domiciliare Programmata (ADP) o un Percorso di Sorveglianza Domiciliare (PSD), valutando la possibilità di sostituire alcune delle prestazioni mediche/infermieristiche/riabilitative svolte in presenza con l'erogazione dei servizi di Televisita, Teleassistenza e Telemonitoraggio;
- Coinvolgere attivamente i MMG/PLS nell'ambito di Gruppi operativi multispecialistici regionali, al fine di identificare gli scenari di Telemedicina da implementare prioritariamente e redigere le Istruzioni Operative per l'introduzione di tali servizi nell'ambito del territorio lombardo.

Nell'ambito delle Cure Primarie, in coerenza con le linee di indirizzo precedentemente descritte, si vuole avviare prioritariamente l'applicazione e la diffusione dei seguenti servizi di telemedicina:

- *Teleconsulto tra MMG/PLS e Specialista:* rappresenta uno strumento che favorisce la collaborazione professionale, promuovendo e facilitando forme di collaborazione professionale tra i Medici Specialisti e i MMG/PLS. Può essere sincrono o asincrono, in presenza o meno del paziente e può avere diverse finalità a seconda del bisogno clinico e assistenziale. Può rappresentare inoltre una modalità di discussione di PDTA, linee guida, protocolli operativi o procedure aziendali, indipendentemente dalla discussione di un singolo caso clinico. L'utilizzo strutturato e diffuso del Teleconsulto MMG/PLS-Specialisti può contribuire al miglioramento della appropriatezza prescrittiva con conseguente riduzione delle liste di attesa e all'efficientamento dell'accesso e del percorso personalizzato di cura del paziente. Il processo del teleconsulto tra MMG/PLS e Specialista viene descritto nelle relative istruzioni operative, oggetto della D.G.R. n. 3671/2024;
- Telemonitoraggio di livello 1: è un servizio orientato prevalentemente alla gestione di soggetti con patologie croniche, dettagliate nelle Linee di indirizzo per i servizi di telemedicina (DM del 30 settembre 2022), che necessitano di un monitoraggio integrato e trasversale. Per il Telemonitoraggio di Livello 1 vengono principalmente utilizzati dispositivi medici forniti ai pazienti per un periodo di tempo predefinito. Il servizio può essere proposto dal MMG/PLS o da altri professionisti sociosanitari in ambito territoriale (EVM, IFeC, COT, ect). La proposta di attivazione deve essere sempre condivisa e accettata dal MMG/PLS al quale spetta la responsabilità di convocare il paziente/caregiver per condividere il piano assistenziale e sottoporre l'informativa privacy, l'informativa al percorso di telemonitoraggio, acquisendone il consenso informato. Da Decreto Ministeriale del 29 aprile 2022 è previsto che nel percorso di presa in carico a domicilio intervengano il MMG/PLS al quale è in capo la responsabilità clinica dell'assistito nel percorso generale di presa in carico e l'infermiere, quale componente dell'équipe multiprofessionale, che

funge da punto di riferimento per la famiglia e per gli altri attori (PLS/MMG, specialisti, Medici in Continuità Assistenziale, altri professionisti) nella presa in carico del paziente. Il processo del telemonitoraggio di tipo 1, a gestione territoriale e a gestione integrata tra ospedale e territorio, viene descritto nelle relative istruzioni operative, oggetto della D.G.R. n. 3671/2024.

La presa in carico del paziente cronico e/o fragile per la Medicina di Famiglia può essere facilitata mediante l'avvio e il consolidamento della telemedicina nell'attività di studio del medico e nel programma di qualificazione dell'assistenza domiciliare. Anche nella gestione dell'età evolutiva da parte dei Pediatri di Libera Scelta, l'utilizzo di attività di telemedicina, come il teleconsulto con gli Specialisti, può rappresentare uno strumento efficace di collaborazione professionale.

11.3.6. Piano di attivazione dei servizi di Telemedicina

Tutti gli Enti Sanitari dovranno predisporre un piano di attivazione dei servizi di Telemedicina previlegiando gli scenari considerati prioritari a livello regionale e sopra sinteticamente elencati. In particolare, la pianificazione aziendale dovrà seguire il seguente iter:

- individuare almeno un progetto di Telemedicina che rientri negli scenari considerati prioritari a livello regionale entro il primo trimestre del 2025;
- definire la tipologia di servizio e i volumi di cittadini coinvolti per ciascun progetto di Telemedicina;
- predisporre le configurazioni sulla Infrastruttura Regionale di Telemedicina e sui sistemi informativi aziendali coinvolti necessarie per lo svolgimento dei progetti di Telemedicina entro la fine del primo semestre 2025;
- attivare e diffondere in maniera trasversale i progetti di telemedicina, coinvolgendo le figure professionali del polo ospedaliero e territoriale aziendale, nel secondo semestre 2025.

Per la corretta erogazione dei servizi di telemedicina, Regione Lombardia definirà la modalità di:

- acquisizione dei device medici di telemonitoraggio;
- allocazione delle funzioni previste per il "Centro Servizi" per la Telemedicina a strutture/ servizi aziendali della ASST che eroga il servizio di telemedicina Sanitario (COT, Equipe sanitaria responsabile del percorso di cura, SIA, Ingegneria clinica, ect), al Fornitore della IRT, a servizi regionali o territoriali (es. farmacie dei servizi). Le funzioni da allocare, con regole di ingaggio definite a livello regionale, sono: assistenza tecnica su IRT, supporto Operativo sulle funzionalità dell'IRT, supporto amministrativo nella programmazione delle prestazioni, servizio di logistica dei device medici, gestione dell'assistenza sanitaria. A titolo esemplificativo, la funzione di '"Assistenza Tecnica" potrà essere strutturata a livelli di gestione, con la costituzione di un Help desk di I livello, fornito dall'Ente Sanitario, di Help Desk di II e III Livello, gestiti dal Fornitore della IRT e da ARIA S.p.A.. La funzione di "logistica dei device" dovrà assolvere alla gestione del magazzino, distribuzione, consegna, ritiro, sostituzione, assistenza tecnica, sanificazione dei device, e potrà essere svolta sia a livello locale che a livello regionale, anche con il supporto delle farmacie territoriali, secondo un modello gestionale predefinito.

Al fine di facilitare gli Enti nella diffusione dei servizi di Telemedicina, proseguiranno, anche per il 2025, incontri di approfondimento e supporto per la gestione degli assetti organizzativi, necessari al coordinamento delle attività di telemedicina e principalmente mirati allo sviluppo del polo territoriale e alla integrazione di tutti i professionisti sanitari e sociali nei processi di telemedicina, con il supporto di strumenti di formazione dedicati. Per agevolare l'implementazione dei processi di telemedicina nell'ambito delle ASST, viene proposto un modello di sviluppo che prevede le seguenti fasi:

- Identificazione da parte della Direzione Strategica di un Referente di Telemedicina, con competenze tecniche e professionali adeguate a coordinare i servizi di telemedicina, nonché competenze gestionali in ambito di analisi dei processi e gestioni di gruppi di lavoro multiprofessionali. I referenti dele singole ASST costituiranno un gruppo di lavoro regionale per lo sviluppo omogeneo e condiviso dei processi di telemedicina.

- Identificazione di un gruppo di telemedicina aziendale multidisciplinare, i cui componenti, pur mantenendo la rispettiva dipendenza gerarchica, vengono coordinati dal Referente per le attività di telemedicina aziendali.
- Adozione di un Modello Organizzativo di Telemedicina che preveda le modalità di coinvolgimento dei professionisti, le funzioni e i mandati del Referente e del Gruppo multidisciplinare di telemedicina aziendale, nonché le strutture/servizi aziendali a cui allocare le funzioni del "centro servizi" (es. SIA, COT, …).
- Prima mappatura delle esperienze di telemedicina esistenti e degli applicativi in uso.
- Identificazione degli scenari di telemedicina da attuare, in base agli obiettivi strategici aziendali e regionali.

11.3.7. Codifica e valorizzazione economica delle prestazioni e dei percorsi di Telemedicina

La Telemedicina permetterà di erogare prestazioni e servizi sociosanitari in modalità remota, riducendo gli spostamenti dei pazienti e ottimizzando le risorse professionali e strumentali. Offrirà anche la possibilità di fornire nuovi servizi, grazie alla collaborazione tra professionisti e pazienti. Per garantire la sostenibilità, Regione Lombardia ha definito le prime tariffe per i servizi di Telemedicina, consentendo agli Enti Sanitari di valorizzare le attività svolte dai propri professionisti, così come previsto dalla D.G.R. n. 3630/2024. I servizi vengono codificati e rendicontati come prestazioni ambulatoriali singole o percorsi clinico-assistenziali. Le prestazioni di Telemedicina verranno tracciate e rendicontate automaticamente tramite l'Infrastruttura Regionale di Telemedicina, che si collegherà alla Piattaforma Nazionale di Telemedicina (PNT). Durante la fase transitoria, fino all'attivazione definitiva della nuova modalità, verrà aggiornato il flusso informativo per le prestazioni di Telemedicina.

11.4. NUOVE INIZIATIVE REGIONALI

Di seguito vengono descritte le principali nuove iniziative sulle quali tutti gli Enti Sanitari saranno impegnati nel corso del 2025.

11.4.1. Nuovo Sistema Informativo Trasfusionale

Il nuovo Sistema Informativo Trasfusionale unico regionale mira a ottimizzare i processi trasfusionali presso i servizi di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale degli Enti Sanitari, digitalizzando i processi non informatizzati. L'obiettivo è creare una rete trasfusionale integrata in tutta la regione per gestire in modo efficiente sangue, emocomponenti e farmaci emoderivati in base al fabbisogno dei diversi contesti assistenziali.

Attualmente, i sistemi informativi utilizzati nei centri trasfusionali sono obsoleti, con scarso livello di interoperabilità tra le diverse macroaree e integrazione limitata con altre soluzioni aziendali. Il nuovo sistema regionale, quindi, consentirà di integrare le informazioni legate alla gestione del sangue e degli emocomponenti, rendendole accessibili attraverso piattaforme aziendali e regionali come il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e il modulo prescrittivo regionale. Questo intervento permette di ottimizzare la gestione trasfusionale e di migliorare l'efficienza complessiva dei servizi sanitari regionali, con una maggiore interoperabilità tra i sistemi e una gestione più accurata e tempestiva delle risorse.

Gli elementi caratterizzanti del nuovo sistema saranno:

- il superamento della frammentazione delle informazioni che consentirà di adottare una piattaforma unica a livello regionale ove raccogliere, organizzare e rendere disponibili le informazioni (es. logistica delle unità di sangue ed emocomponenti);
- la piena interoperabilità all'interno della Rete Trasfusionale Lombarda;
- l'uniformità del processo che consentirà la completa tracciabilità del processo trasfusionale, dall'accettazione alla raccolta del sangue e degli emocomponenti fino alla trasfusione (processo

vena -vena, dal donatore al paziente) nonché la tracciabilità della storia trasfusionale dei pazienti che possono essere seguiti nel tempo in sedi ospedaliere differenti;

- l'ottimizzazione del monitoraggio relativo alla documentazione che consentirà di ricostruire il percorso di ogni unità del sangue e degli emocomponenti e delle prestazioni cliniche e di laboratorio correlate alla qualificazione biologica degli emocomponenti e al controllo sanitario dei donatori;
- attività sanitarie relative all'emovigilanza sia per i donatori che per i pazienti; le attività che contribuiscono alla sorveglianza epidemiologica su specifiche malattie trasmissibili con il sangue; le attività di supporto trasversali volte a ottemperare agli standard per il Sistema Qualità di matrice europea;
- miglioramento dell'integrazione con i processi clinici nell'ottica sia dell'appropriatezza trasfusionale, sia della sicurezza trasfusionale al letto del paziente;
- estensione della possibilità di utilizzo della telemedicina nell'ottica dell'integrazione ospedale-territorio;
- evoluzione delle integrazioni relative ai flussi verso il sistema nazionale NSIS.

11.4.2. Nuovo Sistema regionale per la gestione delle Risorse Umane

È programmata l'adesione da parte di tutti gli Enti Sanitari pubblici alla procedura amministrativa per la fornitura del nuovo sistema, unico e centralizzato a livello regionale, per la gestione delle risorse umane.

Il progetto è finalizzato a introdurre un nuovo sistema applicativo, unico e centralizzato a livello regionale, per la gestione informatizzata delle risorse umane di tutti gli Enti Sanitari pubblici.

L'attuale scenario dei sistemi di gestione delle risorse umane evidenzia una frammentazione applicativa nei contesti aziendali con sistemi spesso tecnologicamente obsoleti che gestiscono gli aspetti giuridici, i giustificativi di presenza assenza e gli aspetti economici in modalità spesso difforme, con codifiche locali e procedure organizzative disomogenee. Inoltre, la frammentazione applicativa dei sistemi rende necessario continuare a produrre e gestire dei flussi informativi di rendicontazione sulle risorse umane che si sono rivelati tardivi e non sempre attendibili.

Emerge, pertanto, l'esigenza di dotare tutti gli Enti Sanitari di un sistema unico e centralizzato che possa facilitare la condivisione di procedure organizzative, delle funzionalità applicative e delle codifiche regionali per la omogenea e completa gestione delle risorse umane in ciascun Ente. La disponibilità di un sistema di gestione delle risorse umane unico e centralizzato a livello regionale consentirà, inoltre, di semplificare la produzione di flussi informativi sostituendo progressivamente l'attuale modalità di assolvimento del debito informativo con un una modalità di rendicontazione centralizzata e in tempo reale.

Gli elementi caratterizzanti del nuovo sistema saranno:

- la gestione centralizzata dei dati relativi alla gestione delle risorse umane che permetta di ottimizzare l'allocazione nei diversi assetti organizzativi e di rilevare in modo completo dimensioni quali costi, competenze, distribuzione e fabbisogni per ciascuna tipologia di risorsa;
- la valorizzazione del capitale umano attraverso l'utilizzo di una piattaforma completa per la gestione delle risorse umane che abiliti l'introduzione di funzionalità legate allo sviluppo e al potenziamento delle stesse al fine di garantire un'esperienza lavorativa di maggiore qualità ai professionisti della salute del SSR;
- l'introduzione di una piattaforma unica a livello regionale, secondo il paradigma Cloud multitenant, che permetta di generare efficienza nella gestione dei costi infrastrutturali e di valorizzare il patrimonio di dati, potenziando il livello di qualità e interoperabilità con altri sistemi applicativi dell'Ecosistema Digitale regionale.

11.4.3. Studio di fattibilità sulla gestione degli archivi cartacei sanitari

Nel 2025 verrà avviato uno studio sulla gestione degli archivi sanitari da parte degli Enti Sanitari. Lo studio avrà l'obiettivo di individuare eventuali elementi di miglioramento qualitativo e di razionalizzazione dei costi nel processo di gestione e conservazione della documentazione, tramite l'introduzione di potenziali processi e tecnologie digitali innovative. Lo studio, condotto per conto della Direzione Generale Welfare dall'Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario Lombardo (ACSS), coinvolgerà tutti gli Enti Sanitari pubblici.

12. RICERCA, INNOVAZIONE E SAPERE SCIENTIFICO

12.1. PROGETTI INTERNAZIONALI E RICERCA

12.1.1. Progetti europei

Nel 2025, la progettazione europea si concentrerà su:

- Continuazione dei progetti europei e Joint Action in corso.
- Avvio di nuovi progetti con la partecipazione diretta della DG Welfare, ARIA e Enti territoriali del SIREG e degli IRCCS.
- Supporto ad altre UO della Direzione nella gestione di progetti amministrativi.
- Promozione della formazione per il personale degli Enti sanitari territoriali tramite opportunità formative esterne e la rete dei referenti presso ATS, ASST e IRCCS pubblici.

Le tematiche di interesse includono: interoperabilità dei servizi di e-health, telemedicina, telemonitoraggio, modelli di medicina personalizzata per la popolazione fragile, prevenzione delle malattie croniche e promozione della salute, con focus su demenza, salute mentale, malattie cardiovascolari e diabete. I servizi innovativi saranno sviluppati tramite tecniche di Co-creazione e Co-design, coinvolgendo tutti gli attori della filiera.

12.1.2. Ricerca

Collaborazione della DG Welfare con la DG Università, Ricerca e Innovazione nel sostegno all'attività di ricerca della Fondazione Regionale per la Ricerca Biomedica (FRRB), attività che si esplica attraverso l'indizione di bandi, nonché attraverso iniziative a supporto delle politiche regionali nel settore Scienze della Vita, nell'ambito del Piano d'Azione annuale e in coerenza con la programmazione triennale dell'attività di ricerca di Regione Lombardia prevista nella L.R. 23/11/2016, n. 29 *("Lombardia è ricerca e innovazione").*

Messa a disposizione di FRRB per il 2025 di risorse fino ad un massimo di 14 milioni di euro (di cui max 1.700.000 euro per le spese di funzionamento) previa approvazione del Piano di Azione 2025 e del Programma di Attuazione previsti nell'Accordo di collaborazione rinnovato ai sensi della DGR n. XII/1670/2023. L'ammontare è definito tenuto conto dei bandi previsti nei Piani d'azione 2022 e 2023, riprogrammati nel 2025, per i quali le risorse relative sono state rispettivamente erogate o impegnate nei confronti di FRRB e tenuto conto delle partnership europee cui FRRB aderisce.

Inoltre, Regione Lombardia intende avviare una cooperazione in ambito di ricerca scientifica e sanitaria con gli USA, in particolare con il NIH, avviando progetti di ricerca comuni per favorire lo scambio di informazioni, attività, studenti e professionisti, arricchendone il bagaglio culturale, professionale e scientifico.

12.1.3. Fibrosi cistica

Nel 2025, proseguirà la ricerca per la prevenzione e cura della fibrosi cistica, come previsto dalla Legge n. 548/93, attraverso il supporto a progetti del Centro di Riferimento Regionale (IRCCS Ospedale Policlinico di Milano) e del Centro di Supporto (ASST Spedali Civili di Brescia). Verranno stanziati 240.000 euro, anticipati da Regione Lombardia, in attesa del conferimento del Ministero della Salute, e assegnati in base alle progettualità sviluppate dalle due strutture che collaboreranno.

12.1.4. Progetti di cooperazione internazionale ed interventi sanitari umanitari

Per il 2025, sono stanziati fino a 1.800.000 euro per proseguire gli interventi sanitari umanitari a favore di cittadini extracomunitari che non possono ricevere cure adeguate nei loro Paesi di provenienza, su richiesta di Associazioni no profit (con un massimo di 8 richieste per ente). Inoltre, i fondi saranno destinati a sostenere ulteriori iniziative individuate dalla DG Welfare, comprese azioni umanitarie legate a emergenze sanitarie o accordi con altri Paesi o Regioni.

12.2. SCENARIO DI SVILUPPO IN RETE DELLA RICERCA SCIENTIFICA IN AMBITO BIOMEDICO

Nel corso del 2025 verrà data applicazione ai contenuti del D.L. n. 200 del 23 dicembre 2022 (G.U. n. 302 del 30 dicembre 2022) con cui è stata adottata la riforma che innova la disciplina inerente agli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, intervenendo su vari aspetti.

Il Piano Socio-Sanitario Integrato Regionale (PSSR) 2024-2028 pone grande attenzione al tema della ricerca. In esso si ribadisce il principio “dove si fa ricerca è migliore l’offerta di cura” e pone l’obiettivo di tradurre il frutto della produzione scientifica (realizzata grazie alle ottime professionalità e competenze presenti nelle nostre strutture a partire dalla valorizzazione degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico lombardi) in trasferimento tecnologico, quale patrimonio del servizio sanitario regionale con conseguente valore e ricaduta positiva per la comunità dei pazienti e del sistema. A tal fine gli IRCCS, potranno anche avvalersi della Fondazione per l’innovazione e il trasferimento tecnologico (FITT).

Seguendo le linee di sviluppo dettate dal Ministro della Salute e dalla comunità scientifica, Regione Lombardia promuove la ricerca clinica traslazionale, a partire dalla rete degli IRCCS lombardi e attraverso tutti i Centri del Sistema Sociosanitario Regionale.

In questo scenario, gli IRCCS sono gli Enti deputati alla ricerca e alla cura di alta specialità e ad altre attività aventi i caratteri di eccellenza. Tuttavia, questo “status”, non esclusivo degli IRCCS, richiama, comunque, gli IRCCS a farsi centro di un sistema regionale che voglia sviluppare la ricerca per tradurla in cure sempre più avanzate, “contaminando” di queste due dimensioni (ricerca e clinica di eccellenza) tutta la rete del servizio sociosanitario regionale (SSR), traducendosi in cure sempre più appropriate e “di livello” per il cittadino.

Se, da un lato, la normativa pone in capo agli IRCCS la programmazione dell'attività di ricerca in coerenza con le indicazioni nazionali e con gli atti di programmazione regionale in materia, dall’altro, il PSSR 2024 – 2028 indica alcune aree in cui sviluppare la ricerca mentre la legge regionale n. 22/21 stabilisce che la programmazione regionale è, tra l’altro, volta alla promozione e al sostegno all’attività di ricerca, sperimentazione e innovazione biomedica e sanitaria in tutte le componenti del SSR e in collaborazione con le università

Ne deriva che fare rete è diventato obbligatorio, oltre che nell’ambito della cura, anche in quello della ricerca. La recente Riforma degli IRCCS ispirata dai principi e criteri direttivi definiti nella Legge Delega n. 129 del 3 agosto 2022 e definita dal Decreto legislativo n. 200 del 23 dicembre 2022 "Riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico", rafforza il rapporto tra ricerca, innovazione e cure sanitarie, attraverso la revisione e l’aggiornamento dell’assetto regolamentare e del regime giuridico degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) e delle politiche di ricerca di competenza del Ministero della salute. In questa direzione, la riforma richiama la necessita che gli stessi mettano in atto misure idonee di collegamento e sinergia con altre strutture di ricerca e di assistenza sanitaria, pubbliche e private e con le Università.

La riforma mira, dunque, a rendere gli IRCCS sempre più in grado di portare l’innovazione terapeutica ai pazienti e facilitare lo scambio di competenze specialistiche tra gli IRCCS stessi e con le altre componenti del sistema.

In questo senso la stessa legge regionale n. 22/21 afferma con forza che la Regione promuove e sostiene la creazione di una rete regionale della ricerca biomedica e dell’innovazione nelle scienze della vita avvalendosi anche delle competenze del cluster tecnologico regionale dedicato.

Come previsto anche dal Programma Nazionale della Ricerca Sanitaria (PNRS) Regione Lombardia intende quindi rafforzare la rete di collaborazioni scientifiche a livello interistituzionale tra le Aziende Sanitarie, IRCCS, Università e Enti di Ricerca del territorio, anche con la eventuale stipula di Protocolli d’Intesa e la predisposizione di progetti congiunti anche multidisciplinari.

Infine, la Riforma e il PSSR 2024 – 2028 allargano la rete dal SSL al contesto internazionale, evidenziando come la cooperazione internazionale può anche coinvolgere la collaborazione nella ricerca medica e scientifica, condividendo dati, risultati di studi e partecipando a progetti di ricerca con partner internazionali.

L'impegno di Regione Lombardia è, quindi, sempre più volto al potenziamento dell'attività di ricerca biomedica, allo sviluppo del capitale umano e alla creazione di sinergie e di reti tra i vari attori del sistema. In quest'ottica si vuole proseguire le attività del tavolo di coordinamento dei Direttori Scientifici degli IRCCS lombardi e predisporre una proposta di riorganizzazione della Rete della Ricerca entro il 31 marzo 2025.

La rete di ricerca degli IRCCS deve essere una rete di eccellenza che nelle aree tematiche di rispettiva competenza persegue finalità di ricerca prevalentemente traslazionale, promuovendo il progresso delle conoscenze, sperimentano modelli di innovazione nei diversi settori delle aree tematiche e potenziando la capacità operativa del Servizio sanitario nazionale e delle reti regionali. La rete è aperta alla collaborazione con gli altri enti del Servizio sanitario nazionale, con università ed enti pubblici di ricerca, con reti o gruppi di ricerca, anche internazionali, nonché con partner scientifici e industriali nazionali e internazionali

La Lombardia è da tempo riconosciuta come un polo di eccellenza in ambito sanitario e di ricerca. La presenza della sede 19 IRCCS su 53 nazionali riflette l'impegno della regione nel rispondere alle esigenze cliniche e scientifiche di una popolazione vasta e diversificata. Questi Istituti non solo erogano assistenza ai residenti lombardi, ma attirano anche un numero significativo di pazienti da altre regioni, confermando la propria centralità nel sistema sanitario nazionale.

La Lombardia si trova pertanto a rispondere a un bisogno di salute che ha rilevanza non solo regionale, ma nazionale.

L'alta qualità e la specializzazione delle cure fornite richiedono l'esistenza di più IRCCS dedicati, i quali svolgono un ruolo cruciale nel panorama sanitario italiano e contribuiscono in modo significativo alla gestione e al trattamento tra le altre di aree di patologia ad alto impatto sulla salute globale quali l'area oncologica, ematoncologica e immunologica, neurologica e pneumologica - cardiovascolare.

Per continuare a rispondere in modo adeguato a questa domanda crescente, è fondamentale mantenere e potenziare i centri di eccellenza lombardi, promuovendo la ricerca, l'innovazione terapeutica e una sempre migliore capacità di accoglienza per pazienti provenienti da tutto il Paese.

Regione Lombardia valuterà l'istituzione di nuovi Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico coerentemente e compatibilmente con la programmazione sanitaria della regione.

Gli IRCCS dovranno garantire il coordinamento delle attività del direttore generale e quelle del direttore scientifico e al fine di assicurare l'integrazione dell'attività assistenziale e dell'attività di formazione con l'attività di ricerca per potenziarne l'efficacia nelle aree tematiche di afferenza. Per questo, come previsto dalla norma nazionale, il direttore scientifico dovrà essere supportato dalla struttura amministrativa dell'IRCCS.

12.3. SISTEMA BIBLIOTECARIO BIOMEDICO LOMBARDO (SBBL)

Regione Lombardia ha istituito con L.R. n. 41 del 12 dicembre 1994 il Sistema Bibliotecario Biomedico Lombardo (SBBL).

La successiva legge regionale del 7 marzo 2011, n. 6 ne modifica la configurazione e prevede che il Sistema accolga le adesioni anche di strutture pubbliche o private non lombarde. SBBL è un segno tangibile della proficua collaborazione che da tempo esiste tra Regione Lombardia e le Istituzioni lombarde della cultura biomedica e di come la Regione affronti a lungo termine il problema della salute. L'obiettivo di SBBL è quello di mettere a disposizione degli operatori sanitari

servizi di informazione biomedica di qualità e l'esperienza acquisita nelle migliori biblioteche lombarde per favorire una rapida, mirata ed aggiornata informazione scientifica.
Nel 2025, la Direzione Generale Welfare continuerà a consolidare e diffondere la conoscenza scientifica nel SSR, anche tramite il Sistema Bibliotecario Biomedico Lombardo (SBBL). L'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda rimarrà il centro di riferimento regionale per la gestione di SBBL. Il finanziamento pubblico sarà composto da un contributo regionale di 1.995.000 euro e una quota a carico delle ATS, ASST, IRCCS pubblici, AREU, e ACSS di massimo 2.415.000 euro. Le quote saranno determinate in base ai servizi offerti e al numero dei dipendenti. Saranno inclusi anche contributi da enti non collegati alla DG Welfare.
Il finanziamento pubblico dipenderà da vari fattori, tra cui l'inserimento di nuovi enti, l'integrazione dei Medici di Medicina Generale, l'aumento dei costi editoriali e la trasformazione dei contratti editoriali. Sarà creato un repository regionale per raccogliere tutte le pubblicazioni degli enti pubblici, garantendo visibilità internazionale e interoperabilità dei dati.
Le strutture pubbliche aderenti a SBBL dovranno verificare la non duplicazione dei costi prima di acquisire abbonamenti, con la collaborazione del CRR. Inoltre, si prevede di ampliare la rete di strutture pubbliche aderenti, anche fuori dalla Lombardia, per ridurre la quota a carico delle strutture lombarde e ampliare il patrimonio bibliografico.

13. INVESTIMENTI E ACQUISTI

13.1. 1° PARTE: TEMATICHE INERENTI REGOLE DI SVILUPPO CON ORIZZONTE TEMPORALE DI 2/3 ANNI

13.1.1. PNRR e D.l. n. 34/2020

- Nel corso del 2025 proseguiranno le attività e gli interventi necessari per dare completa attuazione al PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA PNRR - MISSIONE 6 COMPONENT 1 E COMPONENT 2 E PNC (rif. DGR n. XI/6426/2022 e s.m.i.) e al PIANO DI POTENZIAMENTO TI, TS e PS. Le attività di interlocuzione con i Soggetti Attuatori Esterni (PNRR) e Soggetti Attuatori (DL 34/2020) riguarderanno in particolare:
- monitoraggio attuazione interventi Case di Comunità, Ospedali di Comunità e “Ospedale Sicuro” in scadenza nel corso del I semestre 2026 e implementazione fase di liquidazione delle spese anticipate dagli enti sanitari;
- nel 2025 continuerà l'attività di monitoraggio sull'attuazione degli interventi per la realizzazione delle strutture; poiché sono emerse criticità nella rendicontazione ai fini della liquidazione delle spese anticipate dagli enti sanitari (riferimento deliberazione 21 novembre 2024 n. 238/2024/gest Corte dei Conti sezione regionale di controllo per la Lombardia - “Attuazione dell’assistenza sanitaria territoriale del PNRR della Lombardia – Controllo sulla gestione”), legate al complesso processo di rendicontazione nella piattaforma ReGiS, particolare attenzione dovrà essere riservata a tale attività, secondo le indicazioni già fornite dall’Unità di Missione PNRR del Ministero della Salute e dalla DG Welfare;
- allineamenti contabili;
- analisi rendicontazioni e monitoraggio processo di liquidazione attraverso il sistema Regis;
- monitoraggio attuazione interventi DL 34/2020, anche attraverso il raccordo tra le ATS e le competenti UUOO della D.G. Welfare, per gli aspetti di accreditamento e attivazione dei posti letto di TI e TSI e per gli interventi di potenziamento PS.

13.1.2. Efficientamento energetico

Proseguirà l’audit e l’analisi dei dati energetici degli Enti SSR nell’ambito del programma "nEW" (DGR n° XI/6709/2022) attraverso gli Energy Manager individuati dalle Aziende Sanitarie. L’obiettivo è rafforzare la capacità di programmare interventi per l’efficientamento energetico, includendo la modifica dei comportamenti, la contrattualistica dei servizi energetici, investimenti tecnologici e il monitoraggio dei consumi. La Giunta Regionale valuterà l’attuazione degli interventi programmati come elemento premiante per l’accesso agli investimenti. Gli Enti SSR potranno inoltre verificare, con il Gestore per i Servizi Energetici, l’accesso agli incentivi previsti dal Conto Termico, che offre contributi a fondo perduto per l’efficientamento energetico degli edifici ospedalieri, cumulabili con altri incentivi. Si ricorda alle Aziende Sanitarie di acquisire la documentazione necessaria, in particolare l’Attestato di Prestazione Energetica (APE), diagnosi energetica e dati catastali aggiornati, per gli edifici di proprietà.

13.1.3. Progetto degli interventi sanitari per la realizzazione dell’evento sportivo “Giochi Olimpici Invernali Milano-Cortina 2026” di cui a D.G.R. n. XII/2931 del 05.08.2024

Si rimanda al capitolo dedicato “Giochi Olimpici Invernali Milano-Cortina 2026”

13.1.4. Interventi di realizzazione del “nuovo central building” della fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico nell’ambito della complessiva riqualificazione

Nel 2025 si prevede la conclusione degli interventi per la realizzazione del Nuovo “Central Building” della Fondazione IRCCS Ca’ Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano. La Fondazione dovrà garantire la piena operatività dell’edificio, inclusa l’acquisizione di arredi e attrezzature finanziati dalla

DGR n. XII/2930/2024. L'intervento è parte di un Accordo di Programma tra Ministero della Salute, Regione Lombardia, Comune di Milano, Università degli Studi di Milano e Fondazione IRCCS Ca' Granda, sottoscritto nel 2001 e modificato nel tempo. Una nuova richiesta di variazione del progetto, che comporta lo spostamento dell'area logistica e la costruzione di un parcheggio multipiano, già discussa in Segreteria Tecnica, verrà successivamente sottoposta all'esame del Collegio di Vigilanza. È raccomandata la tempestiva effettuazione delle verifiche e l'acquisizione dei pareri e degli atti abilitativi di competenza dell'Amministrazione comunale, nonché l'effettuazione degli adempimenti necessari per l'accreditamento della nuova struttura.
Ai fini delle valutazioni tecniche di competenza di ATS con riguardo alla procedura di accreditamento della nuova struttura, dovranno essere opportunamente considerate le seguenti circostanze:

- I posti letto realizzati nella nuova struttura ospedaliera non si aggiungono a quelli già accreditati e non costituiscono, dunque, ulteriore peso insediativo in termini di assetto nosologico degli immobili strumentali afferenti alla Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano;
- Il nuovo central building si colloca in area servita da importanti reti di trasporto pubblico, recentemente implementate con l'entrata in servizio della nuova linea della metropolitana M4, e caratterizzata dalla presenza di una elevata dotazione di posti macchina pubblici, sicuramente non inferiore a quella presente prima della realizzazione della nuova struttura.

Resta ferma la necessità di dimostrare, nell'ambito dell'iter di approvazione della suddetta variante, il possesso della dotazione di parcheggi pertinenziali, se dovuta, come previsto dalla L. n. 122/1989 e dall'Accordo di Programma, modificato dagli Atti Integrativi, nonché in base alle conclusioni del Collegio di Vigilanza del 2 dicembre 2022.

13.2. 2° PARTE: TEMATICHE INERENTI REGOLE 2025

Ambiti programmatori prioritari per investimenti regionali in conto capitale destinabili al finanziamento del sistema sanitario e socio-sanitario regionale
Nella programmazione strategica regionale degli investimenti sanitari sono individuate le priorità per l'utilizzo della quota in conto capitale destinata al finanziamento del Sistema Sanitario e Socio-Sanitario Regionale per l'esercizio 2025, al fine di uniformare la programmazione degli investimenti e perseguire gli obiettivi prioritari, in coerenza con il Programma Regionale di Sviluppo Sostenibile della XII Legislatura (D.C.R. n. XII/42 del 20 giugno 2023) e con il Piano sociosanitario integrato lombardo 2024-2028 (D.C.R. n. XII/395 del 25 giugno 2024). Le indicazioni sono fornite nel limite delle disponibilità economiche, con possibilità di variazioni in caso di nuove esigenze o successive rimodulazioni tra gli importi previsti.
Gli ambiti programmatori prioritari sono i seguenti:

1. Piani di investimento aziendali per il 2025 finalizzati al MANTENIMENTO DI STRUTTURE, IMPIANTI E APPARECCHIATURE;
2. INTEGRAZIONE E COMPLETAMENTO DI OPERE PREVISTE NELLA PROGRAMMAZIONE STRATEGICA REGIONALE oggetto di Accordi di Programma, Accordi di Programma Quadro e specifici programmi di investimento;
3. PIANI DI INCREMENTO DEI LIVELLI DI SICUREZZA ANTINCENDIO E SICUREZZA SISMICA (zone a media e alta sismicità) dei presidi di riferimento delle ASST e IRCCS di diritto pubblico, anche con riferimento alle rilevazioni ministeriali;
4. COFINANZIAMENTO REGIONALE NECESSARIO PER IL PROGRAMMA DI INVESTIMENTI A VALERE SUI FONDI EX ART. 20 LEGGE 67/88 RELATIVO AL II STRALCIO, di cui alla DGR n. XII/2478 del 03/06/2024;

5. COFINANZIAMENTO REGIONALE DEGLI INTERVENTI PREVISTI DAL PNRR/PNC e POR regionale e specifici provvedimenti regionali e finanziamento regionale delle ulteriori strutture territoriali (CDC/ODC/COT) previste nella programmazione regionale;
6. INTEGRAZIONE INTERVENTI DEL PIANO DI POTENZIAMENTO EX ART.2 DL 34/2020;
7. INTERVENTI STRATEGICI AFFERENTI ALL'AREA SALUTE MENTALE, NPIA, disabilità e dipendenze nell'ambito del potenziamento e della riorganizzazione della rete territoriale dei servizi sanitari;
8. INTERVENTI URGENTI DI NATURA STRAORDINARIA ED EVENTUALI URGENZE IMPREVISTE in corso d'esercizio;
9. POTENZIAMENTO TECNOLOGICO – SOSTITUZIONE APPARECCHIATURE DIAGNOSTICHE E DI CURA A BASSA E MEDIA TECNOLOGIA;
10. POTENZIAMENTO TECNOLOGICO – SOSTITUZIONE E POTENZIAMENTO APPARECCHIATURE DIAGNOSTICHE E DI CURA AD ALTA TECNOLOGIA senza incremento di offerta. Con riguardo a tale ambito programmatorio, si richiama il necessario parere, obbligatorio ma non vincolante per la D.G. Welfare, della Commissione per Apparecchiature Sanitarie ad Alta Tecnologia (ASAT) anche con riguardo ad interventi da finanziarsi con risorse a carico del bilancio dell'Azienda sanitaria.
11. EFFICIENTAMENTO ENERGETICO DELLE STRUTTURE SANITARIE E SOCIO SANITARIE in coerenza al programma nEW.

Proseguirà l'attività tecnico-amministrativa finalizzata alla finalizzazione della procedura di acquisizione del compendio immobiliare denominato "Ex 2° deposito centrale dell'Aeronautica Militare di Gallarate" al patrimonio regionale per la sua successiva riconversione quale Hub delle Emergenze, in attuazione della DGR XII/1519/2023, nonché della DGR XII/3249 del 21 ottobre 2024 e dei conseguenti decreti di impegno di spesa.
Infine, saranno avviati i lavori per redigere un programma pluriennale di investimenti per il riassetto della rete pubblica di offerta, che, compatibilmente con le risorse disponibili, inquadrerà gli interventi infrastrutturali in coerenza con le linee di indirizzo del Piano Sociosanitario Integrato 2024-2028, approvato con deliberazione del Consiglio regionale del 25 giugno 2024, n. XII/395.

13.2.1. Monitoraggio attuazione investimenti regionali antecedenti al 2019

Per una programmazione efficace delle risorse e l'attuazione degli interventi nei piani di investimento, si ribadisce alle Aziende Sanitarie l'importanza di rispettare gli indirizzi contenuti nei provvedimenti della Giunta Regionale, in particolare nella DGR n. XII/850/2023. Le Aziende Sanitarie beneficiarie di investimenti in conto capitale per edilizia sanitaria e ammodernamento tecnologico devono garantire il pieno ed efficiente utilizzo delle risorse disponibili nelle diverse annualità, come previsto dai provvedimenti della Giunta Regionale.
Inoltre, al fine di ridurre la quota di impegni di spesa non utilizzati, le future assegnazioni di risorse in conto capitale per progetti specifici o generali prevederanno meccanismi premiali per gli Enti del SSR che dimostreranno elevata capacità di spesa, con l'obiettivo di azzerare i residui delle risorse in conto capitale, come di seguito specificato:

- relativamente a specifici progetti, residui di risorse impegnate negli esercizi antecedenti al quarto esercizio contabile precedente;
- relativamente a erogazioni indistinte, residui di risorse impegnate negli esercizi antecedenti al secondo esercizio contabile precedente.

Particolare attenzione sarà dedicata agli investimenti relativi ai fondi regionali assegnati negli esercizi precedenti al 2019, che non sono stati avviati o sono stati fortemente rallentati. In relazione al tempo

trascorso e ai cambiamenti nel contesto economico, potrebbe essere prevista la revoca del finanziamento per tali interventi

13.3. 3° PARTE: TEMATICHE DA INTRODURRE PER EFFETTO DI OBBLIGHI NORMATIVI DI CUI AL CODICE DEI CONTRATTI PUBBLICI - D. LGS. n. 36/2023

13.3.1. Collegi Consultivi Tecnici

Il Collegio Consultivo Tecnico (CCT) è un organo istituito ai sensi degli artt. 5 e 6 del D.L. 16 luglio 2020, n. 76, e dell'art. 51 del D.L. 31 maggio 2021, n. 77. Le Stazioni Appaltanti sono i soggetti destinatari della norma e, in conformità agli artt. 215 e seguenti del D.lgs. n. 36/2023, sono responsabili della tempestiva costituzione del CCT. Questo deve avvenire nel rispetto della legge regionale n. 22/2020, modificata dalla legge regionale n. 11/2024, e delle linee guida del Ministero delle Infrastrutture e della Mobilità Sostenibili (Decreto n. 12/2022).

Il CCT può esprimere pareri o adottare determinazioni con valore di lodo contrattuale ai sensi dell'art. 808-ter del Codice di procedura civile. È quindi fondamentale che, al momento della costituzione del Collegio, le Stazioni Appaltanti precisino se intendano conferire alle determinazioni del CCT tale valore, motivandone adeguatamente la decisione.

Nel caso di determinazioni del CCT che comportino pagamenti extracontrattuali all'Appaltatore, la Stazione Appaltante deve eseguire un'istruttoria per accertare la congruità della motivazione e verificare la dovutezza delle somme, verificando altresì l'insussistenza delle cause di impugnabilità della determinazione assunta dal CCT previste dall'art. 808-ter c.p.c. Gli importi riconosciuti all'Appaltatore dal CCT dovranno essere coperti tramite risorse di bilancio, anche considerando se la spesa è imputata a conto capitale o corrente.

Le richieste di rifinanziamento per motivi di indisponibilità delle fonti di finanziamento previste saranno considerate richieste di finanziamento fuori cornice. Inoltre, i Presidenti del Collegio Consultivo Tecnico sono tenuti a trasmettere all'Osservatorio permanente del Consiglio superiore dei lavori pubblici gli atti di costituzione, scioglimento e le principali pronunce del Collegio.

L'istituto del Collegio Consultivo Tecnico è, allo stato, interessato da proposte di modifica (artt. 215 e ss. del Codice dei Contratti Pubblici – D. Lgs. 36/2023), inserite nello Schema di decreto legislativo recante disposizioni integrative e correttive al Codice, trasmesso al Parlamento e in corso di esame, che riguardano, in particolare:

- la specificazione della ricomprensione, tra le fattispecie contrattuali in relazione alle quali è prevista la costituzione del Collegio Consultivo Tecnico, dei contratti di appalto e di concessione;
- L'obbligatorietà della sua costituzione riguarda anche le opere pubbliche realizzate tramite contratti di concessione o partenariato pubblico-privato di importo pari o superiore alle soglie di rilevanza europea, e l'acquisizione del parere o di una sua determinazione nei casi di riserve, proposte di variante e in relazione ad altre controversie che insorgano durante l'esecuzione del contratto, incluse le fattispecie di risoluzione contrattuale;
- la specificazione che il Collegio è sciolto al termine dell'esecuzione del contratto, da intendersi quale data della sottoscrizione dell'atto di collaudo o regolare esecuzione, salvo nelle ipotesi di riserve o altre richieste in merito al collaudo medesimo; in tale ultimo caso, lo scioglimento avviene all'adozione della relativa pronuncia.

13.3.2. Metodi e strumenti di gestione informativa digitale degli interventi di edilizia sanitaria - BIM (Building Information Modeling) – rif. All. I.9 D.Lgs. 36/2023

L'obbligo del BIM negli appalti pubblici è stato introdotto dal Nuovo Codice Appalti (art. 43 co. 1), che prevede l'utilizzo obbligatorio dal 1° gennaio 2025 per appalti di importo pari o superiore al milione di

euro. Tra le modifiche proposte allo Schema di decreto legislativo, si prevede di innalzare la soglia a due milioni di euro. La tecnologia BIM è già obbligatoria da tempo, con soglie che variano dal 2019 al 2025 per diverse categorie di lavori pubblici.
L'art. 43 del d.lgs. n. 36/2023 estende l'uso di metodi digitali per la gestione informativa degli investimenti infrastrutturali, rendendo necessario un adeguamento organizzativo e formativo. La tecnologia BIM non si limita alla gestione digitale dei progetti, ma copre l'intero ciclo di vita dell'immobile, fino alla dismissione. È auspicabile che per le nuove strutture o riforme importanti si crei un digital twin, che permetta una gestione puntuale dell'edificio.
Per raggiungere questo obiettivo, le Aziende e gli Enti del Sistema devono adottare modalità uniformi in particolare:

- definire il piano di formazione previsto dall'art. 1, comma 2, allegato I.9, con iniziative comuni supportate da Polis;
- sviluppare un piano per l'acquisizione e manutenzione degli strumenti hardware e software necessari, secondo l'art. 1, comma 2, lett. b);
- redigere un atto di organizzazione integrato con i sistemi di gestione e qualità, come previsto nell'art. 1, comma 2, lett. c).

Per coprire i costi di implementazione, le stazioni appaltanti possono ricorrere alle risorse accantonate ai sensi dell'art. 45, comma 5, del d.lgs. n. 36/2023. Infine, ARIA S.p.A. sarà incaricata di analizzare la fattibilità di una piattaforma condivisa quale Ambiente di Condivisione (AdC) comune per le stazioni appaltanti del SSR, fermo restando che, nelle more di tale verifica, le stazioni appaltanti dovranno provvedere autonomamente alla istituzione di un proprio AdC, prevedendo la possibilità di una sua migrazione nell'infrastruttura comune, non appena quest'ultima sia resa disponibile.

13.3.3. Modalità di attuazione del programma degli investimenti – Il contributo di ARIA S.p.A.

Regione Lombardia sta sviluppando un programma di investimenti infrastrutturali per il Servizio Sanitario Regionale, utilizzando risorse dalla Banca Europea per gli Investimenti, dai Ministeri competenti e risorse proprie in conto capitale. Il raggiungimento degli obiettivi regionali richiede l'apporto delle risorse strumentali introdotte, in particolare l'efficace azione di ARIA S.p.A. nel contesto del SiReg.
Per migliorare l'efficacia nella realizzazione dei programmi, ARIA S.p.A. è chiamata a rivedere le proprie procedure di gestione degli investimenti, puntando a un impiego efficiente delle risorse e a una tempestiva realizzazione delle opere, anche alla luce delle recenti riforme sui contratti pubblici. Le modalità gestionali e i sistemi di monitoraggio adottati dovranno garantire il rispetto dei principi di correttezza, semplificazione ed efficientamento procedurale, riducendo i tempi di realizzazione.
In questo nuovo contesto, i provvedimenti della Giunta per la mobilitazione delle risorse dovranno essere seguiti da modalità di attuazione che assicurino tempestività nella realizzazione degli investimenti e nella messa in servizio delle nuove strutture.
Nel caso in cui dovessero permanere criticità da parte della gestione di ARIA nei diversi impegni contrattuali di sua competenza, la DG Welfare è autorizzata a utilizzare altre società di servizi per le diverse esigenze operative.

13.4. IL SISTEMA DEGLI ACQUISTI DEL SSR

I vari soggetti costituenti la rete degli acquisti del SSR, coordinati dalla Direzione Generale Welfare, dovranno perseguire un ottimale equilibrio nella suddivisione della programmazione integrata, al fine di evidenziare le procedure da centralizzare in termini di costo/opportunità, tenendo conto dei vincoli normativi inerenti alle competenze esclusive dei Soggetti Aggregatori (definite, allo stato, dal D.L. 66/2014 convertito con L. 89/2014 e dal D.P.C.M. 11/07/2018). Ne discende che nel primo TTA (Tavolo Tecnico degli Appalti) del 2025, la programmazione ARIA dedicata al SSR sarà esclusivamente

dedicata ai fabbisogni legati alle categorie merceologiche previste dal DPCM, includendo la copertura anche dei periodi ponte tra un contratto e il successivo al fine di assicurare la continuità operativa degli Enti. Nei casi residuali in cui ARIA non fosse in grado di assicurare tali procedure ponte, dovrà segnalarlo agli Enti interessati con congruo anticipo, unitamente ad autorizzazione a procedere in autonomia e indicando il periodo minimo di copertura necessario in funzione dei tempi previsti per la convenzione centralizzata.
Fanno eccezione, come procedure di gara non DPCM, solo le attività puntualmente assegnate ad ARIA da DG Welfare per il soddisfacimento di specifici fabbisogni.
Nel corso del 2025 DG Welfare sosterrà una ripresa dell'attività dei Consorzi e una maggiore cooperazione in termini di aggregazione, programmazione e collaborazione con ARIA.
Al fine di raggiungere un livello ottimale di soddisfacimento delle reali esigenze avvertite dai singoli Enti del SSR, in considerazione delle peculiarità e complessità del sistema sanitario che rende necessario il coinvolgimento di rappresentanti delle realtà territoriali, non solo in fase di programmazione, ma anche in fase di progettazione della gara, precisamente nella fase di definizione dei fabbisogni e di definizione dei capitolati tecnici, attraverso la partecipazione ai Tavoli Tecnici e nella successiva fase di affidamento attraverso la partecipazione dei professionisti idonei alle commissioni giudicatrici
Inoltre, ARIA quale soggetto aggregatore, per l'esperimento di gare aggregate può avvalersi della collaborazione degli Enti SSR sulla base di accordi di collaborazione ex art 15 L 241/90 e sulla base delle specifiche competenze maturate dagli stessi.

13.4.1. Sistema Regionale di e-procurement

La parte II del libro I del Codice dei Contratti Pubblici (D. lgs. n. 36/2023) stabilisce le disposizioni relative alla digitalizzazione del ciclo di vita dei contratti pubblici, ponendo l'accento sulla necessità di utilizzare piattaforme e servizi digitali infrastrutturali per la gestione di tutte le attività e i procedimenti amministrativi. In particolare, l'art. 19, c. 3, stabilisce che le attività connesse al ciclo di vita dei contratti pubblici debbano essere svolte digitalmente, in linea con il Codice dell'Amministrazione Digitale (D.Lgs. n. 82/2005). L'art. 19, c. 8, incarica le Regioni e le Province Autonome di garantire il rispetto delle disposizioni nazionali, nonché di supportare le stazioni appaltanti e gli enti concedenti nell'attuazione di queste misure.
Regione Lombardia ha già adottato un approccio avanzato con la L.R. n. 33/2007, introducendo l'obbligo di utilizzare la piattaforma regionale di e-procurement per tutte le fasi del ciclo di acquisto. La piattaforma comprende diversi moduli, tra cui:

- Modulo programmazione e Sistema Regionale Farmaci (SRF) per la gestione dei fabbisogni.
- SINTEL per le fasi di pubblicazione e affidamento degli acquisti.
- Negozio elettronico NECA e PECP per la fase di esecuzione del contratto.

Dal 1° gennaio 2024, la piattaforma regionale di e-procurement è stata certificata come **"Piattaforma di approvvigionamento digitale"** ai sensi dell'art. 25 del Codice dei Contratti, allineandosi così alle normative nazionali.
Per garantire l'efficacia della digitalizzazione e l'integrazione dei dati nei flussi ministeriali e regionali (ad esempio, flusso contratti, relazione trimestrale sugli acquisti, verifica semestrale delle proroghe, incentivi per le funzioni tecniche), è fondamentale che gli **Enti SSR** rispettino l'obbligo di una **compilazione corretta e completa** di tutti i campi previsti dai moduli applicativi della piattaforma. Questo garantisce la validità e l'affidabilità dei dati inseriti e favorisce la trasparenza e l'efficienza nei processi di acquisto e gestione dei contratti.
La parte II del libro I del Codice dei Contratti Pubblici (D.Lgs. 36/2023) stabilisce le disposizioni relative alla digitalizzazione del ciclo di vita dei contratti pubblici, ponendo l'accento sulla necessità di utilizzare

piattaforme e servizi digitali infrastrutturali per la gestione di tutte le attività e i procedimenti amministrativi. In particolare, l'art. 19, c. 3, stabilisce che le attività connesse al ciclo di vita dei contratti pubblici debbano essere svolte digitalmente, in linea con il Codice dell'Amministrazione Digitale (D.Lgs. n. 82/2005). L'art. 19, c. 8, incarica le Regioni e le Province Autonome di garantire il rispetto delle disposizioni nazionali, nonché di supportare le stazioni appaltanti e gli enti concedenti nell'attuazione di queste misure.
Regione Lombardia ha già adottato un approccio avanzato con la L.R. n. 33/2007, introducendo l'obbligo di utilizzare la piattaforma regionale di e-procurement per tutte le fasi del ciclo di acquisto. La piattaforma comprende diversi moduli, tra cui:

- Modulo programmazione e Sistema Regionale Farmaci (SRF) per la gestione dei fabbisogni.
- SINTEL per le fasi di pubblicazione e affidamento degli acquisti.
- Negozio elettronico NECA e PECP per la fase di esecuzione del contratto.

Dal 1° gennaio 2024, la piattaforma regionale di e-procurement è stata certificata come "Piattaforma di approvvigionamento digitale" ai sensi dell'art. 25 del Codice dei Contratti, allineandosi così alle normative nazionali.
Per garantire l'efficacia della digitalizzazione e l'integrazione dei dati nei flussi ministeriali e regionali (ad esempio, flusso contratti, relazione trimestrale sugli acquisti, verifica semestrale delle proroghe, incentivi per le funzioni tecniche), è fondamentale che gli **Enti SSR** rispettino l'obbligo di una **compilazione corretta e completa** di tutti i campi previsti dai moduli applicativi della piattaforma. Questo garantisce la validità e l'affidabilità dei dati inseriti e favorisce la trasparenza e l'efficienza nei processi di acquisto e gestione dei contratti.

13.4.2. Ambiti di aggregazione

Con l’obiettivo di pervenire ad una programmazione integrata di Sistema, come definita dall’art.5 della DGR n. X/3440 del 24/04/2015, il Tavolo tecnico degli Appalti definisce la programmazione degli acquisti di ARIA e degli Enti Sanitari. Alla luce della normativa nazionale, si conferma l’obbligo di acquisto da parte degli Enti Sanitari per il tramite del Soggetto Aggregatore regionale – ARIA S.p.A. – o in subordine nazionale – Consip S.p.A. – di beni e servizi compresi nelle categorie merceologiche e relative soglie di spesa previste dai DPCM ai sensi dell'articolo 9, comma 3, del decreto-legge 24 aprile 2014, n. 66, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 luglio 2014, n. 89.
Per le esigenze di approvvigionamento in tali ambiti merceologici da DPCM, qualora non sia già attiva una Convenzione ARIA o Consip, è necessario richiedere ad ARIA le tempistiche previste per l’apertura delle relative convenzioni. Al fine di garantire la continuità dei servizi sanitari, gli Enti possono quindi esperire una procedura di acquisto autonoma senza ulteriori autorizzazioni (aggregabile solo se autorizzata da ARIA), prevedendo le opportune clausole contrattuali di recesso anticipato, al fine di soddisfare i propri fabbisogni.
In attesa dell’esito dei ricorsi su procedure centralizzate, ARIA dovrà fornire prontamente informazioni sulle tempistiche di espletamento in modo che ogni RUP, nella propria responsabilità e con provvedimento motivato, possa valutare il miglior momento di adesione al fine di ridurre i rischi organizzativi ed impatti economici legati ad un cambio di appalto multiplo in particolare per il settore dei servizi DPCM. Gli Enti che hanno conferito i propri fabbisogni ad ARIA, dovranno approvvigionarsi autonomamente (o con aggregazioni ex post, se disponibili) con un contratto ponte fino alla data di attivazione dell’iniziativa centralizzata, inserendo apposita clausola di recesso anticipato (vincolato a tale data e alla convenienza economica derivante dall’adesione) e inviando, prima dell’avvio della negoziazione del contratto ponte, informazione alla Direzione Generale Welfare - acquisti_ssr@regione.lombardia.it ed in copia ad ARIA gare@ariaspa.it . Le modalità di esecuzione della procedura e il periodo di copertura dei fabbisogni saranno responsabilità dei singoli RUP.

Per gli acquisti in ambiti merceologici diversi dal DPCM, anche se già presenti in programmazione, ARIA non procede a richiesta fabbisogni o indizione di procedure di gara se non espressamente autorizzata dalla DG Welfare. L'obiettivo è incrementare il più possibile l'aggregazione per fabbisogni omogenei almeno a livello di perimetro consortile.

L'obiettivo è incrementare il più possibile l'aggregazione per fabbisogni omogenei almeno a livello di perimetro consortile.

Verrà attuato da parte di DG Welfare, con la collaborazione di ARIA e dei Consorzi, un sistema di monitoraggio del comportamento di acquisto degli Enti Sanitari atto a verificare il soddisfacimento dei fabbisogni del sistema da parte del soggetto aggregatore negli ambiti di competenza (DPCM), oltre al livello di adesione alle convenzioni ARIA con l'obiettivo di aumentare il livello di aggregazione regionale raggiunto e ridurre il numero di proroghe effettuate in attesa di convenzioni centralizzate.

I risultati che emergeranno costituirà elemento di valutazione dei risultati dei Direttori Generali e di ARIA.

13.4.3. Procedure centralizzate e collaborazione con il soggetto aggregatore ARIA S.p.A

Al fine di perseguire la massima integrazione del Sistema acquisti regionale, è richiesta agli Enti del SSR Lombardo una attiva partecipazione alle diverse fasi del ciclo degli acquisti del soggetto aggregatore ARIA:

- **Fase di Programmazione**: al fine di garantire un tempestivo svolgimento delle gare necessario per assicurare una sempre maggiore la copertura dei fabbisogni attraverso acquisti centralizzati, gli Enti sanitari sono tenuti a:
  - trasmettere al Soggetto Aggregatore regionale (ARIA S.p.A.), entro le scadenze comunicate, i propri fabbisogni di acquisto. Dette trasmissioni dovranno avvenire attraverso la Piattaforma regionale di eProcurement e nello specifico Modulo Programmazione;
  - realizzare una programmazione di "Consorzio", al fine di aggregare i fabbisogni che non rientrano in procedure centralizzate;
  - cooperare (in particolare per i centri "hub" per gli acquisti, come sopra definiti) con il Soggetto Aggregatore regionale, con l'obiettivo di aumentare i livelli di omogeneizzazione delle forniture e dei servizi adottati dal Sistema Sanitario e al contempo migliorare la qualità dei servizi resi ai cittadini, partecipando allo svolgimento di Gare Centralizzate secondo le modalità stabilite dal sistema di convenzionamento/delega ARIA-Ente Sanitario, che dovrà essere semplificato e ottimizzato nel corso del 2025.
- **Fasi di Progettazione e Pubblicazione**: è richiesto agli Enti di assicurare la propria partecipazione allo svolgimento dei lavori di progettazione delle gare centralizzate, fornendo i nominativi di propri professionisti ai fini della relativa partecipazione ai Tavoli Tecnici regionali incaricati della predisposizione dei capitolati tecnici e dei correlati atti di gara. Le richieste dei nominativi dei professionisti da DG Welfare ai Coordinatori dei Consorzi che provvederanno a darne riscontro entro le tempistiche indicate nella richiesta. Si valuterà la possibilità di riconoscere una agevolazione per la partecipazione ai tavoli da parte dei professionisti degli Enti.

ARIA valuterà inoltre con DG Welfare la possibilità di costituire tavoli tecnici permanenti su temi specifici, coinvolgendo i professionisti degli Enti e le Società Scientifiche.

Gli Enti provvedono inoltre a trasmettere tempestivamente, attraverso l'apposito modulo della piattaforma regionale di eProcurement (moduli Fabbisogni On Line – FOL e Sistema Regionale Farmaci – SRF) i fabbisogni specifici in risposta alle richieste di ARIA per le categorie di competenza (DPCM). Tali fabbisogni saranno considerati da ARIA per la definizione delle basi d'asta delle gare e per la determinazione dei massimali specifici che verranno assegnati ai singoli Enti Sanitari (vedi Fase di Esecuzione).

- **Fase di Affidamento**: è indispensabile che gli Enti forniscano tempestivamente un elenco di nominativi utili alla composizione delle Commissioni di valutazione affinché sia rispettata una pianificazione efficace delle sedute di ogni Commissione giudicatrice al fine del rispetto dei vincoli normativi imposti per i tempi procedimentali delle gare. È altresì indispensabile garantire la partecipazione costante dei Commissari alle sedute di gara per pervenire in tempo utile alle aggiudicazioni. Le richieste dei nominativi dei professionisti verranno inviate da DG Welfare ai Coordinatori dei Consorzi che provvederanno a darne riscontro entro le tempistiche indicate nella richiesta. Si valuterà la possibilità di riconoscere una agevolazione per la partecipazione ai tavoli da parte dei professionisti degli Enti.
- **Fase di Esecuzione**: con l'obiettivo generale di garantire continuità di fornitura al Sistema Sanitario nel suo complesso:

1. il fabbisogno comunicato da ciascun Ente in fase di progettazione della gara sarà reso disponibile all'attivazione della convenzione in una percentuale del 100% sotto forma di Massimale specifico. ARIA dovrà prevedere una % aggiuntiva che confluirà in un Magazzino Virtuale, che verrà reso disponibile agli Enti nel corso della durata della convenzione in uno o più momenti successivi, con quantitativi determinati sulla base dei consumi rilevati dall'Ente stesso e dagli altri Enti del Sistema Sanitario. La progressiva e incrementale assegnazione dei quantitativi agli Enti sarà gestita in modo da garantire la flessibilità necessaria per rispondere a eventuali variazioni nelle esigenze. Gli Enti sono chiamati a richiedere l'adeguamento dei massimali specifici, in quanto non prevedibili o non comunicati in fase di progettazione della gara, se variati, attraverso le apposite funzionalità della piattaforma regionale di e-procurement (modulo NECA);
2. gli Enti Sanitari sono tenuti ad emettere, per ciascun acquisto di beni e servizi, gli Ordinativi di Fornitura (OdF) e le relative Richieste di Consegna (RdC) attraverso le apposite funzioni della Piattaforma Regionale di eProcurement (Moduli NECA);
3. con cadenza quadrimestrale i massimali specifici delle iniziative ARIA assegnati agli Enti e non utilizzati potranno essere ridotti dagli Enti, su segnalazione di ARIA, e utilizzati per rispondere alle esigenze di altri enti;
4. gli Enti Sanitari comunicheranno sistematicamente ad ARIA, attraverso apposito modulo NECA, le relative contestazioni inerenti all'esecuzione delle Convenzioni Centralizzate e la successiva soluzione, se realizzata;
5. gli Enti Sanitari sono tenuti a rispondere nei tempi e nei modi previsti alle rilevazioni di *customer satisfaction* e alle visite ispettive (Audit) sulle Convenzioni, svolte da ARIA;
6. gli Enti Sanitari dovranno garantire la verifica sulla corretta applicazione di ogni clausola contrattuale prevista nelle Convenzioni ARIA, con particolare attenzione alle clausole sociali e ai criteri di sostenibilità ambientale e sociale e rispondere alle richieste sul tema ricevute da ARIA nei tempi previsti. ARIA dovrà farsi carico di tutte le difformità ricevute dagli Enti e intervenire con i Fornitori per il rispetto delle condizioni contrattuali.

13.5. SISTEMA REGIONALE DI MONITORAGGIO BENI E SERVIZI

13.5.1. Dispositivi medici

Viene confermato quanto previsto nelle precedenti regole di sistema.

13.5.2. Flusso consumi Dispositivi Medici

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

- La trasmissione dei dati di tutte le aziende sanitarie riferite a tutti i mesi del periodo Gennaio-Dicembre 2025.

Nel caso di non invio di consumi da parte degli enti, in una mensilità, dovrà essere inviata nota formale da parte delle Direzioni Aziendale alla DG Welfare attestante il mancato invio e la motivazione.

- La spesa rilevata nel periodo Gennaio-Dicembre 2025 deve coprire il 75% dei costi rilevati dal Modello di Conto Economico (voci B.1.A.3.1. Dispositivi medici e B.1.A.3.2. Dispositivi medici impiantabili attivi).

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

13.5.3. Flusso Contratti

Viene confermato quanto previsto nelle precedenti regole di sistema. Gli indicatori degli adempimenti LEA prevedono:
La percentuale di numeri di repertorio, presenti sia nel flusso consumi sia nel flusso contratti con riferimento ai contratti attivi per l'anno 2025, è migliorata rispetto ai dati consolidati 2020 se si verifica una delle seguenti condizioni:
- le Regioni che nel 2020 hanno una percentuale maggiore o uguale al 70%, continuano ad avere una percentuale maggiore o uguale al 70% anche per l'anno 2025;
Il metodo di calcolo può essere variato dal Comitato LEA.
Dal 1° gennaio 2023 è in essere un nuovo sistema di rilevazione che permette di integrare i dati dei Contratti con le informazioni già presenti in altri Sistemi regionali facilitando quindi la rendicontazione per le Aziende; tale sistema consiste nell'istituzione di un nuovo flusso da inviare tramite la piattaforma SMAF, denominato Flusso Contratti Regionale che traccia tutti i contratti stipulati dalle Aziende per qualsiasi prodotto/servizio, al pari di quanto inserito precedentemente nell'Osservatorio Acquisti.

13.5.4. Monitoraggio Servizi non sanitari

Viene confermato quanto previsto nelle precedenti regole di sistema.

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

Come stabilito dal decreto del 22 aprile 2014, tutte le strutture sanitarie (pubbliche, private accreditate e non accreditate) devono alimentare correttamente il flusso informativo NSIS e aggiornare le grandi apparecchiature già inserite, seguendo le istruzioni disponibili nel portale ministeriale. Le ATS verificheranno il corretto caricamento delle apparecchiature nelle strutture private. Il Ministero della Salute stabilirà eventuali nuove categorie di apparecchiature soggette a rilevazione. I dati raccolti saranno utilizzati dalla commissione ASAT della DG Welfare per la verifica delle istanze di acquisizione o sostituzione delle apparecchiature.

13.5.6. Proroghe dei contratti di appalto

Ai sensi dell'Allegato I.3 termini delle procedure di appalto e di concessioni (art.17, comma 3 de D. Lgs. n.36/2023), le procedure di gare d'appalto devono concludersi, anche per i soggetti aggregatori, nei termini indicati dal succitato allegato, ove venga utilizzato sia il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa basato sul migliore rapporto qualità prezzo che al prezzo più basso.
Viene confermato quanto previsto nelle precedenti regole di sistema con riguardo alle proroghe, per le quali la nuova formulazione contenuta nell'art. 120 del D.Lgs. 36/2023 (ex art. 106 del D.Lgs. 50/2016) distingue tra:

- proroghe contrattuali di cui al comma 10, predeterminate dalla Stazione Appaltante, previste dagli atti di procedura e che concorrono alla determinazione dell'importo stimato;
- proroghe tecniche di cui al comma 11, per cause non imputabili alla Stazione Appaltante, atte a garantire continuità di servizio e fornitura nelle more di conclusione della procedura di gara e per il tempo strettamente necessario.

L’obiettivo è la riduzione del numero di proroghe, indipendentemente dalla natura specifica, anche a fronte della riorganizzazione della rete degli acquisti prevista dalle presenti regole. Direzione Generale Welfare richiederà a tutti gli Enti per l’anno 2025 una verifica semestrale delle procedure d’acquisto effettuate con proroghe di contratti esistenti in conformità al quadro normativo esistente. La stessa dovrà essere inviata, con la relazione trimestrale sugli acquisti, entro il 15 luglio 2025 e il 15 gennaio 2026 a chiusura rispettivamente del I e II semestre.
Dal 2024 è stato attivato nella Piattaforma Regionale di e-procurement il nuovo modulo per la compilazione e l’invio dei dati relativi alla rilevazione delle proroghe dei contratti di appalto. Nel 2025 verrà richiesta l'indicazione della causa della proroga, in particolare se motivata da ritardo delle procedure centralizzate.

13.5.7. Rilevazione trimestrale degli acquisti

Dal 2023, contestualmente all’introduzione del nuovo flusso contratti di cui al precedente punto c., è stato attivato in Piattaforma Regionale di e-procurement il nuovo modulo per la compilazione e l’invio dei dati relativi alla relazione in materia di acquisti. Tale modalità consente agli Enti del SSR lombardo di raccogliere e comunicare alla Direzione Generale Welfare i dati relativi alle adesioni a gare ARIA e CONSIP, gare aggregate ed aggiudicazione di gare autonome con riguardo al periodo trimestrale di riferimento, ricavando in automatico alcuni dei dati richiesti mediante accesso diretto alle proprie procedure di gara presenti in Piattaforma Regionale di e-procurement.

13.6. INCENTIVI PER LE FUNZIONI TECNICHE EX ART. 45 D.LGS. 36/2023

DG Welfare costituirà un tavolo di lavoro con i professionisti del SSR al fine di condividere una linea guida per l’applicazione degli incentivi per le funzioni tecniche alla luce delle evoluzioni normative (correttivo al codice dei contratti in fase di approvazione) e giurisprudenziale, nonché dei vincoli di bilancio Regionale.
Tale linea guida verrà comunicata con provvedimento della DG Welfare entro settembre 2025 e applicato agli incentivi generati dalle procedure di gara nell’anno di riferimento. Resta inteso che da parte degli Enti del SSR nessun incentivo è dovuto al soggetto aggregatore ARIA per le procedure svolte, anche per il PNRR, in quanto si tratta di funzione ricompresa a livello centrale nell'ambito del contributo di funzionamento annuale riconosciuto al soggetto aggregatore stesso da parte di Regione Lombardia.

14. SISTEMI DI VALUTAZIONE E MONITORAGGIO DEL SSR

14.1. GOVERNO DEI LEA E VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE QUALI/QUANTITATIVE DEL SSR

Gli Enti SSR devono garantire l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), obiettivo operativo per i Direttori Generali, con decurtazione del punteggio in caso di mancato raggiungimento, come già previsto dalla DGR N° XII/2851 del 29/07/2024. Le ATS sono responsabili per le strutture private accreditate nel loro territorio. Nel 2025, la DG Welfare verificherà il rispetto delle condizioni di appropriatezza delle prestazioni tramite il Questionario LEA inviato al Ministero della Salute. Gli indicatori con valutazioni "critiche" saranno monitorati per individuare aree di miglioramento, anche rispetto all'appropriato setting di erogazione. Saranno definiti obiettivi specifici per il 2025 basati sugli indicatori nazionali di performance sanitaria, con la possibilità di aggiungere ulteriori indicatori entro il 1° marzo 2025.

14.1.1. Nuovo Sistema di Garanzia - NSG

Le tabelle riportano gli indicatori principali del NSG aggiornati al Questionario LEA 2024 per le aree di Assistenza Ospedaliera e Distrettuale. Gli indicatori specifici per il 2025 includono:

- **H04Z**: Rapporto tra ricoveri ad alto rischio di inappropriatezza e quelli non a rischio.
- **H05Z:** Percentuale di colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni.
- **H13C:** Percentuale di pazienti di età 65+ con frattura del collo del femore operati entro 2 giorni.
- **D04C:** Tasso di ospedalizzazione pediatrica per asma e gastroenterite.
- **D14C:** Consumo di antibiotici per 1.000 abitanti.
- **D33ZA:** Numero di anziani non autosufficienti in trattamento sociosanitario residenziale.
- **PDTA03(B):** Percentuale di pazienti con scompenso cardiaco che aderiscono al trattamento con beta-bloccanti.

Altri indicatori potrebbero essere aggiunti con una successiva nota regionale.
Per l'indicatore D04C verrà effettuato un approfondimento sull'appropriato setting di erogazione assistenziale anche in riferimento a quanto disposto dalla DGR XI/2672 del 16 dicembre 2019 in materia di sviluppo di setting alternativi per la gestione di questo tipo di problematica.

14.1.2. Area Assistenza Ospedaliera

N. indicatore	Descrizione Indicatore
H02Z	Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (con 10% tolleranza) interventi annui.
H03C	Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella.
H04Z	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (Allegato B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario.
H05Z	Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni
H08Zb	Autosufficienza di emoderivati (immunoglobuline, Fattore VIII, Fattore IX, albumine)
H09Za	Donatori di organi in morte encefalica

H13C	Percentuale di pazienta di età 65+ con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 3 giorni in regime ordinario.
H17C	Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con <1.000 parti
H18C	Percentuale parti cesarei primari in maternità di II livello o comunque con ≥ 1.000 parti
H23C	Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico.
PDTA03 B	Percentuale di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco che aderiscono al trattamento farmacologico con beta-bloccanti

14.1.3. Area Assistenza Distrettuale

N. indicatore	**Descrizione Indicatore**
D01C	Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE) entro 12 mesi da un episodio di Infarto Miocardico Acuto (IMA)
D02C	Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE) entro 12 mesi da un episodio di ictus ischemico
D02C	Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE) entro 12 mesi da un episodio di ictus ischemico
D03C	Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco
D04C	Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (<18 anni) per asma e gastroenterite.
D09Z	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso
D10Z	Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B
D14C	Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici.
D22Z	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3) - somma pesata dei punteggi delle 3 componenti CIA1, CIA2 e CIA3 pesati rispettivamente con i valori 0.15, 0.35, 0.50
D27C	Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria
D30Z	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore
D33Za	Numero di anziani non autosufficienti in trattamento sociosanitario residenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura)

EO01	Rinuncia a prestazioni sanitarie per inappropriatezza organizzativa nell'offerta dei servizi e/o per ragioni economiche.
PDTA03(B)	Percentuale di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco che aderiscono al trattamento farmacologico con beta-bloccanti.

14.1.4. Programma Nazionale Esiti (PNE)

L'elenco degli indicatori *treemap* dell'edizione 2024 del PNE è riportato nella tabella successiva.

In considerazione dei principali andamenti dell'anno 2023, si evidenziano i seguenti indicatori quali obiettivi specifici per l'anno 2025:

- IMA-STEMI: % trattati con PTCA entro 90 minuti
- Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 48 ore (età ≥65)
- Proporzione di parti vaginali in donne con pregresso taglio cesareo
- Proporzione di parti con taglio cesareo primario
- Proporzione di episiotomie nei parti vaginali
- CHGEN2: Colecistectomie laparoscopiche: % interventi in reparti con volume di attività superiore a 90 interventi annui
- ONCO1: Interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui

A questi, potranno essere aggiunti ulteriori indicatori nella successiva nota regionale.

Area Clinica	**Indicatore**
CARDIOCIRCOLATORIO	IMA: mortalità a 30 giorni
	IMA-STEMI: % trattati con PTCA entro 90 minuti
	Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni
	By-pass Aortocoronarico isolato: mortalità a 30 giorni
	Valvuloplastica o sostituzione di valvole: mortalità a 30gg
	Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni
NERVOSO	Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni
	Intervento chirurgico per T cerebrale: mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia
RESPIRATORIO	BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni
CH. GENERALE	Colecistectomia laparoscopica: % ricoveri con degenza post-operatoria < a 3 giorni
CH. ONCOLOGICA	Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno
	Intervento chirurgico per TM polmone: mortalità a 30 giorni
	Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni
GRAVIDANZA E PARTO	Proporzione di parti con taglio cesareo primario (500≤ vol < 1000)
	Proporzione di parti con taglio cesareo primario (vol ≥ 1000)
	Proporzione di parti vaginali in donne con pregresso parto cesareo
	Proporzione di episiotomie nei parti vaginali
OSTEOMUSCOLARE	Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 48 ore (età ≥65)
	Intervento di protesi di anca: riammissioni a 30 giorni

	Intervento di protesi di ginocchio: riammissioni a 30 giorni
NEFROLOGIA	Insufficienza renale cronica: mortalità a 30 giorni dal ricovero

La valutazione degli indicatori delle reti tempo-dipendenti sarà effettuata da un gruppo di lavoro della DG Welfare, con il supporto del Centro Operativo per l'utilizzo dei Dati sanitari e Socio-sanitari (CODS) per la revisione degli indicatori di monitoraggio. Nel 2025, il Comitato LEA e il Comitato PNE revisioneranno gli indicatori e ne introdurranno di nuovi, inclusi quelli relativi all'assistenza territoriale e all'equità di accesso ai servizi. La DG Welfare alimenterà progressivamente la piattaforma Tableau per il monitoraggio continuo degli indicatori LEA, già disponibile, e organizzerà sessioni formative. Inoltre, sarà attivo un "Nuovo portale epidemiologico" per la condivisione dei dati. In caso di indicatori fuori soglia nei sistemi nazionali di valutazione, gli Enti SSR saranno coinvolti in audit di I livello per verificare la corretta codifica dei flussi informativi. In caso gli errori non riguardassero la codifica, si procederà con audit di II livello per analizzare le criticità clinico-organizzative. La DG Welfare, con esperti del SSR, svilupperà nuovi indicatori di performance in ambiti specifici come le Terapie intensive e l'asma grave. Gli Enti SSR sono tenuti ad effettuare, su richiesta della DG Welfare, verifiche relative alla trasmissione dei flussi informativi sanitari.

14.2. REGISTRI

14.2.1. Registro Tumori

Nel 2025, proseguirà l'integrazione del Registro Tumori Regionale con il Registro Nazionale Tumori. In base anche alle indicazioni che verranno fornite dal Ministero della Salute, Le ATS dovranno inviare periodicamente i dati al Registro Regionale e recuperare quelli relativi agli anni precedenti, almeno fino al 2019. Dovranno anche adottare il nuovo Regolamento regionale e collaborare alla creazione di un'informativa unificata per i cittadini. Le Unità di Epidemiologia delle ATS svilupperanno il progetto "Miglioramento del controllo di qualità dei dati", con l'uso dell'intelligenza artificiale per analizzare la qualità dei registri e migliorare il flusso digitale delle Anatomie Patologiche. Il progetto prevede anche la creazione di modelli di previsione dell'incidenza oncologica per singola ATS. Saranno organizzati aggiornamenti bimestrali sullo stato di avanzamento. Inoltre, il manuale per la valutazione della qualità dei dati prodotto nel 2024 sarà validato e proposto a livello nazionale. Proseguirà anche la partecipazione alla Joint Action europea per il miglioramento della qualità dei dati nei Registri Tumori. Il Comitato Tecnico-scientifico (CTS) del Registro Tumori, istituito nel 2024, supervisionerà la gestione dei dati e le attività di ricerca in ambito oncologico e tumore-correlato.

14.2.2. Registro nazionale e Registro regionale degli Impianti Protesici Mammari (di cui al D.M. 207/22 e alla L. n. 86/2012)

La DG Welfare, con il supporto delle Direzioni Sanitarie di ASST, IRCCS e delle ATS, verificherà la corretta alimentazione del Registro relativo agli impianti e espianti di protesi mammarie, come previsto dal D.M. 207/2022 e dalle indicazioni operative ministeriali. Sarà valutato il rispetto dei nuovi adempimenti LEA 2024, con l'individuazione di eventuali criticità presso gli Enti erogatori, per adottare azioni correttive. In particolare, si esaminerà il confronto tra le strutture sanitarie che effettuano impianti e quelle autorizzate, e la percentuale di impianti nelle strutture pubbliche rispetto agli acquisti del SSN. Nel 2025, la DG Welfare organizzerà un evento formativo per gli Enti SSR, e ogni ATS terrà eventi per sensibilizzare gli operatori sanitari sugli obblighi normativi e le condizioni di liceità.

14.2.3. Registro Italiano ArtroProtesi (Riap)

Regione Lombardia continua a collaborare con l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) nel progetto Riap, che mira a creare un registro nazionale degli interventi di sostituzione protesica articolare, con alimentazione regionale. Il registro si basa su una federazione di registri regionali coordinati dall'ISS, raccogliendo dati da flussi correnti (SDO) e un dataset aggiuntivo, e utilizzando un Dizionario Riap-

DM per identificare e caratterizzare le protesi impiantate. Nel 2025, la DG Welfare monitorerà la qualità e completezza dei flussi informativi, segnalando eventuali criticità agli Enti SSR per implementare il registro a livello regionale, in attesa del "Registro delle protesi impiantabili" da parte del Ministero della Salute.

14.3. AZIONI COLLABORATIVE CON LE UNITA' DI EPIDEMIOLOGIA DELLE ATS

Nel 2025, la Regione Lombardia continuerà a rafforzare la Funzione Epidemiologica Regionale e la Rete Epidemiologica Regionale, con azioni collaborative tra la UO OER e le Unità di Epidemiologia delle ATS, finalizzate a supportare gli obiettivi del SSR. Le principali azioni includono:

- completamento dei portali "Profilo di Salute" delle ATS e del portale regionale, con dati sulla salute della popolazione, sviluppati tramite flussi informativi e tecnologie open source;
- verifica degli indicatori di performance (es. ricoveri, pronto soccorso) nei Tableau regionali e loro integrazione nei portali "Profilo di Salute";
- formazione per la lettura degli indicatori di performance rivolte agli attori del sistema;
- supporto alla DG Welfare per audit clinico-organizzativi sugli indicatori fuori target;
- implementazione del Registro Tumori Regionale e dei progetti collaborativi su temi del PSSR 2024-2028, come disabilità e disturbi alimentari;
- allineamento sulla PIC tra le ATS per un benchmark regionale e possibili metodologie aggiuntive;
- realizzazione della "Scheda Medico" per il monitoraggio delle attività dei medici territoriali;
- attività di screening e sorveglianza sanitaria, in collaborazione con la UO Prevenzione;
- prosecuzione del Gruppo di lavoro regionale su "Long-Covid" per raccogliere dati, censire strutture operative e sviluppare linee guida per il trattamento della sindrome.

14.4. GOVERNO E MONITORAGGIO DEI TEMPI/LISTE DI ATTESA (FLUSSI, SITI WEB, FORMAZIONE)

Per l'anno 2025, sono previste le seguenti attività relative al monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie:

- **Nuovo flusso ex ante per le prestazioni ambulatoriali**: Dal 1° gennaio 2025, sarà attivato un flusso di rilevazione ex ante per monitorare i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali, in conformità alle specifiche normative.
- **Dismissione del servizio MOSA:** Con l'integrazione dei CUP pubblici e privati, a partire da gennaio 2025, verrà dismesso il sistema MOSA per il monitoraggio dell'offerta sanitaria ambulatoriale, sostituito dalla Rete Regionale di Prenotazione.
- **Sezioni dedicate ai tempi di attesa sui siti Web:** Gli Enti SSR dovranno adeguare i propri siti web per pubblicare informazioni sui tempi di attesa, come indicato nelle "Linee di indirizzo" approvate dalla Conferenza Stato-Regioni, con scadenza entro il 30 giugno 2025. I siti dovranno includere dati sul Programma Attuativo Aziendale, monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali e dati sui ricoveri programmati. Una successiva nota regionale fornirà i dettagli attuativi.
- **Progetto ministeriale per il governo delle liste di attesa per ricoveri chirurgici programmati:** prosecuzione del progetto ministeriale che coinvolge quattro ospedali pilota, con un evento formativo a livello regionale per diffondere le linee guida sul percorso del paziente chirurgico programmato e sviluppare indicatori per monitorare il processo e migliorarlo;
- **Istituzione di un flusso "28SAN semplificato":** Per le strutture solo autorizzate verrà valutata la fattibilità di istituire un flusso ad hoc che consenta il monitoraggio e la mappatura delle prestazioni erogate;

- **Monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito di studi sperimentali (non a carico del SSR):** verrà effettuata un'analisi di fattibilità sulla rilevazione nel flusso ambulatoriale 28/SAN delle prestazioni erogate nell'ambito di studi sperimentali finanziati con fondi di ricerca.

14.5. DATI E FLUSSI INFORMATIVI

14.5.1. Portale epidemiologico, accesso al patrimonio informativo e uso secondario dei dati

Nel 2025, la DG Welfare implementerà le seguenti azioni coordinate dalla UO Osservatorio Epidemiologico Regionale, Flussi informativi e rapporti con i Ministeri (OER) per la regolamentazione, l'accessibilità e la fruizione dei dati SSR:

- **Nuovo portale epidemiologico**: Attivazione del portale con aggiornamenti periodici della sezione Open Data, utilizzato anche per l'autoverifica di dati e indicatori generati dagli Enti SSR.
- **Revisione normativa regionale**: Aggiornamento della normativa per migliorare l'accesso ai dati sanitari per scopi di programmazione, con l'istituzione di una Commissione per monitorare gli esiti dei progetti realizzati.
- **Partecipazione al progetto europeo TEHDAS2**: Collaborazione con ARIA S.p.A. al progetto per sviluppare linee guida e specifiche tecniche per l'uso secondario dei dati sanitari europei, inclusa la gestione di ambienti sicuri per l'elaborazione dei dati.
- **Sorveglianza sindromica**: prosecuzione del progetto con l'Università Bicocca per sviluppare sistemi di allerta nelle malattie infettive a supporto delle politiche di prevenzione.

14.5.2. Flussi informativi sanitari

Si richiama che gli Enti SSR sono tenuti a rispettare gli obblighi informativi statistici per garantire i LEA, assicurando la tempestività, completezza e qualità dei flussi sanitari e sociosanitari, seguendo le indicazioni ministeriali e regionali. Le principali azioni includono:

- **Monitoraggio periodico:** La DG Welfare monitorerà i flussi inviati tramite FIM o piattaforma SMAF, valutando completezza, tempestività e qualità dei dati. Le ATS dovranno verificare la corretta trasmissione dei flussi, in particolare da Enti SSR privati accreditati e non.
- **Riunioni di Data Governance:** Gli Enti SSR parteciperanno a tre incontri per condividere criticità sui flussi informativi sanitari e comunicare azioni correttive. La DG Welfare verificherà i progressi nel corso dell'anno.
- **Incontri con referenti aziendali:** sono previsti almeno quattro incontri per aggiornamenti e approfondimenti su tematiche specifiche.
- **Scadenze di trasmissione flussi:** la scadenza per la trasmissione dei flussi sanitari SDO, 28SAN, protesica maggiore e minore, e assistenza integrativa è fissata per il 20 febbraio 2025, mentre la scadenza per il File F è il 28 febbraio 2025.

14.5.3. Flussi ministeriali - modelli delle attività gestionali delle strutture sanitarie ai sensi del D.M. del 22.12.2023

Si richiama che gli Enti SSR sono obbligati ad aggiornare i modelli ministeriali previsti dal D.M. 22.12.2023, per garantire la corretta rendicontazione regionale, in particolare per il target PNRR M6C1-7.

Le principali azioni per la chiusura dell'anno 2024 e l'apertura del 2025 sono definite nella nota G1.2024.0046932 del 13 dicembre 2024.

Si evidenzia che gli Enti sono tenuti a compilare correttamente i modelli relativi ai posti letto attivi (HSP.12, HSP.13, HSP.22-bis) per la mappatura annuale richiesta dal Ministero della Salute. Inoltre, tramite la piattaforma Tableau "Panflu", la DG Welfare consentirà alle Direzioni Strategiche di autoverificare i posti letto dichiarati.

14.5.4. Sistema informativo per il Monitoraggio della Rete di Assistenza (denominato "Sistema MRA")

Nel 2025 la DG Welfare, in collaborazione con ARIA S.p.A., proseguirà le attività tecnico-organizzative propedeutiche all'adeguamento del sistema informativo regionale in essere (sistema di codifica delle strutture sanitarie di cui al D.M. 22.12.2023, paragrafo precedente) al *nuovo sistema di codifica MRA* che verrà istituito nell'ambito del NSIS con apposito Decreto Ministeriale. Le azioni si svilupperanno durante l'arco temporale del PSSR 2024-2028. Nel 2027 è prevista la definitiva messa a regime del sistema MRA con contestuale dismissione dei modelli ministeriali FLS, HSP, STS e RIA.
Gli Enti SSR verranno aggiornati da DG Welfare per eventuali adempimenti di rispettiva competenza.

14.5.5. Flusso Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)

Gli Enti SSR sono obbligati a compilare la SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera) per ogni dimissione, ad eccezione delle strutture di riabilitazione e delle strutture sociosanitarie di lungodegenza. La DG Welfare verificherà la completezza del flusso SDO confrontando le strutture di ricovero censite con quelle che inviano il flusso. Le ATS sono responsabili della verifica della trasmissione tempestiva dei dati da parte degli Enti nel loro territorio. Non saranno ammesse riaperture straordinarie per l'invio oltre i termini.
L'uniformità nella compilazione e codifica delle informazioni nella SDO è cruciale per scopi gestionali, programmatori ed epidemiologici. La compilazione deve rispettare il D.M. n. 261 del 07/12/2016, con particolare attenzione alla qualità dei dati, che costituisce un obbligo LEA. In particolare, vanno accuratamente compilate le informazioni anagrafiche e lo stato civile, per la creazione di indicatori di equità nell'accesso alle cure (PNE). I controlli periodici sulla qualità dei dati saranno effettuati dalla DG Welfare. Infine, è obbligatoria la corretta compilazione della sezione "Onere della degenza", secondo le indicazioni del Manuale SDO, che verrà aggiornato aggiungendo specifiche per la rilevazione della spesa intermediata.
Al fine di implementare strumenti condivisi e fruibili a livello regionale per la verifica e il miglioramento della qualità del flusso SDO, la DG Welfare in collaborazione con ARIA S.p.A. nel 2025 implementerà un sistema di monitoraggio integrato degli errori logico-formali restituiti dalle piattaforme ministeriali che ricevono il flusso SDO dai singoli Enti SSR, già in fase di sviluppo nel 2024. Le principali criticità saranno oggetto di momenti di confronto con le ATS territorialmente competenti nel secondo semestre 2025.

14.5.6. Flusso SDO per ricoveri di riabilitazione (SDO-R)

- La SDO riabilitativa (SDO-R), introdotta dal Ministero della Salute con DM n. 165/2023, a decorrere dalle SDO con data di ricovero uguale o successiva al 1° gennaio 2024, rappresenta uno strumento innovativo in grado di consentire il tracciamento epidemiologico dei pazienti trattati nell'ambito della riabilitazione ospedaliera e la quantificazione dell'assorbimento di risorse ai fini di una adeguata remunerazione per livelli di complessità clinico-assistenziale.
- Gli Enti SSR sono tenuti a proseguire la rilevazione dei ricoveri di riabilitazione secondo le modalità definite a livello ministeriale, integrate da quelle regionali di cui alla nota Prot. G1.2024.0023847 del 19.06.2024. La completezza e la qualità del conferimento del tracciato rientrano tra gli obblighi Informativi Statistici a garanzia dei LEA.
- La DG Welfare effettuerà il monitoraggio trimestrale del flusso trasmesso dagli Enti SSR, anche al fine di verificare gli esiti dei controlli trimestrali del Ministero della Salute. Le criticità evidenziate nei monitoraggi saranno oggetto di approfondimento con gli Enti SSR coinvolti.

14.5.7. Flusso EMUR PS (6 SAN) ed evoluzione del flusso con rilevazione della violenza di genere

- Gli Enti SSR sono tenuti alla trasmissione dei dati settimanali relativi agli accessi al Pronto Soccorso in emergenza-urgenza, avviata nel 2024, anche al fine di consentire monitoraggi di "sorveglianza sindromica". Il flusso deve rispettare criteri di tempestività, completezza e qualità.

- Nuove specifiche funzionali relative alla violenza di genere, saranno introdotte dal 1° gennaio 2025, ai sensi del Decreto Ministeriale 5 luglio 2024 “Modifiche al decreto 17 dicembre 2008, recante l'istituzione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza” (GU Serie Generale n. 210 del 07.09.2024).
- Ai fini dell’attuazione dell’Accordo Stato Regioni del 1° agosto 2019 rep. Atti 143/CSR, tutti gli Enti SSR entro il 30.06.2025 dovranno completare al 100% l’adeguamento alla nuova codifica di priorità del triage (Fonte: EMUR-PS), che costituisce adempimento LEA.

14.5.8. Flussi dell’Emergenza-Urgenza - Attività collaborative con AREU

Attraverso il coordinamento operativo del CODS (cfr. par. 14.7) e pertanto con la partecipazione delle Agenzie che lo compongono, la DG Welfare intende implementare attività volte alla elaborazione di dati e indicatori utili ai fini della verifica della gestione del sistema dell’Emergenza-Urgenza e della programmazione di eventuali azioni di miglioramento. Le attività specifiche, di seguito riassunte, potranno coinvolgere le ATS (Unità di Epidemiologia) e singoli Enti erogatori, ai fini di consolidamento e verifica delle metodologie di analisi applicate.

- Sviluppo di Record Linkage 118-SDO
  Implementazione delle misure tecnico-organizzative necessarie per promuovere l'integrazione tra i dati del sistema di Emergenza-Urgenza e i flussi informativi sanitari (in particolare la SDO). L'attività ha come finalità la valutazione della fattibilità dell'integrazione, con particolare attenzione alle infrastrutture informatiche esistenti e al contesto normativo vigente in materia di privacy.
- Analisi patient-flow da Pronto Soccorso a Reparto
  L'obiettivo primario è l'individuazione di possibili azioni di miglioramento nella gestione e nel flusso dei pazienti dal Pronto Soccorso ai reparti. L'attività prevede la predisposizione di una reportistica annuale, mirata a evidenziare le correlazioni tra gli indicatori di processo intra-ospedalieri e quelli del Pronto Soccorso.
- Revisione degli Indicatori del Sistema di Emergenza-Urgenza e delle reti tempo-dipendenti
  L’attività ricade in quanto descritto nella sezione “valutazione delle performance”.
- Analisi di contesto epidemiologico
  Supporto al progetto di implementazione delle Centrali Operative Territoriali mediante la condivisione di report e ulteriori documenti, al fine di fornire una base informativa utile per la pianificazione e gestione delle risorse sanitarie.

14.5.9. Sistema regionale flussi “EVVAI” per sorveglianza sindromica (Piano Pandemico-Panflu)

Come definito nella DGR n. XII/2966 del 5.8.2024, le ASST e gli IRCCS pubblici sono tenuti alla compilazione dei flussi relativi agli eventi di Pronto Soccorso e agli eventi di ricovero di cui al progetto EVVAI, migliorando la copertura e la completezza degli stessi. Si confermano le percentuali di copertura degli eventi trasmessi rispetto ai “flussi correnti” previste nella verifica da parte della DG Welfare: >90% tra eventi di Pronto Soccorso e dati EMUR, >95% tra eventi di ricovero e dati SDO. I report relativi ai livelli di copertura saranno inviati mensilmente alle ATS a cura della UO Prevenzione, ai fini di monitoraggio e implementazione di eventuali azioni di miglioramento rivolte agli Enti erogatori del territorio di competenza.

14.5.10. Flusso monitoraggio ex-ante delle prestazioni ambulatoriali (attività istituzionali e ALPI) – nuovo flusso

- Nelle more dell’adozione del nuovo Piano Nazionale per il Governo delle Liste di Attesa 2024-2026, si richiama che il monitoraggio ex ante così come definito dal Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa 2019-2021 (PNGLA) costituisce adempimento LEA.
- A decorrere da gennaio 2025 gli Enti SSR pubblici e privati accreditati a contratto sono tenuti all’attivazione del flusso “Monitoraggio ex ante” delle prestazioni ambulatoriali prenotate in regime

istituzionale e ALPI, definito da un sottogruppo di lavoro del Ministero della Salute nell'ottica di istituire flussi del nuovo PNGLA 2024-2026 che meglio rappresentano, rispetto ai piani precedenti, il governo delle liste di attesa.

I principali elementi innovativi riguardano: l'eliminazione della rilevazione nella settimana indice cui subentra una rilevazione continua a cadenza mensile, l'unificazione in questo flusso dei tracciati relativi alle prestazioni in regime ALPI e in SSN, la raccolta di dati analitici (singolo record per prenotazione, in linea con quanto previsto per l'ALPI).

Si evidenzia che il processo di elaborazione del flusso prevederà la trasmissione, da parte di Regione Lombardia, dei dati acquisiti sul sistema SMAF verso la Piattaforma Nazionale Liste di Attesa e successivamente la pubblicazione di indicatori nel nuovo Portale della Trasparenza dei Servizi per la Salute di Agenas (approvato in Conferenza Stato-Regioni) che consentirà un accesso pubblico a tali informazioni.

Le specifiche del tracciato e le modalità operative sono state fornite con nota G1.2024.0042321 del 11/11/2024, cui potranno seguire ulteriori indicazioni provenienti da Agenas. La DG Welfare prevede un costante supporto tecnico e informativo agli Enti erogatori anche attraverso momenti di confronto.

14.5.11. Flusso Certificato di Assistenza al Parto (CedAP) e sua evoluzione

Il flusso CedAP fornisce informazioni di carattere sanitario, epidemiologico e socio-demografico molto rilevanti ai fini della sanità pubblica e della programmazione sociosanitaria regionale; la completezza e la qualità del conferimento del tracciato CedAP da parte degli Enti SSR rientrano tra gli obblighi Informativi Statistici a garanzia dei LEA.

Il Ministero della Salute prevede la modifica del flusso CedAP, nelle modalità e nei tempi che definirà con specifico Decreto Ministeriale, attualmente ancora in fase di adozione. Le indicazioni conseguenti verranno fornite dalla DG Welfare.

Nel 2025, il livello di copertura del flusso verrà valutato quale scostamento massimo del 2% tra il numero di schede CedAP pervenute e numero di parti rilevati attraverso la SDO.

Si richiama inoltre l'obbligo di validazione del flusso CedAP entro la tempistica prevista, che potrà essere modificata nelle more di adozione del nuovo flusso, anche rispetto ai tempi per riscontrare al Ministero della Salute.

In merito alla coerenza tra schede CedAP compilate e parti rilevati con le SDO, sono previsti due invii semestrali dalla Regione al Ministero:

- periodo "1° gennaio-30 giugno", invio del riscontro entro il 30 settembre anno in corso
- periodo "1° luglio-31 dicembre", invio del riscontro entro il 30 aprile anno successivo.

Pertanto, la validazione complessiva semestrale da parte degli Enti SSR dovrà avvenire entro le seguenti tempistiche:

- entro il 10 febbraio 2025: controllo/validazione del secondo semestre 2024
- entro il 10 agosto 2025: controllo/validazione del primo semestre 2025

Le relazioni regionali CedAP anni 2022 e 2023 saranno oggetto di presentazione e condivisione con gli Enti.

14.5.12. Monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito di studi sperimentali (non a carico del SSR) – studio di fattibilità

La DG Welfare effettuerà un'analisi di fattibilità in merito alla possibilità di rilevare nel flusso ambulatoriale 28/SAN le prestazioni erogate nell'ambito di studi sperimentali finanziati con fondi di ricerca, e pertanto non a carico del SSR, avviando un progetto "pilota" con uno/due Enti SSR. In base agli esiti dell'analisi di fattibilità, il flusso potrà essere eventualmente implementato nel 2026, al fine di ampliare la capacità di lettura regionale della "produzione" di prestazioni specialistiche ambulatoriali da parte del SSR.

14.5.13. Nuovo Nomenclatore dell'assistenza specialistica ambulatoriale

- Monitoraggio dell'introduzione del Nuovo Nomenclatore dell'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica di cui al DPCM 12.01.2017 e alla DGR n. XII/3630 del 16.12.2024 di recepimento dello stesso (ai sensi dello schema di Decreto di cui all'Intesa Stato Regioni del 14.11.2024, rep atti 204/CSR);
- revisione entro il I trimestre 2025, con specifici provvedimenti, di modalità erogative e tariffe relative alle prestazioni non regolamentate dalla suddetta DGR – tra cui la PMA, le MAC, le prestazioni di riabilitazione – anche attraverso la prosecuzione delle attività di confronto con i diversi professionisti di riferimento, nel rispetto della normativa nazionale e regionale vigente, e nello spirito di valorizzazione delle diverse figure professionali.
- Ai sensi della sopra richiamata Intesa, si ribadisce che le prescrizioni emesse entro il 29/12/2024 sono prenotabili entro 180 giorni dalla data di emissione e sono erogabili con le relative tariffe entro e non oltre 12 mesi dall'entrata in vigore del predetto Decreto (eventualmente prorogabili di ulteriori 6 mesi con decreto ministeriale); le ricette emesse a partire dal 30 dicembre 2024 sono prenotabili entro 180 giorni dalla data di prescrizione e conservano la propria validità fino alla data di effettiva erogazione.
- Nelle premesse della DGR n. XII/3630 del 16.12.2024 il paragrafo "RITENUTO di confermare, per le prestazioni di riabilitazione, le modalità prescrittive ed erogative ai sensi della DGR n. 3111 del 1° agosto 2006, rinviando a successivo provvedimento l'individuazione di associazioni di prestazioni ai fini di una appropriata e sostenibile erogazione di percorsi riabilitativi per casi complessi e semplici" è così sostituito "RITENUTO di rinviare a successivo provvedimento l'individuazione di associazioni di prestazioni ai fini di una appropriata e sostenibile erogazione di percorsi riabilitativi".
- Regione Lombardia, al fine di assicurare i massimi livelli di sicurezza e appropriatezza nell'esecuzione delle prestazioni di PMA continuerà l'erogazione nell'attuale setting, provvedendo a definire gli specifici protocolli per lo spostamento nel setting ambulatoriale.

14.6. SVILUPPO DELLA FUNZIONE EPIDEMIOLOGICA REGIONALE (FER)

La funzione epidemiologica regionale (FER) supporta gli obiettivi strategici regionali, aiutando la Giunta, la DG Welfare e le Direzioni strategiche degli Enti SSR ad esercitare le proprie funzioni programmatorie e gestionali. Si concentra su attività come la misurazione dei bisogni di salute, il monitoraggio delle azioni preventive e curative, la valutazione dell'impatto e della sostenibilità economica, la pianificazione degli interventi e la comunicazione basata sui dati. Le unità di Epidemiologia delle ATS, come previsto dalla legge 23/2015, svolgono un ruolo cruciale nell'analisi e monitoraggio della salute della popolazione e dell'appropriatezza del sistema sociosanitario. Nel 2025 verrà istituita con atto deliberativo la Rete regionale delle funzioni epidemiologiche per armonizzare le attività delle strutture coinvolte, anche prevedendo il riconoscimento alle Unità di Epidemiologia delle risorse necessarie per sviluppare ulteriormente la FER.

14.7. CENTRO OPERATIVO PER L'UTILIZZO DEI DATI SANITARI E SOCIO-SANITARI (CODS)

Previa la messa a disposizione del sistema operativo di raccolta ed estrazione di dati sanitari e sociosanitari necessari al funzionamento del CODS in stretta collaborazione con ARIA S.p.A., all'interno di un piano di sviluppo più ampio che copre l'intero periodo di vigenza del PSSR 2024-2028 e ne rispecchia le linee di indirizzo, nel 2025 il CODS implementerà le azioni previste nel ***Piano di attività 2024-25*** tra cui:

- pianificazione e predisposizione del rapporto REAL_2025 (Rapporto Epidemiologico Regionale), condiviso con diversi attori di sistema (Direzioni Sociosanitarie e Direttori di Distretto di ASST,

Unità di Epidemiologia delle ATS, Direzione della Agenzie che contribuiscono al CODS - AREU, ACSS, Polis e Aria);

- pianificazione e realizzazione di tre bollettini epidemiologici “Dati per Programmare” (possibili argomenti: salute mentale dell’adulto, percorso nascita, depressione post-partum);
- supporto alle deliberazioni della DG Welfare, anche attraverso la predisposizione di indicatori di monitoraggio delle azioni oggetto di provvedimenti di particolare interesse a fini programmatori;
- pianificazione di attività di supporto metodologico a diversi attori di sistema, in particolare alle Agenzie Regionali che contribuiscono al CODS e alle reti clinico-assistenziali, in base alle esigenze prioritarie manifestate dalle medesime;
- predisposizione di documenti di indirizzo regionale in merito alla tematica “Health Data Policy e Governance” e all’utilizzo secondario dei dati, in accordo con la normativa di riferimento;
- supporto alla DG Welfare nella definizione, condivisione, predisposizione documentale (DGR) per lo sviluppo della FER;
- implementazione della piattaforma BEAVER, con la quale è possibile calcolare gli indicatori di performance che rappresentano debiti informativi vero il MdS, tra cui il calcolo degli indicatori dei PDTA nell’ambito del Nuovo Sistema di Garanzia.

14.8. VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE QUALI/QUANTITATIVE DEL SSR E FLUSSI INFORMATIVI

14.8.1. Flussi e indicatori dell’assistenza territoriale

Nell’ambito dei sistemi di valutazione delle performance del SSR, verranno proposti nuovi indicatori e verranno revisionati indicatori già in uso, anche in risposta all’esigenza di monitorare l’appropriatezza dei percorsi assistenziali e gli esiti di salute ottenuti, con particolare riferimento allo sviluppo dei nuovi modelli organizzativi dell’assistenza sanitaria territoriale previsti dal DM 77/2022 e implementati a livello regionale. Lo sviluppo di tali indicatori è previsto anche all’interno di gruppi di lavoro interregionali e nazionali (NSG, PNE), che consentiranno la validazione degli stessi su scala nazionale.

Anche al fine di sviluppare i nuovi indicatori di monitoraggio sopra richiamati, si potrà prevedere l’attivazione di un nuovo flusso informativo regionale specifico per l’assistenza territoriale, in grado di mappare tipologia e volumi di prestazioni erogate all’interno del nuovo modello organizzativo, riconducendole alle diverse figure professionali coinvolte nei percorsi di presa in carico del cittadino.

14.8.2. Accesso al patrimonio informativo e uso secondario dei dati sanitari e sociosanitari

Nel periodo di vigenza dell’attuale PSSR, si procederà all’aggiornamento della normativa regionale nell’ambito dell’evoluzione del sistema di accesso ed uso dii dati sanitari e sociosanitari per finalità di programmazione, anche in grado di supportare le esigenze di innovatività del SSR. Verranno redatti documenti di indirizzo in materia di Health Data Policy & Governance, che siano la premessa alla messa a punto e stesura di un Testo unico/ Legge Quadro Regionale (in materia di trattamento di dati personali nell’ambito delle attività di programmazione, gestione, controllo, e valutazione dell’assistenza, dell’accesso ai flussi sanitari e sociosanitari correnti regionali, e dell’interconnessione degli stessi con altre fonti informative), in accordo con l’evoluzione della normativa europea in materia di Privacy.

14.8.3. Sistema di “controllo” degli errori logico-formali dei flussi informativi sanitari e sociosanitari

Sviluppo progressivo di un sistema di monitoraggio integrato degli errori logico-formali restituiti dalle piattaforme ministeriali sui dati sanitari e sociosanitari, applicato nel 2025 al flusso informativo SDO ma successivamente esteso ad altri flussi. Gli esiti verranno condivisi con gli Enti erogatori al fine di

migliorare la qualità dei flussi trasmessi e consentire una maggiore completezza, qualità e tempestività dei dati (adempimenti LEA).

14.8.4. Sviluppo di sistemi innovativi per il monitoraggio delle prestazioni

Anche a seguito dell'introduzione del Nuovo Nomenclatore dell'assistenza specialistica ambulatoriale allegato al DPCM 12.01.2017, si evidenzia la necessità di monitorare l'andamento delle attitudini prescrittive nei diversi setting assistenziali, anche attraverso l'impiego di strumenti di Intelligenza Artificiale. Un settore di interesse è l'applicazione alla governance regionale delle prestazioni sanitarie, al fine di sviluppare un sistema di knowledge management per supportare gli operatori Regionali nella gestione delle prestazioni, garantendo aggiornamenti in tempo reale sulle normative e delibere regionali.

APPENDICI

Appendice 1

1. Modello organizzativo regionale del procurement di organi e tessuti

In Lombardia il Centro di Riferimento per i Trapianti (CRT) è costituito da 3 articolazioni:

A. CoRe: presso la DG Welfare di Regione Lombardia, con Coordinatore Regionale Trapianti in qualità di Direttore del CRT;
B. S.C. Trapianti Lombardia – Nord Italian Transplant program (N.I.T.p.): presso la Fondazione IRCCS Ca Granda Ospedale Maggiore Policlinico;
C. S.C. Coordinamento Regionale di Procurement (CRP): presso l'Agenzia Regionale Emergenza Urgenza Lombardia (AREU).

1.1. *IL COORDINAMENTO REGIONALE TRAPIANTI*

Il Coordinamento Regionale Trapianti (CoRe), secondo quanto previsto dalla DGR XI/6150 del 21.3.22 è collocato ed opera presso la Direzione Generale Welfare, UO Polo Ospedaliero.

Lo staff del CoRe è composto da:

- N.1 Medico, Direttore del Coordinamento Regionale Trapianti
- N.2 Unità di personale amministrativo

1.2. *IL COORDINAMENTO REGIONALE DEL PROCUREMENT DI ORGANI E TESSUTI*

E' istituito il Coordinamento Regionale del Procurement di Organi e Tessuti (CRP), collocato presso AREU, funzionalmente dipendente dal CoRe. Lo stesso opera a supporto dell'attività dei Coordinamenti Ospedalieri di Procurement (COP) di I e II livello, oltre che dei Coordinamenti Aziendali di Procurement (CAP) inseriti negli enti privati accreditati.

Al CRP – che recepisce gli indirizzi di programmazione dal CoRe - è assegnato il compito di coordinare il Programma Regionale Donazione di Organi e Tessuti e di supportare tutti i centri di donazione, ivi compresi quelli del sistema privato accreditato, garantendo le seguenti attività:

- reperibilità H24 a supporto dei processi di donazione, con ruolo di consulenza sempre disponibile in remoto, ove necessario in presenza, nei confronti dei COP, in merito a:
  1. identificazione del PD in Pronto Soccorso, Terapia intensiva, reparti di degenza ordinaria;
  2. eleggibilità al ricovero in terapia intensiva a scopo donativo;
  3. eleggibilità al percorso di donazione a cuore fermo controllato e non controllato;
  4. supporto in relazione alla diagnostica clinico-strumentale per l'accertamento di morte con criteri neurologici;
  5. trattamento del donatore in terapia intensiva;
  6. supporto ai centri di donazione per la ricerca dell'espressione di volontà sul SIT ove non gestibile presso "il presidio ospedaliero sede di donazione" o dal COP di II Livello di riferimento;
- sviluppo di procedure e percorsi di donazione all'interno delle strutture ospedaliere, in particolare in relazione alla donazione di tessuti, a cuore fermo ed ai percorsi di ricovero intensivo del grave neuroleso a fini di donazione;
- predisposizione di procedure e di istruzioni operative idonee al coordinamento dei processi di donazione;

- coordinamento, assumendo un ruolo operativo, dei processi di:
    1. donazione multi-tessuto (organizzazione complessiva della donazione, in diretta comunicazione con il COP e con le banche dei tessuti);
    2. donazione a cuore fermo controllato (dalla segnalazione del possibile donatore, alla sua eleggibilità, fino alla trasmissione del caso con tutti gli elementi della valutazione del rischio al Nitp);
    3. organizzazione ECMO Team Mobile (NRP Team) per percorso di donazione a cuore fermo controllato;
    4. donazione a cuore fermo non controllato: supporto ai centri di donazione per la verifica dell'espressione di volontà, la ricostruzione degli elementi necessari per la valutazione del rischio;
    5. ricerca dei posti letto per l'eventuale trasferimento di potenziali donatori da strutture del SSR Privato Accreditato non in grado di effettuare le attività del CAM;
    6. nel donatore DBD:
        a. supporto ai COP nella valutazione, soluzione di problematiche di gestione e relative alla valutazione di idoneità (efficace soprattutto mediante anticipazione delle problematiche al CRPO);
        b. gestione dei rapporti con le Banche dei Tessuti in relazione all'idoneità alla donazione degli stessi al termine del prelievo di organi;
        c. ricerca/attivazione di strutture regionali di II livello in grado di effettuare prestazioni necessarie alla valutazione del donatore, su richiesta del COP o del Nitp;
- verifica la rendicontazione delle attività di donazione effettuata dalle strutture interessate; con cadenza semestrale dovrà essere verificata l'effettiva assegnazione del personale alla struttura di Coordinamento e il tempo-attività dedicato allo stesso;
- formazione del personale della rete di procurement, con raccolta dei fabbisogni in termini di esigenze formative e di personale; proposta ed organizzazione dei corsi relativi al procurement di organi e tessuti

Requisiti organizzativi del Coordinamento Regionale Procurement:

- n. 1 Direttore di S.C. Coordinamento Regionale Procurement (CRP) – che abbia i seguenti requisiti professionali e di pregressa esperienza:
    - Medico Anestesista Rianimatore oppure medico di Direzione Sanitaria/Direzione Medica di Presidio, con esperienza nell'ambito del Procurement di Organi e Tessuti;
    - Esperienza nella gestione di almeno 100 donatori di organi e tessuti nell'arco della propria carriera;
    - Esperienza in termini di collaborazione con il Coordinamento Regionale Trapianti ed in termini di elaborazione di percorsi regionali nell'ambito del procurement;
    - Partecipazione a corsi "TPM" ed eventuale partecipazione a master di formazione nazionali o internazionali nell'ambito del procurement di organi e tessuti;
    - Partecipazione in qualità di formatore a corsi di formazione regionale e/o nazionale nell'ambito del procurement di organi e tessuti;
    - Capacità di team working e team building.

    1.1.1
- n. 1 dirigente medico in staff al CRP, con incarico responsabile della SS Trasporto organi, tessuti ed équipe;
- n. 2 infermieri, con incarico di funzione organizzativa;
- n. 2 unità di personale amministrativo.

1.3. *I COORDINAMENTI OSPEDALIERI DI PROCUREMENT*

I Coordinamenti Ospedalieri di Procurement (COP) agiscono articolandosi su due livelli, COP di I Livello e COP di II Livello, all'interno delle aziende ospedaliere/IRCCS del sistema sanitario pubblico, secondo quanto previsto dalla DGR XI/6329 del 2.5.2022.

Vengono qui introdotte rispetto alla stessa DGR6329 ulteriori specifiche relative alla presenza o meno della neurochirurgia nei COP di primo livello, in relazione al volume di attività possibile e vengono ulteriormente specificati compiti e competenze dei COP. L'evoluzione del sistema prevede che i COP di Secondo Livello siano in grado di intervenire in rete a supporto dell'area di competenza, sui centri sede di COP di primo livello e sulle strutture del sistema privato accreditato.

I COP sono collocati presso le ASST/IRCCS del Sistema Sanitario Lombardo e sono inseriti nei POAS, in staff alla Direzione Sanitaria o alla Direzione Medica di Presidio.

I COP sono dotati di un centro di costo e di un budget.

I COP sono deputati alla realizzazione del Programma Regionale Donazioni di Organi e Tessuti e rispondono funzionalmente al Coordinamento Regionale di Procurement.

Al fine di favorire l'interscambio di risorse umane tra i COP di I livello afferenti ad un COP di II livello necessarie allo svolgimento delle attività di procurement, le ASST sedi di COP di I e di II livello, dovranno stipulare convenzioni volte a disciplinare le modalità di impiego di risorse umane necessarie allo svolgimento delle attività ivi previste, e le relative responsabilità, secondo lo schema che sarà approvato con successiva DGR.

Coordinamenti Ospedalieri di Procurement di Secondo livello

I COP di II livello hanno competenza e titolarità nel territorio definito dalla DGR XII/1827 del 31 gennaio 2024 e sono deputati al coordinamento dell'attività di donazione del bacino territoriale di competenza, inoltre hanno la possibilità di spostarsi e intervenire tra le strutture sia pubbliche che del sistema privato accreditato.

Sono direttamente coordinati e coadiuvati dal CRP nella gestione dei processi di donazione; sono tenuti al rispetto delle procedure e delle istruzioni operative disposte nell'ambito dei processi di donazione di organi e tessuti.

I COP di II Livello operano a supporto dei COP di I livello coordinando le risorse umane e strumentali necessarie all'espletamento dell'attività di donazione.

Il COP di II livello svolge le seguenti attività propedeutiche alla realizzazione del programma di donazione di organi e tessuti:

- gestisce dei processi di donazione interni alla propria ASST/IRCCS;
- monitora i decessi interni alla propria ASST e dell'area di competenza dell'ATS;
- assicura l'implementazione e l'attivazione delle diverse filiere di donazione nelle strutture del bacino di competenza;
- supporta le strutture di I livello e del sistema privato accreditato, tramite una reperibilità medico infermieristica dedicata ai processi interni e della propria area di competenza (tale reperibilità può essere integrata dalle strutture di primo livello, in relazione alle competenze esistenti);
- interviene sussidiariamente su richiesta delle strutture di afferenza del COP di I livello (su base ATS) con il personale necessario;
- collabora a garantire la realizzazione delle CAM (con personale da tutte le strutture di afferenza) nelle strutture del sistema privato accreditato e su ospedali/presidi ospedalieri

pubblici con difficoltà di personale per la realizzazione delle CAM stesse; nel caso di necessità di trasferimento di un potenziale donatore si adopera in collaborazione con il CRP nella ricerca del posto letto necessario;
- assicura lo sviluppo ed il coordinamento dei percorsi di donazione a cuore fermo controllato;
- rendiconta i processi di donazione realizzati al CRP per il riconoscimento dell'attività svolta.

Requisiti organizzativi minimi di un COP di II livello:

- n. 1 Dirigente Medico Responsabile inquadrato come Responsabile della Struttura Semplice Dipartimentale Coordinamento Ospedaliero di Procurement che abbia i seguenti requisiti ed esperienze:
  - Medico Anestesista Rianimatore oppure medico di Direzione Sanitaria/Direzione Medica di Presidio, con comprovata esperienza nell'ambito del Procurement di Organi e Tessuti;
  - Partecipazione a corsi di formazione regionale e/o nazionale nell'ambito del procurement di organi e tessuti;
  - Partecipazione attiva all'attività formativa e di aggiornamento del SRT;
- n. 2 Infermieri, di cui uno con funzione organizzativa;
- n. 1 unità di personale amministrativo.
- Il COP di II livello deve essere istituito quale struttura semplice dipartimentale all'interno del POAS.
- Sia per il medico che l'infermiere è possibile la collaborazione di più figure, secondo la realtà organizzativa, a comporre il 100% FTE di ciascuna figura professionale, con un medico responsabile ed un infermiere con funzione organizzativa.

Coordinamenti Ospedalieri Di Procurement di Primo Livello

I COP di I livello sono coordinati dai COP di II livello e contribuiscono, in ossequio alla documentazione prescrittiva del CRP, al funzionamento della rete di donazione e trapianti dell'area di competenza.

I COP di I livello, nell'ottica di contribuire alla creazione di un network nel territorio del COP di II livello cui afferiscono, svolgono le seguenti funzioni:

- gestione dei processi di donazione interni alla propria ASST/IRCCS, incluso il monitoraggio dei decessi interni alla propria ASST;
- collaborazione con il COP di II Livello per la realizzazione dei processi di donazione nell'area di competenza, anche per quanto concerne la realizzazione delle CAM nel sistema privato accreditato;
- supporto ove possibile e necessario, alla reperibilità medico-infermieristica dell'area di competenza dei COP di Secondo Livello
- rendicontazione dei processi di donazione realizzati al CRP, anche con il supporto dei COP di II livello, per il riconoscimento dell'attività svolta.

Requisiti organizzativi minimi di un COP di I livello:

La dotazione organica dei COP di I livello varia a seconda della presenza presso la struttura della Neurochirurgia, in ragione del volume di attività di identificazione di potenziali donatori.

Coordinamenti Ospedalieri di Procurement di Primo livello con Neurochirurgia (NCH):

- n. 1 coordinatore locale quale responsabile di COP, con attribuzione di un tempo dedicato non inferiore al 50% e comunque commisurato al carico di lavoro. Al coordinatore è attribuito un incarico professionale di "altissima professionalità" o di struttura semplice come responsabile del

Coordinamento Ospedaliero di Procurement ed è individuato in una figura che abbia i seguenti requisiti ed esperienze:

- Medico Anestesista Rianimatore oppure medico di Direzione Sanitaria/Direzione Medica di Presidio, con esperienza nell'ambito del Procurement di Organi e Tessuti
- Partecipazione a corsi di formazione regionale e/o nazionale nell'ambito del procurement di organi e tessuti
- Partecipazione attiva all'attività formativa e di aggiornamento del SRT

- n. 1 Infermiere 100% dedicato, con funzione organizzativa;
- n. 1 unità di personale amministrativo per parte del tempo necessario (50%).

Coordinamenti Ospedalieri di Procurement di Primo livello senza Neurochirurgia (NCH):

- N. 1 Infermiere 100% dedicato con funzione organizzativa (o più infermieri, per formare 1FTE, di cui uno con funzione organizzativa);
- n. 1 Medico, responsabile del COP, con almeno 20% FTE, con incarico professionale almeno di alta specializzazione, individuato in una figura che abbia i seguenti requisiti ed esperienze:
  - Medico Anestesista Rianimatore oppure medico di Direzione Sanitaria/Direzione Medica di Presidio, con esperienza nell'ambito del Procurement di Organi e Tessuti
  - Partecipazione a corsi di formazione regionale e/o nazionale nell'ambito del procurement di organi e tessuti
  - Partecipazione attiva all'attività formativa e di aggiornamento del SRT
- n. 1 amministrativo per 1/3 del tempo FTE.

Eventuali altre figure professionali potranno essere inserite nella dotazione organica del COP, in base alla specificità della realtà locale e ad un progetto organizzativo approvato dal CRP.

L'inserimento di altre figure deve essere compatibile con le risorse economiche destinate all'attività di procurement.

Coordinamento Aziendale di Procurement (CAP)

Presso gli ospedali a contratto privati accreditati, sede di DEA di II livello, è necessario che siano attivati percorsi di donazione di cornee, multi-tessuto e organi, che dovranno essere supportati nelle attività di procurement dai COP di II Livello di riferimento, secondo le modalità definite dal CRP.

Le strutture private accreditate sede di DEA di Secondo Livello devono dotarsi di un Coordinamento Aziendale di Procurement (CAP) con personale dedicato. La dotazione organica minima per il riconoscimento dell'attività di procurement è la seguente:

- 1 infermiere 100% dedicato;
- 1 medico dedicato per il 50%;
- 1 amministrativo per parte del tempo necessario, pari al 50%;

I CAP riferiscono funzionalmente al COP di Secondo Livello territorialmente competente e recepiscono dal CRP le procedure e le indicazioni relative all'attività di procurement.

I costi di gestione del personale delle strutture sede di DEA di II Livello relativi all'attività di donazione vengono riconosciuti in analogia alle strutture pubbliche.

Gli ospedali a contratto del sistema privato accreditato non sede di DEA di secondo livello non sono tenuti a dedicare del personale in modo esclusivo all'attività di procurement, ma sono tenuti ad avere un referente medico ed uno infermieristico dei processi di donazione. Sono altresì tenuti ad identificare i potenziali casi di morte encefalica e ad adempiere al debito informativo previsto.

Gli ospedali a contratto del sistema privato accreditato ricevono gli obiettivi dalle rispettive ATS, che li concertano con il CoRe.

1.4. *COORDINAMENTO DEL PROGRAMMA REGIONALE DONAZIONE*

La gestione, il coordinamento, l'organizzazione e il monitoraggio dell'attività di procurement sono responsabilità del Coordinamento Regionale di Procurement, che è incaricato di coordinare le azioni necessarie per la realizzazione del programma regionale donazioni di organi e tessuti e di fornire le disposizioni per il regolare svolgimento delle attività.

L'esecuzione delle attività necessarie alla realizzazione Programma Regionale Donazioni è di competenza degli Enti Sanitari, attraverso i COP di I e II livello, ed i CAP. Il personale coinvolto, sia in modo esclusivo che parziale, nell'attività di procurement è tenuto ad ottemperare alle indicazioni del CRP ed alla documentazione prescrittiva condivisa nell'ambito della sua attività di coordinamento.

Per favorire l'integrazione e la collaborazione del personale dei dipartimenti di emergenza urgenza, il CRP condivide con i COP ed i CAP i modelli organizzativi predisposti.

Nell'ambito dell'attività di procurement i COP di II livello sono tenuti a monitorare i decessi nella propria area di competenza e a condividere con il CRP i report sul monitoraggio dei decessi e la rendicontazione delle proprie attività.

1.5. *DOCUMENTAZIONE E FLUSSI INFORMATIVI*

La documentazione sanitaria sulle attività di procurement è costituita dalla documentazione prodotta durante il processo di Procurement e nella quale saranno registrate le informazioni cliniche/sanitarie, logistiche e organizzative da parte dei soggetti che hanno prestato la propria attività nel processo di procurement.

La gestione dei potenziali donatori avviene attraverso la piattaforma "Donor Manager Lombardia", che contiene i dati della rete regionale trapianti e attraverso il quale vengono condivise le informazioni relative alla valutazione dei possibili donatori.

Il percorso di identificazione si avvale della piattaforma EUOL (Emergenza Urgenza Online), attraverso il "Modulo Monitoraggio Neuroleso", che permette di tracciare i soggetti affetti da grave neuro lesione che transitano in pronto soccorso.

1.6. *RISORSE UMANE*

I Responsabili dei COP e il CRP redigono, in maniera integrata, una pianificazione annuale degli obiettivi per la singola struttura ed un Piano annuale di Sviluppo del Personale, assegnato/da assegnare all'attività di procurement, coerentemente con i Piani Triennale dei Fabbisogni del Personale degli enti coinvolti. Il Piano dovrà essere condiviso con gli Enti Sanitari di appartenenza al fine di attuare strategie comuni di gestione e implementazione del personale.

Il piano permetterà anche una valutazione annuale sulla possibilità di prevedere eventuali mobilità interne e/o esterne, nonché la programmazione di spostamenti temporanei.

In sede di redazione del Piano, compatibilmente con le risorse stanziate dalla Regione per il funzionamento dell'attività di procurement, potrà essere valutato anche l'inserimento di ulteriori figure professionali utili alla realizzazione del programma regionale donazioni di organi e tessuti nell'organico dei COP di I e II livello, e del CRP.

Il Piano contiene le disposizioni in merito a:

- coordinamento del personale che ha la possibilità di essere coinvolto nelle attività di procurement, nel rispetto dei reciproci modelli organizzativi e agevolare l'eventuale mobilità di personale;
- le attività di formazione da erogare al personale coinvolto nel Programma Regionale Donazioni;
- riconoscimento degli incarichi di funzione organizzativa e di direzione, motivati in relazione alla complessità organizzativa della funzione di coordinamento dei COP di I e di II livello, e contestuale valorizzazione economica;

La titolarità del contratto di lavoro del personale assegnato da AREU alla funzione di Coordinamento Regionale di Procurement e dalla ASST/IRCCS allo svolgimento dell'attività dei Coordinamenti Ospedalieri di Procurement di I e di II livello è in capo agli Enti di appartenenza del personale.

L'ASST/IRCCS dovrà predisporre le procedure opportune per l'individuazione del Responsabile di COP di I e II livello, in accordo con il CRP nella definizione dei profili necessari.

L'ASST/IRCCS, su indicazione del COP di II livello procede, all'individuazione del personale da impiegare nei Team ECMO la cui attività, se non già prevista nei compiti istituzionali attribuiti agli stessi, può essere valorizzata in area a pagamento.

Pronta disponibilità

Al fine di assicurare la continuità nella realizzazione del Programma Regionale Donazione, deve essere garantita presso i COP di II livello, un servizio di pronta disponibilità di un'unica figura professionale, medico e/o infermieristica, che supporti i processi di donazione interni e dell'area di riferimento.

Il servizio di pronta disponibilità deve essere organizzato secondo un piano annuale predisposto dal Responsabile del COP di II livello.

La disponibilità del servizio deve essere garantita almeno nella fascia 8.00-24:00, 7 giorni su 7, festivi compresi.

Il responsabile del COP deve individuare le risorse tenute al servizio di pronta disponibilità.

Qualora il COP di II livello non riesca a garantire la reperibilità di figure all'interno del proprio organico, potrà avvalersi di figure professionali afferenti ai COP di I livello del territorio di propria competenza.

Ricorso ad Area a pagamento

Ai fini di raggiungere i target obiettivi di donazione, le ASST/IRCCS hanno facoltà di fare ricorso ad area a pagamento/progetti incentivati/sistema premiante per le attività che necessitano di prestazioni aggiuntive ai fini di realizzare percorsi di donazione. Si specifica che il ricorso a tali istituti è da ritenersi complementare e non sostitutivo rispetto al prevalente apporto assicurato da un'équipe strutturata ed integrata con l'attività di trapianto e procurement.

E' possibile fare ricorso a tali istituti, per le seguenti attività:

- l'attività aggiuntiva svolta dai COP al di fuori dell'orario di lavoro e degli istituti delle reperibilità previste per la realizzazione dei processi di procurement;
- l'attività aggiuntiva del personale del comparto e della dirigenza medica per l'apertura della sala operatoria del prelievo e di eventuali postazioni letto dedicati alla gestione del donatore;
- l'attività dei laboratori, delle anatomie patologiche e dei servizi di radiodiagnostica per quanto concerne esami e valutazioni relative all'attività di donazione e trapianto;
- l'attività di supporto psicologico alle famiglie dei donatori e del personale coinvolto nei processi di donazione;
- l'attività di prelievo di cornee;

- l'attività di CAM aggiuntive svolte presso altre strutture del SSR, pubblico o privato accreditato in cui è necessaria una o più figure esterne della CAM;
- l'attività di ECMO Team per la donazione a cuore fermo controllato;
- l'attività delle equipe chirurgica di prelievo delle banche dei tessuti quali Centri Regionali di Riferimento (CRR);
- l'attività di prelievo di organi da parte delle equipe chirurgiche;
- l'attività di trasporto sanitario di riceventi.

1.7. *OBIETTIVI*

Gli obiettivi relativi al procurement di organi e tessuti vengono forniti alle direzioni da DGW attraverso il Programma Regionale di Procurement di organi e tessuti triennale.

Ulteriori obiettivi vengono condivisi ad inizio anno dal CRP con i COP e le direzioni; ulteriori indicazioni e raccomandazioni per la singola ASST/IRCCS vengono fornite dal CRP in condivisione con il CoRe a seguito di AUDIT condiviso con ATS.

1.8. *Il RUOLO DELLE-AGENZIE DI TUTELA DELLA SALUTE*

Le ATS svolgono un ruolo di supervisione e verifica dell'adeguamento organizzativo, in termini di personale e procedure.

All'interno di ogni ATS deve essere individuato un referente della tematica "Donazione e Trapianto"

Ogni anno viene condotto un Audit di concerto con CoRe e CRP per verifica dell'adeguamento organizzativo degli stessi e di eventuali azioni necessarie per il raggiungimento degli obiettivi previsti.

Inoltre, definiscono di concerto con il CoRe, gli obiettivi degli erogatori del sistema privato accreditato.

Le ASST offrono inoltre ai MMG eventi formativi, in tema di aggiornamento, sulla tematica della donazione e del trapianto.

1.9. *MODELLO DI FINANZIAMENTO DEI COP*

(vedi appendice 3)

L'attività di Procurement di Organi e Tessuti trova il proprio riconoscimento all'interno delle funzioni non tariffabili (Funzione 14).

Alla singola ASST/IRCCS viene riconosciuta una funzione composta da 3 quote:

1. Quota relativa al funzionamento del COP (prevede il riconoscimento di quota corrispondente all'ammontare stipendiale dei componenti del COP, nei limiti dei massimali previsti, e della reperibilità a servizio del funzionamento del COP)
2. Quota relativa all'attività svolta per il riconoscimento dei costi sostenuti per la realizzazione dei processi di donazione
3. Quota legata al raggiungimento degli obiettivi

1.10. *ASSEGNAZIONE DELLE RISORSE ECONOMICHE AI COP*

La metà dei fondi assegnati per l'attività prodotta e dei fondi derivanti dal raggiungimento degli obiettivi, eccetto quelli identificati a copertura dei costi di funzionamento del COP, devono essere assegnati sul Centro di Costo del COP, che ne pianifica la spesa, di concerto con il CRP e con la Direzione Amministrativa dell'azienda.

I fondi a disposizione dei COP possono essere utilizzati per:

- coprire eventuali costi aggiuntivi legati al personale
- costi di materiale necessario per garantire l'attività di prelievo (es. circuiti ecmo, materiale per prelievo di cornee etc.)
- eventi formativi ed informativi

La quota di funzione non assistenziale 14 destinata alle strutture del sistema privato accreditato, sede di Dea di Secondo Livello dotate di CAP deve essere destinata alla copertura dei costi del procurement ed allo sviluppo dei percorsi di donazione d'organi e tessuti.

La quota assegnata per la copertura dei costi dell'attività di prelievo di organi e tessuti viene computata nei budget delle strutture di trapianto e delle banche dei tessuti (nelle more della costituzione della Banca Unica Regionale dei Tessuti).

Appendice 2

2. Programma regionale di procurement di organi e tessuti 2024-2026

Il programma regionale 2024-2026 mira ad un consolidamento dei risultati ottenuti nel 2023 e nella prima parte del 2024, ponendosi come target un ulteriore miglioramento dei dati di attività.

Il piano ha come obiettivo il raggiungimento dei 32 donatori pmp nel 2024, per arrivare a 34 nel 2025 e 36 nel 2026.

Al fine di perseguire tali risultati, il programma prevede l'intervento in una serie di azioni:

1. adeguamento e consolidamento della rete dei COP;
2. potenziamento del ruolo dei COP di Secondo Livello sull'area di competenza;
3. implementazione del percorso di cure intensive orientate alla donazione nel grave neuroleso;
4. monitoraggio proattivo della neurolesione e audit dei missing;
5. diffusione del percorso di donazione a cuore fermo controllato su tutto il territorio regionale;
6. diffusione del percorso di donazione a cuore fermo non controllato di polmone ed ove possibile anche di organi addominali;
7. coinvolgimento del sistema privato accreditato, rendendo attuabile la realizzazione dei CAM per l'accertamento della morte nei centri sede di DEA di Secondo Livello;
8. obiettivi alle direzioni strategiche ed ai COP;
9. nuovo sistema di partizione della Funzione Non Tariffabile 14 con quota parte legata al raggiungimento degli obiettivi.

2.1. *Potenziamento del ruolo del CRP*

Il CRP, dotato dello staff a regime (già in fase di acquisizione), sarà in grado di svolgere pienamente sia la sua funzione operativa, che il supporto costante ai centri allo sviluppo di percorsi e procedure. Saranno organizzate visite on-site frequenti nei confronti delle strutture che lo necessitino ed analisi puntuali delle azioni di miglioramento da condurre congiuntamente ai COP.

Sarà obiettivo del CRP contribuire all'implementazione della tecnologia informatica necessaria per migliorare il processo di identificazione del potenziale donatore, tramite la fornitura ai COP di un cruscotto informatico atto a monitorare la presenza e l'evoluzione dei possibili donatori.

2.2. *Adeguamento e consolidamento della rete dei COP*

I COP il cui personale non ha ancora un tempo dedicato come è previsto dal Documento "**Modello Organizzativo Regionale del Procurement di Organi e Tessuti"** devono essere adeguati in termini di staff. Devono essere adeguati anche gli incarichi di posizione/funzione previsti per i membri del team del COP.

2.3. *Potenziamento del ruolo dei COP di Secondo Livello sull'area di competenza*

I COP di Secondo Livello hanno il compito di prendersi carico non solo della propria struttura di appartenenza, ma di tutta l'area di competenza.

In particolare, il COP2 deve conoscere le problematiche della realtà in cui opera ed intervenire a supporto di percorsi e procedure e, se necessario, dei percorsi di donazione.

I COP 2 effettuano attività di monitoraggio dei decessi relativi all'area di competenza e realizzano attività di auditing e di analisi dei missing. Inoltre, raccolgono i fabbisogni formativi della propria area e organizzano attività di formazione ed informazione aperte all'area di competenza, in raccordo con il CRP.

2.4. *Implementazione del percorso di cure intensive orientate alla donazione nel grave neuroleso*

Si prevede che il percorso di ricovero in terapia intensiva a fini donativi sia implementato in tutte le strutture del SSR ed in particolare la possibilità della donazione sia incardinata all'interno dei PDTA che interessano la neurolesione (Arresto Cardiaco, Ictus, Emorragia Cerebrale, Trauma Cranico); l'intendimento di questo item è che la donazione sia considerata sempre come parte di un percorso di fine vita che interessi i soggetti affetti da neurolesione o i soggetti che vanno incontro a sospensione dei trattamenti di supporto vitale in rispetto delle Disposizioni Anticipate di Trattamento del soggetto.

Il CRP raccoglierà i PDTA aziendali della neurolesione.

L'efficienza del percorso sarà monitorata dai COP usando come indice il tasso di valutazione di terapia intensiva nei decessi per neurolesione in ospedale ed eseguendo audit periodici sui decessi fuori TI.

2.5. *Monitoraggio proattivo della neurolesione e audit dei missing*

Deve essere effettuato un monitoraggio proattivo dei neurolesi mediante il sistema EUOL (modulo monitoraggio neuroleso), che deve essere implementato in tutte le strutture. Il COP deve tenere traccia di tutti i decessi ospedalieri, in particolare di quelli per neurolesione; deve essere tenuto un record dei casi di limitazione dei trattamenti in terapia intensiva e dei casi realizzati o missing di cure intensive orientate alla donazione.

2.6. *Diffusione del percorso di donazione a cuore fermo controllato su tutto il territorio regionale*

Il percorso di donazione a cuore fermo controllato deve essere offerto in tutte le ASST/IRCCS del territorio regionale.

Gli ospedali sede di COP di II livello dotati di risorsa ECMO devono contribuire all'attivazione di un nuovo servizio di ECMO Mobile nell'ambito del programma regionale per la Donazione a Cuore Fermo (DCD), che abbia il compito di supportare le terapie intensive dei centri sprovvisti di tale servizio. Ciò permetterà la realizzazione di donazioni a cuore fermo controllato attraverso l'impiego di tale strumentazione e di una equipe esterna all'ospedale.

L'équipe, composta da intensivista, cardiochirurgo o chirurgo vascolare e perfusionista, dovrà essere organizzata e coordinata dal COP di II livello.

L' ECMO Mobile dovrà essere disponibile dal lunedì al sabato, dalle 8:00 alle 20:00, l'attivazione di regola è prevista con un giorno di preavviso.

I requisiti organizzativi, le modalità di attivazione e le fasi di avvio del progetto del Servizio di ECMO Mobile dovranno essere delineati da documentazione prescrittiva del CRP, che dovrà prevedere un sistema di reperibilità codificata a livello regionale per il percorso cDCD.

Il progetto si articolerà nelle seguenti fasi:

- Definizione centri ECMO Pilota per cDCD;

- Sondaggio delle terapie intensive lombarde in relazione alle prassi di fine vita e all'adesione al programma regionale DCD;
- Coinvolgimento di altri centri ECMO;
- Formazione/Informazione del personale che partecipa al processo;
- Verifica requisiti delle strutture;
- Estensione arruolamento casi per cDCD.

È prevista la creazione di una turnazione codificata a livello regionale per la perfusione del donatore DCD controllato ed il riconoscimento dell'attività svolta al di fuori dell'orario di lavoro per le équipe coinvolte (composte da: intensivista, cardiochirurgo o chirurgo vascolare e TFCPC).

2.7. *Diffusione del percorso di donazione a cuore fermo non controllato di polmone ed ove possibile anche di organi addominali*

Il programma uDCD Lung deve essere diffuso in tutte le strutture raggiungibili entro 90' dalla partenza da centro trapianti di polmone in grado di prelevare l'organo. Il percorso non prevede impiego della risorsa ECMO ma solo il mantenimento del polmone con "open lung technique". Ove esista risorsa ECMO ed un percorso consolidato di donazione a cuore fermo, è possibile realizzare il percorso uDCD addome. I percorsi devono essere attivabili almeno dal lunedì al venerdì dalle 8 alle 20.

AREU ha il compito di rivedere i modelli di centralizzazione dell'arresto cardiaco refrattario, considerando la centralizzazione a scopo donativo anche dei soggetti vittima di ACC che non siano candidabili ad ECLS.

2.8. *Coinvolgimento del sistema privato accreditato, rendendo attuabile la realizzazione dei CAM per l'accertamento della morte nei centri sede di DEA di Secondo Livello*

I CAM saranno realizzati nelle strutture del sistema privato accreditato sede di DEA di Secondo Livello, con le modalità che saranno indicate con apposito decreto.

2.9. *Obiettivi alle direzioni strategiche ed ai COP*

Gli obiettivi triennali alle direzioni strategiche vengono forniti tramite il seguente piano e la valutazione di raggiungimento degli stessi viene effettuata ogni anno sulla base dei dati forniti tramite la rendicontazione effettuata dal CRP.

2.10. *Obiettivi 2024/2026:*

Donazione organi

a. Da donatore a cuore battente (DBD):

A1) Rapporto tra accertamenti con criterio neurologico e decessi con lesioni cerebrali in rianimazione >40%

A2) Rapporto tra accertamenti con criterio neurologico e decessi con lesioni cerebrali totali >15%

b. Da donatore a cuore fermo:

A3) DCD non controllato

1. Strutture senza ECLS:

almeno una attivazione di DCD non controllato di polmone (escluso ASST Valtellina ed Alto Lario, ASST Valcamonica, ASST Mantova)

2. Strutture sede di ECLS:
   attivazione di almeno due casi di donazione DCD: addome o polmone

A4) DCD Controllato

1. Almeno tre attivazioni di DCD Controllato per i centri con risorsa ECMO
2. Per i centri senza ECMO (obiettivo 2025/2026):

- presenza di una procedura aziendale/protocollo di limitazione/sospensione dei trattamenti intensivi nei casi ove non più appropriati.
- presenza di una procedura di donazione a cuore fermo controllato

1.1.2

A5) Percorso grave neuroleso: presenza di una valutazione AR in almeno il 90% dei neurolesi che decedono in pronto soccorso o fuori dalle terapie intensive (dal 2025)

Donazione multitessuto

Risultato atteso: rapporto tra donazioni multitessuto e totale decessi entro i 65 anni >2%

Donazione Cornee

Risultato atteso: rapporto tra donazioni cornee (comprese da donatore multiorgano e multitessuto) e totale decessi >10% (età >/=5 e </= 85 anni)

Donazione da vivente teste di femore

Obiettivo per ASST/IRCCS che effettuano >50 interventi di artroprotesi d'anca /anno in soggetti con età <70 anni

Risultato atteso: rapporto tra donazioni teste femorali e totale artroprotesi d'anca su soggetti di età<70 anni >10% (dal 2025)

Peso degli obiettivi:

b) struttura con obiettivo teste di femore

A: 0,5 (A1: 0,1 A2: 0,1 A3: 0,1 A4: 0,1 A5:0,1) B: 0,2 C:0,2 D:0,1

b) struttura senza obiettivo teste di femore

A: 0,5 (A1: 0,1 A2: 0,1 A3: 0,1 A4: 0,1 A5:0,1) B: 0,3 C:0,2

Alla ASST Pini-CTO viene assegnato come unico obiettivo l'obiettivo D.

All'IRCCS Istituto Nazionale dei tumori ed all'Istituto Besta viene assegnato come unico obiettivo l'obiettivo C.

Relativamente al sistema privato accreditato gli obiettivi vengono stabiliti annualmente da ATS di concerto con il CoRe.

Nuovo sistema di partizione della Funzione Non Tariffabile 14 con quota parte legata al raggiungimento degli obiettivi

Il rimborso dell'attività di procurement per una ASST/IRCCS prevede:

- Una quota legata alla presenza dello staff del COP/CAP secondo la classificazione della struttura, entro i massimali previsti. La verifica e rendicontazione avviene per il tramite del CRP.
- Una quota variabile legata all'attività di prelievo effettuata secondo quanto previsto dall'allegato "Specifiche in merito alla Funzione non tariffabile 14 – rimborso delle attività di procurement"
- Una quota variabile legata al raggiungimento degli obiettivi per le direzioni di cui al paragrafo 9.

Appendice 3

3. Aggiornamento della funzione assistenziale n. 14 prelievo di organi e tessuti – altre attività connesse al trapianto d'organi

3.1. *INTRODUZIONE*

La funzione assistenziale 14 copre i costi direttamente collegati all'individuazione e alla valutazione di idoneità dei potenziali donatori, rimborsando i costi di prelievo, di trasporto, di funzionamento delle équipe nel caso in cui questi costi non siano adeguatamente coperti dalle vigenti tariffe.

La funzione assistenziale 14 andrà a rimborsare inoltre tutti i costi direttamente collegati e generati dalle attività svolte dai Centri di Riferimento Regionali (CRR).

I valori relativi alla funzione sono attribuiti sulla base delle risultanze dell'analisi della rendicontazione annuale pervenuta dal Coordinamento Regionale di Procurement di Organi e Tessuti, sito in AREU (per la parte riferita all'attività di prelievo) e dalle Aziende/Agenzie (per la parte riferita ai Centri di Riferimento Regionali).

Il presente aggiornamento si applica a partire dal riconoscimento delle Funzioni Non Tariffabili relative all'anno 2024.

3.2. *STRUTTURE SANITARIE DESTINATARIE DI REMUNERAZIONE*

Relativamente ai CRR:

I. Centro Regionale Trapianti (Fondazione IRCCS Cà Granda, Ospedale Maggiore Policlinico, con le sue due articolazioni: Coordinamento Regionale Trapianti e S.C. Trapianti Lombardia-Nitp);
II. Coordinamento Regionale del Procurement di Organi e Tessuti (AREU);
III. Banca delle cornee (Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori e Fondazione IRCCS San Matteo);
IV. Raccolta e crioconservazione cellule staminali periferiche (ASST GOM Niguarda);
V. Conservazione di sangue da cordone ombelicale (Fondazione IRCCS Cà Granda, Ospedale Maggiore Policlinico e Fondazione IRCCS San Matteo);
VI. Raccolta e conservazione omoinnesti valvolari-vascolari (IRCCS Centro Cardiologico Monzino);
VII. Cuore artificiale (ASST GOM Niguarda Milano e ASST Papa Giovanni XXIII);
VIII. Coltura epidermide umana e crioconservazione tessuti > e a seguito dell'istituzione Banca Regionale Unica dei Tessuti e degli Organi (ASST GOM Niguarda Milano);
IX. Trasporto organi, equipe e riceventi (AREU);
X. Banca emocomponenti di gruppi rari (IRCCS Policlinico di Milano);
XI. Laboratorio terapie cellulari (ASST Papa Giovanni XXIII);
XII. Banca Regionale Tessuto Muscolare Scheletrico (ASST Gaetano Pini-CTO).

Relativamente al Procurement:

Sono destinatari di remunerazione:

- il Coordinamento Regionale di Procurement, presso AREU, per il suo funzionamento e le attività direttamente dipendenti dallo stesso,

- le strutture sede di Coordinamento Ospedaliero di Procurement di Secondo e Primo Livello,
- i Coordinamenti Aziendali di Procurement del sistema privato accreditato,
- le strutture sanitarie del SSR che effettuano attività di donazione.

Sono destinatarie altresì le strutture che operano a beneficio della rete trapianti come strutture di riferimento per i laboratori di microbiologia, biochimica clinica ed anatomia patologica. Tali strutture saranno individuate da specifica DGR.

3.3. *INDICAZIONI PROCEDURALI - PROCUREMENT:*

Il finanziamento per l'attività di prelievo e di trapianto di organi e tessuti, delineato dalla DGR n. XI/2014/2019 e dal successivo aggiornamento definito e contenuto nella DGR n. XII/2854/2024, rientra tra le funzioni non coperte dalle tariffe predefinite ed è classificato nella Funzione 14.

Si richiama, la DGR n. XII/2854 del 29/07/2024, con cui sono stati delineati i "Criteri per la definizione delle attività e servizi da finanziare con l'istituto delle funzioni di cui all'articolo 8-sexies del d.lgs. 502/1992, a decorrere dall'esercizio 2024" e che in tale provvedimento si è disposto:

- *"Nelle regole di Sistema 2024 (DGR n. XII/1827/2024 "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2024 (di concerto con il Vicepresidente Alparone e gli Assessori Lucchini e Fermi" punto 4.18) è previsto che il sistema di rimborso delle funzioni non tariffabili inerenti all'attività di donazione di organi sia affidato ad AREU attribuendogli la quota necessaria per il pagamento del personale delle CRP e dei COP, per la realizzazione delle CAM e dell'ECMO Mobile e per remunerare gli ospedali dei costi sostenuti per i percorsi di donazione."*
- *"I valori relativi a queste funzioni sono attribuiti sulla base delle risultanze dell'analisi della rendicontazione annuale pervenuta dai centri di riferimento di AREU".*

Tali periodi si sostituiscono con quanto segue:

- *"Il sistema di rimborso delle funzioni non tariffabili inerenti all'attività di donazione di organi comprende il riconoscimento delle seguenti attività: (1) risorse umane impiegate, per il corretto funzionamento dei COP, dei CAP, e per l'attività dei CAM mobili e del progetto ECMO; (2) attività di donazione/procurement; (3) trasporto organi, équipe e pazienti riceventi; (4) formazione a livello regionale."*
- *"I valori relativi a queste funzioni sono attribuiti sulla base delle risultanze dell'analisi della rendicontazione annuale pervenuta dal Coordinamento Regionale Procurement (CRP), presso AREU, e dai Centri di Riferimento Regionali (CRR)".*

Il sistema di rimborso delle funzioni non tariffabili inerenti all'attività di donazione di organi vede coinvolti il CRP e la DG Welfare.

La modalità di rendicontazione e del corrispondente riconoscimento economico, erogato tenendo conto delle tariffe definite dal presente documento, è definita tramite documentazione prescrittiva redatta e verificata del Coordinamento Regionale Procurement nell'ambito della propria attività di coordinamento.

Gli Enti Sanitari coinvolti nelle attività di procurement, in relazione alle attività dei COP, CAP, CAM, ECMO Mobile, trasmettono al CRP, periodicamente e a consuntivo, la rendicontazione dell'attività svolta per la realizzazione delle attività di competenza nell'ambito delle operazioni di procurement.

Il CRP procede alla verifica e alla validazione dei dati ricevuti e trasmette alla DG Welfare la documentazione utile alla predisposizione della delibera per l'erogazione degli importi delle funzioni non tariffate da riconoscere agli Enti Sanitari del Sistema Sanitario Regionale e ai privati accreditati.

3.4. *INDICAZIONI IN MERITO ALLA FUNZIONE N. 14 PRELIEVO DI ORGANI E TESSUTI - ALTRE ATTIVITÀ CONNESSE AL TRAPIANTO D'ORGANI*

Procurement di organi e tessuti

Le risorse economiche riconosciute da Regione Lombardia all'Ente Sanitario nell'ambito delle attività connesse al Prelievo di organi e tessuti e alle Attività di trapianto sono determinate dalla valorizzazione delle seguenti voci di costo, al netto degli eventuali proventi conseguiti:

- risorse umane impiegate per il funzionamento dei COP, di primo e secondo livello, e dei CAP;
- attività di procurement, determinata e correlata al numero di donatori procurati;
- dei costi sostenuti per il trasporto di organi, équipe di prelievo e pazienti riceventi;
- dei costi sostenuti per la pronta disponibilità ed il trasporto dei Collegi di Accertamento della Morte (CAM) mobili;
- attività formativa a livello regionale.

Inoltre, una quota parte di risorse economiche riconosciute viene definita in base al raggiungimento annuale degli obiettivi per ASST/IRCCS contenuti nel programma regionale donazione, a valenza triennale.

Le ASST e le Fondazioni IRCCS pubbliche, devono assegnare uno specifico centro di costo al proprio COP al quale attribuire un budget dedicato pari alla metà del rimborso annuale previsto dalla funzione non tariffabile della donazione (al netto di quanto definito in relazione all'ammontare dei costi fissi del personale del COP, nonché le quote definite al Prelievo Organi e Tessuti – Equipe Chirurgiche), in modo tale che possano essere garantiti e finanziati:

- progetti e prestazioni aggiuntive necessarie per la realizzazione delle attività di procurement;
- l'acquisizione dei beni e dei mezzi necessari al programma annuale di prelievo;
- la formazione;
- le iniziative di sensibilizzazione e di comunicazione.

1.1.3

In relazione ai progetti di cui al punto 1), l'ASST/IRCCS utilizzerà la quota sopra indicata per il finanziamento di progetti e prestazioni in area a pagamento per la realizzazione delle seguenti attività, qualora non realizzabili altrimenti:

- l'attività aggiuntiva svolta dai COP al di fuori dell'orario di lavoro per la realizzazione dei processi di procurement, compreso l'istituto della pronta disponibilità / reperibilità;
- l'attività aggiuntiva del personale del comparto e della dirigenza medica per l'apertura e l'assistenza relativa a eventuali posti letto dedicati alla gestione del donatore;
- l'attività aggiuntiva del personale del comparto e della dirigenza medica per l'apertura della sala operatoria a scopo di prelievo;
- l'attività dei laboratori, delle anatomie patologiche e dei servizi di radiodiagnostica per quanto concerne esami e valutazioni relative all'attività di donazione e trapianto;
- l'attività connessa al prelievo di cornee;
- l'attività di supporto psicologico alle famiglie dei donatori e del personale coinvolto nei processi di donazione;
- l'attività di CAM aggiuntivi svolte presso altre strutture del SSR, pubblico o privato accreditato, quando si rende necessaria la presenza di una o più figure esterne;
- l'attività connessa alla gestione e all'attività di ECMO Team per la donazione a cuore fermo controllato;

- l’attività di trasporto sanitario sia in ambito Regionale, Nazionale ed Internazionale dei pazienti riceventi residenti in Regione Lombardia qualora convocati a fronte di una disponibilità d’organo.

Progetti e prestazioni in area a pagamento possono essere utilizzati ai fini del riconoscimento del personale delle equipe di prelievo di tessuti, per i centri sede di banca dei tessuti o equipe di prelievo e delle equipe di prelievo di organi, qualora il prelievo si svolga in altra sede. In tale caso non sarà utilizzata la quota di finanziamento legata al procurement, dipendente dal centro di costo del COP, ma quanto derivante dai punti 4.2 e 4.3.

Di seguito, in aggiornamento a quanto disposto dalla DGR n. XII/1827/2024, Allegato 3 appendice 3.2 e Allegato 4 punto 4.18, vengono indicati i valori standard riconoscibili per le attività di procurement come fino ad ora descritte.

Il c.d. “sistema premiante”, di cui alla DGR n. XII/1827/2024, viene pertanto sostituito con le progettualità di cui al precedente punto 1) “progetti e prestazioni aggiuntive necessarie per la realizzazione delle attività di procurement”.

Attività	**Rilevazione**	**Riconoscimento standard**
CRP	Presenza effettiva dello staff	Riconoscimento in relazione alle figure professionali coinvolte (compresa attività formativa a livello regionale)
COP II LIVELLO (strutture pubbliche)	Presenza effettiva dello staff	Riconoscimento fino ad un massimo di 290.000 euro/anno per singola struttura
COP I LIVELLO (strutture pubbliche con NCH)	Presenza effettiva dello staff	Riconoscimento fino ad un massimo di 150.000 euro/anno per singola struttura
COP I LIVELLO (strutture pubbliche senza NCH)	Presenza effettiva dello staff	Riconoscimento fino ad un massimo di 100.000 euro/anno per singola struttura
CAP Sistema Privato Accreditato, Sede di DEA di Secondo Livello	Presenza effettiva dello staff	Riconoscimento fino ad un massimo di 150.000 euro/anno per singola struttura
PROCUREMENT Donazione di organi	Numero di donatori procurati rendicontate a/da CRP	5.000 euro per ogni donatore procurato più 2.000 euro, se donazione anche di tessuti (eccetto le cornee) 2.000 euro, se effettuato anche riscontro diagnostico
PROCUREMENT Donazione multi-tessuto	Numero di donatori effettivi rendicontati a/da CRP	2.000 euro/caso se solo un tipo di tessuto (indipendentemente dalle cornee), 3.000 euro se almeno due tessuti (indipendentemente dalle cornee). 2.000 euro ulteriori, se effettuato anche riscontro diagnostico

PROCUREMENT Donazione di cornee	Numero di cornee prelevate rendicontate a/da CRP	180 euro/Cornea, se equipe interna; se l'equipe è esterna 80 Euro/Cornea alla struttura sede di donazione, 100 euro/Cornea alla struttura di afferenza della equipe di prelievo
PROCUREMENT Donazione di tessuti da vivente	Numero di tessuti prelevati rendicontati a/da CRP	200 euro per ogni donazione
PROCUREMENT da donazione a cuore fermo con nrp (alla struttura che fornisce NRP)	Numero di NRP effettuate per DCD rendicontate da CRP	2000 euro a caso
Materiali per donazione a cuore fermo controllata	Numero procedure realizzate rendicontate a/da CRP	Costo standard materiali di consumo: fino a un massimo di euro 4.000 a procedura realizzata

Riconoscimento risultato correlato agli obiettivi (per gli obiettivi vedasi Allegato 2: Programma regionale procurement 2024-2026)

COP II LIVELLO	130.000	In proporzione al raggiungimento degli obiettivi ed al coefficiente DA
COP I LIVELLO con NCH	90.000	In proporzione al raggiungimento degli obiettivi ed al coefficiente DA
COP I LIVELLO senza NCH	40.000	In proporzione al raggiungimento degli obiettivi
CAP Sistema Privato Accreditato, Sede di DEA di II Livello	70.000	In proporzione al raggiungimento degli obiettivi

Si riporta il coefficiente di peso dei singoli obiettivi:

Peso degli obiettivi:

b) struttura con obiettivo teste di femore

A: 0,5 (A1: 0,1 A2: 0,1 A3: 0,1 A4: 0,1 A5:0,1) B: 0,2 C:0,2 D:0,1

b) struttura senza obiettivo teste di femore

A: 0,5 (A1: 0,1 A2: 0,1 A3: 0,1 A4: 0,1 A5:0,1) B: 0,3 C:0,2

Per quanto concerne COP Secondo Livello e Primo Livello con NCH viene utilizzato un coefficiente (DA: Dimensione ed attività) legato al dimensionamento della popolazione servita ed al volume di attività degli ultimi anni.

COP Secondo Livello:

COEFFICIENTE DA	STRUTTURE
1	ASST Brescia ASST GOM Niguarda ASST Sette Laghi Fondazione IRCCS Policlinico Ospedale Maggiore Cà Granda Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori
0.9	Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo
0,75	ASST Cremona ASST Lecco

COP Primo Livello con NCH:

COEFFICIENTE DA	STRUTTURE
1	ASST Lariana ASST Ovest Milanese ASST Santi Paolo e Carlo
0.8	ASST Mantova
0,75	ASST Fatebenefratelli e Sacco ASST Valtellina

Formula per il riconoscimento degli obiettivi di procurement =

(Massimale obiettivo x somma coefficiente peso obiettivi raggiunti x coefficiente DA)

Prelievo di organi – equipe chirurgiche

Ai fini di consentire in modo omogeneo e con capacità di risposta adeguata ai bisogni alle ASST/IRCCS Sede di Centro Trapianti, viene riconosciuta una quota aggiuntiva atta a consentire il funzionamento dell'attività delle équipes chirurgiche di prelievo, in caso di prelievo fuori sede. Tale quota può essere utilizzata nell'ambito di progetti che includano il pagamento delle prestazioni effettuate dal personale sanitario al di fuori dell'orario di lavoro, qualora per motivi organizzativi gli interventi di prelievo non siano realizzabili nell'ambito dei comuni istituti della reperibilità.Tale quota non viene imputata ai fini della definizione del Budget del centro di costo dei COP.

ASST/IRCCS	**RIMBORSO FNT**
ASST GOM Niguarda	120.000
Fondazione IRCCS Policlinico Ospedale Maggiore Cà Granda	120.000
ASST Papa Giovanni XXIII	120.000
Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo	50.000

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori	40.000
ASST Sette Laghi	20.000
ASST Brescia	20.000
IRCCS Ospedale San Raffaele	20.000

Prelievo di Tessuti

Alle ASST/IRCCS sede della Banche dei Tessuti il riconoscimento dell'attività delle equipe di prelievo, anche effettuata al di fuori dell'orario di servizio, avviene nell'ambito della rendicontazione dei costi esposti dalle banche stesse, come CRR.

Le stesse ASST/IRCCS hanno facoltà di utilizzare gli istituti contrattuali che ritengono adeguati al raggiungimento degli obiettivi.

Perfusione d'organo

Si prevede un contributo all'interno delle FNT al fine del riconoscimento della perfusione d'organo ex vivo, in un contesto di centralizzazione degli acquisti dei sistemi di perfusione e ove possibile ed indicato di centralizzazione delle perfusioni stesse. Tale aspetto sarà finalizzato al seguito del documento prodotto dal gruppo di lavoro: "Creazione della Banca Regionale Unica dei Tessuti e degli Organi", istituito con decreto DGW 14846 del 4.10.2024.

Appendice 4

4. Rendicontazione utilizzo pompa coassiale – Decreto n. 14035 del 23/09/2024

Con Decreto della Direzione Generale Welfare del 23 settembre 2024 n. 14035 è stato istituito apposito gruppo di lavoro tecnico, coordinato dall'Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario Lombardo con l'obiettivo di definire i parametri e gli indicatori utili al controllo delle cartelle cliniche in merito all'impianto dei dispositivi di assistenza cardiaca tipo "pompa coassiale".

La produzione di prestazioni di ricovero per impianto dei citati dispositivi presenta una tendenza meritevole di attenzione in riferimento ad una casistica diversificata e per la quale sono stati condotti approfondimenti, anche con l'ausilio di professionisti clinici esperti nel settore, nel merito delle caratteristiche dell'offerta.

A seguito dei suddetti approfondimenti, con particolare riferimento alle evidenze scientifiche presenti in materia, i dati hanno dimostrato un incremento di attività imputabile sia all'utilizzo del dispositivo in emergenza sia nei casi di trasferimento da altra struttura.

Il gruppo di lavoro dopo avere valutato le diverse ipotesi di utilizzo clinico del dispositivo, la letteratura e gli studi in materia, i lavori prodotti da altri gruppi regionali e i dati disponibili, ha identificato le corrette modalità di rendicontazione che si intendono qui approvate.

In particolare, al fine della corretta rendicontazione dei relativi ricoveri, sono definite le seguenti fattispecie:

1 Paziente con shock cardiogeno; parametri, che devono essere copresenti, che individuano la diagnosi:
- Pressione arteriosa sistolica (PAS) < 90 mmHg per più di 30', dopo adeguato riempimento, o necessità di terapia con inotropi/vasopressori per mantenere PAS > 90 mmHg;
- Segni di congestione polmonare (segni clinici o strumentali);
- FE< 45%;
- Almeno un segno di ipoperfusione d'organo:
    - diuresi < 30 ml/h;
    - lattati > 2 mmol/l.

2. Paziente sottoposto a Percutaneous Coronary Intervention (PCI) in corso di sindrome coronarica acuta con procedura svolta in regime di emergenza/urgenza. In questo caso la diagnosi primaria riportata in SDO deve corrispondere a IMA (codice ICD9 410.xx ad esclusione dei codici ICD9 410.x2);

3. Paziente con High Risk Percutaneous Coronary Intervention (PCI) con ricovero programmato (in elezione) solo in presenza di una preventiva valutazione scritta con parere favorevole espresso da un gruppo multidisciplinare (Heart Team) composto da cardiologo Interventista, cardiochirurgo, Anestesista, esperto di imaging (cardiologo ecocardiografista). I componenti del gruppo multidisciplinare (espressamente indicati nel parere preventivo) possono avere rapporto di dipendenza o convenzionale con la struttura; la preventiva valutazione scritta del Heart Team (firmata da tutti i componenti) deve contenere l'indicazione esplicita di almeno un fattore per singola area (A e B) sotto individuata:

A. Fattori anatomici:
    - Unico vaso pervio

- Tronco comune
- Malattia della biforcazione
- Lesioni coronariche calcifiche
- Lesioni coronariche lunghe
- Patologia multivasale
- CTO (occlusioni croniche totali)

1.1.4

B. Fattori emodinamici

- Disfunzione ventricolare sinistra FE < 35%
- Pressioni di riempimento elevate
- Ipotensione
- Previsione di tempo di ischemia lungo
- Aritmie ventricolari

In assenza di una di queste fattispecie, l'impianto della pompa coassiale (cod. procedura 37.68 "inserzione di dispositivo di assistenza cardiaca esterno percutaneo" ai sensi della DGR n. XII/285/2023 – cfr. Allegato 1, DRG 104 Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco, Tipo Tariffa F), qualora rendicontato, non sarà ritenuto finanziabile.

Da ciò conseguirà la riattribuzione ad un diverso Tipo Tariffa del citato DRG 104, oppure le relative riattribuzioni a differenti DRG a seconda della codifica esposta.

Allo stesso modo, nel caso in cui l'impianto di pompa coassiale sia rendicontato con modalità che ne determinino l'attribuzione al DRG 105 Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici senza cateterismo cardiaco, in assenza della documentazione richiesta, non sarà ritenuto finanziabile, con conseguente riattribuzione a differenti DRG a seconda della codifica esposta.

Appendice 5

5. Indicazioni in attuazione alla DGR XII/3630/2024 nell'area Salute Mentale e dei Consultori Familiari

Alla luce dell'entrata in vigore del nuovo nomenclatore - DGR XII/3630 del 16/12/2024 "Approvazione del nomenclatore tariffario regionale dell'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica ai sensi dello schema di decreto di cui all'Intesa Stato Regioni del 14 novembre 2024 (rep atti 204/CSR) -, si forniscono di seguito le indicazioni per l'accesso ai servizi specialistici di Psichiatria, Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, di Psicologia e dei Consultori Familiari.

5.1. *POLO TERRITORIALE E DI AMBULATORIO DI NPIA*

Come anticipato nella nota Protocollo G1.2024.0000798 del 09/01/2024 avente oggetto: "Prime indicazioni per la gestione del Flusso di NPIA e di specialistica ambulatoriale", con il DECRETO 23 giugno 2023 e il recepimento del documento di CSR del 19/04/2023 atto repertorio n. 94, le prestazioni di Neuropsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza così come trattate fino ad ora in regione Lombardia, non sono più presenti sul Tariffario e nel catalogo SISS. Non saranno pertanto prescrivibili.

La normativa vigente rimarca che i servizi di NPIA esulano dalla prescrizione qualificata come prestazione di specialistica ambulatoriale. Viene ribadito e confermato l'accesso diretto ai servizi con conseguente necessità che gli Enti definiscano modalità di accoglienza della richiesta/domanda e prenotazione specifica.
A tal proposito si ricorda quanto già indicato nella DGR X/1185 del 20/12/2013, Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario regionale per l'esercizio 2014, nel paragrafo 2.4.4. INTERVENTI DI TUTELA DELLA SALUTE MENTALE
"Date *le numerose difficoltà esistenti nella gestione delle liste d'attesa in età evolutiva, risulta necessario:*

- *che le prenotazioni vengano gestite direttamente da operatori interni alle UONPIA adeguatamente formati (anche attraverso appositi percorsi formativi), onde consentire la gestione sia dei primi accessi che degli accessi successivi attraverso adeguati criteri di priorità e appropriatezza".*

Tale indicazione, contestualmente estesa alla Psichiatria si è tradotta anche escludendo la possibilità di prenotazione delle prestazioni di NPIA e Psichiatria attraverso il numero verde regionale riconducendola ai singoli enti.

Tenendo conto di quanto sopra detto, l'accesso ai Poli Territoriali NPIA e agli Ambulatori di NPIA avviene nelle seguenti modalità:

1. Per intenzione diretta dell'esercente la responsabilità genitoriale/tutore legale/disposizione dell'autorità giudiziaria
2. Per richiesta del PLS/MMG
3. Per richiesta di altro specialista
4. Per richiesta di altri enti/servizi che ne hanno facoltà

Al fine di garantire la corretta gestione dell'accesso diretto ai Poli Territoriali e agli Ambulatori, i servizi devono prevedere (dove non già presente) un modello strutturato di accoglienza e triage che processi le richieste pervenute. I servizi, arruolando le indicazioni del Ministero della Salute inerenti le classi di priorità, adottano criteri utili ad attestare in tali classi la domanda del cittadino rispettando anche i principi di equità, trasparenza nonché di coerenza con le norme nazionali in tema di salute, oltre a identificare il tipo di prestazione da erogare e il professionista da coinvolgere (neuropsichiatra infantile, psicologo, altro medico).

A tal proposito si rammenta che la residenza del cittadino non costituisce criterio di esclusione per l'accesso alle cure, in particolare per le prestazioni a carattere di Urgenza, per le prime visite e conseguente percorso valutativo/diagnostico. Tuttavia, il principio della territorialità può costituire un criterio che, con quelli di carattere clinico, funzionale e sociale, attesta l'arruolamento del paziente nelle liste d'attesa delle prese in carico e dei trattamenti.

L'accesso per prestazioni estemporanee avviene esclusivamente su prescrizione del PLS/MMG o altro specialista e l'impegnativa viene processata nel flusso della specialistica ambulatoriale (ex 28/SAN).
Allo stesso modo, la gestione delle prescrizioni o accessi finalizzati all'erogazione di prestazioni extra LEA, è ricondotta alle disposizioni vigenti e regolamentate in ciascun ente.
Il Sistema Informativo di NPIA è dotato di specifica funzionalità che consente l'inserimento delle prestazioni della fattispecie identificandole come **"diversamente remunerata"** consentendone la registrazione ma escludendone la valorizzazione (in quanto già diversamente remunerate-28/SAN in compartecipazione o in solvenza).

Nel caso l'utente venga inviato ai Poli Territoriali e agli Ambulatori, la prescrizione può essere rappresentata da qualunque forma di raccordo che il PLS/MMG o altro specialista ritengano opportuno adottare (e-mail, carta intestata, proprio modulo, ecc).
Nelle more dell'adozione di un differente modello prescrittivo, è raccomandato ai PLS/MMG e specialisti la progressiva riduzione dell'utilizzo della prescrizione dematerializzata e del ricettario regionale.
Nel rispetto delle indicazioni ministeriali, la prescrizione vedrà l'utilizzo **codice 89.7** PRIMA VISITA indicando la classe di priorità più opportuna e specificando "prima visita di NPIA", il quesito diagnostico e/o altra informazione che chiarisca la motivazione della richiesta.
In alternativa può essere utilizzato il **codice 94.19.1** PRIMA VISITA PSICHIATRICA sempre specificando "prima visita di NPIA", il quesito diagnostico e/o altra informazione che chiarisca la motivazione della richiesta.
Nel Sistema Informativo di NPIA, la prima visita dovrà essere inserita/registrata utilizzando la consueta voce "*CA010 prima visita neuropsichiatrica infantile*".

Eventuali richieste successive alla prima visita, eccezionalmente non programmate dai servizi di NPIA ma prescritte dal PLS o da specialista, potranno essere richieste con dematerializzata o su ricetta regionale, esclusivamente utilizzando il **codice 89.01** VISITA DI CONTROLLO (di routine o di follow up) indicando "visita di NPIA" il quesito diagnostico e/o altra informazione che chiarisca la motivazione della richiesta.
In alternativa può essere utilizzato il **codice 94.12.1** VISITA PSICHIATRICA DI CONTROLLO sempre specificando "visita di NPIA" il quesito diagnostico e/o altra informazione che chiarisca la motivazione della richiesta.
Nel Sistema Informativo di NPIA, la visita di controllo dovrà essere inserita/registrata utilizzando la consueta voce "*CA009 visita di controllo o colloquio neuropsichiatrico infantile*".

Nel limite delle prestazioni richieste dallo specialista NPI delle UONPIA pubbliche e NPIA private accreditate a contratto come Poli Territoriali/Ambulatori di NPIA, finalizzate alla diagnosi e cura del soggetto da loro **preso in cario** e non erogabili al proprio interno, dovrà essere compilata apposita impegnativa che ne consenta la prenotazione ed erogazione negli ambulatori/servizi afferenti alle specifiche discipline. Tali prestazioni, erogate quindi da altri servizi (non di NPIA), verranno rendicontate nelle branche specialistiche di appartenenza. Il cittadino, in virtù delle disposizioni nazionali e regionali vigenti in materia di esenzione ticket per le prestazioni LEA, potrà avvalersi dell'appropriato codice di esenzione.

L’esenzione dal pagamento del ticket per le prestazioni di NPIA è condizione già garantita fino ai 18 anni per i cittadini residenti lombardi. Per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, gli attuali codici esenzione in uso in regione Lombardia per la fascia di età 0-18 anni sono:

- E1 Soggetti minori di anni 14, indipendentemente dal reddito familiare; Esenzione totale per tutte le prestazioni di specialistica ambulatoriale incluse nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)
- NPI 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 neuro sviluppo; Esenzione per tutte le prestazioni di Neuropsichiatria infantile.

Fino al 29/12/2024 l’attuale flusso ex 28/SAN, rimarrà il sistema di **rendicontazione** delle prestazioni di NPIA con le modalità attualmente in vigore.
A decorrere dal 30 dicembre 2024 entra in vigore l’esclusivo utilizzo del Sistema Informativo di NPIA (SI-NPIA) della regione Lombardia, con contestuale avvio dello specifico flusso informativo a valenza rendicontativa ed epidemiologica/statistica. Il flusso consta nella creazione di un file denominato “Flusso Informativo regionale Infanzia e Adolescenza (F.I.R.I.A.)” che verrà prodotto dal sistema stesso secondo le tempistiche riportate più avanti.

5.2. *CENTRO PSICOSOCIALE E AMBULATORIO*

Al pari di quanto sopra detto per l’area della NPIA, l’accesso ai Centro Psicosociali (CPS) e agli Ambulatori di psichiatria avviene nelle seguenti modalità:

1. Per intenzione autonoma dell’utente
2. Per richiesta del MMG
3. Per richiesta di altro specialista
4. Per richiesta di altri enti/servizi che ne hanno facoltà (es. autorità giudiziaria)

Al fine di garantire la corretta gestione dell’accesso diretto ai CPS e agli Ambulatori, i servizi devono prevedere (dove non già presente) un modello strutturato di accoglienza e/o triage che processi le richieste pervenute. I servizi, arruolando le indicazioni del Ministero della Salute inerenti le classi di priorità, adottano criteri utili ad attestare in tali classi la domanda del cittadino rispettando anche i principi di equità, trasparenza nonché di coerenza con le norme nazionali in tema di salute, oltre a identificare il tipo di prestazione da erogare e il professionista da coinvolgere (psichiatra, psicologo, altro medico).
A tal proposito si rammenta che la residenza del cittadino non costituisce criterio di esclusione per l’accesso alle cure, in particolare per le prestazioni a carattere di Urgenza, per le prime visite e conseguente percorso valutativo/diagnostico. Tuttavia, il principio della territorialità può costituire un criterio che, con quelli di carattere clinico, funzionale e sociale, attesta l’arruolamento del paziente nelle liste d’attesa delle prese in carico e dei trattamenti.

Il MMG o altro specialista può avvalersi di qualunque forma di raccordo con i servizi di psichiatria per formulare la prescrizione di invio (e-mail, carta intestata, proprio modulo, ecc).
Nelle more dell’adozione di un differente modello prescrittivo, è raccomandato ai MMG e specialisti la progressiva riduzione dell’utilizzo della prescrizione dematerializzata e del ricettario regionale.
Nel rispetto delle indicazioni ministeriali, la prescrizione vedrà l’utilizzo del **codice 94.19.1** PRIMA VISITA PSICHIATRICA specificando il quesito diagnostico e/o altra informazione che chiarisca il motivo della richiesta.

Eventuali richieste successive alla prima visita, eccezionalmente non programmate dai servizi di psichiatria ma prescritte dal PLS o da specialista, potranno essere richieste come sopra utilizzando il

codice 94.12.1 VISITA PSICHIATRICA DI CONTROLLO sempre specificando il quesito diagnostico e/o altra informazione che chiarisca il motivo della richiesta.

Ad integrazione di quanto richiamato nella DGR XII/1827 31/01/2024 - Allegato 5 – AREA INTERVENTI SOCIOSANITARI, "Nomenclatore delle prestazioni valorizzate con flusso ex Circ. 46 San/1998", con decorrenza dall'emanazione delle presenti indicazioni, anche la prima visita psichiatrica rientra nelle prestazioni remunerati con flusso ex 46/SAN mantenendo la tariffa attualmente vigente nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale.
Inoltre, quando erogate dalla UO di Psichiatria sono inoltre ricondotte alla remunerazione con flusso ex 46/SAN le prestazioni di seguito elencate:

ID	PRESTAZIONE	VALORE €
0	PRIMA VISITA (94.191)	25,0
3	ATTIVITA' DI VALUTAZIONE (94.01.2)	15,45
3.1	ATTIVITA' DI VALUTAZIONE (94.08.3)	7,90
5	PSICOTERAPIA INDIVIDUALE (94.3)	19,3
6	PSICOTERAPIA COPPIA (94.42.1)	26

5.3. *VARIAZIONE DEL PERCORSO DI CURA "CONSULENZA" IN SIPRL*

Con l'entrata in vigore delle presenti disposizioni, le prestazioni ambulatoriali e territoriali corrispondenti alle voci del nomenclatore di SIPRL n. prestazioni 0, 1, 2, 3, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 22 erogate dai CPS e dagli Ambulatori associate al percorso di cura "consulenza", sono remunerate nel flusso 46/SAN. Si ricorda che le presenze residenziali e semiresidenziali nonché i Programmi Domiciliari Integrati sono remunerabili solo se la persona è inserita nel percorso di cura "presa in carico".
Il Sistema Informativo di Psichiatria della Regione Lombardia (SIPRL) verrà integrato di una informazione denominata **"diversamente remunerata"** e collocata nell'ambiente degli interventi individuali. Il flag andrà attivato quando la persona che accede a CPS e Ambulatori per:

1. Prestazioni considerate estemporanee erogate a soggetti ai quali non viene data una continuità di cura e pertanto richieste con impegnativa e remunerate nel flusso 28/SAN
2. Prestazioni erogate fuori LEA come valutazioni per certificazioni di varia natura non a scopo di cura (patenti, porto d'armi, certificati di idoneità, ecc.) la cui compartecipazione alla spesa sanitaria da parte del cittadino è regolamentata da ciascun ente (solvenza)
3. Tutte le prestazioni che a vario titolo sono diversamente remunerate.

È indicato che le tipologie suddette siano comunque associate al percorso "Consulenza" che, in questi casi avrà una vera e propria valenza di estemporaneità.
Tendenzialmente si assisterà ad una progressiva attestazione dei percorsi di cura che mantengono una certa continuità con i servizi (anche per i follow-up con appuntamenti dilazionati e periodici) verso "l'assunzione in cura". È comunque consentito di continuare ad avvalersi del percorso "consulenza" anche per le persone non rispondenti alle tre categorie sopra indicate ma che tuttavia non si connotano negli altri due percorsi di maggiore intensità. Al pari della NPIA, per le prestazioni richieste dallo specialista psichiatra delle UO di Psichiatria delle ASST/IRCCS, finalizzate alla diagnosi e cura del soggetto da loro **preso in carico** e non erogabili al proprio interno, dovrà essere compilata apposita impegnativa che ne consenta la prenotazione ed erogazione negli ambulatori/servizi afferenti alle specifiche discipline. Queste verranno rendicontate nelle branche specialistiche di

appartenenza. Il cittadino, in virtù delle disposizioni nazionali e regionali vigenti in materia di esenzione ticket per le prestazioni LEA, potrà avvalersi dell'appropriato codice di esenzione.

5.4. *PSICOLOGIA CLINICA*

L'attività effettuata dagli psicologi trova registrazione, in via prioritaria, all'interno dei Sistemi Informativi dei servizi a cui tale attività fa riferimento, quando questi siano dotati di propria piattaforma, così come già in essere, per le UU.OO. di Psichiatria in SIPRL, di Neuropsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza in SI-NPIA, e delle Dipendenze. Allo stesso modo anche per le attività di Consultorio, di Casa della Comunità, per lo Psicologo delle cure primarie per i servizi territoriali/distrettuali dotati di proprie piattaforme si fa riferimento agli specifici sistemi informativi.
Gli interventi resi dai professionisti afferenti alle UO di Psicologia Clinica e non rientranti nelle casistiche sopra descritte, si avvalgono della piattaforma di SIPRL adattata ad ospitare le prestazioni di psicologia, SIPRL-Psicologia.
Analogamente alle prestazioni di psichiatria e NPIA, anche per la psicologia è prevista l'attività identificabile come specialistica ambulatoriale per la quale è necessaria l'impegnativa da parte di MMG e PLS o di altri specialisti.
Per tali interventi, anche nello specifico del SIPRL-Psicologia, è prevista la selezione denominata "diversamente remunerata" e collocata nell'ambiente degli interventi individuali. Il flag consentirà di registrare la prestazione senza attivarne la valorizzazione.

5.5. *INDICAZIONI TRASVERSALI*

Viene confermata l'identificazione della "classe di priorità" secondo valutazione del medico prescrittore. Si specifica tuttavia che la classe di priorità indicata è soggetta ad una successiva valutazione a carico del servizio di NPIA o di Psichiatria, secondo le modalità di accesso che ogni ente declina (protocollo, procedura, disposizione tracciata e formalizzata agli atti nell'ente), finalizzata alla determinazione della modalità e tempistica di erogazione della prestazione richiesta. Gli enti assicurano agli specialisti la possibilità di redigere referti di visite o indagini diagnostiche effettuate nei servizi di Psichiatria e NPIA, tramite l'accesso alle funzioni SISS così come fino ad ora garantito. La funzione di refertazione è infatti indipendente dalla presenza o meno dell'impegnativa.
Le prestazioni rendicontate nel tracciato record 28/SAN e non afferenti a specifica Branca Specialistica (NPIA e Psicologia) potranno essere ricondotte a queste ultime attraverso la compilazione del campo della sede di erogazione che, di norma, coincide con gli ambulatori.
Il Sistemi Informativi di NPIA, di Psichiatria e l'ambiente di Psicologia, provvedono alla generazione del debito informativo secondo le tempistiche di seguito riportate ed eventualmente, annualmente riviste.

RETROATTIVITA' DATI INSERIBILI IN SI-NPIA, SIPRL, SIPRL-Psico	**INSERIMENTO DEI DATI NEL SI-NPIA ENTRO IL GIORNO**	**PRESENTI NEL DEBITO DEL MESE**	**GENERAZIONE DEL DEBITO RELATIVO AL MESE PRECEDENTE**	**INVIO/RILASCIO PER LA VALORIZZAZIONE ENTRO**
OTTOBRE-NOVEMBRE-DICEMBRE 2024	20/01/2024	1/12/2024 – 31/12/2024	Entro il 31/01/2025	10/02/2025
GENNAIO 2025 – ECCEZIONALE FINESTRA DI RECUPERO ANNO PRECEDENTE (2024)	20/02/2025	1/01/2025 – 31/01/2025	Entro il 14/02/2025	15/02/2025
GENNAIO-FEBBRAIO 2025	20/03/2025	1/02/2025 – 28/02/2025	Entro il 31/03/2025	10/04/2025

GENNAIO-FEBBRAIO-MARZO 2025	20/04/2025	1/03/2025 – 31/03/2025	Entro il 30/04/2025	10/05/2025
FEBBRAIO-MARZO-APRILE 2025	20/05/2025	1/04/2025 – 30/04/2025	Entro il 31/05/2025	10/06/2025
MARZO-APRILE-MAGGIO 2025	20/06/2025	1/05/2025 – 31/05/2025	Entro il 30/06/2025	10/07/2025
APRILE-MAGGIO-GIUGNO 2025	20/07/2025	1/06/2025 – 30/06/2025	Entro il 31/07/2025	10/08/2025
MAGGIO-GIUGNO-LUGLIO 2025	20/08/2025	1/07/2025 – 31/07/2025	Entro il 31/08/2025	10/09/2025
GIUGNO-LUGLIO-AGOSTO 2025	20/09/2025	1/08/2025 – 31/08/2025	Entro il 30/09/2025	10/10/2025
LUGLIO-AGOSTO-SETTEMBRE 2025	20/10/2025	1/09/2025 – 30/09/2025	Entro il 31/10/2025	10/11/2025
AGOSTO-SETTEMBRE-OTTOBRE 2025	20/11/2025	1/10/2025 – 31/10/2025	Entro il 30/11/2025	10/12/2025
SETTEMBRE-OTTOBRE-NOVEMBRE 2025	20/12/2025	1/11/2025 – 30/11/2025	Entro il 31/12/2025	10/01/2026

5.6. *PRESTAZIONI ESTEMPORANEE*

Come esplicitato dalle diposizioni ministeriali richiamate nell'allegato esplicativo "6b) Assistenza Specialistica Ambulatoriale. Nomenclatore tariffario e accesso alle prestazioni", dove al punto 9 recita "*Quando tali servizi sono appositamente accreditati dalla Regione come erogatori di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, possono fornire le stesse prestazioni per una finalità diagnostica/terapeutica "estemporanea" dell'assistito. In questo caso, per le prestazioni è richiesta la partecipazione alla spesa se dovuta e la rendicontazione nei flussi ex art. 50 e ricetta Dematerializzata."* le ASST e IRCCS di diritto pubblico possono oltremodo erogare prestazioni estemporanee di specialistica ambulatoriale, nei servizi di Psichiatria e NPIA, a pazienti non presi in carico e nel rispetto di quanto previsto dal nomenclatore vigente. Tali prestazioni potranno essere contestualmente registrate anche nei rispettivi sistemi informativi (SIPRL, NPIA, SIPRL-Psicologia) secondo le indicazioni sopra fornite che ne consentiranno la tracciabilità ma non la remunerazione in quanto già diversamente valorizzati.

5.7. *CONSULTORI FAMILIARI*

Il Consultorio Familiare, a totale vocazione di prevenzione-promozione e mantenimento della salute, garantisce tutte le prestazioni descritte nell'articolo 24 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 - anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, ostetriche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative - mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche, necessarie ed appropriate.
Come previsto dal D.M. 77 del 23 maggio 2022 del Ministero della Salute, *"Il Consultorio Familiare rappresenta l'unità d'offerta a libero accesso e gratuita deputata alla protezione, prevenzione, promozione della salute, consulenza e cura rivolte alla donna in tutto il suo ciclo di vita (con particolare attenzione alla presa in carico della gravidanza fisiologica), minori, famiglie all'interno del contesto comunitario di riferimento*" in coerenza con la legge n.405 del 29 luglio 1975 istitutiva dei consultori e la legge regionale n.44 del 6 settembre 1976 "*Istituzione del servizio per l'educazione sessuale, per la procreazione libera e consapevole, per l'assistenza alla maternità, per all'infanzia e alla famiglia*".
Il consultorio familiare è un servizio territoriale di base e di prossimità, orientato alla prevenzione, alla formazione, all'informazione e all'educazione sanitaria, la cui attività di diagnosi e cura di "prima istanza" si inserisce in una "presa in carico globale" degli assistiti, integrata con l'attività delle ASST,

dei distretti, delle Case di Comunità, dei servizi degli enti locali con particolare riferimento alla programmazione zonale, al terzo settore e a tutta la comunità.

Si richiama il documento, allegato 6b al prot. 0861195.U, approvato dalla Commissione Salute della Conferenza della Regioni, nella seduta del 5 settembre 2023, che evidenzia che le prestazioni erogate presso i Consultori non afferiscono all'Assistenza specialistica ambulatoriale come definite nel flusso ex art. 50/ricetta dematerializzata, e per tali prestazioni è previsto l'accesso diretto (senza prescrizione) senza compartecipazione alla spesa sanitaria da parte dell'utente. Nel predetto allegato, si esclude, inoltre, la possibilità dell'autoprescrizione, ovvero della prescrizione fatta dal medico erogante.

Pertanto, a partire dall'entrata in vigore del nuovo nomenclatore e contestualmente con l'aggiornamento del catalogo SISS, le prestazioni erogate all'interno dei presidi consultoriali saranno ad **accesso diretto, senza prescrizione e senza la compartecipazione alla spesa sanitaria** da parte degli utenti, superando per queste materie quanto previsto dalla DGR n. 6131/2017 e sue successive modifiche e/o integrazioni.
Le prestazioni sanitarie inerenti il presente provvedimento, riconducibili all'attività di specialistica ambulatoriale, sono erogate nell'ambito della presa in carico multidisciplinare della donna, dei minori e della famiglia da parte del Consultorio, servizio deputato alla protezione, prevenzione, promozione della salute.
Si riporta di seguito il nuovo nomenclatore unificato delle prestazioni erogabili all'interno dei presidi consultoriali pubblici e privati che sostituisce l'Allegato 1 e 2 della DGR n. 6131/2017 e successive modifiche, ferme restando le condizioni di appropriatezza erogativa ivi descritte (figure professionali, tetti di erogabilità, etc.):

CODICE PRESTAZIONE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	TARIFFA (€) A BUDGET	NOTE
00100	VISITA COLLOQUIO	63,80	se effettuata in compresenza da 2 operatori del consultorio
		31,90	se effettuata da 1 solo operatore nel contesto della valutazione multidisciplinare
00101	COLLOQUIO ACCOGLIENZA - ORIENTAMENTO	26,50	
00102	COLLOQUIO DI CONSULTAZIONE	31,90	
00103	COLLOQUIO DI VALUTAZIONE PSICODIAGNOSTICA	31,90	
00104	COLLOQUIO DI SOSTEGNO	31,90	
00201	MEDIAZIONE FAMILIARE	31,90	
00202	CONSULENZA FAMILIARE	31,90	
00301	RELAZIONI COMPLESSE: ADOZIONE NAZIONALE - INTERNAZIONALE	79,70	
00302	RELAZIONI COMPLESSE: AFFIDO FAMILIARE	79,70	
00303	RELAZIONI COMPLESSE: TUTELA DEI MINORENNI	79,70	
00304		79,70	

CODICE PRESTAZIONE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	TARIFFA (€) A BUDGET	NOTE
	RELAZIONI COMPLESSE: INTERRUZIONE VOLONTARIA GRAVIDANZA ADULTI		
00305	RELAZIONI COMPLESSE: INTERRUZIONE VOLONTARIA GRAVIDANZA MINORENNI	79,70	
00306	RELAZIONI COMPLESSE: MATRIMONI TRA MINORENNI	79,70	
00307	RELAZIONI COMPLESSE: NULLITA" PRESSO TRIBUNALE ECCLESIASTICO	79,70	
00401	INCONTRO DI GRUPPO: EDUCAZIONE SESSUALE	164,70	quota per gruppo di 4 persone
		2,20	quota aggiuntiva per persona, fino a 16 persone
00402	INCONTRO DI GRUPPO: CONTRACCEZIONE	164,70	quota per gruppo di 4 persone
		2,20	quota aggiuntiva per persona, fino a 16 persone
00403	INCONTRO DI GRUPPO: PREVENZIONE TUMORI	164,70	quota per gruppo di 4 persone
		2,20	quota aggiuntiva per persona, fino a 16 persone
00404	INCONTRO DI GRUPPO: MENOPAUSA	164,70	quota per gruppo di 4 persone
		2,20	quota aggiuntiva per persona, fino a 16 persone
00405	INCONTRO DI GRUPPO: GRAVIDANZA	164,70	quota per gruppo di 4 persone
		2,20	quota aggiuntiva per persona, fino a 16 persone
00406	INCONTRO DI GRUPPO: RAPPORTO GENITORI - FIGLI	164,70	quota per gruppo di 4 persone
		2,20	quota aggiuntiva per persona, fino a 16 persone
00407	INCONTRO DI GRUPPO: INFANZIA - ADOLESCENZA	164,70	quota per gruppo di 4 persone
		2,20	quota aggiuntiva per persona, fino a 16 persone
00408	INCONTRO DI GRUPPO: CONVIVENZA CON SOGGETTI ANZIANI - DISABILI	164,70	quota per gruppo di 4 persone
		2,20	quota aggiuntiva per persona, fino a 16 persone
00409	INCONTRO DI GRUPPO: AFFIDAMENTO FAMILIARE	164,70	quota per gruppo di 4 persone
		2,20	quota aggiuntiva per persona, fino a 16 persone
00410	INCONTRO DI GRUPPO: ADOZIONE	164,70	quota per gruppo di 4 persone
		2,20	quota aggiuntiva per persona, fino a 16 persone
00411	INCONTRO DI GRUPPO: SOSTEGNO ALLA GENITORIALITA"	164,70	quota per gruppo di 4 persone
		2,20	quota aggiuntiva per persona, fino a 16 persone
00412	INCONTRO DI GRUPPO: ALTRE TEMATICHE SPECIFICHE (BULLISMO, GRUPPI DI PAROLA, ETC)	164,70	quota per gruppo di 4 persone
		2,20	quota aggiuntiva per persona, fino a 16 persone
00413	INCONTRO DI GRUPPO CON UTENTI	85,10	

CODICE PRESTAZIONE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	TARIFFA (€) A BUDGET	NOTE
00414	INCONTRO DI GRUPPO DI AUTO-MUTUO- AIUTO	53,20	
005	ASSISTENZA AL DOMICILIO	63,80	
006	OSSERVAZIONE - SOMMINISTRAZIONE TEST	53,20	
00701	INTERVENTI DI PSICOTERAPIA SINGOLO - COPPIA	42,50	
00702	INTERVENTI DI PSICOTERAPIA FAMIGLIA	63,80	
00703	INTERVENTI DI PSICOTERAPIA DI GRUPPO	16,00	per seduta per partecipante
00801	ATTIVITA" CON ALTRI ENTI E SERVIZI: IN SEDE	31,90	
00802	ATTIVITA" CON ALTRI ENTI E SERVIZI: FUORI SEDE	53,20	
80301	RELAZIONI DI COPPIA E FAMILIARI E RAPPORTO GENITORI-FIGLI	53,20	quota a utente fino a 500 utenti
		42,50	quota a utente da 501 a 1000 utenti
		37,20	quota a utente da 1000 a 2000 utenti
80302	SOSTEGNO ALLA GENITORIALITA'	53,20	quota a utente fino a 500 utenti
		42,50	quota a utente da 501 a 1000 utenti
		37,20	quota a utente da 1000 a 2000 utenti
80303	AFFETTIVITA' E SESSUALITA'	53,20	quota a utente fino a 500 utenti
		42,50	quota a utente da 501 a 1000 utenti
		37,20	quota a utente da 1000 a 2000 utenti
80304	CONTRACCEZIONE E PROCREAZIONE RESPONSABILE	53,20	quota a utente fino a 500 utenti
		42,50	quota a utente da 501 a 1000 utenti
		37,20	quota a utente da 1000 a 2000 utenti
80305	PROMOZIONE DELLA SALUTE RISPETTO ALLE MALATTIE SESSUALMENTE TRASMESSE	53,20	quota a utente fino a 500 utenti
		42,50	quota a utente da 501 a 1000 utenti
		37,20	quota a utente da 1000 a 2000 utenti
80307	PREPARAZIONE ALLE DIVERSE FASI DELLA VITA	53,20	quota a utente fino a 500 utenti
		42,50	quota a utente da 501 a 1000 utenti
		37,20	quota a utente da 1000 a 2000 utenti
80308	BULLISMO, CYBER BULLISMO	53,20	quota a utente fino a 500 utenti
		42,50	quota a utente da 501 a 1000 utenti
		37,20	quota a utente da 1000 a 2000 utenti

CODICE PRESTAZIONE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	TARIFFA (€) A BUDGET	NOTE
80309	VIOLENZA DI GENERE	53,20	quota a utente fino a 500 utenti
		42,50	quota a utente da 501 a 1000 utenti
		37,20	quota a utente da 1000 a 2000 utenti
67191	BIOPSIA MIRATA DELLA PORTIO A GUIDA COLPOSCOPICA	34,55	
697	INSERZIONE RIMOZIONE O SOSTITUZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO (I.U.D.)	12,75	
7021	COLPOSCOPIA	11,05	
70291	BIOPSIA DELLE PARETI VAGINALI A GUIDA COLPOSCOPICA	35,45	
8878	ECOGRAFIA OSTETRICA	45,00	
88782	ECOGRAFIA GINECOLOGICA	41,20	
8901Q	VISITA UROLOGICA DI CONTROLLO	17,90	
89261	PRIMA VISITA GINECOLOGICA	25,00	
89262	VISITA GINECOLOGICA DI CONTROLLO	17,90	
89263	PRIMA VISITA OSTETRICA	25,00	
89264	VISITA OSTETRICA DI CONTROLLO	17,90	
897C2	PRIMA VISITA UROLOGICA/ANDROLOGICA	25,00	
9124D	SCREENING TRIAGE CITOLOGICO HPV	14,90	
91385	ES. CITOLOGICO CERVICO VAGINALE PAP TEST	17,00	
91484	PRELIEVO CITOLOGICO	3,80	
9337	TRAINING PRENATALE	175,80	
9618	INSERZIONE/RIMOZIONE DI PESSARIO VAGINALE	9,70	
ACCESSO E TUTORING		26,50	fino a 500 utenti, con riconoscimento minimo di € 10.000
		21,20	ulteriori utenti da 501 a 1.000
		10,70	ulteriori utenti da 1.001 a 2.000
		5,30	ulteriori utenti da 2.001 a 3.000

Si riporta di seguito l'elenco delle prestazioni sanitarie **di nuova istituzione** o oggetto di ricodifica che potranno essere erogate a partire dal 30/12/2024 - salva diversa data stabilita dall'entrata in vigore del Decreto, di cui alla richiamata intesa Stato Regioni del 14 novembre 2024 - all'interno dei presidi consultoriali pubblici e privati accreditati:

CODICE PRESTAZIONE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	TARIFFA (€) A BUDGET	NOTE
92631 (892631)	BILANCIO DI SALUTE OSTETRICO - PRIMA VISITA PRENATALE	25,00	Prestazione 892631 da inviare in Flusso CONS come 92631
92632 (892632)	BILANCIO DI SALUTE OSTETRICO - PRIMA VISITA POSTNATALE	25,00	Prestazione 892632 da inviare in Flusso CONS come 92632
92641 (892641)	BILANCIO DI SALUTE OSTETRICO - CONTROLLO PRENATALE	17,90	Prestazione 892641 da inviare in Flusso CONS come 92641
92642 (892642)	BILANCIO DI SALUTE OSTETRICO - CONTROLLO POSTNATALE	17,90	Prestazione 892642 da inviare in Flusso CONS come 92642
7111	BIOPSIA DELLA VULVA O DELLA CUTE PERINEALE	46,65	
88783	ECOGRAFIA OSTETRICA MORFOLOGICA	68,95	
88784	ECOGRAFIA OSTETRICA per studio della translucenza nucale. Incluso: consulenza pre e post test combinato	45,00	
8926A	PERCORSO DI SCREENING DNA FETALE NON INVASIVO DA SANGUE MATERNO	38,90	
9820	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO SUPERFICIALE SENZA INCISIONE IN QUALSIASI SEDE	8,40	
9921	INIEZIONE DI ALTRE SOSTANZE TERAPEUTICHE	8,70	
9923	INIEZIONE DI STEROIDI	9,70	

Per quanto sopra e rimandando a successivi provvedimenti, nel corso del primo trimestre 2025 verrà istituito un gruppo di lavoro che avrà il compito di valutare eventuali necessità di aggiornamento/modifica del “Nomenclatore delle attività dei Consultori Familiari” e delle modalità di erogazione delle prestazioni consultoriali.
Il flusso CONS dei consultori familiari non subirà variazioni strutturali mentre verranno recepite le modifiche al nomenclatore oggetto del presente provvedimento. Successivamente, si procederà ad implementare il sistema dei controlli automatici del debito informativo e le tabelle di transcodifica delle prestazioni con il Flusso SICOF pubblicando un aggiornamento del disciplinare tecnico del Flusso CONS sulla piattaforma SMAF in coerenza con il DM 7 agosto 2023, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 223 del 23/09/2023, relativo al sistema informativo per il monitoraggio delle attività erogate dai consultori familiari (SICOF) e il relativo disciplinare tecnico, allegato e parte integrante, e successive modifiche, che armonizza e disciplina le codifiche delle aree, sotto aree e tipologia di prestazioni consultoriali.

Sulla base dell’andamento delle attività relative al primo semestre 2025, conseguenti al presente provvedimento, verrà valutato un eventuale incremento del budget legato alla rete consultoriale. Il monitoraggio servirà anche a considerare l’estensione del sistema di budget per la rete consultoriale pubblica afferente alle ASST/IRCCS.

Appendice 6

6. Indici di posti accreditati e indici posti contrattualizzati

6.1. *Posti accreditati ogni 10.000 abitanti (per RSA over 75enni, per CDI over 65enni)*

ASST	RSA ACC	CDI ACC
ASST DI LODI	504,6	26,0
ASST MELEGNANO E DELLA MARTESANA	371,9	20,1
ASST NORD MILANO	279,3	31,0
ASST OVEST MILANESE	469,7	26,4
ASST RHODENSE	368,4	27,7
COMUNE DI MILANO	435,6	20,3
ASST DEI SETTE LAGHI	618,5	15,4
ASST DELLA VALLE OLONA	341,5	32,6
ASST LARIANA	673,4	22,3
ASST DELLA VALCAMONICA	784,8	62,6
ASST DELLA VALTELLINA E DELL'ALTO LARIO	771,1	21,2
ASST DELLA BRIANZA	370,1	33,6
ASST DI LECCO	484,7	24,4
ASST DI BERGAMO EST	581,2	34,2
ASST DI BERGAMO OVEST	435,7	36,6
ASST PAPA GIOVANNI XXIII	528,1	27,0
ASST DEGLI SPEDALI CIVILI DI BRESCIA	446,9	40,3
ASST DEL GARDA	605,5	40,1
ASST DELLA FRANCIACORTA	432,7	47,3
ASST DI CREMA	447,9	37,0
ASST DI CREMONA	1108,3	96,2
ASST DI MANTOVA	746,9	38,4
ASST DI PAVIA	862,2	46,2

*Fonte AFAM aggiorn. al 15-11-2024

6.2. *Posti accreditati ogni 10.000 abitanti (18-64 anni)*

ASST	RSD ACC	CDD ACC	CSS ACC
ASST DI LODI	7,0	13,1	1,6
ASST MELEGNANO E DELLA MARTESANA	3,0	7,9	3,0
ASST NORD MILANO	3,6	13,2	0,6
ASST OVEST MILANESE	4,5	9,8	2,5
ASST RHODENSE	14,6	13,8	3,3
COMUNE DI MILANO	3,2	12,0	2,0
ASST DEI SETTE LAGHI	11,5	9,9	2,1
ASST DELLA VALLE OLONA	0,0	12,1	5,0
ASST LARIANA	9,3	11,7	3,0
ASST DELLA VALCAMONICA	2,7	18,0	6,8
ASST DELLA VALTELLINA E DELL'ALTO LARIO	8,9	18,6	0,9
ASST DELLA BRIANZA	4,9	10,5	1,1
ASST DI LECCO	9,6	11,6	5,0
ASST DI BERGAMO EST	10,6	10,9	3,6
ASST DI BERGAMO OVEST	3,6	5,8	1,8
ASST PAPA GIOVANNI XXIII	4,8	9,7	3,6
ASST DEGLI SPEDALI CIVILI DI BRESCIA	8,5	11,4	3,1
ASST DEL GARDA	7,9	11,6	3,7
ASST DELLA FRANCIACORTA	0,0	7,7	2,2
ASST DI CREMA	12,6	5,1	2,7
ASST DI CREMONA	47,4	12,3	5,9
ASST DI MANTOVA	6,6	14,0	3,5
ASST DI PAVIA	8,5	11,8	3,4

*Fonte AFAM aggiorn. al 15-11-2024

6.3. *Posti Contrattualizzati ogni 10.000 abitanti (per RSA over 75enni, per CDI over 65enni)*

ASST	RSA	CDI
ASST DI LODI	498,0	24,1
ASST MELEGNANO E DELLA MARTESANA	348,0	19,5
ASST NORD MILANO	271,4	30,7
ASST OVEST MILANESE	427,6	23,4
ASST RHODENSE	284,3	23,0
COMUNE DI MILANO	418,4	20,2
ASST DEI SETTE LAGHI	551,7	15,4
ASST DELLA VALLE OLONA	327,1	20,7
ASST LARIANA	594,8	21,1
ASST DELLA VALCAMONICA	628,3	52,5
ASST DELLA VALTELLINA E DELL'ALTO LARIO	621,1	20,2
ASST DELLA BRIANZA	305,8	27,0
ASST DI LECCO	457,9	20,2
ASST DI BERGAMO EST	494,2	26,4
ASST DI BERGAMO OVEST	372,8	29,7
ASST PAPA GIOVANNI XXIII	466,5	24,1
ASST DEGLI SPEDALI CIVILI DI BRESCIA	388,7	33,8
ASST DEL GARDA	580,0	28,7
ASST DELLA FRANCIACORTA	414,0	42,0
ASST DI CREMA	409,0	29,3
ASST DI CREMONA	1073,8	85,4
ASST DI MANTOVA	624,2	31,6
ASST DI PAVIA	747,4	37,6

*Fonte AFAM aggiorn. al 15-11-2024

6.4. *Posti Contrattualizzati ogni 10.000 abitanti (18-64 anni)*

ASST	RSD	CDD	CSS
ASST DI LODI	6,6	12,4	1,6
ASST MELEGNANO E DELLA MARTESANA	3,0	7,2	2,3
ASST NORD MILANO	3,6	13,2	0,6
ASST OVEST MILANESE	4,5	9,8	1,8
ASST RHODENSE	14,6	13,8	3,1
COMUNE DI MILANO	3,2	11,5	1,9
ASST DEI SETTE LAGHI	10,4	9,9	2,1
ASST DELLA VALLE OLONA	0,0	11,2	4,2
ASST LARIANA	8,2	11,4	2,3
ASST DELLA VALCAMONICA	2,7	17,7	6,8
ASST DELLA VALTELLINA E DELL'ALTO LARIO	8,9	18,6	0,9
ASST DELLA BRIANZA	4,9	10,5	1,1
ASST DI LECCO	7,5	11,1	4,5
ASST DI BERGAMO EST	10,0	10,7	3,0
ASST DI BERGAMO OVEST	3,6	5,8	1,8
ASST PAPA GIOVANNI XXIII	4,8	9,7	2,9
ASST DEGLI SPEDALI CIVILI DI BRESCIA	8,2	11,0	3,0
ASST DEL GARDA	7,8	11,4	3,3
ASST DELLA FRANCIACORTA	0,0	7,7	2,2
ASST DI CREMA	12,6	5,1	2,7
ASST DI CREMONA	47,1	11,7	4,9
ASST DI MANTOVA	6,1	13,8	2,7
ASST DI PAVIA	8,2	11,3	3,4
MEDIA REGIONALE	6,7	10,8	2,5

*Fonte AFAM aggiorn. al 15-11-2024

6.5. *Posti Contrattualizzati ogni 10.000 abitanti (per HOSPICE, TUTTE LE ETA)*

ASST	**HOSPICE**
ASST DI LODI	0,9
ASST MELEGNANO E DELLA MARTESANA	0,5
ASST NORD MILANO	1,0
ASST OVEST MILANESE	0,7
ASST RHODENSE	0,5
COMUNE DI MILANO	1,0
ASST DEI SETTE LAGHI	0,7
ASST DELLA VALLE OLONA	0,8
ASST LARIANA	0,5
ASST DELLA VALCAMONICA	1,9
ASST DELLA VALTELLINA E DELL'ALTO LARIO	0,9
ASST DELLA BRIANZA	0,7
ASST DI LECCO	0,7
ASST DI BERGAMO EST	1,0
ASST DI BERGAMO OVEST	0,3
ASST PAPA GIOVANNI XXIII	1,3
ASST DEGLI SPEDALI CIVILI DI BRESCIA	0,8
ASST DEL GARDA	1,1
ASST DELLA FRANCIACORTA	0,6
ASST DI CREMA	0,9
ASST DI CREMONA	2,3
ASST DI MANTOVA	0,7
ASST DI PAVIA	1,6
MEDIA REGIONALE	**0,8**
*Fonte AFAM aggiorn. al 15-11-2024	

Appendice 7

7. Indicatori generali e specifici di appropriatezza per le UdO sociosanitarie

7.1. *Generali*

N.	DESCRIZIONE INDICATORE	CAMPIONE	MODALITA' DI CALCOLO	FONTE	MODALITA' DI VERIFICA
1	Presenza della valutazione/rivalutazione multidimensionale dei bisogni	FASAS di tutti gli utenti	N. FASAS di utenti per i quali è stata effettuata una valutazione/rivalutazione multidimensionale dei bisogni/ N. totale FASAS di utenti campionati	-FASAS: 1. Documentazione attestante la valutazione/rivalutazione multidimensionale	Ai fini del calcolo dell'indicatore deve essere verificata, per tutti i FASAS campionati, la presenza di una valutazione/rivalutazione multidimensionale dei bisogni. Per C-Dom l'indicatore non è applicabile in quanto la valutazione/rivalutazione è in capo alla ASST
2	Esistenza della progettazione, pianificazione e tracciabilità degli interventi attuati	FASAS di tutti gli utenti	N. FASAS di utenti per i quali è presente la progettazione, la pianificazione e la tracciabilità degli interventi attuati/ N. totale di FASAS di utenti campionati	- FASAS di ciascun utente campionato	Ai fini del calcolo dell'indicatore deve essere verificata, per tutti i FASAS campionati, l'esistenza della progettazione, della pianificazione e della tracciabilità degli interventi attuati.
3,1	Coerenza della valutazione multidimensionale con la progettazione e pianificazione	FASAS di tutti gli utenti	N. FASAS di utenti per i quali la valutazione multidimensionale risulta coerente con la progettazione e pianificazione/ N. totale di FASAS di utenti campionati	- FASAS di ciascun utente campionato	Ai fini del calcolo dell'indicatore deve essere verificata, per tutti i FASAS campionati, la coerenza della valutazione multidimensionale rispetto alla progettazione e alla pianficazione
3,2	Coerenza della pianificazione con gli interventi attuati	FASAS di tutti gli utenti	N. FASAS di utenti per i quali la pianificazione risulta coerente con gli interventi attuati/ N. totale di FASAS di utenti campionati	- FASAS di ciascun utente campionato	Ai fini del calcolo dell'indicatore deve essere verificata, per tutti i FASAS campionati, la coerenza della pianificazione rispetto agli interventi attuati. L'indicatore non è applicabile per le monoprestazioni (ad es. per Consultori)
4	Congruenza tra i dati rendicontati con flusso informativo/debito informativo rispetto a quanto rintracciato nel FASAS	FASAS di tutti gli utenti	N. FASAS di utenti per i quali i dati del flusso informativo/debito informativo risultano congruenti con quanto contenuto nel FASAS/ N. totale di FASAS di utenti campionati	-FASAS di ciascun utente campionato: 1. Flussi informativi/debito informativo 2. Documentazione sociosanitaria all'interno del FASAS 3. Eventuale osservazione diretta della persona	Ai fini del calcolo dell'indicatore deve essere verificata, per tutti i FASAS campionati, la congruenza tra i dati in esso contenuti e quanto rendicontato attraverso i flussi informativi/debito informativo. L'indicatore è "Non Pertinente" in caso di indisponibilità del flusso.

- Gli indicatori 1, 2, 3.1 e 3.2 non si applicano nel caso in cui gli utenti usufruiscano di mono prestazioni presso le UDO (ad es. visita ginecologica, pap-test, colloquio di consultazione presso Consultorio, prelievi a domicilio, etc.).

- Con riferimento all'indicatore 1, in merito al processo di valutazione/rivalutazione multidimensionale dei bisogni e all'indicatore 2, relativamente all'elaborazione della progettazione si precisa che, per la C-Dom , l'adempimento è in carico alle ASST
- per l'indicatore 3.1 per le Cdom si valuta la coerenza fra la progettazione redatta da ASST, comprensiva anche di percorsi e livelli previsti dalla DGR 6867/2022 e smi, e la Pianificazione definita dal soggetto gestore. In attesa dell'implementazione del sistema SGDT, solo in caso di impossibilità di acquisire da parte del gestore la valutazione/progetto redatto dalla ASST, l'indicatore viene verificato accertando la coerenza della pianificazione con la valutazione delle condizioni della persona e della sua rete di sostegno effettuata direttamente dal soggetto gestore
- per le prestazioni C-Dom non è oggetto di verifica, da parte di ATS, la prescrizione di attivazione di cure domiciliari da parte del MMG, poichè rientra nelle competenze di ASST.
- Indicatore 2 - per le CDOM, relativamente alla pianificazione, è necessario verificare l'evidenza della condivisione/informazione con l'utente/caregiver

Nei controlli in itinere delle CDOM non si applicano gli indicatori generali.

7.2. *C-DOM in itinere*

AREE DI APPROPRIATEZZA SPECIFICA	N.	DESCRIZIONE INDICATORE	CAMPIONE	MODALITA' DI CALCOLO	FONTE	MODALITA' DI VERIFICA
Dolore (ad eccezione del prelievo e del prestazionale generico ai sensi della DGR n. 6867/2022 e smi)	1	Percentuale di utenti per i quali è rintracciabile il monitoraggio del dolore effettuato con scala appropriata alle condizioni cliniche della persona	Utenti campionati per controllo in itinere	N. utenti nei quali è rintracciabile il monitoraggio del dolore effettuato con scala appropriata alle condizioni cliniche della persona/ N. totale utenti campionati per controllo in itinere	- evidenza dell'esito della valutazione del dolore (diario o altra documentazione)	Ai fini del calcolo dell'indicatore, ove applicabile, è necessario verificare per ciascun utente campionato l'esito del monitoraggio del dolore. La valutazione deve essere registrata nella documentazione sociosanitaria, con l'individuazione degli eventuali strumenti/scale validati scelti.
Lesioni da pressione(ad eccezione del prelievo e del prestazionale generico ai sensi della DGR n. 6867/2022 e smi)	2.1	Percentuale di utenti per i quali è rintracciabile la valutazione del rischio di sviluppare ulcere da pressione	Utenti campionati per controllo in itinere	N. utenti per i quali è rintracciabile la valutazione del rischio di sviluppare ulcere da pressione / N. totale utenti campionati per controllo in itinere	- evidenza dell'esito della valutazione del rischio di sviluppare ulcere da pressione (diario o altra documentazione)	Ai fini del calcolo dell'indicatore deve essere verificata, per ciascun utente campionato, la presenza dell'esito della valutazione del rischio di sviluppare ulcere da pressione. La valutazione deve essere registrata nella documentazione sociosanitaria, con l'individuazione degli eventuali strumenti/scale validati scelti.

AREE DI APPROPRIATEZZA SPECIFICA	N.	DESCRIZIONE INDICATORE	CAMPIONE	MODALITA' DI CALCOLO	FONTE	MODALITA' DI VERIFICA
	2.2	Percentuale di utenti con rischio di sviluppare ulcere da pressione o con lesioni in atto per cui si rilevano interventi appropriati	Utenti campionati per controllo in itinere a rischio di sviluppare ulcere da pressione o con lesioni in atto	N. utenti per i quali si rilevano interventi appropriati /N. totale utenti campionati per controllo in itinere a rischio di sviluppare ulcere da pressione o con lesioni in atto	- Diario o altra documentazione nel FASAS	Ai fini del calcolo dell'indicatore è necessario verificare la presenza di interventi appropriati per la prevenzione delle ulcere da pressione o per la cura delle lesioni in atto.
Diario	3	Percentuale di utenti per i quali è presente un diario in cui sono registrati gli eventi occorsi e gli interventi attuati	Utenti campionati per controllo in itinere	N. utenti per i quali è stato redatto in maniera corretta ed esaustiva il diario in relazione agli eventi occorsi e agli interventi attuati (data, orario, descrizione intervento, identificazione operatore, firma dell'operatore e ,per l'attività educazionale di formazione e addestramento, anche la firma del utente-caregiver)/ N.totale utenti campionati per controllo in itinere	- Diario	Ai fini del calcolo dell'indicatore è necessario verificare per ciascun utente campionato, la presenza del diario compilato in maniera corretta ed esaustiva in merito agli eventi occorsi e agli interventi attuati (data, orario, descrizione intervento, identificazione operatore, firma dell'operatore e dell' utente-caregiver, quando previsto) e l'operatore di riferimento
PAI/pri	4	Percentuale di utenti per i quali è presente il PAI completo o PAI semplificato per le attività prestazionali o *pri* per i percorsi di fisioterapia	Utenti campionati per controllo in itinere	N. utenti per i quali è stato redatto in maniera corretta il PAI/PAI semplificato/pri/ N.totale utenti campionati per controllo in itinere	PAI/pri	Ai fini del calcolo dell'indicatore è necessario verificare per ciascun utente campionato, la presenza del PAI/PAI semplificato/pri compilato in maniera corretta con evidenza di condivisione/informazione con utente/caregiver
Riabilitazione	5	Percentuale di utenti per i quali sono presenti PRI e pri redatti e sottoscritti e coerenti con i bisogni rilevati conformemente ai criteri di accesso definiti dal DGR n. 6867/2022 e smi	Utenti campionati per controllo in itinere con interventi riabilitativi	N. utenti per i quali si rileva la redazione e la sottoscrizione del PRI e del pri coerenti con i bisogni rilevati/N. totale utenti campionati per controllo in itinere con interventi riabilitativi	- PRI - pri	Ai fini del calcolo dell'indicatore è necessario verificare, per ciascun utente campionato con interventi riabilitativi, la presenza del PRI e del pri redatti e sottoscritti coerenti con i bisogni rilevati. In assenza del PRI presso il domicilio dell'utente, la

AREE DI APPROPRIATEZZA SPECIFICA	N.	DESCRIZIONE INDICATORE	CAMPIONE	MODALITA' DI CALCOLO	FONTE	MODALITA' DI VERIFICA
						documentazione deve essere prodotta dall'Erogatore ad ATS entro 48 ore.
screening nutrizionale (ad eccezione del prelievo e del prestazionale generico ai sensi della DGR n. 6867/2022 e smi)	6	percentuale di utenti per i quali è stato valutato lo stato nutrizionale ai sensi della DGR 1812/2024	Utenti campionati per controllo in itinere	N. utenti per i quali è presente l'esito della valutazione nutrizionale/ N. totale utenti campionati per controllo in itinere	- evidenza dell'esito della valutazione nutrizionale (diario o altra documentazione)	ai fini del calcolo dell'indicatore è necessario verificare, per ciascun utente campionato, la presenza dell'esito della valutazione nutrizionale alla data della presa in carico di nuovi utenti o al cambiamento delle condizioni della persona. OBBLIGATORIO DAL 1/1/2025

Il diario, anche se in formato digitale, deve lasciare traccia degli interventi effettuati e dell'evoluzione della presa in carico.

7.3. *C-DOM Ex-Post*

AREE DI APPROPRIATEZZA SPECIFICA	N.	DESCRIZIONE INDICATORE	CAMPIONE	MODALITA' DI CALCOLO	FONTE	MODALITA' DI VERIFICA
Dolore (ad eccezione del prelievo e del prestazionale generico ai sensi della DGR n. 6867/2022 e smi)	1	Percentuale di FASAS di utenti per i quali è rintracciabile il monitoraggio del dolore effettuato con scala appropriata alle condizioni cliniche della persona	Utenti campionati per controllo ex post	N. FASAS di utenti nei quali è rintracciabile il monitoraggio del dolore effettuato con scala appropriata alle condizioni cliniche della persona/ N. totale FASAS di utenti campionati per controllo ex post	- FASAS di ciascun soggetto campionato: 1. Documentazione attestante il monitoraggio del dolore	Ai fini del calcolo dell'indicatore è necessario verificare all'interno del FASAS di ciascun utente campionato, il monitoraggio del dolore. La valutazione deve essere registrata nella documentazione sociosanitaria, con l'individuazione degli eventuali strumenti/scale validati scelti. In caso di evidenza di dolore verificare che ci sia evidenza di

AREE DI APPROPRIATEZZA SPECIFICA	N.	DESCRIZIONE INDICATORE	CAMPIONE	MODALITA' DI CALCOLO	FONTE	MODALITA' DI VERIFICA
						segnalazione alla ASST e al MMG per la presa in carico del bisogno.
Lesioni da pressione(ad eccezione del prelievo e del prestazionale generico ai sensi della DGR n. 6867/2022 e smi)	2,1	Percentuale di FASAS di utenti per i quali è rintracciabile la valutazione del rischio di sviluppare ulcere da pressione	Utenti campionati per controllo ex post	N. FASAS di utenti per i quali è rintracciabile la valutazione del rischio di sviluppare ulcere da pressione /N. totale FASAS di utenti campionati per controllo ex post	- FASAS di ciascun utente campionato: 1. Documentazione attestante la valutazione del rischio di sviluppare ulcere da pressione	Ai fini del calcolo dell'indicatore deve essere verificata, all'interno del FASAS di ciascun utente campionato, la presenza della valutazione del rischio di sviluppare ulcere da pressione. La valutazione deve essere registrata nella documentazione sociosanitaria, con l'individuazione degli strumenti/scale validate scelti. In caso di evidenza di rischio verificare che ci sia evidenza di segnalazione alla ASST e al MMG per la presa in carico del bisogno.
	2,2	Percentuale di FASAS di utenti a rischio di sviluppare lesioni o con ulcere da pressione in atto per cui si rilevano interventi appropriati	Utenti campionati per controllo ex post a rischio di sviluppare ulcere da pressione o con lesioni da pressione in atto	N. FASAS di utenti per i quali si rilevano interventi appropriati /N. totale FASAS di utenti campionati per controllo ex post a rischio di sviluppare ulcere da pressione o con lesioni da pressione in atto	- FASAS di ciascun utente campionato	Ai fini del calcolo dell'indicatore è necessario verificare la presenza, all'interno del FASAS , di interventi appropriati per la prevenzione delle ulcere da pressione (ad es. evidenza nel FASAS del supporto alla famiglia nell'iter di acquisizione

AREE DI APPROPRIATEZZA SPECIFICA	N.	DESCRIZIONE INDICATORE	CAMPIONE	MODALITA' DI CALCOLO	FONTE	MODALITA' DI VERIFICA
						di presidi/ausili per la prevenzione delle lesioni, educazione alla famiglia/caregiver sulle azione da mettere in atto...) o per la cura delle lesioni da pressione in atto.
Protocolli assistenziali (ad esclusione di quelli già oggetto di verifica specifica negli altri indicatori - lesioni, dolore, nutrizione, educazione alla famiglia e riabilitazione)	3	Percentuale di FASAS nei quali è stata riscontrata la corretta e appropriata applicazione dei protocolli assistenziali in uso dal Gestore	Utenti campionati per controllo ex post	N. FASAS nei quali è stata verificata la corretta applicazione dei protocolli assistenziali/N. totale FASAS campionati	- FASAS di ciascun utente campionato - Protocolli assistenziali in uso	Ai fini del calcolo dell'indicatore deve essere verificata, all'interno dei FASAS di ciascun utente campionato, l'appropriata applicazione dei protocolli assistenziali, coerenti con i bisogni dell'utente, precisati nel verbale di controllo.
Educazione/addestramento caregiver	4	Percentuale di FASAS di utenti per i quali è presente sul diario registrazione degli interventi attuati per l'attività educazionale di formazione e addestramento, anche con la firma del utente-caregiver	Utenti campionati per controllo ex pos con attività educazionale di formazione e addestramentot	N. utenti per i quali è presente la registrazione degli interventi attuati per l'attività educazionale di formazione e addestramento, con anche la firma del utente-caregiver / N.totale utenti campionati per controllo ex post con attività educazionale di formazione e addestramento	- Diario	Ai fini del calcolo dell'indicatore è necessario verificare la presenza sul diario la registrazione della descrizione degli interventi attuati per l'attività educazionale di formazione e addestramento, anche con la firma del utente-caregiver
Rivalutazione dei bisogni e/o chiusura della presa in carico	5	Percentuale di FASAS di utenti per i quali è presente la motivazione della chiusura o della richiesta di rivalutazione-alla ASST	Utenti campionati per controllo ex post con chiusura o richiesta di rivaluzione all'ASST	N. utenti con chiusura o richiesta di rivaluzione all'ASST riportata nel FASAS/ N.totale utenti campionati per	FASAS	Ai fini del calcolo dell'indicatore è necessario verificare, all'interno dei FASAS di ciascun utente campionato, la presenza della

AREE DI APPROPRIATEZZA SPECIFICA	N.	DESCRIZIONE INDICATORE	CAMPIONE	MODALITA' DI CALCOLO	FONTE	MODALITA' DI VERIFICA
				controllo ex post con chiusura o richiesta di rivaluzione all'ASST		motivazione della chiusura o della richiesta di rivalutazione alla ASST
Riabilitazione	6	Percentuale di utenti per i quali sono presenti PRI e pri redatti e sottoscritti e coerenti con i bisogni rilevati conformemente ai criteri di accesso definiti dal DGR n. 6867/2022	Utenti campionati per controllo ex post con interventi riabilitativi	N. utenti per i quali si rileva la redazione e la sottoscrizione del PRI e pri coerenti con i bisogni rilevati/N. totale utenti campionati per controllo ex post con interventi riabilitativi	- PRI - pri	Ai fini del calcolo dell'indicatore è necessario verificare, per ciascun utente campionato, la presenza del PRI e pri redatti e sottoscritti e coerenti con i bisogni rilevati. L'indicatore è applicabile solo agli utenti che usufruiscono di interventi riabilitativi, deve essere inoltre verificata la corenza del pri con il PRI.
screening nutrizionale (ad eccezione del prelievo e del prestazionale generico ai sensi della DGR n. 6867/2022 e smi)	7	percentuale di FASAS di utenti per i quali è stato valutato lo stato nutrizionale ai sensi della DGR 1812/2024	Utenti campionati per controllo ex post	N. utenti per i quali è presente la scheda di valutazione nutrizionale/ N. totale utenti campionati per controllo ex post	- FASAS - scheda di valutazione nutrizionale	ai fini del calcolo dell'indicatore è necessario verificare, per ciascun utente campionato, la presenza della scheda di valutazione nutrizionale alla presa in carico di nuovi utenti o al cambiamento delle condizioni della persona. In caso di evidenza di rischio di malnutrizione verificare che ci sia evidenza di segnalazione alla ASST e al MMG per la presa in carico del bisogno. **OBBLIGATORIO DAL 1/1/2025**

- il diario, anche se in formato digitale, deve lasciare traccia degli interventi effettuati e dell'evoluzione della presa in carico
- per l'indicatore 6: il PRI deve essere messo a disposizione della famiglia /gestore.