

ALLEGATO A

"REGOLE DI GESTIONE DEL SERVIZIO SOCIOSANITARIO 2017"

Sommario

| | |
|---|-----------|
| 1. SECONDA FASE DI ATTUAZIONE LEGGE REGIONALE N. 23/2015..... | 11 |
| 1.1 PREMESSA..... | 11 |
| 1.1.1 <i>La domanda di salute e i bisogni della persona</i> | 12 |
| 1.1.2 <i>La rete d'offerta</i> | 12 |
| 1.1.3 <i>Le tariffe del modello di presa in carico</i> | 13 |
| 1.1.4 <i>L'accessibilità e i tempi di attesa</i> | 13 |
| 1.1.5 <i>Attività di medicina diffusa</i> | 14 |
| 1.1.6 <i>Integrazione delle attività sanitarie e sociosanitarie con quelle sociali</i> | 14 |
| 1.2. Attuazione della legge regionale n. 23/2015 nell'area urbana di Milano e nell'ATS della Montagna. 15 | |
| 1.2.1 <i>L'ATS della Città Metropolitana di Milano – il Progetto Milano</i> | 15 |
| 1.2.2 <i>L'ATS della Montagna – il Progetto A.R.N.I.C.A.</i> | 18 |
| 2. INQUADRAMENTO ECONOMICO: IL QUADRO DEL SISTEMA PER L'ANNO 2017 | 20 |
| 2.1 CONTESTO DI RIFERIMENTO NAZIONALE..... | 20 |
| 2.2 CONTESTO DI RIFERIMENTO REGIONALE | 21 |
| 2.2.1 <i>Risorse parte corrente</i> | 21 |
| 2.2.2 <i>Risorse parte capitale</i> | 21 |
| 2.2.3 <i>Attuazione della L.r.23/2015 e smi</i> | 22 |
| 2.2.4 <i>Misure per la riduzione della compartecipazione alla spesa per specialistica ambulatoriale e rette RSA</i> | 22 |
| 2.3 FINANZIAMENTO DEL SISTEMA | 23 |
| 2.3.1 <i>FINANZIAMENTO ENTI DEL SISTEMA REGIONALE A CARICO DEL S.S.R.</i> | 23 |
| 2.3.2 <i>FINANZIAMENTO DELLA GESTIONE SANITARIA ACCENTRATA</i> | 23 |
| 2.3.3 <i>FINANZIAMENTO DELLA GESTIONE SANITARIA E SOCIO-SANITARIA</i> | 24 |
| 2.3.4 <i>ALTRE ATTIVITA': fino a 321,17 ml/Euro da destinare:</i> | 26 |
| 2.4 INDICAZIONI SPECIFICHE PER LE AZIENDE DEL SISTEMA SOCIO- SANITARIO REGIONALE | 26 |
| 2.4.1 <i>Razionalizzazione della spesa ed efficientamento del Sistema</i> | 26 |
| 2.4.2 <i>Obiettivi economici dell'aggregato costi Beni e Servizi</i> | 28 |
| 2.4.3 <i>Definizione dei criteri di riduzione</i> | 29 |
| 2.5 AREA BILANCI..... | 30 |
| 2.5.1 <i>Pubblicazione Bilanci e Regole Trasparenza</i> | 32 |
| 2.5.2 <i>Modelli di Bilancio 2017:</i> | 32 |
| 2.5.3 <i>Certificazioni Trimestrali</i> | 33 |
| 2.5.4 <i>ATTUAZIONE DEL DLGS 118/2011 e s.m.i.:</i> | 33 |
| 2.5.5 <i>Armonizzazione dei sistemi contabili regionali</i> | 33 |
| 2.5.6 <i>Inventario di Costituzione nuove Aziende</i> | 34 |

| | |
|--|-----------|
| 2.5.7 Percorso Attuativo della Certificabilità..... | 34 |
| 2.6 AREA GESTIONE FINANZIARIA | 34 |
| 2.6.1 Trasferimenti da Regione alle Aziende Sanitarie pubbliche..... | 35 |
| 2.6.2 Trasferimenti di cassa tra ATS ed erogatori di appartenenza territoriale..... | 35 |
| 2.6.3 Pagamenti verso fornitori..... | 37 |
| 2.6.4 Fatturazione elettronica..... | 37 |
| 2.6.5 Gestione centralizzata G3S..... | 38 |
| 2.7 AREA CONTROLLO DI GESTIONE..... | 38 |
| 2.8 ULTERIORI DISPOSIZIONI | 40 |
| 2.8.1 Conto Giudiziale | 40 |
| 2.8.2 Adempimenti LEA (Livelli Essenziali di Assistenza)..... | 40 |
| 2.8.3 CESSAZIONE DI TRASFERIMENTI PER ACCONTI PRESTAZIONI STRANIERI STP ONERE 9..... | 40 |
| 2.8.4 PCC – REPORTISTICA STANDARD PER MONITORAGGI | 41 |
| 2.8.5 N.O.C.C. (NUCLEO OPERATIVO DI CONTROLLO CONTABILE)..... | 41 |
| 2.8.6 ADEMPIMENTI EX ARTT. 14, 15 E 22 DEL D.LGS N. 33/2013 COSÌ COME MODIFICATO DAL D.LGS N. 97/2016..... | 41 |
| 3. LINEE DI INDIRIZZO SUGLI ACQUISTI DELLE AZIENDE/ AGENZIE SANITARIE E RISK MANAGEMENT..... | 43 |
| 3.1. IL SISTEMA DEGLI ACQUISTI DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE | 43 |
| 3.1.1 Normativa approvvigionamento enti sanitari e utilizzo della piattaforma telematica Sintel | 43 |
| 3.2. ISTRUTTORIA ISTANZE DI AUTORIZZAZIONE | 47 |
| 3.2.1 Richiesta autorizzazione preventiva nuovi servizi | 47 |
| 3.2.2 Informazione attivazione di procedure di acquisto autonome..... | 47 |
| 3.2.3 Verifica preventiva procedure di global service e facility management | 47 |
| 3.3. SISTEMA REGIONALE MONITORAGGIO BENI E SERVIZI | 48 |
| 3.3.1 Dispositivi medici..... | 48 |
| 3.3.2 Flusso consumi Dispositivi Medici | 48 |
| 3.3.3 Flusso Contratti | 48 |
| 3.3.4 Monitoraggio Servizi non sanitari | 49 |
| 3.3.5 Flusso informativo per il monitoraggio delle grandi apparecchiature sanitarie in uso presso le strutture sanitarie pubbliche, private accreditate e private non accreditate | 49 |
| 3.3.6 Sistemi di verifica e di monitoraggio | 49 |
| 3.3.6.1 Proroghe dei contratti di appalto – Rinnovo – C.d. clausola di adesione | 49 |
| 3.3.6.2 Procedure negoziate per prodotti esclusivi | 50 |
| 3.3.7 Obiettivi 2017 – dispositivi medici..... | 50 |
| 3.4. RISK MANAGEMENT | 50 |
| 3.4.1 Area Travaglio/Parto..... | 51 |
| 3.4.2 Infezioni Ospedaliere - Sepsis | 51 |
| 3.4.3 Sicurezza del paziente in sala operatoria | 52 |
| 3.4.4 Rischio nell'utilizzo di farmaci | 52 |
| 4 . PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE | 54 |
| 4.1. MISURE INNOVATIVE E SPERIMENTAZIONI IN AMBITO SOCIOSANITARIO | 54 |
| 4.1.1 “Residenzialità leggera”, “Residenzialità per minori con gravissima disabilità”, “RSA Aperta “: revisione e loro sviluppo nel 2017. | 54 |

| | | |
|----------|--|----|
| 4.1.2 | <i>“Comunità per religiosi”</i> | 54 |
| 4.1.3 | <i>“Comunità per minori vittime di abuso o maltrattamento”: monitoraggio alla luce della DGR n. 5342/16</i> | 55 |
| 4.1.4 | <i>Azione innovativa a favore dei minori in stato di abbandono inseriti nel percorso di adozione: valutazione degli esiti</i> | 55 |
| 4.1.5 | <i>Il ruolo dell'Infermiere nella presa in carico</i> | 55 |
| 4.2. | SPERIMENTAZIONI..... | 55 |
| 4.2.1 | <i>Post Acuta Domiciliare</i> | 55 |
| 4.2.2 | <i>Riabilitazione minori disabili e Case Management</i> | 57 |
| 4.2.3 | <i>Consultori Familiari</i> | 57 |
| 4.2.4 | <i>AZIONI PER LA QUALITÀ DELLA VITA DELLE PERSONE SOTTOPOSTE A TERAPIA ONCOLOGICA CHEMIOTERAPICA</i> | 57 |
| 4.3. | COOPERAZIONE INTERNAZIONALE..... | 58 |
| 4.3.1 | <i>Iniziative di sostegno a progetti di cooperazione internazionale ed interventi sanitari umanitari</i> | 58 |
| 4.3.2 | <i>Gestione dei progetti europei in corso e coordinamento di nuove iniziative inerenti la partecipazione diretta della Direzione Generale Welfare alla progettualità europea</i> | 58 |
| 4.3.3 | <i>Partecipazione a iniziative del Progetto Mattone Internazionale Salute (ProMIS) coordinata dal Ministero della Salute</i> | 59 |
| 4.3.4 | <i>Ulteriori iniziative</i> | 59 |
| 4.4 | CURE PRIMARIE | 60 |
| 4.5 | RETI DI PATOLOGIA..... | 62 |
| 4.5.1. | INTRODUZIONE..... | 62 |
| 4.5.2. | RETE DELL'EMERGENZA-URGENZA E RETI TEMPO-DIPENDENTI | 63 |
| 4.5.2.1 | Sistema Emergenza Urgenza Extraospedaliero..... | 65 |
| 4.5.2.2 | Miglioramento dell'attività di soccorso e assistenza ai pazienti in condizioni cliniche di urgenza. | 66 |
| 4.5.3. | RETE REGIONALE DI PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA (PMA) ... | 67 |
| 4.5.4. | RETE EPILESSIA (EPINETWORK)..... | 67 |
| 4.5.5. | RETE DELLE DEMENZE | 67 |
| 4.5.6. | RETE UDITO..... | 68 |
| 4.5.7. | SISTEMA TRASFUSIONALE REGIONALE..... | 69 |
| 4.5.8. | SISTEMA REGIONALE TRAPIANTI | 71 |
| 4.5.9. | PROGETTO SPERIMENTALE MELANOMA OCULARE..... | 71 |
| 4.5.10. | NUMERO UNICO EMERGENZA NUE 112 | 72 |
| 4.5.11. | NUMERO UNICO EUROPEO ARMONIZZATO A VALENZA SOCIALE PER LE CURE MEDICHE NON URGENTI 116117..... | 73 |
| 4.5.12. | TRASPORTI SANITARI E SANITARI SEMPLICI | 73 |
| 4.5.13. | SISTEMA BIBLIOTECARIO BIOMEDICO LOMBARDO - SBBL..... | 73 |
| 4.5.14. | RETE PER L'ASSISTENZA ALLA MADRE E AL NEONATO | 75 |
| 4.5.14.1 | Punti Nascita..... | 75 |
| 4.5.14.2 | Parto analgesia | 75 |
| 4.5.14.3 | Comitati Percorso Nascita locali..... | 75 |
| 4.5.14.4 | Promozione dell'allattamento al seno | 75 |
| 4.5.14.5 | Set minimo di informazioni sulla gravidanza per la continuità assistenziale ospedale/territorio e codice rischio della gravidanza | 76 |
| 4.5.14.6 | Diffusione delle Linee Guida..... | 76 |

| | |
|--|-----------|
| 4.5.14.7 Qualità e Sicurezza (Indicatori/ Cruscotto per Governo Clinico)..... | 76 |
| 4.5.14.8. Monitoraggio sistematico dell'andamento dei nuovi items previsti dai LEA attinenti i Punti Nascita..... | 76 |
| 4.5.14.9. Classificazione dei diversi Punti di offerta della rete materno infantile e corretto utilizzo delle risorse assegnate..... | 77 |
| 4.5.14.10 Trasporto materno e neonatale | 77 |
| 4.5.14.11. Miglioramento dell'appropriatezza dei tagli cesarei..... | 77 |
| 4.5.14.12 Variazione tariffaria..... | 77 |
| 4.5.14.13 RIMMI | 78 |
| 4.5.14.14 RIMI | 78 |
| 4.5.14.15 Rete regionale per la gestione del bambino in condizioni critiche | 78 |
| 4.5.14.16 Rete SIDS (Sindrome della morte improvvisa del lattante)..... | 79 |
| 4.5.15 LA RETE DELLE CURE PALLIATIVE E LA RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE..... | 79 |
| 4.5.15.1 La Rete delle Cure Palliative | 79 |
| 4.5.14.2 La Rete della Terapia del Dolore | 80 |
| 4.5.15.3 La Rete delle Cure Palliative e della terapia del dolore pediatriche | 80 |
| 4.5.15.4 Servizi di Assistenza Specialistica Territoriale (già Nuove Reti Sanitarie) | 81 |
| 4.5.16. MEDICINA DIFFUSA | 81 |
| 4.5.17. SPERIMENTAZIONI GESTIONALI..... | 83 |
| 4.5.18. Presa in carico del paziente dializzato (progetto RADIAL) | 83 |
| 4.6 Ricerca | 83 |
| 4.6.1. Ricerca e innovazione | 83 |
| 4.6.2. Fibrosi cistica | 84 |
| 5. PROGRAMMAZIONE, ACCREDITAMENTO E NEGOZIAZIONE..... | 85 |
| 5.1 Premessa | 85 |
| 5.2 ACCREDITAMENTO | 86 |
| 5.2.1 <i>MEDICINA DELLO SPORT</i> | 89 |
| 5.2.2 <i>SERVIZI DI MEDICINA DI LABORATORIO</i> | 90 |
| 5.2.2.1 Riordino dei SMEL pubblici della Città di Milano | 91 |
| 5.3. NEGOZIAZIONE E CONTRATTI..... | 92 |
| 5.3.1. <i>AREA SANITARIA</i> | 93 |
| 5.3.1.1 AREA DI RICOVERO | 95 |
| 5.3.1.2 ATTIVITÀ AMBULATORIALI | 96 |
| 5.3.1.3. ATTIVITA' DI SUB ACUTE..... | 97 |
| 5.3.1.4 RIMODULAZIONI E TRASFERIMENTI DI RISORSE | 98 |
| 5.3.1.5. PSICHIATRIA, NEUROPSICHIATRIA INFANTILE E DELL'ADOLESCENZA E SANITA' PENITENZIARIA | 98 |
| 5.3.2. <i>AREA SOCIO SANITARIA</i> | 103 |
| 5.3.2.1 NEGOZIAZIONE E CONTRATTO | 104 |

| | |
|---|------------|
| 5.3.2.2 BUDGET – IL MODELLO DI GOVERNO DELLE RISORSE IN AMBITO SOCIO SANITARIO | 106 |
| 5.3.2.3 DETERMINAZIONI IN MATERIA DI ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA..... | 106 |
| 5.3.2.4 MESSA A REGIME DELL’AZIONE INNOVATIVA LEGATA AL PASSAGGIO DEI CONSULTORI ALLA FUNZIONE DI CENTRO PER LA FAMIGLIA E RISORSE | 108 |
| 5.3.2.5 CURE INTERMEDIE | 108 |
| 5.3.2.6 LE FASI DEL PROCESSO NEGOZIALE NEL 2017 | 108 |
| 5.3.2.7 SPOSTAMENTO DI VOLUMI DI POSTI A CONTRATTO E DEL RELATIVO BUDGET..... | 113 |
| 5.3.2.8 DISCIPLINA DEL CONTRATTO UNICO | 113 |
| 5.3.2.9 ULTERIORI REGOLE DI REMUNERAZIONE..... | 114 |
| 5.3.3. AREA PREVENZIONE | 116 |
| 5.4. RENDICONTAZIONE E APPROPRIATEZZA DELLE PRESTAZIONI SANITARIE DI RICOVERO ED AMBULATORIALI..... | 118 |
| 5.4.1 Appropriatazza..... | 118 |
| 5.4.2 Codice 23.11.B in Macroattività chirurgica a bassa intensità operativa ed assistenziale (BIC)..... | 118 |
| 6 AZIONI PER LA RIDUZIONE DEI TEMPI DI ATTESA..... | 120 |
| 6.1 AREA DI GOVERNO DEI TEMPI DI ATTESA | 120 |
| 6.2 AREA PREVENZIONE | 120 |
| 7. POLITICHE DEL PERSONALE..... | 121 |
| 7.1 PREMESSA..... | 121 |
| 7.2 COSTI DEL PERSONALE E FONDI CONTRATTUALI ANNO 2017 | 121 |
| 7.3 INDENNITA DI VACANZA CONTRATTUALE..... | 122 |
| 7.4 ACCANTONAMENTI PER FUTURI RINNOVI CONTRATTUALI | 122 |
| 7.5 PIANI DI ORGANIZZAZIONE AZIENDALI STRATEGICI..... | 122 |
| 7.6 INCARICHI DI CUI ALL’ARTICOLO 15 SEPTIES E 15 OCTIES DEL D.LGS. 502/1992..... | 123 |
| 7.7 PIANO DI GESTIONE RISORSE UMANE ANNO 2017..... | 123 |
| 7.8 LAVORO SOMMINISTRATO | 124 |
| 7.9 PERSONALE GRAVANTE SUI BENI E SERVIZI | 124 |
| 7.10 FABBISOGNI DI PERSONALE..... | 125 |
| 7.11 VALIDITA’ ED UTILIZZO GRADUATORIE | 125 |
| 7.12 FLUSSI INFORMATIVI SUL PERSONALE | 126 |
| 7.13 SERVIZIO DI EMERGENZA URGENZA EXTRAOSPEDALIERO..... | 126 |
| 7.14 ECM-PROVIDER..... | 126 |
| 7.15 LIBERA PROFESSIONE | 126 |
| 7.16 RELAZIONI SINDACALI..... | 127 |
| 7.17 PARTICOLARI SITUAZIONI DI DISAGIO ORGANIZZATIVO/TERRITORIALE | 127 |
| 7.18 ALTRE DISPOSIZIONI | 127 |
| 7.19 RAPPORTI SOGGETTI PUBBLICI/SOGGETTI PRIVATI ACCREDITATI | 128 |
| 8. FARMACEUTICA PROTESICA E DISPOSITIVI HTA..... | 129 |

| | |
|--|------------|
| 8.1. TETTI DI SPESA FARMACEUTICA | 129 |
| 8.2. FARMACEUTICA CONVENZIONATA (EX TERRITORIALE) | 129 |
| 8.3. FARMACEUTICA PER ACQUISTI DIRETTI (EX OSPEDALIERA)..... | 129 |
| 8.4. FLUSSI FILE F E FILE R E DATI NSIS – RACCORDO CON I DATI DI TRACCIATURA DELL’INDUSTRIA – RESPONSABILITÀ DELLE DIREZIONE STRATEGICA DELLE ASST RELATIVAMENTE ALLA CORRETTEZZA DEI DATI | 130 |
| 8.5. CONTINUITÀ DI TERAPIA TRA STRUTTURE ACCREDITATE PER ACUTI/SUBACUTI/CURE INTERMEDIE | 130 |
| 8.6. FONDO FARMACI INNOVATIVI E FARMACI HCV | 131 |
| 8.7. MONITORAGGIO DI FARMACI AD ALTO COSTO CON REGISTRO AIFA | 131 |
| 8.8. FARMACI PER ONCOLOGIA E ONCOEMATOLOGIA..... | 131 |
| 8.9. INDICAZIONI IN MERITO AL MIGLIORAMENTO DELL’APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA | 132 |
| 8.10. FARMACI EQUIVALENTI E BIOSIMILARI | 132 |
| 8.11. FARMACOVIGILANZA..... | 133 |
| 8.12. SOSTANZE E PREPARAZIONI DI ORIGINE VEGETALE A BASE DI CANNABIS. | 133 |
| 8.13. DEMATERIALIZZAZIONE DELLA DISTINTA CONTABILE RIEPILOGATIVA (DCR) DELLE FARMACIE E CORRETTA RENDICONTAZIONE DEL FUR (ARTICOLO 50) – DEMATERIALIZZAZIONE DEI CONTROLLI DELL’AVVENUTA ELISIONE DELLA FUSTELLA DEL FARMACO. | 134 |
| 8.14. HTA (HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT) | 135 |
| 8.15. FARMACIA DEI SERVIZI | 136 |
| 8.16. RSA – RSD E NUTRIZIONE ARTIFICIALE | 136 |
| 8.17. ASSISTENZA PROTESICA E INTEGRATIVA | 136 |
| 8.18. MALATTIE RARE E DEROGABILITÀ A CARICO DEL SSR | 137 |
| 8.19. MEDICINALE STRIMVELIS: IDENTIFICAZIONE DRG – PRESTAZIONE DELLA PRATICA SANITARIA PER SOMMINISTRAZIONE..... | 138 |
| 8.20. RINNOVO ESENZIONI E TICKET REGIONALI | 139 |
| 9. INVESTIMENTI | 141 |
| 9.1. PREMESSA..... | 141 |
| 9.2. QUADRO PROGRAMMATARIO INVESTIMENTI WELFARE | 141 |
| 9.3. MODALITÀ DI ACCESSO AI FINANZIAMENTI E ISTANZE..... | 142 |
| 9.4. PROGRAMMAZIONE DI NUOVE STRUTTURE DI RICOVERO E CURA..... | 142 |
| 9.5. NUOVO CODICE DEI CONTRATTI | 142 |
| 9.6. PARERI OBBLIGATORI PER L’APPROVAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE ATS..... | 143 |
| 9.7. VARIANTI IN CORSO D’OPERA | 143 |
| 9.8. UTILIZZO DI RIBASSI D’ASTA E MODIFICHE DEL QE | 144 |
| 9.9. ACCORDI BONARI E TRANSAZIONI | 145 |
| 9.10. APPARECCHIATURE AD ALTA TECNOLOGIA | 146 |
| 9.11. DONAZIONI DI APPARECCHIATURE (DM 82/2009) | 146 |
| 9.12. MONITORAGGIO E RENDICONTAZIONE | 147 |
| 9.13. INTERVENTI SANITARI E SOCIO-SANITARI FINANZIATI CON FONDI FRISL | 147 |

| | |
|--|------------|
| 9.14. PARTENARIATO PUBBLICO-PRIVATO E CONCESSIONI DI COSTRUZIONE E GESTIONE | 147 |
| 10. SISTEMI INFORMATIVI E FLUSSI | 149 |
| 10.1. SISTEMI INFORMATIVI | 149 |
| 10.1.1 Completamento interventi di adeguamento dei sistemi informativi aziendali, in attuazione della L.R. 23/2015 | 149 |
| 10.1.2 Investimenti in interventi e progetti informatici | 149 |
| 10.1.3 Costituzione di una Commissione tecnica regionale per la valutazione degli interventi e dei progetti informatici dei sistemi informativi aziendali | 150 |
| 10.1.4 Servizio centralizzato di Disaster Recovery Tier III per gli Enti Sanitari..... | 151 |
| 10.1.5 Servizi di Providing ex d.g.r.IX/1153/2010..... | 152 |
| 10.1.6 Ricetta dematerializzata..... | 152 |
| 10.1.7 Flusso 730 precompilato..... | 153 |
| 10.1.8 Invio telematico dei certificati di malattia all'INPS..... | 153 |
| 10.1.9 Servizi condivisi interaziendali | 153 |
| 10.1.10 Rete regionale di prenotazione | 154 |
| 10.1.11 Piani d'intervento | 154 |
| 10.2. FLUSSI INFORMATIVI | 155 |
| 10.2.1 Nuovo sistema di garanzia..... | 155 |
| 10.2.2 Flussi sanitari | 155 |
| 10.2.3 Flussi socio sanitari..... | 156 |
| 10.2.4 INTEGRAZIONE Sistema pagoPA | 157 |
| 10.2.5 Gestione dei cittadini stranieri e mobilità internazionale | 157 |
| 10.2.6 ADESIONE AL SISS DELLE STRUTTURE SOCIO SANITARIE | 158 |
| 10.3 COMUNICAZIONE ISTITUZIONALE | 158 |
| 11. PREVENZIONE VETERINARIA - PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE - MEDICINA LEGALE E NECROSCOPICA | 161 |
| 11.1 INTERVENTI DI SEMPLIFICAZIONE: RACCORDO CON GLI SPORTELLI UNICI PER LE ATTIVITA' PRODUTTIVE | 161 |
| 11.2 VETERINARIA | 162 |
| 11.2.1. PREMESSA | 162 |
| 11.2.2. GOVERNANCE DELLA SANITÀ PUBBLICA VETERINARIA..... | 162 |
| 11.2.2.1 Azione | 162 |
| 11.2.2.2 Modalità operative | 163 |
| 11.2.3. VERIFICA DELLA SICUREZZA DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE | 163 |
| 11.2.3.1 Azione 1 | 163 |
| 11.2.3.2 Modalità operative 1 | 164 |
| 11.2.3.3 Azione 2 | 164 |
| 11.2.3.4 Modalità operative 2 | 165 |
| 11.2.4. PREVENZIONE DELLE MALATTIE ANIMALI | 165 |
| 11.2.4.1 Azione | 165 |
| 11.2.4.2 Modalità operative | 165 |
| 11.2.5. GESTIONE DEL FARMACO E BENESSERE ANIMALE..... | 166 |
| 11.2.5.1 Azione 1 | 166 |
| 11.2.5.2 Modalità operative 1 | 166 |

| | |
|---|------------|
| 11.2.5.3 Azione 2 | 166 |
| 11.2.5.4 Modalità operative 2..... | 167 |
| 11.2.5.5 Azione 3 | 167 |
| 11.2.5.6 Modalità operative 3..... | 167 |
| <i>11.2.6. AZIONI SANITARIE IN SOSTEGNO DELLA COMPETITIVITÀ E DELL'EXPORT DEI PRODOTTI DI O.A.....</i> | <i>167</i> |
| 11.2.6.1 Azione 1 | 167 |
| 11.2.6.2 Modalità operative 1..... | 168 |
| 11.2.6.3 Azione 2 | 168 |
| 11.2.6.4 Modalità operative 2..... | 168 |
| <i>11.2.7. PREVENZIONE DEL RANDAGISMO E TUTELA ANIMALI DA COMPAGNIA..</i> | <i>168</i> |
| 11.2.7.1 Azione | 168 |
| 11.2.7.2 Modalità operative | 169 |
| 11.2.7.3 Azione 2 | 169 |
| 11.2.7.4 Modalità operative 2..... | 169 |
| 11.3.PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE | 169 |
| <i>11.3.1. ATTUAZIONE DELLA LR 23/2015 NELL'AREA PREVENZIONE</i> | <i>170</i> |
| 11.3.1.1 Vaccinazioni..... | 170 |
| <i>11.3.2. REALIZZAZIONE DEI PROGRAMMI DEL PIANO REGIONALE PREVENZIONE (PRP): INDICAZIONI ATTIVITÀ 2017.....</i> | <i>171</i> |
| 11.3.2.1 Promozione di stili di vita e ambienti favorevoli alla salute per la prevenzione dei fattori di rischio comportamentali delle cronicità. | 172 |
| 11.3.2.2 Vaccinazioni..... | 173 |
| 11.3.2.3 Malattie infettive..... | 174 |
| 11.3.2.4 Screening | 175 |
| 11.3.2.5 Salute e ambiente | 176 |
| 11.3.2.6 Tutela della salute e sicurezza del lavoratore; prevenzione e controllo rischio amianto | 177 |
| 11.3.2.7 Piano dei controlli sulle sostanze chimiche..... | 178 |
| 11.3.2.8 Sicurezza alimentare e tutela del consumatore..... | 178 |
| 11.3.2.9 Performances: monitoraggio e valutazione dell'attività di prevenzione | 178 |
| 11.3.2.10 Gestione allerta alimenti – RASFF | 179 |
| 11.3.2.11 Gestione Richiami al consumatore..... | 179 |
| 11.3.2.12 Malattie Infettive, Infezioni/Malattie Sessualmente Trasmesse (IST/MTS) | 179 |
| 11.3.2.13 Laboratori di Prevenzione | 180 |
| 11.3.2.14 Unità Operative Ospedaliere di Medicina del lavoro | 180 |
| <i>11.3.3. AREA PREVENZIONE VALORIZZAZIONI ECONOMICHE</i> | <i>181</i> |
| 11.3.3.1 area vaccini..... | 181 |
| 11.3.3.2 area malattie infettive..... | 181 |

| | |
|---|------------|
| 11.3.3.3 area screening | 181 |
| 11.3.3.4 area promozione salute e prevenzione fattori di rischio comportamentali | 182 |
| 11.3.3.5 area malattie professionali..... | 182 |
| 11.3.3.6 Introiti derivanti dalla attività di controllo | 182 |
| 11.4 MEDICINA LEGALE | 183 |
| 11.4.1. <i>INDIRIZZI PER LA PIENA ATTUAZIONE DELLA LR 23/2015 NEL CAMPO DELLA MEDICINA LEGALE E NECROSCOPICA</i> | 183 |
| 11.4.2. <i>EVOLUZIONE DEL SISTEMA SANITARIO: INDICAZIONI IN MERITO ALLE ATTIVITÀ MEDICO-LEGALI</i> | 184 |
| 11.4.2.1 Attività medico legali nella ATS | 184 |
| 11.4.2.2 Garanzia di terzietà dei giudizi dei collegi medici | 184 |
| 11.4.2.3 Personale medico specialista in medicina del lavoro operante in commissioni medico-legali | 184 |
| 11.4.2.4 Certificazioni monocratiche | 185 |
| 11.4.2.5 Medicina necroscopica..... | 185 |
| 12 ATTIVITA' DI CONTROLLO SUGLI EROGATORI | 187 |
| 12.1. AGENZIA DI CONTROLLO DEL SERVIZIO SOCIO SANITARIO LOMBARDO E ATS: COMPETENZE E RESPONSABILITÀ | 187 |
| 12.2. INDICAZIONI PER LE ATS..... | 187 |
| 12.2.1 <i>Programmazione dei controlli</i> | 187 |
| 12.2.2 <i>Attività di indirizzo: Gruppo di Lavoro Regionale per l'Autorizzazione, l'Accreditamento, l'Appropriatezza e la Codifica delle Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie</i> | 188 |
| 12.3. INDIRIZZI PER I CONTROLLI DELLE PRESTAZIONI SANITARIE | 188 |
| 12.3.1 <i>Indicazioni operative</i> | 190 |
| 12.3.1.1 Controlli prestazioni di ricovero | 190 |
| 12.3.1.2 Controlli prestazioni di specialistica ambulatoriale | 191 |
| 12.4. INDIRIZZI PER I CONTROLLI SULLE UNITÀ D'OFFERTA SOCIO SANITARIE..... | 191 |
| 12.4.1 <i>Attività di verifica dei requisiti di esercizio e di accreditamento</i> | 192 |
| 12.4.1.1 Attività di verifica dei requisiti connessa alla presentazione di SCIA e istanza di accreditamento | 192 |
| 12.4.1.2 Attività di vigilanza sul mantenimento dei requisiti di esercizio e di accreditamento | 193 |
| 12.4.1.3 Attività di vigilanza sul mantenimento dei requisiti soggettivi di esercizio e accreditamento | 193 |
| 12.4.2 <i>Attività di controllo sull'appropriatezza delle prestazioni erogate</i> | 193 |
| 12.4.3 <i>Attività di vigilanza e controllo sulle sperimentazioni di unità d'offerta e sulle misure innovative</i> | 195 |
| 12.5. ATTIVITÀ DI VIGILANZA SULLA RETE DELLE UNITÀ D'OFFERTA SOCIALI | 195 |
| 12.5.1 <i>Attività di verifica dei requisiti</i> | 195 |
| 12.6. TRASPARENZA E PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE | 195 |
| 13. ULTERIORI DISPOSIZIONI | 198 |

| | |
|---|-----|
| 13.1 ALIENAZIONE EX OSPEDALE DI BORMIO | 198 |
| 13.2 SVILUPPO PROGRAMMA MIGLIORAMENTO E PIATTAFORMA PRIMO | 198 |
| 13.3 AREE DI SVILUPPO | 199 |
| 13.4 INDICATORI PS | 200 |
| 13.5 INDICAZIONI INTERNAL AUDITING | 200 |
| 13.6 AREA DI GOVERNO DELLA CUSTOMER SATISFACTION..... | 201 |
| 13.7 CHIARIMENTI IN TEMA DI CONSENSO INFORMATO | 201 |
| 13.8 CONTROLLI SULLE AUTOCERTIFICAZIONI. (DPR. 445/2000)..... | 203 |
| 13.9 NOMINE DI COMPETENZA DELL'ENTE..... | 205 |
| 13.10 DIRETTORI AMMINISTRATIVI, SANITARI E SOCIO SANITARI..... | 206 |

1. SECONDA FASE DI ATTUAZIONE LEGGE REGIONALE N. 23/2015

1.1 PREMESSA

L'evoluzione del sistema sociosanitario Lombardo avviata con la legge regionale n. 23/2015 è caratterizzata da un duplice registro: una prima parte introduce l'integrazione del sistema sanitario con il sociosanitario, l'ambito ospedaliero con l'assistenza sul territorio, la continuità delle cure per i malati cronici e i pazienti acuti post-degenza; una seconda parte rafforza i capisaldi già presenti nella legge regionale n. 33/2009 quali la libertà di scelta, la separazione delle funzioni di programmazione, erogazione e controllo, confermando le azioni di promozione dell'appropriatezza clinica ed economica attraverso l'implementazione della rete sanitaria, sociosanitaria ospedaliera e territoriale e mediante l'incentivazione dell'attività di ricerca, della sperimentazione e dell'innovazione.

La l.r. n. 23/2015 definisce principi e percorsi che orientano l'erogazione delle funzioni di sistema non più solo alla cura, ma al "prendersi cura" della persona e della sua famiglia.

L'evoluzione del sistema socio sanitario regionale è incentrata sulla riorganizzazione, razionalizzazione e appropriatezza per ampliare le risposte ai bisogni che si modificano costantemente in un'ottica di sostenibilità del sistema.

In questa prospettiva è stato attuato un riassetto complessivo in considerazione dei seguenti principi fondamentali:

- presa in carico globale e integrata della persona, anche attraverso una valutazione multidimensionale del bisogno;
- introduzione di un nuovo sistema di remunerazione per la cronicità, orientato alla presa in carico complessiva del paziente ("budget di cura" e "tariffa di presa in carico");
- promozione di un'integrazione funzionale efficace degli interventi sanitari e socio-sanitari attraverso il raccordo tra i soggetti che erogano cure territoriali, ospedaliere e di assistenza socio-sanitaria;
- sviluppo dell'assistenza socio-sanitaria e sociale per l'accompagnamento delle persone nelle fasi di fragilità del ciclo di vita, con particolare riferimento all'invecchiamento;
- sostenibilità del sistema sanitario e sociosanitario lombardo, garantendo al contempo gli adeguamenti tecnologici, il recepimento dell'innovazione e l'aggiornamento continuo degli operatori.

I punti cardine su cui concentrare le attività per l'anno 2017 sono di seguito rappresentate:

1.1.1 La domanda di salute e i bisogni della persona

Il sistema sociosanitario regionale deve poter rispondere a una logica unitaria, in grado di superare i tradizionali confini ospedalieri degli interventi in acuzie o in elezione, di integrare l'attuale separazione tra ambiti sanitari e sociosanitari coinvolgendo molteplici discipline e figure professionali, e di garantire la presa in carico del paziente lungo l'intero percorso diagnostico-terapeutico e assistenziale.

L'infrastruttura organizzativa, che recepisce lo spostamento dell'asse di cura dall'ospedale al territorio e fa perno sul principio della continuità assistenziale, sarà plasmata sulla base dei bisogni - espressi (diagnosi e cura tradizionale) e non (attività di prevenzione) - delle persone e delle loro famiglie, anticipando sul piano organizzativo ciò che la scienza medica sta maturando nell'ambito della medicina personalizzata o della medicina di precisione.

In questo quadro l'obiettivo per il 2017 consiste prioritariamente nella ricostruzione della filiera erogativa fra ospedale e territorio attraverso la presa in carico della persona, evitando la frammentazione dei processi e la costruzione di un percorso di cura integrato definito sulla base del livello di intensità del bisogno che caratterizza la domanda, in questo percorso trovano altresì collocazione le funzioni sociali che rispondono ai bisogni di persone vulnerabili, a rischio di fragilità sanitaria o sociosanitaria e che, quindi, necessitano di una presa in carico integrata comportante la valutazione degli aspetti sociali, sanitari e socio-sanitari e lo sviluppo di un progetto personalizzato.

Da qui l'importanza di operare secondo una metodologia di intervento che tiene conto della stratificazione della domanda di salute così articolata:

- fragilità clinica e/o funzionale con bisogni prevalenti di tipo ospedaliero, residenziale, assistenza a domicilio;
- cronicità polipatologica con prevalenti bisogni extraospedalieri ad alta richiesta di accessi ambulatoriali integrati/frequent users;
- cronicità in fase iniziale prevalentemente monopatologica a richiesta medio bassa di accessi ambulatoriali/ frequent users;
- soggetti non cronici che usano i servizi in modo sporadico (prime visite/accessi ambulatoriali veri);
- non usano i servizi ma sono comunque potenziali utenti sporadici.

1.1.2 La rete d'offerta

Uno dei principali limiti ravvisati nell'attuale sistema risiede nella frammentazione della rete d'offerta che si presenta inadeguata a rispondere alla domanda di salute (complessa) che le persone esprimono. L'occasione offerta dalla l.r. 23/15 di ridefinire la rete d'offerta impone quindi un ripensamento radicale del sistema di offerta, nella prospettiva della personalizzazione delle risposte e della differenziazione territoriale, che riflette la nuova articolazione aziendale, secondo il paradigma per cui territori diversi esprimono domande diverse, così come alla specificità di un bisogno o di categorie di bisogno, deve corrispondere una risposta differenziata, anche in termini di intensità nel lavoro di presa in carico e di facilitazione.

Lo sviluppo dei percorsi di presa in carico, come sopra declinati, richiede una attività di monitoraggio e aggiornamento della ricca rete d'offerta già presente a livello regionale

nella prospettiva di soddisfare l'evoluzione della domanda di salute in relazione ai principi espressi nella l.r. 23.

L'integrazione della rete si realizza attraverso la circolarità dell'informazione sulla domanda di salute e grazie ad un'unica regia che varia a seconda del livello di stratificazione della domanda e dei bisogni e permette di alimentare la base informativa per implementare le azioni preventive.

Con questi presupposti anche l'attività di programmazione della rete dovrà seguire un percorso ben strutturato con gli sviluppi epidemiologici, sia per quanto attiene la realizzazione di nuove strutture e l'adeguamento di quelle già presenti (nel contesto delle nuove ASST dove sono state aggregate aziende ospedaliere diverse), sia rispetto all'arricchimento di risorse sul piano territoriale nel contesto delle nuove modalità organizzative derivanti dalla l.r. 23 (es. POT e PressT) anche attraverso una riconversione organizzativa delle strutture esistenti.

In questo contesto nel corso dell'anno 2017, con specifici provvedimenti, verranno definite le linee generali riguardanti le funzioni e il modello organizzativo dei POT e dei PreSST in modo da assicurare, nel corso dell'anno, la loro piena operatività nell'ambito dei nodi della rete territoriale superando la frammentazione degli interventi a livello territoriale al fine di fornire risposte appropriate alle persone...

1.1.3 Le tariffe del modello di presa in carico

La stratificazione della domanda in 5 classi permetterà di rivedere il sistema tariffario non basato in via esclusiva sulle prestazioni erogate ma anche sulla tipologia di bisogni cui le prestazioni nel loro complesso rispondono attraverso l'introduzione di una tariffa di presa in carico per pazienti cronici e budget di cura per pazienti fragili.

Nel corso del 2017, all'attivazione dei percorsi di presa in carico nell'ambito dell'evoluzione della rete d'offerta regionale corrisponderà una nuova modalità di remunerazione delle attività svolte attraverso specifici stanziamenti correlati ai percorsi di presa in carico.

1.1.4 L'accessibilità e i tempi di attesa

L'accessibilità ai servizi e alle prestazioni del sistema socio sanitario costituisce una priorità per l'anno 2017. Per offrire maggiori opportunità alle persone - sia in termini di attività legate all'accompagnamento delle persone in particolari condizioni di fragilità e bisogno sia intervenendo sulla riduzione dei tempi di attesa per la generalità delle persone che accedono al sistema - sarà dato avvio ad un nuovo servizio informativo integrato nell'ambito del Call Center Regionale, anche attraverso l'utilizzo del WEB. Tale nuovo servizio sarà accompagnato dalla possibilità di prenotazione differita per le prestazioni erogate da soggetti privati.

Le azioni prioritarie per il 2017 prevedono:

- L'omogeneizzazione delle informazioni sulle prestazioni di tutti gli erogatori (pubblici e privati) e messa a disposizione sul canale call center regionale e sul web;
- il coinvolgimento delle strutture private accreditate sul tema delle agende attraverso la disponibilità di nuovi strumenti di prenotazione (es. inoltro di

- chiamata, prenotazione differita, ecc...) e sviluppo dell'utilizzo del flusso dati denominato MOSA;
- l'ulteriore implementazione delle disponibilità delle agende da parte delle strutture pubbliche.

1.1.5 Attività di medicina diffusa

Regione Lombardia ha confermato con la legge regionale 23/2015 (art.9) la necessità di attivare modalità organizzative di presa in carico, in particolare del paziente cronico e fragile, con il supporto delle nuove tecnologie per la sanità digitale come già in parte anticipato dal Piano regionale della Cronicità 2016-2018 (DGR n° X/4662 del 23/12/2015) e nell'ambito della sperimentazione CReG (DGR n° X / 2989 del 23/12/2014

Per l'anno 2017 si confermano le esperienze consolidate a livello regionale che utilizzano supporti di medicina diffusa e hanno indicato una remunerazione per tali prestazioni, (es. "sistema CReG" e percorsi per pazienti cronici con scompenso cardiaco cronico e BPCO grave e medio grave, e per un percorso di riabilitazione post cardiocirurgica

Nel corso del 2017 dovranno essere estesi e individuati nuovi modelli di percorsi (PDTA) che si avvalgono della medicina diffusa nell'ambito delle diverse reti d'offerta con attenzione rivolta in particolare a facilitare la dimissione precoce, e a supporto della riabilitazione complessa domiciliare.

Analoga attenzione dovrà essere estesa a modelli innovativi per percorsi ospedalieri rivolti in particolare a pazienti cronici complessi ove la presa in carico integrata e il conseguente PAI (piano assistenziale individuale) possano avvalersi del supporto della tecnologia (e-health - telemedicina - mhealth) anche per favorire la collaborazione del paziente (empowerment).

In questa prospettiva saranno promossi investimenti in nuove tecnologie nel contesto della rete dei servizi sia per le attività legate all'assistenza nell'ambito dell'alta specialità che nei percorsi dei percorsi di presa in carico delle cronicità.

Regione Lombardia, nel corso del 2017, proporrà, anche attraverso la commissione nazionale paritetica sulla medicina una regolamentazione delle modalità di erogazione delle prestazioni con particolare riferimento ai requisiti tecnologici, organizzativi e professionali affinché la telemedicina possa completare l'iter di integrazione nel servizio sanitario.

1.1.6 Integrazione delle attività sanitarie e sociosanitarie con quelle sociali

La l.r. 11 agosto 2015, n. 23 ha introdotto novità fondamentali, volte ad adeguare il sistema anche relativamente all'integrazione tra le prestazioni sociosanitarie e sanitarie con quelle sociali di competenza dei comuni, attribuendo all'ATS una forte funzione di governance anche attraverso la costituzione del Dipartimento della programmazione per l'integrazione delle prestazioni sociosanitarie con quelle sociali; infatti, le ATS svolgono un preciso ruolo

di regia su molte attività di carattere sociale, sia per rispondere a bisogni che sono contemporaneamente sia sociosanitari che sociali, sia per prevenire l'evoluzione della fragilità sociale in fragilità sociosanitaria e/o sanitaria.

Pertanto, si conferma il ruolo delle ATS in merito alla governance delle funzioni sociali (dall'accesso, alla presa in carico, al monitoraggio degli interventi, al presidio dei flussi ecc.) a supporto del processo di integrazione sociosanitaria e sociale nonché il ruolo e le funzioni delle cabine di regia previste ai sensi dell'art 6 comma 6 lettera f) della l.r. 23/2015 secondo le indicazioni fornite dalle "Linee di indirizzo per la programmazione sociale a livello locale 2015-2017". In tale prospettiva, la programmazione sociale degli Ambiti territoriali si deve inserire nel percorso di integrazione con il sistema sociosanitario al fine di evitare duplicazioni di interventi, promuovendo la razionalizzazione delle risorse professionali e finanziarie in ottica di presa in carico globale ed unitaria della persona e della sua famiglia.

1.2. ATTUAZIONE DELLA LEGGE REGIONALE N. 23/2015 NELL'AREA URBANA DI MILANO E NELL'ATS DELLA MONTAGNA

L'articolo 7, comma 19 della L.R. 23/2015 stabilisce che nell'ambito dell'ATS della Città Metropolitana di Milano e della ATS Montagna, in ragione della peculiarità territoriale, possono essere individuati dalla Giunta Regionale particolari modelli gestionali, organizzativi ed aziendali.

1.2.1. L'ATS della Città Metropolitana di Milano – il Progetto Milano

Al fine di individuare l'assetto organizzativo più idoneo per l'applicazione della legge regionale n. 23/2015 sul territorio della Città di Milano, la Direzione Generale Welfare ha definito, nell'ambito delle linee guida dei POAS, l'istituzione dell'Advisory Board sociosanitario della Città di Milano con la seguente composizione: i Direttori Socio Sanitari delle ASST e dell'ATS e i Direttori Sanitari delle Fondazioni IRCCS.

L'Advisory Board ha avuto il compito di consentire una regia coordinata che integri la capacità di risposta ai bisogni con l'offerta socio sanitaria in modo da creare una reale e fattiva interazione e coordinamento con tutti gli erogatori presenti nella città, al fine di garantire una reale presa in carico delle persone e delle loro famiglie. Questo ruolo sarà rafforzato con la collaborazione e la sinergia del Comune di Milano.

Per Milano si prevede l'applicazione di un modello articolato, attraverso la costruzione di modalità organizzative e di processi di intervento nell'ambito di tre aree di attività:

1. passaggio delle funzioni dall' ATS Città Metropolitana di Milano alle ASST del territorio, che si articola in due modalità differenti:
 - passaggio degli ex Distretti 6 e 7 di Milano (Sesto San Giovanni e Cinisello Balsamo) all'ASST Nord Milano;
 - passaggio delle funzioni territoriali sino ad oggi di competenza dell'ATS a ASST sulla città di Milano;
2. avvio del percorso che porterà alla creazione di un Centro Servizi unico per la città di Milano, che si articola, in prima istanza, in due progetti specifici:

- modello di rete integrata per la continuità dell'assistenza tra le strutture di ricovero e cure e le strutture di cure intermedie della città di Milano;
 - dimissioni protette nella città di Milano;
3. realizzazione di iniziative per garantire una reale presa in carico, che si articola, in prima istanza, in due progetti specifici nell'ambito milanese:
- progetto PDTAR modello di rete integrata per la gestione del progetto con demenza;
 - la gestione della rete dei poliambulatori nella città di Milano.

L'intero Progetto Milano, in corso di definizione in tutte le sue articolazioni, sarà coordinato dal Collegio dei Direttori Generali, in collaborazione con la Direzione Generale Welfare nella fase di start up. L'Advisory Board rappresenta uno specifico strumento operativo per l'individuazione di interventi migliorativi e il monitoraggio costante sull'andamento delle attività, sia a livello complessivo sia per le specifiche aree di lavoro.

E' necessario che l'ATS, attraverso professionisti dedicati, garantisca operativamente il raccordo e la gestione integrata degli interventi a cui compete altresì la definizione del modello di presa in carico.

Tenuto conto della forte integrazione nel territorio cittadino tra realtà sanitarie, socio sanitarie e sociali, garantite dal Comune di Milano, si prevede il suo coinvolgimento.

1. PASSAGGIO DI COMPETENZE DA ATS ALLE ASST

Saranno afferite all'ASST Nord Milano le attività, le strutture e il personale dei due distretti e delle strutture erogative nell'ambito delle dipendenze. Tale operazione è possibile in quanto i Comuni interessati non fanno parte della città di Milano, anche se strettamente ad essa connessi. Inoltre, il distretto dell'ASST Nord Milano confluisce nella sezione metropolitana della Conferenza dei Sindaci insieme agli altri comuni dell'ATS, mentre la città di Milano ha un organismo proprio.

L'afferimento delle funzioni alle ASST della città di Milano avverrà mediante l'applicazione di un modello che prevede l'affidamento del governo di ogni singola funzione ad una specifica ASST, in modo da garantire l'omogeneità di azione su tutto il territorio cittadino, nel rispetto della modalità sopra specificata. Le funzioni saranno governate da ciascun Direttore Socio Sanitario della ASST secondo competenza, attraverso Direttori/Dirigenti, da lui dipendenti, che garantiranno un approccio univoco alla tematica.

A livello delle singole realtà la gestione dell'erogazione delle prestazioni e l'integrazione delle varie funzioni sarà garantita da Direttori/Dirigenti che avranno come riferimento il DSS dell'ASST competente per territorio.

I processi interessati al trasferimento alle ASST riguarderanno in particolare le seguenti aree di intervento:

ASST Grande Ospedale Metropolitano di Niguarda

- Valutazione multidimensionale territoriale ai fini dell'accesso all'ADI e alle "misure"

- Protesica - integrativa – farmaceutica
- Scelta/revoca–attività amministrative (rimborsi, convenzioni per trasporto dializzati,..)

ASST Fatebenefratelli Sacco

- Attività consultoriali
- Vaccinazioni

ASST Santi Paolo e Carlo

- Prestazioni erogate nell'area delle dipendenze
- Medicina legale

Il personale che svolge le attività erogative sarà trasferito alle ASST nell'arco dei primi mesi del 2017, con step definiti e concordati. Il personale sarà assegnato alle ASST tenendo conto delle relative afferenze territoriali e sedi.

Relativamente alle attività consultoriali, nell'ambito dell'approntamento di nuovi modelli gestionali, le sedi del Municipio 1 afferiranno territorialmente all'IRCCS Fondazione Policlinico Ca Granda.

Per il governo delle funzioni sarà assegnato il personale strettamente necessario alle ASST incaricate di gestirle secondo la ripartizione sopra riportata.

2. VERSO UN CENTRO SERVIZI UNICO PER LA CITTA' DI MILANO

Nel contesto dell'attuazione della l.r. 23/2015, in relazione all'opportunità di individuare nuovi processi e percorsi in grado di sostenere lo spostamento dell'asse di cura dall'ospedale al territorio, risulta importante realizzare strumenti di rete che operino per garantire una continuità effettiva di servizio al cittadino, indipendentemente dal livello a cui è in carico (ospedaliero o territoriale).

Questi strumenti devono saper mettere a fattor comune le esperienze maturate, lo sviluppo organizzativo in atto sul tema della cronicità e della fragilità e le competenze professionali presenti; allo stesso tempo devono consentire di strutturare una sinergia operativa tra i diversi soggetti coinvolti (ASST, erogatori, MMG e ATS).

Il processo per garantire la continuità dell'assistenza tra le strutture di ricovero/cura e le strutture di cure intermedie e il processo di dimissioni protette rappresentano due ambiti privilegiati da cui partire per sperimentare nuovi modelli, incentrati sul coordinamento dei percorsi assistenziali, attraverso l'istituzione di uno o più Centro servizi.

Per il suo funzionamento il Centro servizi si avvarrà di personale attribuito dalla ATS nell'ambito del passaggio della funzione valutazione, cui si aggiungerà personale messo a disposizione da ciascuna delle ASST e dagli IRCCS della città, operanti secondo le modalità individuate da una specifica procedura. L'operatività del Centro sarà integrata, nella fase di valutazione delle richieste di trasferimento in cure intermedie, da figure sanitarie messe a disposizione dalle strutture di cure intermedie, in applicazione di specifici accordi.

Il Centro servizi si caratterizza come punto unico in cui far convergere le richieste interne (provenienti dai reparti preventivamente individuati) e da cui far “partire” verso il Centro servizi unico, dopo una prima valutazione, le richieste appropriate.

Il Centro Servizi si farà carico da subito dell’applicativo informatico che gestisce attualmente i ricoveri in reparti di sub acuti nella città di Milano, effettuando una valutazione da parte dei professionisti presenti.

Il Centro servizi inizierà a farsi carico del “governo” della continuità dell’assistenza dai reparti per acuti verso le strutture di cure intermedie, estendendo progressivamente la gestione centralizzata ad altre tipologia di assistenza post ricovero, con l’obiettivo di rendere più semplice ed efficiente l’utilizzo delle risorse disponibili.

3. PRIMI PROGETTI

Il coordinamento per attuare la presa in carico nel territorio cittadino, ricco di erogatori sanitari e socio-sanitari, è garantita dall’Advisory Board, estesa al Comune di Milano, in modo da utilizzare al meglio tutte le risorse presenti in città, per garantire un’equità delle modalità di accesso dei pazienti nei vari punti erogativi.

In questo contesto, si inseriscono in prima istanza le progettualità, con particolare riguardo alle tematiche sulle demenze e sulla gestione della rete dei poliambulatori nella città di Milano.

1.2.2 L’ATS della Montagna – il Progetto A.R.N.I.C.A.

Accessibilità ai servizi nelle aree geografiche disagiate

Al fine di individuare l’assetto organizzativo più idoneo per l’applicazione della legge regionale n. 23/2015 nel contesto dell’ATS della Montagna occorre promuovere una serie articolata di azioni – alcune delle quali in fase di avanzata progettazione e di prima attuazione - sia rispetto alla costruzione di percorsi facilitanti l’accessibilità ai servizi nonché l’incremento, la qualificazione e il mantenimento delle risorse professionali necessarie a garantire elevati standard clinico-assistenziali. Su questo versante si collocano anche la realizzazione di specifici progetti obiettivo che interessano questo territorio connotato da peculiarità proprie tra questi possiamo individuare:

- il progetto ARNICA, in corso di approvazione da parte del ministero, che definisce un sistema di intervento di presa in carico della cronicità in area montana centrato sull’ottimizzazione dell’assistenza sanitaria nelle località caratterizzate da peculiari difficoltà di accesso, con il coinvolgimento di 168 Comuni ricompresi negli ambiti

distrettuali di Bormio, Tirano, Chiavenna, Morbegno, Sondrio, Dongo Menaggio e Breno

- il progetto Ospedale Virtuale Montano – MHV *“Realizzazione di infrastrutture per migliorare l’accessibilità ai servizi e sostenere il settore turistico”* che interessa l’area della Valchiavenna. Partendo da queste esperienze, si intende strutturare un percorso di studio e di indirizzo che consenta una *differente organizzazione, gestione dei servizi sanitari e anche eventualmente una differente remunerazione nelle zone* caratterizzate da difficoltà di accesso, in relazione alle caratteristiche geografiche del territorio, al quadro socio-demografico, alla rete esistente di offerta ospedaliera, territoriale e della medicina generale e ad ulteriori fattori.

2. INQUADRAMENTO ECONOMICO: IL QUADRO DEL SISTEMA PER L'ANNO 2017

2.1 CONTESTO DI RIFERIMENTO NAZIONALE

Il contesto normativo e lo scenario nazionale di riferimento per la definizione del quadro di sistema e delle fonti di finanziamento per l'anno 2017 si delineano come segue:

- il DDL di Bilancio 2017 (Legge di Stabilità), in corso di approvazione, al comma 392 definisce il fabbisogno complessivo del Servizio Sanitario Nazionale nell'ammontare di 113.000.000.000 di euro, facendo rilevare un incremento rispetto all'esercizio 2016 pari a 2.000.000.000 di euro.

Tale incremento, come ormai consuetudine, è quasi interamente vincolato a politiche di programmazione sanitaria stabilite a livello centrale e che pertanto non consentono ulteriore attività di programmazione regionale basate su criteri e fabbisogni di espressione locale.

L'incremento del Fondo Sanitario previsto dal DDL di Bilancio 2017, che verrà recepito a bilancio regionale solo a seguito dell'approvazione dell'atto di riparto tra le Regioni verrà interamente destinato e vincolato al finanziamento della revisione dei nuovi Livelli di Assistenza, al Piano Vaccini, ai Farmaci oncologici e innovativi, al mantenimento della spesa per presa in carico di pazienti affetti da HCV, ai rinnovi contrattuali del personale dipendente del S.S.N. nonché alla stabilizzazione di personale con incarichi a tempo determinato oltre al finanziamento delle Regioni a Statuto Speciale.

In attesa del riparto definitivo delle risorse del Fondo Sanitario Nazionale, in un'ottica del tutto prudentiale, la quantificazione delle risorse destinabili al finanziamento del Sistema Sanitario Regionale per l'esercizio 2017 è stata determinata sulla base delle risorse del Fondo Sanitario Nazionale previste per l'esercizio 2016, pari ad Euro 111.000.000.000 e stanziata nel bilancio di previsione regionale approvato con dgr n X/5746 del 31.10.2016.

Le modalità di determinazione del finanziamento fissato a livello nazionale e le norme di governance per i sistemi sanitari regionali devono per l'esercizio 2017 tenere conto in particolare:

- per le aziende sanitarie e Fondazioni Irccs pubbliche: di percorsi di efficientamento delle performances regolati dai criteri di cui al DM 21 giugno 2016. Tale norma, ripresa peraltro dal DDL di bilancio 2017 con un inasprimento dei coefficienti di

riferimento, determina la necessità di improntare le regole per la programmazione socio-sanitaria regionale sulla base di percorsi che tengano conto del posizionamento delle singole aziende sanitarie nel rapporto costi e ricavi della produzione;

- per gli erogatori privati: modalità di regolazione delle prestazioni rese a cittadini extra regione per attività di ricovero e ambulatoriale, sulla base di quanto stabilito dalla legge di stabilità 2016.

La programmazione a livello regionale del sistema socio-sanitario trova pertanto la definizione delle proprie attività nell'applicazione delle norme nazionali improntate a garantire specifici e nuovi fabbisogni con particolare riferimento all'area della spesa farmaceutica oltre ad attività di razionalizzazione della spesa, riguardanti l'area degli acquisti e il miglioramento delle performances delle ASST e delle Fondazioni IRCCS.

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

2.2 CONTESTO DI RIFERIMENTO REGIONALE

Le risorse disponibili per il finanziamento del Servizio Sanitario Regionale, determinate sulla scorta delle fonti citate e delle considerazioni esposte in riferimento al contesto nazionale per l'esercizio 2017 sono così quantificate:

2.2.1 Risorse parte corrente

- **18.353,15 ml/Euro**, comprensivo del saldo di mobilità extraregionale, ovvero delle risorse destinate al riconoscimento delle prestazioni rese a cittadini di altre regioni, così suddivisa:
 - **17.977,50 ml/Euro** quale quota di finanziamento di parte corrente indistinta;
 - **312,87 ml/Euro** quale quota di finanziamento per spese vincolate
 - **60 ml/euro** quale quota stimata di pay back
 - **2,78 ml/euro** quale quota entrate aggiuntive regionali relative a iscrizione volontaria cittadini stranieri, contributi accreditamento Provider per la formazione ecc

La somma trova corrispondenza nel Bilancio di Previsione Regionale per l'esercizio 2017, come da DGR X/5746 del 31/10/2016 "Approvazione della proposta di progetto di legge "Bilancio di Previsione 2017-2019" e del relativo documento tecnico di accompagnamento in corso di adozione presso il Consiglio Regionale.

2.2.2 Risorse parte capitale

Le risorse, definite in **22,54 ml/Euro**, sono interamente a carico del Fondo Sanitario Regionale, non derivano da specifici provvedimenti di finanziamento nazionale e sono commisurate ai piani di rientro per gli interventi finanziati con il fondo rotativo, sulla base di quanto previsto dalla L.R. n. 11/2011 e successivi provvedimenti attuativi.

Inoltre per l'esercizio 2017 vengono destinate maggiori risorse ad investimenti in ambito sanitario per 240 milioni di Euro, la cui copertura è assicurata dalle risorse stanziare tra le entrate in conto capitale del bilancio 2017 quale quota di rientro in via definitiva, a carico delle risorse del Fondo Sanitario, prevista dai meccanismi del fondo rotativo come aggiornati dall'art. 3 della legge regionale di stabilità 2017.

La somma trova corrispondenza nel Bilancio di Previsione Regionale per l'esercizio 2017. Le risorse, come sopra definite, dovranno garantire anche il finanziamento dei beni durevoli di Protesica Maggiore da destinare agli assistiti lombardi.

2.2.3 Attuazione della L.r.23/2015 e smi

Il Sistema Sanitario Regionale sarà impegnato, nell'esercizio 2017, dopo la fase di costituzione delle nuove aziende, a dare piena attuazione al nuovo modello evolutivo delineato dalla legge regionale n. 23/2015 e seg., pertanto dopo la fase di avvio attuata nel corso dell'esercizio 2016 è prevista la fase di sviluppo con conseguente definizione delle competenze e delle nuove attività nell'ambito del sistema nell'ottica di integrazione dell'offerta sanitaria e socio sanitaria. Per quanto definito, nell'ambito delle risorse destinate per l'esercizio 2017 è istituita la " Macroarea delle attività della presa in carico".

A completamento del quadro di riferimento è d'obbligo precisare che:

- l'accesso alle risorse del finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale a cui concorre lo Stato è sottoposto alla verifica positiva degli adempimenti regionali, a legislazione vigente, nelle modalità già definite, ed è relativa a circa il 1% del finanziamento complessivo, che per Regione Lombardia vale circa 180 ml/Euro;
- i percorsi di approvazione dei bilanci delle aziende sanitarie, della gestione sanitaria accentrata e del consolidato regionale avverranno sulla base di quanto disposto dal DLgs n. 118/2011.

2.2.4 Misure per la riduzione della compartecipazione alla spesa per specialistica ambulatoriale e rette RSA

Al fine di garantire l'equità e l'omogeneità su base regionale per l'accesso ai LEA nel rispetto delle normative regionali e nazionali di riferimento, si stabilisce di prioritaria importanza:

- La riduzione del valore massimo del c.d. "superticket";
- Un aiuto ai soggetti ricoverati in RSA caratterizzati da particolare complessità assistenziale e permanenza prolungata presso la struttura, tramite la corresponsione di un voucher che riduca l'onere economico gravante sui soggetti stessi e sulle loro famiglie.

Si prevede per le due suddette politiche uno stanziamento fino ad un massimo di 35 milioni di euro, di cui 25 milioni per le politiche di riduzione del "superticket" e 10 milioni per il sostegno agli anziani e alle famiglie nel pagamento delle rette RSA.

2.3 FINANZIAMENTO DEL SISTEMA

Le risorse del FSR corrente 2017 da destinare, con successivi provvedimenti della Giunta Regionale e delle Direzioni Generali competenti, ammontano complessivamente a € **18.353,15 milioni** e sono definite nei seguenti importi:

2.3.1 FINANZIAMENTO ENTI DEL SISTEMA REGIONALE A CARICO DEL S.S.R

Il finanziamento degli Enti del Sistema Regionale è pari a complessivi **€124,57 milioni**

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

2.3.2 FINANZIAMENTO DELLA GESTIONE SANITARIA ACCENTRATA

Le risorse da destinare al finanziamento di interventi diretti regionali a carico della **Gestione Sanitaria Accentrata** ammontano a **1.646,74 ml/Euro**:

- **fino a 270,81 ml/Euro** per far fronte alle spese dirette regionali sostenute per conto del SSR, nonché per la prosecuzione delle progettualità del Sistema sanitario già attivate negli scorsi anni e così destinate:
 - **22,54 ml/Euro** per rimborso interessi Fondo di Rotazione, da destinare a investimenti;
 - **167 ml/Euro** relative all'informatizzazione del sistema sanitario, da considerare quale tetto massimo di spesa per il 2017, comprensivo del contributo d'esercizio per spese di funzionamento definito in €18,44 milioni;
 - **7,25 ml/Euro** per i contratti per MMG, come da disposizioni del Tavolo di Monitoraggio Nazionale;
 - **74,02 ml/Euro** per le spese generali consolidate della Direzione Generale Welfare e degli oneri per rimborsi di interessi su mutui di anni pregressi per il settore sanitario;
- **fino a 837,5 ml/Euro** per funzioni non tariffate delle strutture erogatrici pubbliche e private così suddivise: **fino a 135,5 ml/Euro per gli erogatori privati e 702 ml/Euro per gli erogatori pubblici**, comprese le risorse per la tenuta dei registri tumori, da definirsi con successivo provvedimento di Giunta Regionale; sono comprese le

funzioni non tariffate per presidio servizi territoriali, per il trattamento di pazienti anziani in area metropolitana e ad alta densità abitativa. Si precisa che in relazione alle funzioni non tariffate è in corso una 'analisi in coerenza con l'evoluzione recente della normativa nazionale.

- **538,43 ml/Euro** destinati al saldo di mobilità calcolato in via previsionale sulla base dei dati del riparto del FSR 2016 in attesa dei provvedimenti nazionali di riparto delle risorse per l'anno 2017. Il valore si riferisce al saldo di prestazioni sanitarie, regolato a livello nazionale, usufruite da cittadini non lombardi presso erogatori situati sul territorio della Lombardia (mobilità interregionale attiva) e di prestazioni usufruite da cittadini lombardi presso erogatori situati nelle altre regioni italiane (mobilità interregionale passiva);

2.3.3 FINANZIAMENTO DELLA GESTIONE SANITARIA E SOCIO-SANITARIA

Per quanto attiene la quota per il finanziamento dei costi standard territoriali vengono destinati fino a **16.581,85 ml/Euro**, da ripartire tra le Aziende Sanitarie secondo le modalità di seguito indicate, tenendo conto dei livelli diretti di spesa e di quelli attribuibili agli erogatori in relazione ai livelli essenziali di assistenza e della necessità di garantire l'equilibrio economico di sistema per l'esercizio 2017:

1. **Macroarea delle prestazioni di ricovero, di specialistica ambulatoriale, e reti:** è determinata per un importo fino a **7.494,95 ml/Euro** così composto: fino a **5.221,30 ml/Euro** per ricoveri, comprensivo della mobilità passiva internazionale pari a **29 ml/Euro**; fino a **2.255 ml/Euro** per specialistica ambulatoriale e fino a **18,65 ml/Euro** relativamente alle reti sanitarie ODCP e stroke. Il valore dei ricoveri è comprensivo delle risorse di cui alla legge regionale 7/2010 che per l'anno 2017, in continuità con l'esercizio precedente, è determinata per un importo fino a **199,3 ml/Euro**, di cui **62,3 ml/Euro** per i soggetti privati.
2. **Macroarea delle prestazioni di assistenza farmaceutica , assistenza integrativa e protesica, è determinata per un importo fino a 3.520 ml/Euro:**
 - fino a 3.165 ml/Euro relativamente all'assistenza farmaceutica territoriale e ospedaliera. In attesa di successive determinazioni derivanti dal tavolo nazionale sulla governance della spesa farmaceutica e del riparto del FSN definitivo 2017. In particolare restano da definire a livello nazionale diverse politiche del farmaco tra cui i farmaci HCV e Biologici
 - fino a 355 ml/Euro per l'erogazione dell'assistenza integrativa e protesica;

Si rinvia agli specifici paragrafi in relazione alle indicazioni tecniche operative di questa Macro_AREA

- 3. Macroarea delle prestazioni di Medicina di Base, Psichiatria e Neuropsichiatria infantile è determinata per un importo fino a 1.403,96 ml/Euro di cui:**
- fino a 880,15 ml/Euro per le attività di medicina territoriale di base, compresi i progetti per ambulatori al sabato;
 - fino a 479,11 ml/Euro per prestazioni relative all'assistenza psichiatrica e di Neuropsichiatria Infantile;
 - fino a 44,7 ml/Euro per la remunerazione dell'assistenza penitenziaria, da assegnare alle ASST e IRCCS secondo competenza;
- 4. Macroarea progetti vincolate e PSSR è determinata per un importo fino a 733,27 ml/Euro di cui:**
- fino a **13,27 ml/Euro** da destinare a borse di studio MMG, superamento OPG e fibrosi cistica quota ricerca. Il valore è definito in via presuntiva sulla base del riparto 2016 ;
 - fino a **720 ml/Euro** per dare attuazione agli obiettivi PSSR e all'implementazione dei percorsi ospedale territorio, compreso il concorso regionale alla valorizzazione delle prestazioni sanitarie rese dalle aziende sanitarie pubbliche ai sensi della DGR n. 7856 del 30 luglio 2008;
- 5. Macroarea delle attività istituzionali delle ATS e ASST: per un importo fino a 990 ml/Euro** da destinare alle attività dei Dipartimenti Veterinari, Prevenzione, Pac, e altre attività territoriali comprese le risorse trasferite alle ASST a seguito della L.r.23/2015 e fino a **44,7 ml/Euro** per l'avvio dell'offerta del nuovo piano nazionale vaccini e l'allargamento della classi d'età in cui sono offerti screening oncologici per il tumore della mammella e del colon retto;
- 6. Macroarea Emergenza Urgenza: per un importo fino a 236 ml/Euro** per le spese di funzionamento, le attività di emergenza urgenza/118 di competenza dell'AREU, il soccorso alpino, le funzioni connesse alle attività del CRCC, al trasporto organi oltre ai costi di gestione per il servizio emergenza NUE 112- Numero Unico Europeo;
- 7. Macroarea unità di offerta sociosanitarie : per un importo fino a 1.662 ml/Euro da destinare :**
- Fino a 1,662 ml/Euro, al finanziamento delle Unità di offerta sociosanitarie residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali e domiciliari rivolti a soggetti fragili, anziani, disabili, alle famiglie e all'area delle dipendenze e della terminalità ;
- 8. Macroarea delle attività della presa in carico per un importo fino a 175,80 ml/Euro da destinare**

- Fino a 50,00 ml/Euro al finanziamento delle attività di presa in cura;
- Fino a 12,8 ml/Euro al finanziamento di progetti per la presa in carico proattiva assistiti cronici da parte MMG;
- Fino a 15,00 ml/Euro al finanziamento delle attività finalizzate al CREG
- Fino a 50 ml/Euro, al finanziamento delle misure istituite ex D.G.R 116/2013 e s.m.i;
- Fino a 48 ml/Euro al finanziamento delle attività per subacuti comprese le attività ai sensi dell'art. 15 comma 13 lettera C) bis della L. 135/2012,

2.3.4 ALTRE ATTIVITA': fino a 321,17 ml/Euro da destinare:

- fino a **171,20 ml/Euro**, al finanziamento dell'equiparazione finanziaria sui trattamenti tributari IRAP e IRES nei confronti degli erogatori pubblici rispetto agli erogatori privati quantificati per il sistema pubblico e al co-finanziamento delle Risorse Aggiuntive Regionali del personale dipendente SSR compreso l'importo pari a 21,20 ml di Euro per mobilità passiva ;
- fino a **149,97 ml/Euro**, ad un Fondo di riserva da destinare ai rinnovi contrattuali, ampliamento esenzioni ticket, accantonamento prudenziale pay back, accantonamenti rischi di sistema e accantonamento per incremento misure fondo sociosanitario per la famiglia;

Il finanziamento di parte corrente 2017 sarà assegnato ad ogni singola Azienda Sanitaria con atto del Direttore Generale Welfare e del Direttore dell'Area Finanza della Presidenza tenuto fermo, per tutte le Aziende, l'obiettivo dell'equilibrio economico finanziario sulla base delle risorse assegnate con provvedimento regionale e delle entrate proprie aziendali.

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

2.4 INDICAZIONI SPECIFICHE PER LE AZIENDE DEL SISTEMA SOCIO-SANITARIO REGIONALE

2.4.1 Razionalizzazione della spesa ed efficientamento del Sistema

La gestione 2017, considerata la necessità di dare piena attuazione alla norma di Evoluzione del Sistema Socio- Sanitario Regionale, prevede una fase di ulteriore sviluppo che, previo il consolidamento dei nuovi assetti aziendali, deve iniziare a sviluppare le attività definite quali cardini della legge regionale 23/2015. Gli indirizzi programmatori dovranno quindi continuare a sostenere le aziende nella prosecuzione di tali attività, tenendo conto del nuovo contesto di sistema regionale e nazionale.

Come già prefigurato nelle regole di sistema 2016 in ordine alla fase di prima attuazione, l'occasione offerta dalla L.r. 23/2015 di operare un cambiamento strutturale del sistema sanitario lombardo deve necessariamente proseguire, dando impulso ai processi di razionalizzazione della spesa sanitaria per la sua riconversione in processi socio-sanitari, a garanzia di sempre maggior qualità delle prestazioni e attenzione ai bisogni della popolazione assistita, con particolare attenzione alle categorie fragili.-

A tal fine le aziende dovranno continuare a garantire percorsi di massima efficienza nella governance della spesa socio-sanitaria, con particolare riferimento ai processi di acquisto e al rapporto costi e ricavi della produzione secondo le direttive di cui al D.M 21/06/2016.

La gestione dei fattori produttivi nell'anno 2017 dovrà essere rivolta a proseguire l'attività di riorganizzazione prevista nell'evoluzione del sistema sanitario lombardo (legge regionale 23/2015) in una logica di miglioramento della produttività intesa come rapporto tra il valore prodotto ed i fattori produttivi utilizzati.

Le linee d'intervento ed i piani programmatici dovranno essere principalmente costruiti tenendo conto e per dare attuazione a quanto previsto nella legge 28 dicembre 2015, n.208 (art. 1, commi da 521 a 527) e successivo Decreto Ministeriale del 21 giugno 2016, che dettano disposizioni circa le procedure per conseguire miglioramenti nella produttività e nell'efficienza degli enti del Servizio sanitario nazionale, nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario e nel rispetto della garanzia dei livelli di assistenza.

Le attività di verifica e la comparazione regionale sull'utilizzo dei fattori produttivi dovrà essere effettuata ad un livello più analitico del totale aziendale, andando a controllare l'evoluzione della spesa per Presidio e per Unità organizzativa. A tal fine è fondamentale il coordinamento delle diverse funzioni aziendali che lavorano sui processi di programmazione delle attività, di acquisto dei fattori produttivi e potenziare le funzioni di Controllo di gestione per avere un sistema di contabilità analitica che supporti adeguatamente tali processi.

Ulteriore linea di attività per l'ottenimento di risparmi di spesa per fattore produttivo è la piena e puntuale adesione al sistema di acquisti aggregati e centralizzati.

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

E' imprescindibile, per un miglioramento ulteriore della produttività che tenga conto della qualità dei prodotti acquistati, che gli enti sanitari e ARCA spa sviluppino un sistema degli

acquisti coordinato e efficace considerando tutti gli aspetti dell'acquisto. In particolare, è necessario che la definizione puntuale dei fabbisogni avvenga attraverso la costituzione di tavoli tecnici per la determinazione delle procedure di gara con la partecipazione dei professionisti sanitari più accreditati per specialità e un attento controllo nell'esecuzione dei contratti.

Tra gli strumenti ritenuti più efficaci per la governance e razionalizzazione della spesa si evidenzia l'attività di benchmarking, quale indicatore utile per la rinegoziazione dei prezzi d'acquisto in essere, e le banche dati sviluppate e rese disponibili agli enti negli anni scorsi con i confronti fra strutture pubbliche regionali e nazionali e per alcuni dispositivi medici, fra strutture pubbliche e private. La comparazione della spesa dovrà essere estesa anche a tutti i servizi sanitari e non sanitari più importanti.

In relazione all'analisi della spesa per beni e servizi dovrà pertanto proseguire il percorso già intrapreso nel corso degli esercizi precedenti in ordine alla necessità di uniformare la rappresentazione della stessa attraverso l'applicazione di modalità omogenee di classificazione dei fattori produttivi nell'ambito dei bilanci delle aziende sanitarie, per una corretta e appropriata rappresentazione che possa favorire il monitoraggio, anche attraverso l'introduzione di specifici indicatori utili a garantire il confronto tra aziende del sistema e il rispetto degli obiettivi per il mantenimento dell'equilibrio di bilancio.

Come già anticipato nelle regole di sistema 2016 per le categorie di beni individuate valgono i seguenti principi:

- a) la razionalizzazione dei costi non deve pregiudicare le prestazioni sanitarie da effettuarsi e deve applicarsi in un'ottica di gestione e governo dei contratti con l'obiettivo di una razionalizzazione di lungo periodo;
- b) si richiede di responsabilizzare le Direzioni Sanitarie nell'intervento coordinato con i responsabili amministrativi per definire le migliori soluzioni alternative ai contratti vigenti;
- c) le azioni di razionalizzazione della spesa dovranno essere condivise con il Collegio Sindacale al fine di allineare i propri acquisti alle migliori condizioni possibili del mercato.

Diventa quindi essenziale riuscire a raggiungere più alti livelli di efficienza aggregando la domanda nell'acquisto di beni e servizi in cui vi siano ancora margini di miglioramento, cercando attraverso tali interventi di trovare un giusto compromesso in termini di innovazione di prodotto e flessibilità gestionale della singola azienda.

2.4.2 Obiettivi economici dell'aggregato costi Beni e Servizi

Sulla base di quanto precedentemente descritto, gli obiettivi economici dell'aggregato di Spesa Beni e Servizi saranno costruiti per il perseguimento dell'efficienza produttiva tenendo conto dello scostamento in valore assoluto e percentuale fra costi e ricavi di produzione anche alla luce dei criteri utilizzati per dare attuazione a quanto previsto nella

legge 28 dicembre 2015, n. 208 (art. 1, commi da 521 a 527) e successivo Decreto Ministeriale del 21 giugno 2016, i quali potranno essere integrati dalla legge di Stabilità per l'anno 2017.

Per le aziende che per l'anno 2015 si trovano all'interno o vicine alle soglie previste dalle norme sopra citate o che potenzialmente potrebbero esserci per l'esercizio 2016 sarà previsto un percorso di efficientamento dell'aggregato Beni e Servizi definito e concordato tra Regione e la singola azienda ospedaliera.

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

- a. Sulla quantità assorbita/consumata di fattore produttivo a parità di produzione;
- b. Sul prezzo d'acquisto unitario dei fattori produttivi sfruttando gli esiti delle procedure centralizzate ed agendo attraverso le attività di rinegoziazione possibili attraverso la comparazione delle esperienze d'acquisto delle altre aziende pubbliche e private.
- c. Sul mix di fattori produttivi assorbiti a parità di produzione. A tal fine è importante estendere l'analisi a livello di Unità Operativa/Specialità ed utilizzare gli indicatori provenienti dalle contabilità analitiche aziendali.

Tali indicatori permetteranno alle ASST e IRCCS di definire il piano di raggiungimento del risultato previsto indicando degli obiettivi quantitativi per classi omogenee di spesa e per singolo fattore produttivo anche alla luce del trend storico degli stessi, andando a incidere sulle aree di minore efficienza.

Per le altre aziende la costruzione del preventivo 2017 e l'assegnazione degli obiettivi economici sui beni e servizi sarà effettuata partendo dall'incidenza dei fattori produttivi (suddivisi per classi omogenee) sulla produzione aziendale comparata con la media regionale.

Le classi omogenee di spesa di B&S sono così definite:

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

La riduzione media di sistema prevista per ASST e IRCCS è del 1,7% sul valore dei B&S al netto delle sterilizzazioni (AREU, utilizzi contributi, contributi dell'anno, File F, Doppio Canale e primo ciclo, Premi assicurativi RCT/RCO)

- per le ATS:
Area Beni e Servizi a gestione diretta: verrà verificata e ricondotta in relazione agli effetti della riorganizzazione funzionale di cui all'applicazione della L.r./23/2015.

2.4.3 Definizione dei criteri di riduzione

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

- del trend storico correlato al livello di produzione e ai costi totali di produzione;
- del benchmarking con le altre aziende del sistema;
- del posizionamento in relazione allo scostamento tra costi e ricavi di produzione (per le sole ASST e IRCCS) ;

Il raggiungimento dell'obiettivo di riduzione della spesa per beni e servizi dell'esercizio 2017 verrà valutato in sede di obiettivi dei Direttori Generali.

Ai fini della determinazione degli obiettivi economici verrà definito nei decreti di assegnazione il livello dei costi evidenziando il criterio applicato a ciascuna azienda tra quelli sopra delineati.

Più in generale l'obiettivo economico delle aziende sanitarie consiste nel rispetto degli obiettivi economici assegnati in coerenza con l'assetto della produzione.

Si sottolinea la responsabilità gestionale affidata ai direttori generali che sono tenuti a perseguire obiettivi di equilibrio del bilancio basato su percorsi di razionalizzazione della spesa a livello aziendale di natura strutturale.

Per le aziende che verranno individuate nell'ambito dei processi di cui al D.M 21.06.2016 le valutazioni verranno effettuate sulla base dei piani concordati con Regione.

2.5 AREA BILANCI

Ai sensi della normativa vigente il bilancio preventivo deve garantire l'equilibrio economico finanziario. Il Bilancio preventivo 2017, ha carattere autorizzatorio e diviene lo strumento aziendale per garantire il perseguimento degli obiettivi di equilibrio economico secondo le linee programmatiche aziendali e di sistema, in quanto attuativo delle linee di indirizzo definite.

Al fine del monitoraggio dei vincoli richiesti dalla normativa di cui al DM 21.06.2016, verrà richiesta la predisposizione del Conto Economico Ministeriale per singolo presidio ospedaliero, da monitorare in corso d'anno unitamente agli esiti derivanti dall'analisi resa dal Controllo di Gestione. Verranno fornite indicazioni in merito alle modalità e ai tempi per l'organizzazione di tali attività.

I Bilanci preventivi economici anno 2017 dovranno essere approvati in base alle disposizioni del D.Lgs n. 118/2011 e in relazione ai contenuti del presente atto e delle linee di indirizzo operative conseguenti nonché degli obiettivi economici assegnati.

Come di consueto con specifica circolare verranno definite le tempistiche di redazione e le modalità di invio dei bilanci preventivi 2017, che dovranno essere approvati dalla Giunta Regionale.

In continuità con gli esercizi precedenti, nei decreti di assegnazione delle risorse per l'esercizio 2017, saranno forniti puntuali limiti di costo invalicabili per i principali fattori produttivi (personale, beni e servizi, altri oneri, ...), sulla base delle regole previste dal presente provvedimento. I suddetti limiti terranno conto anche della necessità di attuare il nuovo modello socio- sanitario, nonché di perseguire obiettivi di stabilizzazione e contenimento dei costi. Pertanto nei decreti di assegnazione delle risorse per l'anno 2017 saranno esplicitati i valori per le varie tipologie di spesa che dovranno essere pienamente rispettati nelle allocazioni di bilancio e dovranno essere considerati vincoli gestionali, al fine del mantenimento dell'equilibrio aziendale e di sistema; come tali saranno oggetto di puntuale monitoraggio in corso d'anno.

In particolare, anche per l'esercizio 2017, è richiesto il diretto coinvolgimento del Collegio Sindacale nelle varie fasi che accompagnano il processo di bilancio e di revisione dei processi aziendali per una maggior ottimizzazione delle risorse. In particolare ai Collegi Sindacali è richiesto oltre a quanto stabilito dalle norme:

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

Partite Intercompany: obiettivo richiesto per l'anno 2017 è il pieno allineamento delle partite intercompany, al fine di garantire le necessarie riconciliazioni di sistema anche attraverso l'utilizzo del nuovo strumento informatico (Partitario Intercompany), predisposto nel corso dell'esercizio 2016 e messo a disposizione delle aziende.

Stante la rilevanza che l'ambito delle quadrature intercompany assume per il sistema verrà introdotto apposito obiettivo di valutazione dei Direttori Generali.

Utilizzi Contributi anni precedenti: i contributi dovranno essere appostati a bilancio previa verifica ed validazione del Collegio Sindacale, a garanzia di quanto disposto dal Dlgs 118/2011. Non si intende pertanto autorizzata l'esposizione di valori previamente non verificati ed asseverati.

Nel corso dell'esercizio 2017 verranno introdotte particolari attività di verifica e regolarizzazione in materia di bilancio di cui è meglio precisato nella successiva area riguardante l'Attuazione del D.lgs. 118/2011 e s.m.i.

Si precisa che con riferimento alle risorse da FSR e extra fondo accantonate nei bilanci d'esercizio 2015 – gestione ASSI delle ex Aziende Sanitarie Locali, che dal 1° gennaio 2016 confluiscono nei bilanci di costituzione delle Agenzie di Tutela della Salute – sezione sanitaria, si stabilisce che qualsiasi utilizzo per servizi ed interventi sociosanitari riguardante l'esercizio 2017 e successivi dovrà essere preventivamente autorizzato dalle Direzioni Generali Welfare e Presidenza con specifico provvedimento.

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

2.5.1 Pubblicazione Bilanci e Regole Trasparenza

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

2.5.2 Modelli di Bilancio 2017:

Si conferma la struttura dei modelli di bilancio introdotti per l'anno 2016:

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

Al fine del monitoraggio dei vincoli richiesti dalla normativa dei Piani di rientro, verrà richiesta la predisposizione del Conto Economico Ministeriale per singolo Presidio Ospedaliero, da monitorare con cadenza semestrale, con particolare riferimento ai dati predefinitivi di IV CET e di consuntivo.

Le disposizioni previste dal D.Lgs n. 118/2011 che prevedono la riconduzione univoca del piano dei conti aziendale alle voci previste negli attuali modelli CE Min e SP Min, si

intendono estese alle voci di bilancio regionale attive nelle specifiche sezioni (NISAN, NIASSI, NISOC, NITER, NIRIC, ecc).

Le Aziende, a seguito di apposita circolare, dovranno inviare il piano dei conti aggiornato ed integrato secondo le disposizioni di cui sopra.

Nel corso del 2017 continuerà il lavoro di integrazione dell'assegnazione economica e finanziaria: in particolare proseguirà l'integrazione con il modello di budget di cassa e con il prospetto delle rimesse regionali mensili erogate, nonché con le compensazioni Finlombarda.

Infine si confermano i seguenti indirizzi:

2.5.3 Certificazioni Trimestrali

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

In sede di monitoraggio trimestrale le Aziende sanitarie sono tenute al rispetto del vincolo inderogabile definito dai valori appostati a Bilancio Preventivo. In linea generale non saranno consentiti travasi di risorse tra le varie voci salvo esplicita autorizzazione, tramite apposito decreto emanate dalla DG Welfare e Presidenza.

Nell'esercizio 2017 verranno verificati gli andamenti di spesa di sistema e produzione su base mensile per un puntuale monitoraggio della spesa ; a questo fine è fatto espresso obbligo di un puntuale allineamento di tutti i flussi di attività riguardanti sia le ATS che le ASST e Fondazioni IRCCS.

2.5.4 ATTUAZIONE DEL DLGS 118/2011 e s.m.i.:

Nel corso del 2017 continueranno i percorsi previsti dalla casistica applicativa per:

- l'armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio della Regione e delle Aziende Sanitarie Pubbliche alla luce anche del nuovo modello sanitario LR 23/2015
- l'adempimento dell'obbligo del percorso triennale della certificabilità dei bilanci delle Aziende Sanitarie Pubbliche.

2.5.5 Armonizzazione dei sistemi contabili regionali

Nel corso del 2017, in continuità con le regole dell'esercizio precedente, saranno recepite indicazioni relative:

- al continuo monitoraggio delle poste di ricavi/costi e crediti/debiti rispetto alle scritture regionali come da sistema informativo regionale e da indirizzi regionali in attuazione alle disposizioni del D.lgs. 118/2011 e successive modificazioni inerenti la Gestione Sanitaria Accentrata (GSA)

2.5.6 Inventario di Costituzione nuove Aziende

A seguito del lavoro di ricognizione dei rapporti di debito/credito tra le Aziende del Sistema Socio Sanitario regionale e la Regione, di cui alla DGR n. X/5844 del 18 novembre 2016, proseguono le attività di verifica delle posizioni creditorie e debitorie ereditate dalle ex Aziende Sanitarie al fine di garantire la rappresentazione delle situazioni patrimoniali di apertura delle nuove Aziende fondate su elementi di certezza e rapporti giuridici definiti.

Nel corso dell'esercizio verranno fornite indicazioni per il pieno allineamento delle partite creditorie / debitorie anche verso Aziende Sanitarie Pubbliche del Sistema Regionale ed indicazioni procedurali per addivenire alla situazione patrimoniale di apertura.

2.5.7 Percorso Attuativo della Certificabilità

Si rinvia a successivo provvedimento della Giunta Regionale la proposta di aggiornamento del piano regionale dei Percorsi Attuativi della Certificabilità che a partire dall'esercizio 2017 verrà avviato tenuto conto del nuovo modello organizzativo.

2.6 AREA GESTIONE FINANZIARIA

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

I saldi annuali saranno erogati a seguito delle assegnazioni definitive ,della determinazione delle funzioni non tariffate nonché sulla base delle rendicontazioni per le attività relative ai progetti finanziati con risorse del FSR corrente.

Si richiama il divieto di utilizzo dell'anticipazione di Tesoreria. Eventuali oneri legati all'utilizzo di anticipazione di tesoreria verranno valutati in sede di obiettivo dei Direttori Generali.

Qualora si manifestassero esigenze straordinarie di cassa, oltre i limiti dei finanziamenti assegnati, l'Azienda dovrà inoltrare apposita e motivata richiesta alla D.G. Welfare al fine di

ottenere eventuali anticipazioni finanziarie da restituire secondo un piano da concordare secondo quanto disposto dalla L.r. 5 agosto 2014 n.24.

Sempre al fine di una puntuale gestione finanziaria si richiama l'attenzione delle UOC Economico Finanziarie delle aziende sanitarie a verificare in corso d'esercizio che vengano inoltrate con la dovuta puntualità le istanze relative agli smobilizzi dei contributi in conto capitale anche al fine di evitare un inappropriato utilizzo della cassa corrente che non potrà più essere garantita a supporto di tale tipologia di pagamenti.

E' richiamata l'attenzione delle aziende ad una puntuale gestione finanziaria delle risorse compreso lo smobilizzo dei crediti verso soggetti terzi al sistema oltre che ad una puntuale verifica dello stato di indebitamento.

2.6.1 Trasferimenti da Regione alle Aziende Sanitarie pubbliche

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

- per le ATS saranno commisurati al reale fabbisogno del proprio territorio. La determinazione degli acconti, inoltre, sarà calcolata al netto degli acquisti di beni e servizi a gestione centralizzata (propri e delle Aziende di appartenenza territoriale) e considerando il saldo di mobilità intra ed extraregionale; tale saldo sarà quantificato sulla base dei flussi di attività resi disponibili da un sistema messo a punto a livello regionale che consente la rilevazione dei dati effettivi di produzione/consumo delle singole aziende. Tali dati consentiranno, anche, la tempestiva rilevazione dei debiti/crediti tra ATS per la mobilità intraregionale
- per le ASST e Fondazioni IRCCS, l'AREU e l'Agenzia dei Controlli, saranno erogati da Regione nei limiti degli importi attribuiti, a ciascuna Azienda, con i decreti di assegnazione dei finanziamenti di parte corrente dell'esercizio.

Gli acconti verranno calcolati tenendo conto degli effetti dei costi non monetari quali la mobilità passiva extraregionale e internazionale (per le sole ATS) e gli ammortamenti per le ASST e le Fondazioni, tenuto conto del posizionamento di ogni singola realtà aziendale. Gli acconti, infine, non terranno conto anche degli accantonamenti, in quanto la relativa cassa verrà erogata solo in seguito agli effettivi smobilizzi e su istanza motivata.

2.6.2 Trasferimenti di cassa tra ATS ed erogatori di appartenenza territoriale

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

Le ATS dovranno adottare una metodologia standardizzata e condivisa per il calcolo degli acconti mensili alle Aziende pubbliche del proprio territorio, regolando le rimesse mensili sia in base al valore contrattato che alla reale produzione del singolo erogatore, sulla base di monitoraggi periodici e acquisendo dalle Aziende, attraverso il Piano dei Flussi di cassa prospettici, gli elementi necessari ad impostare un'adeguata programmazione dei flussi finanziari che consenta la corretta pianificazione delle rimesse di cassa reale e delle compensazioni G3S.

Si anticipa che saranno emanate a breve apposite linee guida per supportare le aziende nella metodologia di calcolo delle rimesse dovute, che conterranno altresì principi correttivi e semplificativi dell'attuale procedura dei pagamenti a gestione centralizzata.

Infine, in una logica di sistema che promuove la piena parità di diritti e di doveri fra soggetti erogatori accreditati di diritto pubblico e di diritto privato, le ATS saranno chiamate ad un maggiore coinvolgimento degli erogatori sanitari di diritto privato nella massimizzazione dell'efficienza nella gestione dell'esposizione debitoria, allo scopo di rendere quanto più omogeneo il sistema dei pagamenti del Servizio Sanitario sul territorio regionale.

- **Trasferimenti verso erogatori pubblici**

Anche per l'esercizio 2017 sarà necessario:

- garantire acconti mensili non inferiori al 95% di tutte le prestazioni sanitarie a contratto/convenzione e non, precisando che il limite del 95%, comprensivo delle compensazioni G3S di competenza, potrà essere raggiunto entro il 31.3.2018;
- assicurare, agli aventi diritto, gli acconti relativi alle maggiorazioni tariffarie ex L.R. n. 7/2010, in misura non inferiore all'85% del valore dell'ultima validazione formale, in attesa delle determinazioni regionali per l'esercizio di competenza;
- garantire le rimesse di cassa reale con tempistiche che ragionevolmente consentano il rispetto delle scadenze maggiormente onerose (stipendi), e comunque entro 5 giorni dal ricevimento dei trasferimenti regionali, allo scopo di evitare il ricorso alle anticipazioni di tesoreria da parte dell'Azienda creditrice;
- regolare i saldi infrannuali, laddove previsti, non oltre il mese successivo alle scadenze pattuite nei contratti;
- regolare i saldi definitivi entro 60 giorni dalla validazione regionale, compatibilmente con l'espletamento dei controlli di competenza, fatto salvo il contenzioso comprovato;

- **Trasferimenti verso erogatori privati**

- garantire acconti mensili fino al 95% di tutte le prestazioni sanitarie a contratto/convenzione, comprese le funzioni non tariffate;
- assicurare, agli aventi diritto, gli acconti relativi alle maggiorazioni tariffarie ex L.R. n. 7/2010, in misura non inferiore all'85% del valore dell'ultima validazione formale, in attesa delle determinazioni regionali per l'esercizio di competenza;
- regolare i saldi infrannuali, laddove previsti, non oltre il mese successivo alle scadenze pattuite nei contratti;
- regolare i saldi definitivi entro 60 giorni dalla validazione regionale, compatibilmente con l'espletamento dei controlli di competenza, fatto salvo il contenzioso comprovato;

2.6.3 Pagamenti verso fornitori

La gestione dei pagamenti verso i fornitori deve garantire il rispetto delle scadenze delle fatture (30/60 giorni, fatto salvo i contratti vigenti con altre tempistiche).

Obiettivo per il corrente esercizio è il mantenimento delle performances positive sinora raggiunte ed un ulteriore impulso alla riduzione dei tempi di pagamento per le aziende che ad oggi non fanno registrare tempi di pagamento in linea con la media regionale.

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

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

2.6.4 Fatturazione elettronica

Nel corso del 2016, l'HUB di fatturazione elettronica è stato adeguato ai sensi della L.23/2015. Durante l'anno sono stati inoltre sviluppati e messi a disposizione da parte di Lombardia Informatica SpA i webservices, per agevolare le aziende nelle attività di upload e download delle fatture, nonché delle attività di accettazione/rifiuto delle stesse.

I test per la validazione degli adeguamenti software delle Aziende continueranno anche nell'anno 2017, per consentire a tutte le aziende interessate l'integrazione con i sistemi sviluppati.

Nel corso dell'anno verrà improntato un piano di fattibilità per valutare l'integrazione tra gli attuali sistemi (G3S, Hub di fatturazione elettronica, Piattaforma di Certificazione dei Crediti)

volto all'efficientamento dello scambio di informazioni da e verso le Aziende e al miglioramento della tempestività di aggiornamento dei dati.

2.6.5 Gestione centralizzata G3S

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

2.7 AREA CONTROLLO DI GESTIONE

La Direzione Generale Welfare effettuerà nel corso del 2017 puntuali analisi di dettaglio dei dati derivanti dai Flussi Co.An. inviati dalle Aziende nel rispetto delle Linee Guida regionali vigenti in materia di controllo di Gestione, con l'obiettivo finale di fornire sia a livello regionale ma soprattutto alle aziende del SSR strumenti di monitoraggio del trend dei costi e della correlata produzione sempre più puntuali.

Al fine di dare attuazione a quanto previsto dal Decreto Ministeriale del 21 giugno 2016 ad oggetto "Piani di cui all'articolo 1, comma 528, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, per le aziende ospedaliere (AO), le aziende ospedaliere universitarie (AOU), gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici (IRCCS) o gli altri enti pubblici.", nell'ottica di valutare l'efficienza gestionale, saranno implementati appositi indicatori per le ASST/IRCCS volti a favorire manovre di efficientamento della spesa, alla razionalizzazione dell'utilizzo dei fattori produttivi e al controllo dei fabbisogni.

In tal senso sarà ampliato il set di indicatori previsti nel Cruscotto regionale di Controllo di Gestione, con lo scopo di consentire specifiche valutazioni da parte dei controller delle stesse aziende, con un livello di indagine che scende sino al livello di singolo Presidio aziendale, sulla base di quanto previsto dal DM sui Piani di Rientro di cui sopra, fino al dettaglio del singolo centro di costo (reparto).

Tali indicatori costituiranno uno strumento indispensabile per le aziende che entreranno in piano di rientro e costituiranno uno strumento di programmazione fondamentale per tutte le altre aziende.

In particolare verranno analizzate singole classi CND di dispositivi medici, rapportando i costi di acquisizione degli stessi alla produzione riferita alle singole classi di DM al fine di valutare l'efficienza e la razionalizzazione di questi fattori produttivi a parità di produzione

(es. per i dispositivi ad alto costo rilevazione del prezzo unitario medio d'acquisto e incidenza del costo sul valore DRG), in modo da fornire alle singole aziende utili strumenti ai fini di individuare le migliori modalità di acquisto e le eventuali attività di rinegoziazione.

Le aziende devono pertanto dotarsi sempre più di un sistema aziendale di contabilità analitica e controllo di gestione in grado di rilevare e correlare dati di attività e fattori produttivi.

Saranno inoltre attivati a livello regionale dei gruppi di lavoro composti dai referenti del controllo di gestione delle ASST che si occuperanno della verifica dei seguenti indicatori implementati a fine 2015 e suddivisi come segue:

- 1) I09: Prestazioni per interni radiologia per 1.000 euro di fatturato
I10: Prestazioni per interni anatomia patologica per 1.000 euro di fatturato
- 2) I01: % costo CND W – Materiale Diagnostico su fatturato di produzione
I08: Prestazioni per interni laboratorio per 1.000 euro di fatturato
- 3) I02: costo Strumentario chirurgico (K, L) su numero DRG chirurgici e AMB chirurgica
I06: Costo sala operatoria per 1.000 euro di fatturato chirurgico
I07: Costo sala operatoria per intervento
- 4) I03: % costo CND P – Materiali protesici (endoprotesi) su fatturato DRG con protesi
I11: Prestazioni per interni trasfusionale per 1.000 euro di fatturato
- 5) I04: % costo CND J – Materiali protesici (dispositivi impiantabili attivi) su fatturato DRG con protesi
- 6) I05: costo Farmaci su gg degenza

L'attività dei gruppi di lavoro potrà essere ampliata includendo i nuovi indicatori che si andranno a sviluppare nel 2016.

Per le ATS, partendo dal modello ministeriale LA, sarà individuato un set di indicatori di consumo per livello di assistenza (Prevenzione, Distrettuale, Ospedaliera). In particolare per ciascun livello e per aggregati di livello saranno individuati gruppi di indicatori di consumo

sia per assistito (paziente che ha effettivamente usufruito del servizio) che per assistibile (popolazione di riferimento del servizio oggetto di analisi).

Nella predisposizione dei flussi di contabilità analitica, le Aziende dovranno seguire le regole contenute nelle linee guida regionali sul Controllo di Gestione delle ATS/ASST/IRCCS e le eventuali indicazioni dei referenti regionali. Per quanto concerne i moduli di quadratura relativi ai flussi Co.An, in continuità con quanto già impostato nel corso del 2016, si richiederà a tutte le aziende una quadratura tra Co.An e Co.Ge che arrivi al massimo dettaglio.

Per il 2017, oltre ai flussi trimestrali, saranno richiesti gli invii relativi ai flussi aggiuntivi di preventivo e preconsuntivo Co.An, le cui scadenze saranno comunicate con apposite note regionali.

2.8 ULTERIORI DISPOSIZIONI

2.8.1 Conto Giudiziale

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

Le Aziende dovranno curare l'invio e la trasmissione di conti giudiziali riferiti all'anno 2016.

2.8.2 Adempimenti LEA (Livelli Essenziali di Assistenza)

Sono in corso di approvazione da parte del Comitato del LEA del Ministero della Salute gli adempimenti relativi all'esercizio 2017. Il rispetto di tali adempimenti costituirà obiettivo per le aziende sanitarie.

2.8.3 CESSAZIONE DI TRASFERIMENTI PER ACCONTI PRESTAZIONI STRANIERI STP ONERE

9

A partire dall'anno 2017, le prestazioni effettuate a favore di stranieri STP dovranno trovare la copertura finanziaria attraverso la fatturazione diretta alle amministrazioni competenti. Anche in considerazione di un prefigurato cambiamento dei soggetti istituzionalmente competenti cessa la gestione dei trasferimenti in acconto per tali tipologie di attività.

E' richiamata comunque la responsabilità dei singoli Erogatori nella corretta e puntuale fatturazione delle prestazioni in oggetto.

2.8.4 PCC – REPORTISTICA STANDARD PER MONITORAGGI

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

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

2.8.5 N.O.C.C. (NUCLEO OPERATIVO DI CONTROLLO CONTABILE)

L'attività del Nucleo operativo di Controllo Contabile si espletterà nel 2017 attraverso visite presso le ASST/IRCCS/ATS in ambiti contabili riguardanti la Contabilità generale ovvero la Contabilità analitica/Controllo di Gestione.

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

2.8.6 ADEMPIMENTI EX ARTT. 14, 15 E 22 DEL D.LGS N. 33/2013 COSÌ COME MODIFICATO DAL D.LGS N. 97/2016

L'articolo 22 del D.Lgs 14 marzo 2013, n. 33 (Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni), così come modificato dal D.Lgs n. 25.3.2016 n. 97

prevede che nel sito web regionale sia inserito il collegamento con i siti istituzionali degli Enti pubblici istituiti, vigilati e finanziati dalla Regione (tra cui figurano anche le Aziende Sanitarie) nei quali sono pubblicati i dati relativi ai componenti degli organi di indirizzo e ai soggetti titolari di incarico, in applicazione degli articoli 14 e 15, dei decreti medesimi.

In particolare al comma 4 dell'art. 22 è previsto che, in caso di mancata o incompleta pubblicazione dei dati relativi a tali enti, è vietata l'erogazione in loro favore di somme a qualsivoglia titolo da parte dell'amministrazione interessata, ad esclusione dei pagamenti che le amministrazioni sono tenute ad erogare a fronte di obbligazioni contrattuali per prestazioni svolte in loro favore.

Al fine di evitare interruzioni e/o ritardi delle erogazioni regionali, le aziende dovranno presentare trimestralmente una dichiarazione circa il rispetto degli obblighi in argomento.

La dichiarazione mensile, da inoltrare entro il giorno 5 dei mesi di gennaio, aprile, luglio e ottobre, dovrà essere firmata congiuntamente dal Direttore Generale, dal Responsabile Aziendale per la trasparenza, dal Presidente dell'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance (OIV) e dal Presidente del Collegio Sindacale.

La comunicazione dovrà essere inoltrata via PEC all'indirizzo presidenza@pec.regione.lombardia.it

Gli Uffici Regionali procederanno ad effettuare controlli a campione per accertare l'effettiva pubblicazione dei dati oggetto della dichiarazione, ricordando che, nei casi di violazione degli obblighi di trasparenza sopra richiamati, saranno applicate le sanzioni previste all'art. 47 della normativa in vigore.

3. LINEE DI INDIRIZZO SUGLI ACQUISTI DELLE AZIENDE/ AGENZIE SANITARIE E RISK MANAGEMENT

3.1. IL SISTEMA DEGLI ACQUISTI DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

Regione Lombardia conferma per l'anno 2017 l'organizzazione del sistema degli acquisti regionale delineata nella Delibera N° X/4702 del 29/12/2015.

Eventuali modifiche all'organizzazione esistente potrebbero essere apportate in particolare con la Legge di Stabilità nazionale per l'anno 2017 e con la definizione dei requisiti tecnico organizzativi per l'iscrizione all'elenco di cui all'articolo 38 (qualificazione delle stazioni appaltanti e centrali di committenza) del Nuovo Codice degli Appalti Decreto Legislativo 18 Aprile 2016, n. 50.

3.1.1 Normativa approvvigionamento enti sanitari e utilizzo della piattaforma telematica Sintel

Si conferma quanto stabilito nella nota H1.2013.0008332 del 13/03/2013, ove si specifica l'obbligo per gli enti sanitari di ricorrere, in via graduata all'utilizzo di:

- 1) Convenzioni stipulate dalla CRA di riferimento;
- 2) Convenzioni stipulate da Consip S.p.A. laddove non presenti Convenzioni ARCA S.p.a.,
- 3) ovvero, in assenza degli strumenti di cui ai punti 1) e 2):
 - Per gli acquisti inerenti le categorie merceologiche presenti nella “piattaforma CONSIP”, gli strumenti di acquisto e negoziazione telematici messi a disposizione da Consip S.p.A. (SDA e MePA) o dalla CRA di riferimento (es.: SinTel per la Regione Lombardia considerato l'obbligo di utilizzo di SinTel previsto dall'art. 1, comma 6-ter della L.R. n. 33/2007 - con riferimento allo svolgimento di procedure di affidamento di servizi e forniture di qualsiasi importo);
 - Per gli acquisti inerenti le categorie merceologiche non presenti nella “piattaforma CONSIP”, gli strumenti di acquisto e negoziazione messi a disposizione dalla CRA di riferimento (es.: SinTel per la Regione Lombardia, atteso l'obbligo di utilizzo di SinTel previsto dall'art. 1, comma 6-ter della L.R. n. 33/2007 - con riferimento allo svolgimento di procedure di affidamento di servizi e forniture di qualsiasi importo).

Sono confermate le tipologie di procedure escluse dall'obbligo di utilizzo della piattaforma SINTEL.

A tal fine si veda Delibera Giunta Regionale n. 818 del 25/10/2013.

Si ribadisce l'obbligo dell'utilizzo dei sistemi telematici, in particolare della piattaforma Sintel per Regione Lombardia, in quanto il ricorso alle convenzioni e/o agli strumenti di acquisto e negoziazione telematici messi a disposizione dalla centrale di committenza regionale o da Consip viene verificato annualmente dal Tavolo congiunto MEF, ANAC e CONSIP e in caso di inadempimento la Regione non può accedere alle risorse aggiuntive.

In particolare gli acquisti riguardanti i farmaci devono seguire le procedure sopra descritte ed ogni eventuale residuale eccezione dovrà essere motivata e documentata.

- a) Rispetto ai primi due punti le aziende hanno l'obbligo di verificare innanzitutto la possibilità di adesione ai contratti/convenzioni stipulati dall' Agenzia Regionale Centrale Acquisti e/o da CONSIP.
- b) Riprendendo la nota H1.2013.0008332 del 13/03/2013 "normativa su approvvigionamento Enti sanitari. Obbligatorietà adesione alle Convenzioni ex articolo 26 comma 3 della legge n. 488/1999 di ARCA S.p.a. e Consip e condizioni di esperibilità di procedure autonome" si ribadisce che alla luce dei cambiamenti normativi e dei chiari indirizzi giurisprudenziali espressi, nell'ottica di una migliore programmazione degli acquisti:
 - 1) Gli Enti Sanitari non possono attivare procedure di acquisto relative a beni e/o servizi già oggetto di Contratti/Convenzioni stipulati in loro favore da ARCA S.p.a.;
 - 2) Gli Enti Sanitari non possono attivare procedure di acquisto autonome relative ad iniziative per approvvigionamenti già oggetto di programmazione sanitaria a livello regionale ed attribuite ad ARCA, fermo restando che detti Enti potranno attivare procedure autonome, sempre che siano preventivamente autorizzate dalla Direzione Generale Welfare, solo in casi eccezionali e per una durata e quantità limitate a soddisfare il fabbisogno dell'Ente fino alla data di attivazione delle Convenzioni programmate a livello aggregato.

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

Con la Legge di Stabilità 2016, legge 28 dicembre 2015, n. 28, è stato, inoltre, rafforzato tale obbligo: gli enti del Servizio sanitario nazionale sono tenuti ad approvvigionarsi, relativamente alle categorie merceologiche del settore sanitario, come individuate dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri di cui all' articolo 9, comma 3, del decreto-legge 24 aprile 2014, n. 66, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 giugno 2014, n. 89, avvalendosi, in via esclusiva, delle centrali regionali di committenza di riferimento, ovvero della Consip S.p.a..

Nel DPCM del 24 dicembre 2015, pubblicato in Gazzetta Ufficiale in data 09-02-2016 "Individuazione delle categorie merceologiche ai sensi dell'articolo 9, comma 3 del decreto-legge 24 aprile 2014, n. 66, convertito con modificazioni, dalla legge 23 giugno 2014, n. 89, unitamente all'elenco concernente gli oneri informativi" sono elencate le 19 categorie di beni e servizi di esclusiva competenza dei soggetti aggregati/CONSIP con le relative soglie.

Si veda, inoltre, la nota congiunta MEF-Ministero della Salute, prot. n. 20518/2016, contenente le prime indicazioni operative per l'attuazione della norma.

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

Si richiede quindi di formalizzare le richieste effettuate al soggetto aggregatore regionale ARCA S.p.a. e di utilizzare gli indirizzi mail dedicati, come nel caso delle richieste riguardanti i farmaci.

Sulle modalità di acquisizione di beni e servizi ICT nelle more della definizione del "Piano triennale per l'informatica nella pubblica amministrazione" si veda la Circolare del 24 giugno 2016, n.2 di AGID (Agenzia per l'Italia Digitale), pubblicata in G.U. il 6 luglio 2016.

In via residuale le Aziende sanitarie dovranno procedere attraverso forme di acquisizione aggregata all'interno delle unioni formalizzate di acquisto il cui perimetro è confermato rispetto alla delibera n. X/4702 del 29/12/2015.

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

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

Solo nell'impossibilità di procedere nelle modalità precedentemente descritte le Aziende sanitarie potranno attivare delle iniziative di gara autonome.

L'obiettivo per l'esercizio 2017 per gli enti sanitari è di incrementare ulteriormente la spesa effettuata attraverso procedure centralizzate/aggregate rispetto allo stesso periodo 2016.

In un'ottica di integrazione del sistema e di una funzione acquisti strutturata a rete diventa fondamentale l'attività di coordinamento e programmazione. Per quanto riguarda il coordinamento fra i diversi livelli di acquisto, risulta essenziale tenere sotto controllo tutte le fasi del processo d'acquisto partendo da una corretta programmazione fino alla verifica dell'utilizzo dei beni e servizi acquistati. Nel caso di procedure centralizzate e aggregate è quindi indispensabile rafforzare il controllo dell'esecuzione dei contratti al fine di far arrivare, nella tempistica prevista, le corrette informazioni di riscontro alla Centrale di acquisto/Ente Capofila.

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

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

Regione con i responsabili delle ATS, e in particolare il coordinatore del raggruppamento d'acquisto delle ATS costituirà un Tavolo Tecnico per valutare la fattibilità di un percorso che porti gradatamente alla verifica e coordinamento da parte delle ATS della programmazione delle attività d'acquisto delle ASST/IRCCS all'interno del proprio territorio.

L' ATS sarà responsabile di coordinare eventuali progetti di logistica dei beni (dispositivi medici, farmaci, ecc.) fra ASST facenti parte dei raggruppamenti acquisti di riferimento.

Le Aziende attraverso i coordinatori delle unioni formalizzate d'acquisto dovranno procedere ad inviare alla Direzione Generale Welfare ed a ARCA S.p.A. la pianificazione degli acquisti attraverso le modalità definite dalla Centrale d'Acquisto.

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

- Entro il 15 Gennaio 2017 – Revisione programmazione degli acquisti relativa agli anni 2017 e 2018 (gare aggregate e da svolgere in autonomia);
- Entro il 15 Marzo 2017 – Revisione degli acquisti relativi agli anni 2017 e 2018 (gare aggregate e da svolgere in autonomia) e prima programmazione per l'anno 2019;
- Entro il 30 Settembre 2017 - Revisione della programmazione per gli anni 2017 e 2018 e 2019;
- Entro il 15 Gennaio 2018 – Revisione della programmazione degli acquisti relativa agli anni 2018 e 2019.

Sempre in termini di programmazione si ribadisce che come previsto nella legge di Stabilità 2016, legge 28 dicembre 2015, n. 28, entro il mese di Ottobre di ciascun anno, le amministrazioni pubbliche devono approvare il programma biennale e i suoi aggiornamenti annuali degli acquisti di beni e servizi di importo unitario stimato superiore a 1 milione di Euro. Il programma indica le prestazioni oggetto dell'acquisizione, la quantità ove disponibile, il numero di riferimento della nomenclatura, le relative tempistiche e le risorse finanziarie relative a ciascun fabbisogno.

Il programma biennale e gli aggiornamenti degli acquisti di importo unitario stimato superiore a 1 milione, oltre a rispettare gli obblighi di comunicazione previsti dalla legge, devono essere comunicati alle strutture e agli uffici preposti al controllo di gestione aziendale e essere compresi nella programmazione inviata agli uffici regionali entro il 30 Settembre 2017.

I dati di programmazione sopra definiti devono essere trasmessi al Tavolo Tecnico dei Soggetti Aggregatori di cui all'articolo 9, comma 2, del decreto legge 24 aprile 2014, n.66, convertito, con modificazioni, con legge 23 giugno 2014, n. 89, che li utilizza ai fini dello svolgimento dei compiti e delle attività ad esso attribuiti.

Le acquisizioni non comprese nel programma e nei suoi aggiornamenti non possono ricevere alcuna forma di finanziamento da parte di pubbliche amministrazioni, fatte salve le acquisizioni imposte da eventi imprevedibili o calamitosi, nonché le acquisizioni dipendenti da sopravvenute disposizioni di legge o regolamenti.

La violazione delle previsioni di cui ai precedenti periodi è valutabile ai fini della responsabilità amministrativa e disciplinare dei dirigenti, nonché ai fini dell'attribuzione del trattamento accessorio collegato alla performance.

Da verificare, inoltre, le modalità con le quali nel decreto attuativo verranno declinati gli adempimenti, ai sensi dell'articolo 21, comma 8 del decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50.

3.2. ISTRUTTORIA ISTANZE DI AUTORIZZAZIONE

3.2.1 Richiesta autorizzazione preventiva nuovi servizi

Non sono previste per l'anno 2017 le approvazioni preventive sull'avvio di nuovi servizi da parte della Commissione per la verifica dei servizi sanitari e non sanitari in quanto i servizi non sanitari più importanti (lavanderia, pulizia e ristorazione) rientrano nelle categorie di esclusiva competenza dei soggetti aggregatori e CONSIP, per cui vi è l'obbligo di procedere all'acquisto attraverso procedure aggregate, già preventivate da ARCA S.p.a.. Lo stesso vale per i principali servizi sanitari, es. service di emodinamica/elettrofisiologia, che rientrano già nella programmazione della Centrale d'Acquisto.

In caso di procedure di acquisto miste comprensive di lavori, oppure di attrezzature, dovranno essere preventivamente ottenute autorizzazioni dagli uffici competenti per gli Investimenti e dalla Commissione delle Tecnologie Sanitarie in coerenza con le vigenti procedure specifiche.

3.2.2 Informazione attivazione di procedure di acquisto autonome

Viene confermato quanto previsto nella delibera n. X/ 4702 del 29/12/2015.

3.2.3 Verifica preventiva procedure di global service e facility management

Viene confermato quanto previsto nella delibera n. X/ 4702 del 29/12/2015.

Si richiama l'attenzione sul fatto che l'obbligo previsto dalla legge 135 del 2012 costituisce adempimento ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo SSN.

Ogni anno l'ANAC/MEF al fine della verifica dell'adempimento LEA richiede il dettaglio delle procedure di global service e facility management con copia del capitolato / bando di gara e del successivo contratto sottoscritto i quali dovranno contenere l'esatto ammontare delle singole prestazioni richieste (lavori, servizi, forniture) e la loro incidenza % sul totale dell'appalto.

Tutte le richieste preventive inviate a Regione devono coincidere con i dettagli inviati ad ANAC/MEF.

3.3. SISTEMA REGIONALE MONITORAGGIO BENI E SERVIZI

3.3.1 Dispositivi medici

Viene confermato quanto previsto nella delibera n. X/ 4702 del 29/12/2015.

3.3.2 Flusso consumi Dispositivi Medici

Viene confermato quanto previsto nella delibera n. X/ 4702 del 29/12/2015.

Gli indicatori degli adempimenti LEA prevedono che:

- 1) La trasmissione dei dati di tutte le aziende sanitarie riferiti a tutti mesi del periodo Gennaio-Dicembre 2017.

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

- 2) La spesa rilevata nel periodo Gennaio-Dicembre 2017 copra l'85% dei costi rilevati da Modello di conto economico (voci B.1.A.3.1. Dispositivi medici e B.1.A.3.2. Dispositivi medici impiantabili attivi).
Il metodo di calcolo può essere ancora variato dal Comitato LEA.

3.3.3 Flusso Contratti

Viene confermato quanto previsto nella delibera n. X/ 4702 del 29/12/2015.

Si rammenta che dall' 01/01/2015 è stato introdotto il regime sanzionatorio per l'invio dei contratti relativi ai dispositivi medici per cui si richiede particolare attenzione nella trattazione dei dati sia dal punto di vista formale sia, evidentemente, per ciò che concerne gli aspetti di costo.

Nell'anno 2016, pur in un anno di cambiamento dei sistemi informativi dovuto all'applicazione della riforma, il flusso contratti inviato dalle aziende è stato ancora molto carente.

E' a disposizione delle aziende sanitarie un report di ritorno sul flusso contratti dispositivi medici in cui verranno inviate alle aziende le informazioni relative ai dati di caricamento del flusso contratti con le eventuali segnalazioni di incongruenze rispetto al flusso consumi dispositivi medici.

Gli indicatori degli adempimenti LEA prevedono che:

L'obiettivo per l'anno 2017 sarà posto come percentuale di numeri di repertorio presenti sia nel flusso consumi, sia nel flusso contratti per l'anno 2017. Il calcolo è a livello regionale e sono escluse le categorie Q e L.

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

3.3.4 Monitoraggio Servizi non sanitari

Viene confermato quanto previsto nella delibera n. X/ 4702 del 29/12/2015.

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

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

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

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

I dati provenienti da questo flusso verranno utilizzati anche dalla Commissione Tecnologie Sanitarie.

3.3.6 Sistemi di verifica e di monitoraggio

Viene confermato quanto previsto nella delibera n. X/ 4702 del 29/12/2015.

3.3.6.1 Proroghe dei contratti di appalto – Rinnovo – C.d. clausola di adesione

Viene confermato quanto previsto nella delibera n. X/ 4702 del 29/12/2015.

Direzione Generale Welfare richiederà alle aziende per l'anno 2017 una verifica semestrale delle procedure d'acquisto effettuate con proroghe a contratti esistenti. La stessa dovrà essere inviata con la relazione trimestrale sugli acquisti alla fine del primo semestre e a fine anno il giorno 15 del mese successivo alla chiusura del semestre.

In merito alla corretta programmazione ed impostazione delle attività relative agli appalti ed in particolare per ciò che concerne gli aspetti: 1) delle proroghe dei contratti di appalto 2) rinnovo 3) c.d. clausola di adesione si rimanda ai suggerimenti presenti nelle "*Linee guida per prevenire il contenzioso*" preparato dal Comitato Regionale per la trasparenza degli appalti e sulla sicurezza dei cantieri.

“La proroga è ammessa in casi limitati ed eccezionali in cui per ragioni obiettivamente non dipendenti dall’Amministrazione vi sia l’effettiva necessità di assicurare precariamente il servizio nelle more del reperimento di un nuovo contraente. Il fondamento di tale operato è il principio di continuità dell’azione amministrativa (art.97 Cost.). La durata della proroga non deve superare il tempo strettamente necessario per l’affidamento del servizio ai sensi di legge”.

3.3.6.2 Procedure negoziate per prodotti esclusivi

Viene confermato quanto previsto nella delibera n. X/ 4702 del 29/12/2015

3.3.7 Obiettivi 2017 – dispositivi medici

Per quanto riguarda i dispositivi medici il tetto di spesa a livello regionale previsto dalla legge di Stabilità 2013, legge 228/2012, prevede un decremento (dal 4,8% per il 2013 al 4,4% dal 2014). Le misure atte al raggiungimento dell’obiettivo sono specificate nella sezione “Il quadro del sistema per l’anno 2017”.

3.4. RISK MANAGEMENT

La sicurezza dei pazienti è uno dei fattori determinanti la qualità delle cure del Sistema Sanitario Regionale. L’implementazione di un piano di risk management efficace, è quindi strettamente collegata con l’identificazione dei rischi insiti nelle diverse organizzazioni e dalla capacità di trarre insegnamento dalla comprensione e gestione degli eventi avversi.

Riconoscere e segnalare tali eventi diventa quindi essenziale per poter costruire un piano di prevenzione del rischio che favorisca l’inserimento di barriere organizzative dove si sono riscontrate delle carenze nei processi.

Nell’ottica di integrazione fra offerta ospedaliera e territoriale prevista nella legge di riforma sanitaria regionale nr. 23/2015, risulta ancora più importante seguire il percorso del paziente considerando l’interezza dei percorsi: dalla presa in carico del paziente all’attivazione dei diversi punti di offerta non solo ospedalieri ma anche territoriali.

Lo sviluppo delle attività relative alla gestione delle richieste di risarcimento, in collaborazione con gli uffici legali ed amministrativi, diventano essenziali per avere un risparmio economico e la possibilità di accedere ad un’adeguata copertura assicurativa. Non di meno importanti le informazioni che si possono trarre in termini di miglioramento qualitativo dei processi organizzativi.

Obiettivo regionale è di fare crescere il grado di implementazione a livello aziendale delle linee guida Ministeriali ed internazionali, attraverso l’attuazione di progetti e la **diffusione di protocolli e procedure operative in tema di sicurezza del paziente e delle cure.**

Il Piano Annuale di Risk Management anno 2017 dovrà essere elaborato con riferimento ai contenuti delle **17 Raccomandazioni Ministeriali** in materia di rischio clinico. Si veda il sito del Ministero della Salute per accedere alla versione aggiornata.

I temi ritenuti centrali e prioritari per l'attuazione dei progetti aziendali per il 2017 sono i seguenti:

3.4.1 Area Travaglio/Parto

Per quanto riguarda il rischio in sala parto, si prevede continuità con le attività e la formazione sviluppate nel piano 2016. Percorso implementato in stretta collaborazione con il Comitato Nascita regionale per la promozione della salute del bambino e della mamma.

Gli obiettivi principali in quest'area sono i seguenti:

- a) Nel 2016 è stato implementato da Direzione Generale Welfare lo strumento di raccolta dei Trigger.
L'obiettivo dei risk manager aziendali in collaborazione con i sanitari di Ostetricia e Ginecologia e Neonatologia è di monitorarli ed analizzarli, nonché di definire quelli più rilevanti per poter sviluppare il programma di formazione aziendale dell'anno 2017 su tale base.
- b) L'identificazione ed il management precoce dei segnali di allerta materni e fetali, in particolar modo per il riconoscimento dei casi di sepsi. Nel corso di formazione 2016-2017 sul rischio in sala parto saranno spiegati i parametri da tenere sotto controllo e il protocollo sulla sepsi che seguirà. L'obiettivo richiesto è quello di implementare a livello aziendale tale protocollo in collegamento con le indicazioni già espresse per la sepsi dell'adulto ed in ambito pediatrico.

Rimangono prioritari i progetti di collegamento ospedale territorio: es. progetti sulla presa in carico della partoriente e sugli indicatori utili da raccogliere prima del ricovero ospedaliero/comunicazioni sul territorio e utilizzo di mediatori linguistico-culturali presso i punti nascita per le partorienti straniere, così come l'individuazione di situazione a rischio sociale e percorsi di protezione durante la gravidanza puerperio.

3.4.2 Infezioni Ospedaliere - Sepsì

La prevenzione ed il controllo delle infezioni ospedaliere sono un obiettivo prioritario di sanità pubblica per cui il lavoro coordinato di prevenzione, qualità e risk management sul tale tematica è ritenuto prioritario.

Il programma per l'anno 2017 prevede il potenziamento delle attività di sorveglianza epidemiologica con la diffusione e ritorno strutturato alle aziende delle informazioni raccolte attraverso i Database regionali (INFOSP).

Applicazione del sistema informativo in corso di implementazione a livello regionale dedicato all'individuazione delle informazioni nosocomiali e della sepsi attraverso algoritmi sviluppati utilizzando le schede di dimissione ospedaliera (SDO).

Per quanto riguarda propriamente l'attività di risk management l'obiettivo è di effettuare degli audit strutturati nelle aziende per verificare l'applicazione del protocollo sulla sepsi, sia per quanto riguarda gli elementi logistico-organizzativi, sia per quanto riguarda gli elementi più propriamente clinici (accuratezza diagnostica, tempestività nella diagnosi e nei trattamenti).

Per quanto concerne i progetti di collegamento ospedale territorio sono ritenuti prioritari i programmi di prevenzione e controllo delle infezioni correlate alle pratiche assistenziali nelle strutture socio-residenziali del territorio.

3.4.3 Sicurezza del paziente in sala operatoria

Le evidenze a livello regionale sugli eventi sentinella dell'anno 2016 portano a ritenere importante una costante verifica dell'applicazione della check list in sala operatoria e delle Raccomandazioni Nr. 2 e 3 (2. *Prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico.*

3. *Corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura).*

La verifica regionale proseguirà nel corso del 2017 attraverso l'organizzazione di nuove visite gestite con lo strumento della condivisione fra esperti degli aspetti critici e Buone pratiche "Peer Review". Potranno fare parte del progetto di visita sia ASST/IRCCS pubblici che privati accreditati.

In tale ambito si ritengono, inoltre, importanti e la cui applicazione è da verificare sia a livello aziendale che regionale i seguenti aspetti:

- a) Profilassi antibiotica in chirurgia;
- b) Dress code e lavaggio delle mani degli operatori che lavorano nelle sale operatorie;
- c) Analisi del percorso dello strumentario chirurgico, tracciabilità e processo di sterilizzazione.

3.4.4 Rischio nell'utilizzo di farmaci

Gli obiettivi prioritari in questa area per l'anno 2017 sono i seguenti:

- a) Sviluppo del progetto Farmaceutica-Farmacovigilanza: - Interazioni farmacologiche nelle politerapie con ritorno delle informazioni ai MMG delle possibili interazioni nocive identificate nei pazienti cronici che utilizzano più farmaci;
- b) Applicazione della Raccomandazione 17. *per la riconciliazione della terapia farmacologica.*
In particolare come evidenziato nella stessa raccomandazione gli errori in corso di terapia farmacologica riguardano tutto il processo di gestione del farmaco sia in ospedale che sul territorio. In particolare, nei momenti cosiddetti di Transizione di cura.
Diventa quindi essenziale in particolare che il paziente sia a conoscenza dell'importanza di avere una chiara lista dei farmaci assunti nel caso di accesso ospedaliero e che al momento delle dimissioni ospedaliere le prescrizioni di farmaci siano ben chiare al paziente ed al medico di base.
- c) Applicazione della raccomandazione 14. *Prevenzione degli errori in terapia con Farmaci Antineoplastici* e applicazione dell'obbligo di Centralizzazione della preparazione dei Farmaci antineoplastici.

Per quanto riguarda le terapie con farmaci antineoplastici e il collegamento ospedale-territorio è prioritaria la presa in carico del paziente sul territorio e la verifica degli effetti delle terapie nel medio periodo: es. analisi della cardiotossicità dei farmaci antitumorali.

Per quanto riguarda il piano d'azione riguardante la gestione del contenzioso per l'anno 2017, le linee di intervento principali sono confermate rispetto al 2016:

- a) Rimane inalterata la composizione dei raggruppamenti legali/medico legali in linea con il perimetro delle ATS;
- b) Le procedure pubbliche riguardanti la copertura assicurativa RCT/RCO rientrano nel progetto regionale e verranno effettuate attraverso la Centrale d'Acquisto Regionale;
- c) La quota parte di sinistri in SIR non trasferiti a compagnie assicurative risulta di valore crescente e importante. Le aziende devono quindi strutturarsi adeguatamente per la gestione diretta dei sinistri seguendo le istruzioni dei Piani di Organizzazione Aziendali nei quali, come specificato nella DGR n. X/ 5513 del 02/08/2016 e come richiamato al punto 11c delle presenti regole di sistema, le UU.OO. di Medicina Legale costituiranno il necessario riferimento tecnico-organizzativo ed assicureranno il coordinamento funzionale ed il supporto specialistico: in particolare la figura del medico legale risulta essenziale nelle istruzioni delle pratiche di sinistro come il coordinamento della stessa con le funzioni legali ed amministrative.
- d) Priorità nell'avere un CVS ben strutturato ed organizzato per la gestione di un numero importante di sinistri.
- e) Promozione dei processi di ascolto/mediazione all'interno dell'azienda con la possibilità di sfruttare la rete regionale di mediatori attivando scambi di operatori nel caso di necessità nelle équipes di ascolto e mediazione dei conflitti. Si rammenta che una parte importante del contenzioso scaturisce da problemi di comunicazione fra operatori e pazienti ancor prima di eventi avversi successi nell'attività clinica.

Nel 2017 Regione svilupperà il progetto di implementazione del Fascicolo Elettronico per la Gestione dei Sinistri che permetterà di digitalizzare l'archivio della documentazione relativa ai sinistri e fornire dei modelli omogenei a livello regionale per la gestione delle diverse fasi del contenzioso.

4 . PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE

4.1. MISURE INNOVATIVE E SPERIMENTAZIONI IN AMBITO SOCIOSANITARIO

4.1.1 “Residenzialità leggera”, “Residenzialità per minori con gravissima disabilità”, “RSA Aperta “: revisione e loro sviluppo nel 2017.

Anche nel 2017 Regione Lombardia, nell’ambito dei programmi e degli interventi a favore delle famiglie con fragilità promossi dalla DGR 116/13, conferma l’impegno a sostenere le misure attivate ai sensi della DGR n. 2942/14. Dall’analisi dei dati di attività riferiti al biennio 2015 – 2016, è emersa l’indicazione relativa alla necessità di operare una generale revisione di alcune misure, in un’ottica sia di allineamento ai LEA sia di appropriatezza dei percorsi di cura. A partire dai primi mesi del 2017 verrà, quindi, dato avvio al processo di revisione con l’obiettivo di pervenire ad un utilizzo delle misure più performante anche in relazione agli obiettivi della “presa in cura” sostenuti dalla legge regionale n. 23/15. L’utilizzo delle misure a tutti gli effetti deve rappresentare un continuum nel percorso di presa in cura della persona evitando, il più possibile, inutili se non dannose sovrapposizioni di interventi. La revisione potrà prevedere momenti di confronto con gli attori diversamente coinvolti a livello di governance e a quello di attivazione delle misure, per la condivisione delle possibili soluzioni alle criticità emerse e per assicurare una maggiore omogeneità delle prassi valutative. A tal proposito si rimanda alle ATS il compito di sostenere i necessari raccordi con le equipe valutative, a salvaguardia e a presidio delle funzioni proprie di rilevazione dei bisogni della popolazione residente, di programmazione e corretto utilizzo delle risorse economiche in funzione sia dell’ appropriatezza dei servizi resi, sia dell’ equilibrio economico che dovrà essere assicurato attraverso la definizione di sotto budget zionali per Distretto, calcolati in ragione della produzione del periodo precedente.

Per sostenere lo sviluppo delle suddette misure verranno stanziati nel 2017 risorse economiche fino a € 41.934.735 complessivi.

Al riparto per ATS delle risorse per il finanziamento delle misure sopracitate si procederà sulla base della popolazione servita e tenuto conto della produzione rendicontata al terzo trimestre 2016, in ogni caso entro il limite invalicabile del relativo livello di FSR programmato dal presente provvedimento.

Le ATS a fronte della ricognizione delle disponibilità degli enti gestori in possesso dei requisiti previsti dalla DGR n. 2942/14 per l’erogazione degli interventi riconducibili alle diverse misure, procedono alla stipula dei contratti, utilizzando l’apposito schema, aggiornano gli elenchi degli Erogatori per le diverse misure e coordinandosi con le equipe valutative, individuano un sistema costante di monitoraggio delle attività e delle risorse.

4.1.2 “Comunità per religiosi”

La DGR 4086/2015, relativa alle indicazioni per la stabilizzazione delle azioni innovative, ha previsto, tra le altre, anche la nuova misura della Residenzialità Assistita in Comunità religiose, a seguito della sperimentazione di cui alla DGR n. 3238/2012. Considerata la numerosa presenza di comunità religiose che garantiscono l’assistenza a sacerdoti,

religiosi/e nei loro ambienti di vita, a partire dal 1.1.2017, ai 200 p.l. già previsti per il 2016 dalla DGR 4086/2015, saranno aggiunti ulteriori n. 75 posti letto.

Sono pertanto individuate in un massimo di € 2.223.587 le risorse complessive anno 2017 finalizzate all'attuazione della Comunità per religiosi. La ripartizione verrà determinata con successivo atto della Direzione Generale competente in funzione della distribuzione dei posti risultante dalla rilevazione agli atti degli uffici competenti.

La remunerazione è riconosciuta sulla base delle tariffe per profilo definite dalla succitata DGR.

4.1.3 "Comunità per minori vittime di abuso o maltrattamento": monitoraggio alla luce della DGR n. 5342/16

In relazione ai nuovi criteri individuati con la DGR n. 5342/16, verrà assicurato nel 2017 il monitoraggio sull'utilizzo delle misure a favore dei minori vittime di abuso e maltrattamento inseriti in un percorso di recupero all'interno di Comunità Educative.

4.1.4 Azione innovativa a favore dei minori in stato di abbandono inseriti nel percorso di adozione: valutazione degli esiti

Sulla base della valutazione degli esiti relativi alla prima applicazione dei criteri stabiliti dalla DGR n. 5342/16 la misura potrà essere stabilizzata nel corso del 2017.

Si conferma anche per il 2017 lo stanziamento di € 17 milioni a sostenere la continuità degli interventi previsti per entrambe le azioni a favore dei minori. La Direzione Generale competente con successivo atto definirà la ripartizione per ATS delle risorse per il finanziamento delle misure sopracitate nel rispetto dei criteri stabiliti dalla DGR X/5342 del 27/06/2016.

Le ATS procedono alla stipula delle apposite convenzioni utilizzando lo schema approvato con gli allegati n. 2 e n.3 della D.G.R. n. X/5342/16.

4.1.5 Il ruolo dell'Infermiere nella presa in carico

Nel percorso di presa in carico in un'ottica di sviluppo dei processi di case manager verrà data specifica attenzione al ruolo dell'Infermiere Professionale al fine di offrire ulteriori opportunità dei percorsi di continuità assistenziale a sostegno della fragilità e cronicità in un'ottica di supporto alla famiglia nel suo complesso.

4.2. SPERIMENTAZIONI

4.2.1 Post Acuta Domiciliare

Il processo di analisi dei dati riferiti a questo ambito di intervento, ha consentito di fissare al 31.12.2016 la conclusione della sperimentazione che verrà stabilizzata facendo confluire gli interventi sostenuti attraverso la stessa all'interno di quelli previsti dall'Assistenza Domiciliare Integrata. La sperimentazione ha evidenziato che si tratta di pazienti con una stabilità clinico - funzionale precaria che, per poter rientrare al domicilio, necessitano di

interventi ad alta intensità assistenziale, di norma superiori a 10 accessi domiciliari settimanali (mediamente 12). Il periodo previsto per la presa in cura è necessario a far sì che l'assistito acquisisca la migliore autonomia possibile o possa essere accompagnato ad altri servizi della rete sociosanitaria è di massimo 60 giorni, con una media di poco superiore ai 45 giorni. Il profilo di Assistenza domiciliare post acuta non è da ritenersi estendibile a tutte le situazioni di pazienti in dimissione dall'ospedale, ma da riservarsi esclusivamente a pazienti "clinicamente complessi" che richiedono un'assistenza assidua e costante, caratterizzata anche da più accessi giornalieri, specie nei periodi immediatamente successivi alla dimissione. Gli interventi riconducibili in questo Profilo di "assistenza domiciliare post acuta" possono essere diversamente modulati, 7 giorni su 7, in relazione agli specifici bisogni della persona: ad esempio, nella prima fase di deospedalizzazione si potrà avere un'assistenza infermieristica intensiva, assicurata dalla figura dell'infermiere tramite 2 accessi quotidiani, in momenti diversi della giornata, ed in fasi successive, accessi che vengono garantiti diversamente da infermiere e OSS, integrati da interventi fisioterapici e/o di altra natura. Il percorso di assistenza post acuta domiciliare, poiché muove dalla necessità di assicurare un migliore accompagnamento del paziente "complesso" nel *rientro al domicilio*, attraverso la continuità della presa in carico, prevede la figura di un case-manager infermieristico che, a fronte dei bisogni rilevati dell'utente, ha il compito di garantire la pianificazione, l'attuazione, il coordinamento e la valutazione degli interventi nell'intero periodo di presa in cura.

Pertanto, nelle more della revisione complessiva del sistema ADI, per rispondere ai bisogni complessi di pazienti in dimissione da strutture sanitarie di ricovero e cura, a seguito di un episodio di acuzie o di riacutizzazione, viene riconosciuta la possibilità di utilizzare l'intero voucher relativo al Profilo 4 di cui al decreto n. 6032/12, anche per una durata inferiore a 30 giorni, fino ad un minimo di 15 giorni, purché sia programmata l'erogazione di un numero di prestazioni domiciliari non inferiore a quelle previste dal profilo stesso. Tale voucher può essere erogato allo stesso paziente per non più di due volte consecutive, prevedendo comunque la possibilità che venga assicurata la continuità assistenziale in regime di assistenza domiciliare integrata. Tutti i gestori ADI accreditati e a contratto erogano le prestazioni riconducibili al voucher come sopra definito nel limite del budget assegnato.

Dalla data del presente provvedimento dovranno, pertanto, cessare le prese in carico di nuovi utenti da parte dei gestori coinvolti nella sperimentazione post acuta domiciliare, fermo restando l'obbligo per gli stessi di assicurare la continuità degli interventi a favore delle persone già in carico, con le modalità in essere, fino alla scadenza dei relativi piani individualizzati di intervento.

Analogamente le sperimentazioni di post acuta domiciliare che hanno riguardato situazioni complesse in fase terminale dovranno essere ricondotte, entro il primo semestre 2017, all'interno della rete delle Cure Palliative domiciliari, nell'ambito della revisione complessiva di tale settore. Dalla data del presente provvedimento dovranno, pertanto, cessare le prese in carico di nuovi utenti da parte dei gestori coinvolti nella sperimentazione post acuta domiciliare in fase terminale, fermo restando l'obbligo per gli stessi di assicurare la continuità degli interventi a favore delle persone già in carico, con le modalità in essere, fino alla scadenza dei relativi piani individualizzati di intervento.

Progetto post-acute Homeless

In riferimento alla progettualità rivolta alle persone in situazione di grave emarginazione sociale e in condizioni di precarietà sanitaria, che è attiva sul territorio del Comune di Milano, in base agli esiti attestati dall'ATS Città Metropolitana e in osservanza di quanto stabilito dalla D.G.R. n. X/5545/16, si ritiene che l'ambito di maggiore assimilabilità all'interno del quale ricondurre, con peculiari e specifiche differenziazioni, la suddetta attività sia quello delle cure post acute.

Tuttavia, essendo tuttora in corso la revisione delle unità d'offerta di Cure Intermedie e post-acute, al fine di assicurare una presa in cura" maggiormente modulata in relazione ai principi della L.R. 23/15, tenuto conto delle specificità del target e delle risultanze positive agli atti, si stabilisce che la suddetta progettualità potrà proseguire nel 2017 alle medesime condizioni già in essere, anche in termini di finanziamento.

Nell'ambito del percorso già avviato di stabilizzazione delle unità d'offerta di Cure Intermedie e post-acute e di individuazione dei relativi requisiti di accreditamento, si dovrà, pertanto, prevedere uno specifico setting per la presa in carico del target di riferimento.

4.2.2 Riabilitazione minori disabili e Case Management

Tenuto conto della tipologia di servizi resi, le sperimentazioni proseguiranno per entrambi gli ambiti di intervento, nel rispetto di quanto stabilito dalla D.G.R. n. 4702/15 e nelle more del perfezionamento di nuovi modelli per la presa in carico che si stanno sviluppando in applicazione a quanto stabilito dalla L.R. 23/15, all'interno dei quali troveranno successiva stabilizzazione. Viene ricondotta a questo ambito, anche la sperimentazione attiva presso l'ATS Città Metropolitana di Milano dal titolo "Counseling educativo/abilitativo a favore di soggetti con autismo e disturbi generalizzati dello sviluppo" di cui alla D.G.R. n. 5545/16, che potrà proseguire nel 2017 alle medesime condizioni già in essere.

Le ATS dovranno trasmettere, sulla base di una specifica richiesta da parte della DG Welfare e di relative indicazioni che verranno contestualmente fornite, una valutazione complessiva delle sperimentazioni attive sui propri territori, finalizzata a definirne il più idoneo ed appropriato percorso di stabilizzazione.

Per garantire l'attuazione degli interventi in oggetto la Direzione Generale competente procederà, con successivo atto, a determinare il livello di utilizzo a carico FSR di risorse già disponibili nei bilanci delle ATS, proiettando ad anno, la produzione dei singoli soggetti attuatori riferita al IV° trimestre 2016.

4.2.3 Consulori Familiari

Si conclude al 31.12.2016 la sperimentazione attivata ai sensi della DGR n. 3239/12 in relazione ai cui esiti viene aggiornato, con specifico provvedimento, il nomenclatore tariffario delle prestazioni di cui alla DGR n. 4597/12, racchiudendo al suo interno anche le prestazioni "educative" oggetto di sperimentazione che potranno essere erogate a condizione che i consultori dispongano delle figure necessarie.

4.2.4 AZIONI PER LA QUALITÀ DELLA VITA DELLE PERSONE SOTTOPOSTE A TERAPIA ONCOLOGICA CHEMIOTERAPICA

Si conclude entro il 31.12.2016 la fase di prima applicazione della sperimentazione avviata su tutto il territorio regionale ai sensi della DGR n. 2531/2014. Le richieste di contributo saranno prese in considerazione fino ad esaurimento delle risorse. Ai fini

dell'eventuale stabilizzazione della misura saranno valutati gli esiti delle attività realizzate nel corso della fase sperimentale da Associazioni di terzo settore, ATS/ASST.

4.3. COOPERAZIONE INTERNAZIONALE

4.3.1 Iniziative di sostegno a progetti di cooperazione internazionale ed interventi sanitari umanitari

Beni dismessi

Promozione dell'utilizzo a fini non lucrativi del patrimonio mobiliare dismesso dalle Strutture sanitarie e socio-sanitarie secondo quanto previsto dalla l.r. n. 23/2015.

Interventi sanitari umanitari

Nel 2017 con una dotazione finanziaria pari a 1 milione di euro, prosegue l'attività che concerne l'autorizzazione al ricovero, presso le strutture sanitarie del territorio, di cittadini indigenti (bambini e giovani fino a 21 anni) provenienti da Paesi extra comunitari che non possono ricevere nei Paesi di provenienza cure adeguate (dgr X/898/2013).

Per il sostegno di ulteriori iniziative, individuate dalla Direzione Generale Welfare, la dotazione finanziaria è pari a 400 mila euro. Rientrano tra queste interventi umanitari conseguenti ad emergenze sanitarie e progettualità da realizzare a seguito di sottoscrizione di accordi, protocolli, intese con altri Paesi o Regioni.

4.3.2 Gestione dei progetti europei in corso e coordinamento di nuove iniziative inerenti la partecipazione diretta della Direzione Generale Welfare alla progettualità europea

Per dare continuità alle iniziative già avviate con il sostegno di progettualità in ambito comunitario, verrà promossa e consolidata la partecipazione a progetti strategici innovativi, in particolare, in tema di interoperabilità dei servizi di e-health, di sviluppo di modelli di medicina proattiva e personalizzata a favore della popolazione fragile e affetta da patologie croniche, in tema di prevenzione e di invecchiamento sano e attivo.

Rispetto a questa tematica, la Commissione Europea ha riconosciuto Regione Lombardia quale "Reference Site- EIP on AHA 3 Stars", su una scala di 4. "EIP on AHA" è la sigla che identifica un partenariato di soggetti pubblici e privati, impegnati in diversi settori, che la Commissione Europea ha attivato nel 2011 con l'intento di migliorare la salute e la qualità della vita in particolare delle persone anziane e con l'obiettivo di aumentare di 2 anni - entro il 2020 - l'aspettativa media di vita in buona salute.

L'ambizione di Regione Lombardia in termini di innovazione per un invecchiamento attivo e in buona salute è in particolare centrata sulle strategie regionali per la cronicità/fragilità, e riguarda i seguenti filoni:

- Incrementare programmi di prevenzione e promozione della salute finalizzati ad un invecchiamento attivo attraverso azioni intersettoriali, "life course" e in tutti i setting di vita.

- Modulare l'offerta sulla base dei bisogni effettivi dei pazienti cronici, con approccio multidisciplinare e coinvolgendo diversi livelli di cura, sfruttando appieno le opportunità fornite dalla tecnologia per migliorare l'aderenza alle terapie e strumenti ICT a supporto delle cure e della qualità della vita (telemedicina, telesorveglianza, domotica, ecc.)
- Integrare i percorsi di cura con interventi per la prevenzione del declino funzionale e delle fragilità
- Prevenire e gestire le cadute al fine di ridurre disabilità fisiche, psicologiche e funzionali.

Il riconoscimento Europeo funge da catalizzatore per lo sviluppo di reti collaborative, con evidenti ricadute in termini di attrattività e competitività del Sistema Regionale per le organizzazioni del Servizio Socio-sanitario Lombardo, per la ricerca e per le imprese. Lo status di RS è inoltre un'opportunità per massimizzare l'impatto delle strategie regionali a livello locale.

4.3.3 Partecipazione a iniziative del Progetto Mattone Internazionale Salute (ProMIS) coordinata dal Ministero della Salute

Il Pro.M.I.S. (Programma Mattone Internazionale Salute) è una struttura permanente a supporto delle Regioni e Province Autonome nei loro processi di internazionalizzazione, con l'obiettivo principale di portare i sistemi sanitari delle Regioni in Europa e nel Mondo e, altresì, l'Europa e il Mondo nei sistemi sanitari delle Regioni italiane, all'interno di un quadro di collaborazione sinergica con il Sistema Paese.

La Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome il 29 luglio 2015, ha proposto l'istituzionalizzazione del Progetto Mattone Internazionale, sottoscritta da tutte le Regioni prevedendo un costo annuo complessivo pari a 400.000,00 €, a valere sui fondi obiettivi di piano.

Il Pro.M.I.S. è formato da più componenti gerarchicamente ordinate; la regione Lombardia è rappresentata all'interno del Comitato tecnico operativo e partecipa attivamente ai lavori, supportando le iniziative del progetto, predisponendo la redazione del programma operativo, promuovendo iniziative in funzione dei bisogni e delle priorità di programmazione coinvolgendo il sistema sanitario regionale.

Pro.M.I.S. è il risultato di come il modello sperimentato dal 2011 ad oggi abbia: a) dimostrato di offrire un pieno coinvolgimento dei diversi attori della Sanità; b) rappresentato un innovativo modello di "governance" efficace per la progettualità di interesse sovrapregionale finalizzata all'accesso ai fondi europei; c) permesso la diffusione di metodologie progettuali e sviluppato proposte di interesse regionale disseminandone i risultati; d) instaurato una seria e approfondita metodologia di formazione e diffusione di metodologie progettuali e di lavoro in rete che sta alla base della programmazione europea e di cui il progetto stesso ha costituito il nodo, favorendo iniziative di ricerca internazionale nel campo della salute pubblica.

4.3.4 Ulteriori iniziative

Ulteriori iniziative di partenariato potranno essere realizzate in raccordo con le iniziative di promozione a carattere internazionale sviluppate nel territorio da Aziende del settore sanitario e socio sanitario, al fine di consolidare collaborazioni e sinergie già in essere.

4.4 CURE PRIMARIE

Tra i principi fondamentali espressi dalla legge regionale n. 23/2015 è previsto che la programmazione, la gestione e l'organizzazione del SSR debbano essere orientati alla presa in carico della persona nel suo complesso attraverso l'integrazione dei servizi d'offerta sanitaria, sociosanitaria e sociale in un processo coordinato che parte dalla valutazione dei bisogni, quindi dalla domanda di salute, a cui deve corrispondere un sistema di risposte (offerta) appropriato e integrato.

L'impegno della Regione è individuare azioni che favoriscano l'appropriatezza clinica ed economica, che garantiscano un accesso appropriato, unico ed integrato al SSL, che assicurino la presa in carico della persona, garantendo la continuità delle cure erogate anche attraverso articolazioni organizzative a rete e modelli integrati.

Nel 2016 le ATS hanno individuato le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) della Medicina generale e della Pediatria di famiglia, sulla base della prima mappatura territoriale effettuata l'anno precedente dalle ex ASL, mappatura che è stata esaminata in Comitato regionale e che rappresenta il punto di partenza per la costruzione del modello organizzativo territoriale integrato per la presa in carico.

Nel 2017 le ATS dovranno sviluppare analisi epidemiologiche rispetto al fabbisogno territoriale per permettere di valutare la distribuzione di PreSST e POT, quali nuove articolazioni dell'offerta territoriale, in coerenza con gli ambiti territoriali delle AFT individuate nel corso del 2016 e con la tipologia e numerosità di pazienti cronici rilevati in quell'ambito territoriale, al fine di consentire l'effettiva presa in carico dei pazienti secondo un percorso di cura personalizzato, coordinato ed appropriato.

Tra i principali compiti del medico di medicina generale e del pediatra di famiglia previsti in ACN vi è infatti la gestione delle patologie acute e croniche secondo la miglior pratica e in accordo con il malato, inclusi gli interventi appropriati e le azioni rilevanti di promozione della salute, pertanto tali medici sono i primi soggetti responsabili della corretta presa in carico dei loro pazienti.

Lo strumento iniziale e fondamentale della presa in carico è rappresentato dal PAI (piano assistenziale individuale), documento di sintesi del programma sociosanitario annuale di presa in cura, formulato sulla base di linee guida/protocolli clinici (PDTA) di riferimento, attraverso il quale il medico responsabile della presa in carico documenta la tipologia e cronologia degli interventi diagnostico-terapeutici necessari al paziente sulla base del suo quadro clinico e di obiettivi di salute specifici e personalizzati in relazione al suo contesto individuale. Rappresenta lo strumento di responsabilizzazione clinica ed economica del medico, di comunicazione organizzativa tra i nodi delle rete e di empowerment per il paziente. A questo strumento va aggiunto anche il Patto di cura quale atto di responsabilizzazione del paziente che sancisce l'accordo con il proprio medico sul percorso di cura previsto.

In attesa di implementare un idoneo sistema informativo per la redazione e la rendicontazione dei PAI, per il 2017 si ritiene necessario utilizzare gli strumenti contrattuali disponibili al fine di creare i presupposti per dare impulso e concretizzare il percorso di presa in carico in attuazione della l.r. 23/15.

Le ATS dovranno attenersi ai criteri e alle modalità individuate dall'Accordo Integrativo Regionale a valere sul 2017.

Al fine di promuovere il percorso di integrazione territoriale a partire dalla funzione di coordinamento della presa in carico, anche in previsione della costituzione delle nuove AFT e dei PRESST, sarà organizzato nel 2017 specifico percorso formativo a cura dell'Accademia di Eupolis focalizzato su competenze e conoscenze previste per la figura del coordinatore.

Successivamente alla stipula dell'Accordo Integrativo regionale, le ATS dovranno sottoscrivere Accordi a livello aziendale sulla base delle indicazioni contenute nell'Accordo Integrativo Regionale e dovranno strettamente attenersi al rispetto dell'assegnazione economica regionale 2017 per la Medicina Convenzionata.

Per quanto riguarda la Pediatria di Libera Scelta nel 2017 si dà mandato alle ATS, in collaborazione con le ASST, di promuovere azioni di comunicazione e informazione sulla corretta individuazione della rete di offerta, in particolare per l'età pediatrica, anche attraverso il proprio sito web in cui siano presenti ed aggiornati i servizi disponibili sul territorio e i percorsi di integrazione nell'ambito della rete materno infantile (es. pediatra di famiglia, specialista ospedaliero, ambulatori previsti nella giornata del sabato, medici di continuità assistenziale), al fine di fornire informazioni appropriate e utili al processo di empowerment del paziente e limitare l'uso generico di internet da parte delle famiglie.

I progetti finalizzati alla copertura assistenziale, per i pazienti in età pediatrica, nelle giornate del sabato e nel giorno prefestivo qualora questo preceda più di un giorno di festività già attivati, per i quali è previsto un fondo di € 2.000.000 potranno proseguire solo se compatibili con il percorso complessivo di riforma della Medicina territoriale.

A tale proposito le ATS che hanno attivato la progettualità dovranno fornire entro e non oltre il 28 aprile 2017 ai competenti uffici della Direzione Generale Welfare i dati relativi alle sperimentazioni attivate in termini di flusso di prestazioni, pazienti che accedono al servizio e effettiva riduzione degli accessi inappropriati al PS, per valutare il livello di efficacia riscontrato negli anni e la successiva prosecuzione o scelta di altre modalità organizzative di risposta.

Con l'entrata in vigore del nuovo ACN per i medici specialisti ambulatoriali ed altre professionalità sanitarie convenzionate, con DGR 20 giugno 2016 n. X/5314 è stato approvato l'atto di programmazione volto ad istituire le AFT dei medici specialisti ambulatoriali ed altre professionalità sanitarie convenzionate che dovrà trovare attuazione a seguito del nuovo Accordo integrativo regionale. Le AFT da individuare, a cura delle ASST, dovranno essere funzionali al sistema di presa in carico previsto nel territorio e quindi sia alle AFT della medicina generale e sia alle altre unità d'offerta presenti al fine di realizzare una vera integrazione in risposta ai bisogni rilevati. Per questa finalità è fondamentale che ATS e ASST del territorio di competenza condividano la definizione del medesimo modello organizzativo territoriale.

Si conferma l'assetto dei Comitati Zonali e relative sedi approvate con DGR n. X/4702 del 29 dicembre 2015. Nel corso del 2017 la Direzione Generale Welfare valuterà, congiuntamente alle attuali sedi di Comitato Zonale, la possibilità di rimodulare gli attuali 13 Comitati in modo da creare corrispondenza fra le ASST ricomprese nei Comitati Zonali e il territorio di competenza delle ATS, laddove tale coincidenza non sia già esistente, individuando altresì come sede di riferimento dei Comitati una ASST.

4.5 RETI DI PATOLOGIA

4.5.1. INTRODUZIONE

La risposta alla complessità dei bisogni di salute dei cittadini e al tempo stesso la necessità di unitarietà della presa in carico, si declina attraverso lo sviluppo di modelli organizzativi integrati e multidisciplinari che, in primo luogo, realizzino un percorso di continuità assistenziale fondato sulla centralità del paziente.

Le reti di patologia concretizzano una modalità gestionale, che consente al Sistema SocioSanitario Regionale di esprimere una maggior capacità di governo dei percorsi sanitari in funzione dell'appropriatezza degli interventi, della continuità assistenziale, dell'omogeneità di trattamento sul territorio e della sostenibilità economica.

Nel corso del 2017 sarà definita una complessiva riorganizzazione delle reti di patologia attraverso la messa a punto di un modello organizzativo che, in base alla pluriennale esperienza di attivazione delle reti regionali, consenta di rimodularne il funzionamento in termini di ulteriore efficacia, innovazione, multidisciplinarietà, efficientamento delle risorse e garanzia di continuità assistenziale.

Il processo di revisione delle reti di patologia sarà condotto alla luce delle specifiche indicazioni in merito dettate dal Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 *“Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera”*. In particolare, per ogni rete di patologia sarà definito un Piano di Rete condiviso tra tutti gli stakeholder che si compone del:

- a) Piano strategico contenente:
 - la definizione del modello organizzativo di riferimento con la descrizione delle funzioni e interazioni tra i diversi nodi della rete al fine di favorire sinergie e integrazione;
 - i criteri per la presa in carico dei pazienti e le procedure di consultazione multidisciplinare;
 - l'individuazione/aggiornamento di PDTA da implementare nella rete che assicurino la continuità assistenziale;
 - la definizione di indicatori di monitoraggio e valutazione delle prestazioni e della performance di rete;
- b) Piano annuale di attività.

Rete Oncologica Lombarda ROL - Con la d.g.r. n. X/5119 del 29/04/2016 Regione Lombardia ha individuato le Strutture che appartengono alla Rete regionale dei Centri di Senologia definendone le caratteristiche quali-quantitative che gli stessi devono possedere per appartenere alla rete regionale.

Nel corso del 2017, sarà costituito, nell'ambito della ROL, un sottogruppo di lavoro tematico con l'obiettivo di elaborare linee guida per la strutturazione di un percorso di autovalutazione, audit e monitoraggio in merito alla performance dei Centri di Senologia appartenenti al network lombardo.

Sarà garantita la continuità del coordinamento tecnico-scientifico della Rete Oncologica Lombarda presso l'Istituto Nazionale Tumori con risorse fino a un massimo di euro 50.000,00.

Rete Ematologica Lombarda REL – sarà garantita la continuità del coordinamento tecnico-scientifico della Rete Ematologica Lombarda presso la ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda con risorse fino a un massimo di euro 50.000,00.

Rete Nefrologica Lombarda – ReNe – sarà formalizzato il coordinamento tecnico-scientifico della rete Nefrologica Lombarda presso l'IRCCS Ospedale Policlinico di Milano con risorse fino a un massimo di euro 50.000,00.

Nel corso del 2017 verrà costituito presso la DG Welfare un Gruppo di lavoro multiprofessionale con la finalità di approfondire i diversi aspetti che caratterizzano la domanda di presa in carico delle persone affette da acufene. In particolare, il GdL avrà i seguenti obiettivi:

- elaborare Linee guida per la definizione di appropriati percorsi di diagnosi e cura dell'acufene;
- definire criteri quali-quantitativi per l'identificazione di Centri regionali multiprofessionali per la trattazione multidimensionale della patologia;

Il supporto del GdL è propedeutico alla successiva attivazione, con specifico provvedimento di Giunta, della "rete regionale acufeni", quale strumento organizzativo in grado di attivare sinergie e integrazione tra gli operatori socio sanitari, condivisione collegiale delle conoscenze scientifiche, delle buone pratiche e di percorsi di presa in carico per un'opzione terapeutica efficace, appropriata e sostenibile.

4.5.2. RETE DELL'EMERGENZA-URGENZA E RETI TEMPO-DIPENDENTI

In attuazione delle disposizioni del DM 70/2015 (Standard Assistenza Ospedaliera) si è provveduto nel corso del 2016 a fornire prime indicazioni sul riordino della rete dell'emergenza-urgenza con d.g.r. X/4873 del 29/02/2016.

In particolare, il GAT per la riorganizzazione della rete dell'emergenza-urgenza, ha già elaborato una proposta di riorganizzazione complessiva che tiene conto dei seguenti indicatori:

- la presenza delle specialità individuate dal DM 70/2015 e la disponibilità di personale medico presente h24 o in pronta disponibilità;
- il numero di accessi in PS;
- l'incidenza sugli accessi in PS dei codici più critici (giallo e rosso) e degli accessi notturni;
- l'incidenza dei ricoveri extra-budget;
- il ruolo di ciascun presidio all'interno delle reti di patologia tempo-dipendenti;
- le caratteristiche orografiche e demografiche del territorio, mediante la georeferenziazione di ciascun presidio;
- altri indicatori individuati come rilevanti.

Nel corso del 2017 si prevede l'avvio della fase attuativa del riordino con l'individuazione puntuale dei Presidi che afferiscono alla nuova rete dell'emergenza-urgenza, a seguito della

valutazione di impatto sulla qualità dell'assistenza sanitaria e della conclusione dei lavori dei Tavoli tecnici sulle reti di patologia tempo-dipendenti.

Per quanto riguarda le reti di patologia tempo-dipendenti, e' stato effettuato nel 2016 un censimento delle stesse con il supporto delle ATS finalizzato ad aggiornare le informazioni raccolte in collaborazione con AREU in occasione dei Piani di Gestione del Sovraffollamento 2015.

Nell'ambito del GAT per la riorganizzazione della rete dell'emergenza-urgenza sono stati attivati Tavoli tecnici specifici per ciascuna patologia tempo-dipendente (stroke, stemi, trauma, Punti Nascita). Le risultanze del lavoro dei Tavoli costituiranno nel 2017 la base di un documento generale di indirizzo di *governance* sulle reti, finalizzato a innescare un sistema virtuoso incentrato non solo sui nodi della rete, ma anche sulle connessioni, incentivando a questo fine lo scambio di professionisti, immagini, tecnologie, immagini, ecc. e prevedendo specifiche premialità sugli scambi.

La partecipazione piena dei nodi alle reti tempo dipendenti costituirà pertanto il principale driver per il riconoscimento economico della specifica funzione.

Inoltre, al fine di dare adempimento alle disposizioni contenute nel DM 70/2015, ed in particolare al punto 8.1.1 sulla revisione delle reti cliniche, il Tavolo Istituzionale per la revisione delle reti cliniche (TI) coordinato da Agenas ha messo a punto una griglia di valutazione sui requisiti di rete clinica che contempla la valutazione delle seguenti variabili, ciascuna articolata in specifici requisiti

- Organizzazione e Direzione/sistema di governo
- Allocazione delle risorse: Strutture
- Allocazione delle risorse: Tecnologie
- Allocazione delle risorse: Risorse economiche
- Processi assistenziali: Presa in carico del paziente
- Processi assistenziali: PDTA - Clinical Pathway
- Processi assistenziali: Dimissioni protette e/o assistite
- Processi assistenziali: Monitoraggio Qualità
- Processi di supporto: Formazione
- Processi strategico gestionali: monitoraggio
- Processi sociali: operatori
- Risultati - Prestazioni: output e outcome
- Risultati - Esperienza del paziente e Soddisfazione dei pazienti/utenti/cittadini.

Il processo di riorganizzazione delle reti di patologia tempo-dipendenti muoverà da un'analisi incrociata della griglia di rilevazione Agenas con i Piani di Rete vigenti (*check-list* dei requisiti).

Nel 2017 i Piani di rete e i rispettivi documenti generali di indirizzo di governance saranno aggiornati al fine di garantire la piena coerenza fra gli stessi e i requisiti individuati da Agenas.

La riorganizzazione delle reti di patologia tempo-dipendenti avverrà in forte integrazione con la riclassificazione dei punti di offerta dell'emergenza-urgenza (PS, DEA I e DEA II).

4.5.2.1 Sistema Emergenza Urgenza Extraospedaliero

Con il completamento della centralizzazione delle chiamate di soccorso sulle tre CUR 112 e il trasferimento delle chiamate di competenza sanitaria alle 4 SOREU 118, si completa la riorganizzazione proposta con DGR 1964/2011.

Lo sviluppo del sistema ha evidenziato: un incremento dell'appropriatezza delle richieste di soccorso grazie alla attività di filtro del NUE 112; un incremento degli eventi di soccorsi primario, che può in parte essere spiegato dalle variazioni demografiche regionali; una migliore definizione degli ambiti di competenza dei Mezzi Avanzati con Infermiere a Bordo (MSI) e la necessità di una rivisitazione delle postazioni di soccorso di base.

Ulteriori sviluppi del Sistema di Emergenza Urgenza Extraospedaliero previsti per l'anno 2017:

La costituzione di un dipartimento regionale dell'emergenza urgenza extraospedaliero che metta in rete AREU e tutti i DEA/EAS per creare un Sistema dell'emergenza a livello regionale. Il personale sarà afferente all' area critica e/o dell'emergenza delle ASST/IRCCS e svolgerà la propria attività indifferentemente nel contesto intra ed extra ospedaliero, sotto la diretta responsabilità dei rispettivi direttori di DEA/EAS. Al fine di assicurare l'omogeneità del Dipartimento Regionale Interaziendale dell'Emergenza Urgenza, l'individuazione, la nomina e la valutazione delle Direzioni Dipartimentali Aziendali dovranno essere effettuate sentita AREU. Le ASST/IRCCS si impegnano al mantenimento delle dotazioni di personale previste dagli accordi convenzionali con l'AREU, al fine di garantire l'attività di soccorso extraospedaliero e al completamento del programma di assunzioni previsto dalla DGR 5088 che, nel rispetto dei vincoli finalizzati alla riduzione del ricorso al "sistema premiante", saranno determinanti per il raggiungimento degli obiettivi previsti.

Il Sistema dell'Emergenza Urgenza extra e intra ospedaliero così costituito dovrà garantire anche:

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

La rivalutazione della rete delle postazioni e dei mezzi di soccorso su gomma utilizzati, alla luce delle nuove tecnologie e potenzialità a disposizione del Sistema stesso, comporterà una revisione della DGR 1964/2011 con nuove procedure di assegnazione delle postazioni di soccorso sul territorio, con una precisa analisi della attività espletata dai Mezzi di

Soccorso Avanzati prestando particolare attenzione a quelle realtà territoriali dove non si raggiunga un numero minimo di interventi/die e/o una saturazione di tempo d'impiego dei Mezzi tale per cui risulta inevitabile una perdita progressiva delle competenze dei professionisti sanitari, anche al fine di un'ottimizzazione delle risorse.

L'implementazione del Progetto Elisoccorso Regionale, con particolare riferimento agli aspetti progettuali inerenti le aree disagiate (catena prealpina e alpina) per il volo notturno e l'implementazione delle infrastrutture (elisuperfici e siti Hems) porterà all'utilizzo della risorsa elicottero, dotato di nuove tecnologie (NVG) che si integrerà definitivamente con le risorse disponibili per il soccorso su gomma; questa nuova modalità d'intervento porterà naturalmente allo sviluppo di accordi operativi interregionali così come previsto dal DM 70/2015 per una gestione condivisa e più efficiente della risorsa elicottero.

Inoltre AREU soddisfa in Regione Lombardia il fabbisogno formativo per il settore dell'Emergenza Urgenza.

Nel corso del 2017 verrà realizzato da AREU il progetto del "Teaching Centre", un centro di formazione e simulazione che opererà in ambito Nazionale e Internazionale, in stretta relazione con Università, ATS, ASST e IRCCS.

4.5.2.2 Miglioramento dell'attività di soccorso e assistenza ai pazienti in condizioni cliniche di urgenza.

Per contribuire ad affrontare con maggiore efficacia le situazioni di criticità determinate dall'iper-afflusso dei pazienti nei Pronto Soccorso, Regione Lombardia con la DGR n. X/2933 del 19/12/2014 ha sperimentato una modalità organizzativo-gestionale flessibile che ha previsto la possibilità di un temporaneo ampliamento del contingente di posti letto, inizialmente per le Strutture sanitarie afferenti all'area metropolitana milanese. Allo scopo la delibera ha approvato, tra gli altri, un documento di linee guida contenente *"Indicazioni per la sperimentazione di un modello di ampliamento temporaneo del contingente di posti letto dell'area metropolitana milanese durante i periodi di iper-afflusso ai PS"*.

La possibilità di attivare tale misura, viene confermata anche per il 2017 per le Strutture sanitarie pubbliche di tutto il territorio regionale dotate di PS/DEA/EAS. Le risorse stanziare sono ricomprese in continuità con l'anno 2016 all'interno dell'area ricoveri fino ad un massimo di 2 milioni di euro.

Le modalità operative per l'attivazione della misura a contrasto del temporaneo sovraffollamento dei PS, sono quelle indicate dalla DGR n. X/2933/2014, così come le modalità di rendicontazione a consuntivo.

Il numero massimo di giornate di ampliamento dei posti letto pro tempore per ogni singola Struttura, non può essere superiore a 40 giorni/anno, compreso il ripristino della situazione di normalità, pena il non riconoscimento delle risorse a copertura delle spese per le giornate aggiuntive.

4.5.3. RETE REGIONALE DI PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA (PMA)

La sperimentazione della rete regionale PMA - avviata con la dgr n. IX/1054 del 22/12/2010 - si è conclusa alla fine del 2015 realizzando, nell'ambito del fascicolo sanitario elettronico, un flusso informativo di dati di attività clinica validati implementato dalle cinque Strutture sanitarie pilota (IRCCS Ospedale Policlinico di Milano, ASST Papa Giovanni XXIII di Bergamo, ASST Santi Paolo e Carlo di Milano e ASST di Mantova).

Regione Lombardia con l'obiettivo di implementare in tutto il territorio regionale la rete di PMA, con Decreto della DG Welfare n. 9590 del 30/09/2016 ha strutturato il governo della rete nominando il Comitato Esecutivo (CE) con l'obiettivo di elaborare e condividere la proposta di un Piano di Rete il quale deve comprendere:

- a) il Piano Annuale di attività riferito al 2017 con l'obiettivo, in particolare, dell'implementazione e collaudo del flusso informativo al data-base regionale e al registro Nazionale PMA;
- b) il Piano Strategico per l'estensione della rete a tutti i Centri PMA lombardi autorizzati/accreditati attraverso l'utilizzo di supporti informatici integrati nel sistema informativo regionale, in grado sia di rilevare le prestazioni, che di monitorare i dati di processo e di esito mediante l'individuazione di specifici indicatori. Il Piano di Rete PMA, in seguito al vaglio della DG Welfare, sarà approvato con apposita delibera di Giunta.

4.5.4. RETE EPILESSIA (EPINETWORK)

Regione Lombardia ha attivato la messa in rete funzionale dei "Centri per epilessia" con la finalità di assicurare ai cittadini affetti da questa patologia, un'assistenza omogenea su tutto il territorio regionale caratterizzata da un elevato standard qualitativo.

Per realizzare questo obiettivo la rete, promuovendo le sinergie tra gli operatori, crea le condizioni per la condivisione collegiale dei protocolli di procedura sulla base delle *best practice*.

Nel corso del 2017, proseguiranno i lavori della rete "Epinetwork" con particolare riguardo all'individuazione di soluzioni organizzative finalizzate a migliorare e ottimizzare i percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali a garanzia dell'appropriatezza di cura e della continuità assistenziale.

4.5.5. RETE DELLE DEMENZE

Nell'ambito dei programmi di intervento per la gestione della cronicità, nel 2017 Regione Lombardia promuoverà e sosterrà lo sviluppo di iniziative finalizzate ad implementare modelli di gestione integrata della "presa in cura" delle persone con particolare riferimento a quelle affette da demenza. A partire dalla rilevanza del fenomeno ed in attuazione del Piano Nazionale Demenze, Regione Lombardia nel 2017 declinerà il proprio impegno su più direttrici:

- da un lato assicurando continuità sia ai servizi sanitari, sociosanitari ed assistenziali già presenti all'interno della rete consolidata, sia agli interventi innovativi, più recentemente introdotti ed afferenti al secondo pilastro del welfare; per questi ultimi si fa riferimento, in particolare, agli interventi rivolti al target di popolazione con diagnosi certificata di demenza, sostenuti attraverso la Misura RSA Aperta ex D.D.G.R. n. 856/13 e n. 2942/14;

- dall'altro, sul piano della governance, promuovendo presso le Agenzie di Tutela della Salute l'attivazione di un processo per la messa in rete dei diversi soggetti, istituzionali e non, coinvolti nella presa in cura della persona con demenza, dando in tal modo impulso proprio a quanto definito dalla legge regionale n. 23/15 in tema di "presa in carico della persona", laddove prevede che la stessa si debba realizzare ".... attraverso articolazioni organizzative a rete e modelli integrati tra ospedale e territorio e con il riconoscimento del ruolo della famiglia, delle reti sociali e degli Enti del Terzo Settore".

Pertanto, nella prossima annualità, per dare impulso allo sviluppo e all'implementazione del Piano Regionale Demenze, Regione Lombardia attiverà un Gruppo di Lavoro integrato che avrà tra i suoi compiti l'elaborazione e la predisposizione di linee guida per lo sviluppo di una "rete integrata delle demenze" da realizzare in analogia con il processo in atto di revisione e riorganizzazione delle reti, già descritto (all'allegato 4 – sub allegato 4.b). L'obiettivo ultimo verso cui tendere è che venga infatti assicurata, in maniera omogenea in ogni area del territorio regionale, pur nel riconoscimento delle relative specificità, una gestione integrata delle cure e dell'assistenza alle persone con demenze.

Medicina complementare

Nel corso del 2017, si darà seguito alla DGR n. 4104 del 2/10/2015, che recepisce l'Accordo 54/CSR del 7 febbraio 2013 della Conferenza Stato-Regioni, ed al successivo Decreto della Direzione Generale Welfare n. 10012 del 11/10/2016 che costituisce la *"Commissione Regionale per l'accreditamento dei soggetti che erogano formazione in agopuntura, fitoterapia e omeopatia"*, Proseguendo i lavori della Commissione stessa che completerà la definizione dell'iter previsto per l'accreditamento e procederà con le successive fasi attuative. La procedura per l'accreditamento verrà formalizzata con decreto della Direzione Generale Welfare. Si stabilisce che la fase transitoria, di cui all'art. 10 dall'Accordo 54/CSR del 7 febbraio 2013, verrà prorogata fino al 02.10.2018, e precisamente fino a 36 mesi successivi alla data di recepimento del citato Accordo.

Scuola in ospedale

Proseguirà il monitoraggio dell'applicazione della convenzione tra rete ospedaliera e Ufficio Scolastico Regionale al fine di garantire i percorsi scolastici dei pazienti ricoverati presso le strutture sanitarie regionali.

4.5.6. RETE UDITO

Regione Lombardia ha attivato la messa in rete funzionale dei Centri per la cura dell'udito con la finalità di assicurare ai cittadini affetti da questa patologia, un'assistenza omogenea su tutto il territorio regionale caratterizzata da un elevato standard qualitativo.

Per realizzare questo obiettivo la rete, promuovendo le sinergie tra gli operatori, crea le condizioni per la condivisione collegiale dei protocolli di procedura sulla base delle *best practice*.

Nel corso del 2017, proseguiranno i lavori di Rete Udito con particolare riguardo all'individuazione di soluzioni organizzative finalizzate a migliorare e ottimizzare i percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali a garanzia dell'appropriatezza di cura e della continuità assistenziale con particolare riguardo alle indicazioni terapeutiche per gli impianti cocleari, con particolare attenzione a quelli effettuati nell'età infantile.

4.5.7. SISTEMA TRASFUSIONALE REGIONALE

Lo sviluppo del Sistema Trasfusionale Regionale, attraverso l'azione sinergica di indirizzo e programmazione della DG Welfare di concerto con l'azione di coordinamento di AREU/SRC - Struttura Regionale di Coordinamento per le attività trasfusionali - ha raggiunto elevati livelli di qualità e sicurezza, oltre che garantire l'autosufficienza territoriale di sangue ed emocomponenti e partecipare alle necessità nazionali.

Ai fini della razionalizzazione delle risorse e dell'efficientamento gestionale, le attività trasfusionali regionali sono state sottoposte ad un ampio processo di riorganizzazione/centralizzazione avviato con la d.g.r. n. X/1632 del 4/04/2014. Tale percorso è giunto a completamento nel 2016 permettendo di concentrare sul territorio lombardo le attività di validazione e lavorazione del sangue e dei suoi prodotti, in 9 Centri conformi ai requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi vigenti, e mantenendo, nel contempo, il decentramento delle attività di raccolta e di medicina trasfusionale.

La stessa d.g.r. n. X/1632/2014 specificava, altresì, che la proposta di un nuovo sistema tariffario per le attività di lavorazione/validazione del sangue elaborata dal progetto di ricerca Éupolis - *"Medicina trasfusionale: analisi economica nuovi servizi"*, necessitava di un percorso di validazione da parte della DG Welfare e che, nelle more della realizzazione complessiva della riorganizzazione delle attività trasfusionali, fosse necessario per l'entrata a regime delle nuove tariffe, un congruo periodo di transizione.

In tale contesto, AREU/SRC ha strutturato un modello per la rilevazione dei dati economici e quantitativi relativi alla selezione del donatore, alla raccolta, alla lavorazione e validazione del sangue e degli emocomponenti. I dati sono stati acquisiti dalle Strutture ospedaliere pubbliche sedi dei servizi trasfusionali.

In base alla metodologia elaborata da AREU (nota prot. G1.2016.0036330 del 24.11.2016), è stato possibile definire il valore unitario standard delle sacche di sangue intero da sottoporre a lavorazione e validazione presso i CLV.

Si è proceduto all'elaborazione di una distinta base (ricette di produzione) articolata nelle seguenti principali componenti:

- a. prestazioni per il donatore (anamnesi e visita breve, visite specialistiche, esami strumentali e di laboratorio);
- b. raccolta sangue intero (diretta o tramite Associazioni);

Ogni elemento di costo è stato valorizzato al costo pieno di produzione. La tariffa di Euro 124,00 per sacca di sangue intero raccolta e ceduta ai CLV è fissata al fine di garantire la copertura dei costi in condizione di efficienza media.

Sono definite le seguenti condizioni da applicarsi, in forma sperimentale, per il triennio 2016/2018:

- a ciascun servizio trasfusionale, per le attività inerenti alla selezione del donatore, alla raccolta di sangue intero e alla conservazione degli emocomponenti, sono riconosciuti, per gli scambi intraregionali, dalle ASST/Fondazioni IRCCS sede di Centro di Lavorazione e Validazione (CLV) Euro 124,00 per ogni unità raccolta lavorabile e validabile;

- le sacche eliminate per motivi sanitari non sono oggetto di rimborso;
- il plasma ottenuto dalla lavorazione del sangue intero resta di proprietà del SIMT che ha provveduto alla raccolta, mentre il concentrato eritrocitario e il buffy-coat diventano di proprietà dei CLV;
- i concentrati eritrocitari ed i pool di Buffy Coat vengono ceduti dalle ASST/Fondazioni IRCCS sedi di CLV alle ASST/Fondazioni IRCCS sedi di SIMT o ad altre strutture sanitarie che ne facciano richiesta alla tariffa nazionale di cui alla dgr n. X/5235/2016;
- le eventuali cessioni di prodotti finiti dalle ASST/Fondazioni IRCCS sedi di SIMT ad altre aziende, sono fatturate alla tariffa nazionale di cui alla dgr n. X/5235/2016;
- qualora SIMT e CLV appartengano alla stessa ASST, non vengono rilevate transazioni tra le due funzioni, se non nell'ambito della contabilità analitica;
- i ricavi così determinati in capo a ciascuna ASST/Fondazione IRCCS sede di CLV garantiscono la copertura di tutti i costi, inclusi quelli di lavorazione e validazione sostenuti a qualunque titolo. Nel caso specifico del Centro di Lavorazione della Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico, i ricavi garantiscono anche la copertura dei costi connessi all'acquisizione degli esami per la validazione.
- analogamente, la copertura del differenziale tra costi e ricavi in capo a ciascun SIMT è garantita da una quota parte della tariffa DRG per le attività in regime di ricovero e dal File F per le attività in regime ambulatoriale.

AREU/SRC, in virtù della tracciatura di tutti i movimenti connessi al sangue, provvede a trasmettere trimestralmente alle Strutture sanitarie sedi di SIMT, i dati economici per l'iscrizione nei relativi conti di contabilità analitica e generale.

Dato atto che nella metodologia adottata da AREU/SRC la valorizzazione a € 124,00 degli scambi intraregionali per ogni unità raccolta lavorabile e validabile ricomprende anche la tariffa già riconosciuta per gli esami effettuati con metodologia NAT (Nucleic Acid Amplification Test), si conferma che gli stessi test NAT non saranno più contabilizzati a consuntivo, come precedentemente richiamato dalla d.g.r. n. X/4702/2015.

L'evoluzione del servizio sociosanitario lombardo, di cui alla l.r. 23/2015, rende necessaria una rivisitazione degli afferimenti dei diversi SIMT ai Centri di Lavorazione e Validazione (CLV) di competenza, secondo criteri atti a garantire l'autosufficienza di sangue regionale e nazionale, nonché il mantenendo degli standard di accreditamento di cui alla d.g.r. n. X/4612/2012 con i relativi sviluppi informatici.

In tale contesto, è necessario intervenire sulla vigente l.r. n. 5/2005 attraverso uno strumento di semplificazione normativa che definisce le finalità e gli obiettivi del Sistema Trasfusionale Regionale, demandando alla Giunta regionale gli atti di programmazione e organizzazione del Sistema stesso.

La d.g.r. n. X/5235 del 31/05/2016 ha recepito, tra gli altri, i contenuti dell'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 14/4/2016 (Rep. Atti n. 61/CSR) approvando le quote di rimborso economico ivi contenute e riportate nell'Allegato C) della stessa delibera.

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

La Regione, attraverso AREU/SRC, collabora con le strutture sanitarie sedi di servizi trasfusionali per l'applicazione della d.g.r. n. X/5235/2016 di cui sopra, in tema di tariffe sangue e rimborsi associativi, attraverso la stipula delle convenzioni con le relative tariffe di rimborso che entrano in vigore dal 1 gennaio 2017 e per l'applicazione del decreto ministeriale 2 novembre 2015 "Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti".

AREU/SRC collabora con la Regione nello sviluppo di percorsi da attuare nell'effettuazione delle visite di controllo.

Si ricorda, inoltre, che a far tempo dalla data del 1° gennaio 2017, la d.g.r. n. VII/15690/2003 è revocata in toto e sostituita con le disposizioni della d.g.r. n. X/5235/2016.

4.5.8. SISTEMA REGIONALE TRAPIANTI

La medicina dei trapianti costituisce una pratica terapeutica ampiamente consolidata ed efficace che ha assunto nel tempo dimensioni rilevanti, sia in termini di numero di interventi, che di risultati raggiunti in conseguenza del progresso scientifico e del continuo perfezionamento delle tecniche operatorie.

Al fine di mantenere il livello di qualità e innovazione che fa della medicina dei trapianti un'eccellenza del Sistema sanitario lombardo, la d.g.r. n. X/4281 del 6/11/2015 ha inteso riorganizzare la rete regionale dei prelievi e trapianti, attraverso l'individuazione dei soggetti e delle funzioni che intervengono nel processo donazione-trapianto, l'aggiornamento dei compiti attribuiti ad ogni singolo nodo della rete e l'individuazione degli ambiti di integrazione tra i diversi livelli organizzativi.

E' stato individuato il Coordinatore Regionale Trapianti (CRT) che ha sede presso l'IRCCS Ospedale Policlinico di Milano e che opera, in stretta sinergia con la DG Welfare e il Centro Regionale di Riferimento per i trapianti. Con Decreto della DG Welfare n. 9181 del 21/09/2016 è stata nominata la Commissione Tecnico Scientifica e il Comitato Esecutivo del "Sistema Regionale Trapianti (SRT)".

Il Comitato Esecutivo, con compiti di supporto tecnico e operativo alle attività del Coordinatore Regionale Trapianti, ha il mandato di elaborare entro il 31/12/2016 la proposta del Programma Regionale Trapianti che in seguito al vaglio della DG Welfare, sarà avviato nel corso del 2017 previa approvazione con apposita delibera di Giunta.

Nel corso del 2017 saranno messe a disposizione risorse fino a un massimo di euro 300.000,00 per interventi finalizzati all'innovazione nel settore della medicina dei trapianti, in particolare finalizzati a sostenere i sistemi di perfusione d'organo.

4.5.9. PROGETTO SPERIMENTALE MELANOMA OCULARE

ONCOLOGIA OCULARE

Nell'ottica di ampliare l'offerta di diagnosi e cura di alcune patologie rare, considerato il flusso di pazienti lombardi che si reca all'estero (per lo più in Svizzera e in Francia), quantificabile in circa 100 nuovi pazienti/anno per la diagnosi, il trattamento e il follow up di

patologie afferenti alla oncologia oculare dell'adulto e del bambino, Regione Lombardia intende attivare uno specifico protocollo di presa in carico di questi pazienti.

Con tale obiettivo si dà mandato alla Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori, unitamente all'ASST Fatebenefratelli Sacco, in collaborazione con la Fondazione CNAO e con eventuali altre strutture che possono essere coinvolte nel percorso di cura, di predisporre entro il mese di febbraio 2017 un progetto che consideri e definisca gli aspetti organizzativi dei soggetti erogatori della rete, e il PDTA di riferimento per tali patologie al fine di attivare un'offerta qualificata per i pazienti con patologia oncologica oculare.

4.5.10. NUMERO UNICO EMERGENZA NUE 112

Il Servizio NUE 112 sul territorio di Regione Lombardia, ai sensi dell'art.16 della L.R. 33/2009 è garantita da AREU, attraverso tre Call Center Laici, oggi denominati Centrale Unica di Risposta (CUR) NUE 112, rispettivamente con sede in: Varese, per le Province di Varese, Monza-Brianza, Lecco, Como, Bergamo, Milano, per l'area metropolitana e Provincia; Brescia per le Province di Brescia, Sondrio, Cremona, Mantova, Lodi, Pavia e serve una popolazione di oltre 10 milioni di abitanti.

E' un servizio che rappresenta per la popolazione di Regione Lombardia, "il primo punto di contatto con l'Emergenza". E' annoverato tra i "servizi pubblici essenziali", individuati dall'art. 1 della Legge 12 giugno 1990, n. 146 inerente le "Norme sull'esercizio del diritto di sciopero nei servizi pubblici essenziali e sulla salvaguardia dei diritti della persona costituzionalmente tutelati."

L'operatore del NUE 112, per le funzioni che espleta nell'ambito della CUR, assume la qualifica d'incaricato di pubblico servizio (tale natura giuridica del Servizio NUE 112 è stata confermata altresì nel Disciplinare Tecnico Standard approvato da parte della Commissione Consultiva del Ministero dell'Interno istituita ai sensi dell'art. 75 bis, comma 2, del D.Lgs. 1 Agosto 2003 n. 259).

Il Servizio NUE 112 rappresenta non solo una risposta in linea con la normativa comunitaria e nazionale ma il primo punto d'accesso del cittadino ai servizi d'emergenza, garantito attraverso un'efficace modalità di gestione della chiamata di emergenza e ha permesso di realizzare un funzionale punto di contatto tra l'utente e le sale/centrali operative delle Forze dell'Ordine, dei Vigili del Fuoco e del Soccorso Sanitario, competenti della gestione del soccorso sul territorio, secondo un processo ormai divenuto irrinunciabile e irreversibile, e mutuato in diverse altre regioni italiane; peraltro le stesse regioni hanno fatto formale richiesta di essere affiancate da AREU per l'implementazione del Servizio NUE 112 nei rispettivi territori di competenza tramite apposite convenzioni che AREU viene autorizzata a sottoscrivere.

Nel corso del 2017 il superamento della fase transitoria sarà consentito dall'assunzione delle risorse umane a tempo determinato con contratto a tempo indeterminato, per poter garantire al servizio NUE 112 il fabbisogno di personale a ruolo.

La quantificazione del numero di unità e della categoria/profilo professionale necessario dovrà essere indicata nella proposta che AREU dovrà formulare alla Regione entro il mese di gennaio 2017.

In previsione dell'estensione del NUE 112 sul territorio nazionale secondo il modello organizzativo realizzato da AREU, nel corso dell'esercizio 2017 sulla base di Accordi convenzionali specifici preventivamente comunicati e autorizzati dalla DG Welfare, supporterà i diversi Enti Regionali preposti all'avvio di tutte le attività preliminari all'attivazione delle Centrali Uniche di Risposta NUE 112 nelle attività di selezione,

formazione e affiancamento; tale attività non dovrà comportare oneri per Regione Lombardia e dovrà essere svolta da AREU isorisorse. Per questa ragione agli operatori coinvolti nelle attività di selezione, di formazione, di affiancamento e in tali percorsi anche on the job, potranno essere riconosciuti i compensi per attività formativa secondo quanto previsto dal CCLN anche al di fuori dell'orario di servizio.

4.5.11. NUMERO UNICO EUROPEO ARMONIZZATO A VALENZA SOCIALE PER LE CURE MEDICHE NON URGENTI 116117

Numero Unico Europeo Armonizzato a valenza sociale per le cure mediche non urgenti 116117

Nel 2017 sulla scorta delle esperienze maturate nell'area territoriale di Mantova e Cremona, sarà valutato di concerto con la programmazione regionale, l'opportunità di estendere il servizio, in coerenza con il contesto evolutivo della L.r. n. 23/2015.

4.5.12. TRASPORTI SANITARI E SANITARI SEMPLICI

Nel 2017, viste le funzioni assegnate all'Azienda Regionale Emergenza Urgenza (AREU) dalla Legge Regionale n° 23 del 11 agosto 2015, evoluzione del sistema sociosanitario lombardo, all'articolo 16 comma 1 e dalla successiva D.G.R. 16 maggio 2016 - n. X/5165, in cui l'azienda viene individuata come responsabile per il coordinamento dei trasporti sanitari semplici e sanitari, si completerà la ricognizione organizzativa presso ATS/ASST Regionali, relativamente ai trasporti in termini numerici e al tipo di software in uso, al fine di quantificare il servizio da garantire, supportare le future scelte tecnologiche, organizzare il nuovo ramo di attività aziendale per garantire il servizio stesso, almeno per i trasporti sanitari semplici, entro la fine dell'anno.

Sarà effettuata una valutazione economica sulla base dei dati di dettaglio raccolti e si redigerà una proposta di capitolato tecnico per una gara regionale (tramite portale ARCA Lombardia) circa il sistema informatico da utilizzare.

Verranno individuati e allestiti locali idonei allo svolgimento dell'attività prevista per un numero di postazioni di lavoro per operatori sufficiente a gestire l'attività di ricezione e smistamento delle varie richieste.

Si proporrà uno studio di fattibilità, volto a garantire e implementare la progressiva omogeneizzazione dei protocolli operativo/assistenziali per i trasporti sanitari semplici e sanitari adottati dalle ATS/ASST.

4.5.13. SISTEMA BIBLIOTECARIO BIOMEDICO LOMBARDO - SBBL

La riforma sanitaria di cui alla l.r. n 23/2015, comportando fra l'altro variazioni nel quadro numerico e organizzativo delle Aziende del SSR, ha richiesto l'avvio, già nel 2016, di un processo di riordino dei servizi oggi gestiti da SBBL.

SBBL sarà oggetto entro il 2017 di una proposta di riordino complessivo volta, fra l'altro, a potenziare il ruolo centrale di SBBL nei confronti delle Strutture sanitarie lombarde e promuovere l'accesso alle informazioni e pubblicazioni scientifiche.

L'operatività continuerà ad essere garantita dal Centro di Riferimento Regionale (CRR) di SBBL, situato presso la ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, come stabilito dal Decreto della Direzione Generale Sanità n. 9721 del 31/10/2012.

Per assolvere alle proprie esigenze informative/formative, le Strutture attingeranno in primo grado al patrimonio bibliografico di SBBL non solo per quanto riguarda le pubblicazioni in ambito biomedico e sanitario, ma anche in altri ambiti non strettamente di pertinenza medico-scientifica (per es. pubblicazioni giuridiche, amministrativo-organizzative, economiche, quotidiani, pubblicazione a carattere divulgativo, ecc.).

Sono individuati i seguenti livelli di servizi:

pacchetto A - previsto per le ATS - Comprende:

- accesso al Sistema (piattaforma LightHouse, Catalogo Collettivo, MetaCrawler, C-Link, Document Delivery, Linksolver attivato sui diversi database in acquisizione centralizzata);
- l'informatore farmaceutico (CODIFA);
- accesso alla piattaforma de "Il Sole 24 Ore" (quotidiano + archivio + Sanità + moduli PA);
- altri servizi e risorse in fase di definizione.

pacchetto B - previsto per le ASST – Comprende:

- il pacchetto A;
- l'accesso ai prodotti editoriali acquisiti da SBBL, secondo quanto negoziato periodicamente e nei limiti del budget disponibile: BMJ, NEJM, ELSEVIER + CLINICS, COCHRANE Library, WILEY, LIPPINCOTT, SPRINGER Journal + E-Book, EMBASE.

pacchetto C - per altre strutture non ASST e non ATS – Comprende:

- l'accesso al Sistema (piattaforma LightHouse, Catalogo Collettivo, MetaCrawler, C-Link, Document Delivery, Linksolver attivato sui diversi database in acquisizione centralizzata);
- l'informatore farmaceutico (CODIFA);
- la banca dati EMBASE;
- la partecipazione ai contratti consortili SBBL, che non creino incompatibilità con l'adesione ad altri sistemi bibliotecari.

Per il funzionamento di SBBL per l'anno 2017 sono stanziati 1.700.000 € come contributo da Regione Lombardia e trasferito alla disponibilità del CRR.

Ad integrazione della somma di cui sopra è previsto che le Aziende partecipino al funzionamento di SBBL con le seguenti quote che dovranno trovare evidenza nei bilanci delle stesse:

- 1.459.000 € complessivi a carico delle ASST: la quota di accesso al pacchetto B è compresa tra € 37.000 e € 87.000 sulla base della dimensione delle singole strutture (fascia n° dipendenti a tempo indeterminato in servizio alla data dell'ultimo flusso FLUPER disponibile): nel dettaglio € 37.000 sono richiesti ad ASST con dipendenti fino a n. 1500, poi tale quota è incrementata di € 5.000 ogni 500 dipendenti in più;
- 80.000 € complessivi a carico delle ATS, con una quota di accesso al pacchetto A pari a € 10.000 per ciascuna ATS;

- gli IRCCS, che partecipano già a Bibliosan, e tutte le altre strutture del Sistema non incluse nelle tipologie sopracitate si faranno carico del costo effettivo dei “pacchetti” a cui aderiranno.

La determinazione del contributo di ciascuna Azienda è finalizzata a correlare i costi per il mantenimento del sistema agli effettivi livelli di servizio fruiti.

Il contributo richiesto per il 2017, comunicato con successivo atto dalla DG Welfare entro il 31.01.2017, sarà corrisposto direttamente da ciascuna Azienda al Centro di Riferimento Regionale (CRR) di SBBL .

4.5.14. RETE PER L’ASSISTENZA ALLA MADRE E AL NEONATO

4.5.14.1 Punti Nascita

Verrà applicato quanto previsto dall’ Accordo Stato/Regioni del 2010 e DM 70/2015 alla luce della DGR X / 4873 del 29/02/2016 e a quanto verrà definito dal Ministero per quanto attiene alla richiesta di deroga sui Punti Nascita con <500 parti/anno. Nel caso venisse respinta la richiesta di deroga da parte del Ministero o insorgesse la necessità di delocalizzazione l'attività di sala parto di altri Punti Nascita dovrà essere definito un progetto per il potenziamento dei Punti Nascita residui limitrofi, un incremento dell'attività territoriale del Consultorio al fine di un complessivo aumento dei servizi resi alla popolazione nell'ottica dell'incremento di sicurezza e qualità.

Rete di assistenza al neonato Patologico. Riorganizzazione della rete di offerta delle Terapie Intensive Neonatali in coerenza con il Decreto Ministeriale 70/2015 e a quanto previsto dal tavolo regionale Rete dell’Emergenza-Urgenza e Reti tempo-dipendenti.

4.5.14.2 Parto analgesia

Si dispone il mantenimento dell’obiettivo già posto per il 2016 di avere almeno un Punto Nascita per ogni ASST in cui sia possibile la parto analgesia H 24

4.5.14.3 Comitati Percorso Nascita locali

Aggiornamento, con dati al 31 dicembre 2016, della Carta dei Servizi specifica per ogni ASST con Punti Nascita completa, per ogni Punto Nascita delle informazioni inerenti al numero dei parti, del tasso di tagli cesarei primari, della presenza, nei singoli Punti Nascita della partoanalgesia con peridurale e della guardia, in struttura, H24 di ginecologo, anestesista e pediatra. Pubblicazione nelle lingue delle principali etnie di donne straniere della carte dei Servizi.

4.5.14.4 Promozione dell’allattamento al seno

L’incremento dell’allattamento al seno rappresenta un investimento in termini di salute materna e salute neonatale .

Promozione di un progetto finalizzato all’implementazione dell’allattamento naturale che, traendo spunto dai 10 passi UNICEF del “Baby Friendly Hospital Initiative”, declini modalità

operative con particolare attenzione alla continuità del sostegno dell'allattamento al seno tra Ospedale e Territorio (Consultori e PLS), in coerenza con gli obiettivi regionali

Al fine di poter controllare i risultati delle azioni di sostegno e promozione verrà implementato, da parte di Regione, entro il primo semestre 2017 un sistema di monitoraggio del tasso di allattamento al seno alla dimissione e nei primi mesi di vita in coerenza con "Promozione della salute del bambino e della mamma nel percorso nascita" (di cui alla D.G.R. 3654/2015 "PRP 2015 – 2018").

4.5.14.5 Set minimo di informazioni sulla gravidanza per la continuità assistenziale ospedale/territorio e codice rischio della gravidanza

Adeguamento dei documenti (cartelle cliniche e cartelle ambulatoriali) utilizzati nelle ASST (Ospedale e Territorio) per seguire una gravidanza fisiologica al set minimo documentale individuato da un Gruppo di Lavoro regionale multidisciplinare e approvato dal Comitato Percorso Nascita regionale a settembre 2017, sarà oggetto di invio separato alle Direzioni Generali.

Deve essere implementato e diffuso nelle sedi di Pronto Soccorso Ostetrico l'utilizzo di scale validate e con standard condivisi per la valutazione del rischio specifico per la gravidanza in modo che sia possibile una maggiore uniformità di giudizio tramite l'utilizzo di una scala (livello di rischio identificato con colore) di facile e uniforme interpretazione per una lettura dei livelli più uniforme.

4.5.14.6 Diffusione delle Linee Guida

Nel corso del 2017 dovranno essere diffuse e implementate, con documentazione dell'utilizzo, presso i Punti Nascita di RL, almeno le linee guida inerenti a gravidanza e parto dell'Istituto Superiore Sanità e gli statement sulle buone pratiche del Ministero della salute per quanto concerne la sicurezza della donna e del neonato nell'ambito del processo assistenziale parto/nascita.

La diffusione dovrà essere sostenuta da adeguato progetto, completo di indicatori di valutazione sull'utilizzo, per ogni ASST con Punto Nascita.

Ulteriori aspetti inerenti a qualità e sicurezza in ambito materno infantile sono specificatamente presenti nella parte sul Risk Management.

4.5.14.7 Qualità e Sicurezza (Indicatori/ Cruscotto per Governo Clinico)

Definizione di un progetto di miglioramento della qualità/sicurezza per ogni ASST dotata di Punti Nascita che, individuate le situazioni di criticità più significative - partendo dai dati esposti nel cruscotto del "Governo Clinico – Materno Infantile" di RL - definisca un progetto di miglioramento completo di indicatori tratti dal cruscotto stesso. Progetto di miglioramento completo di indicatori per il monitoraggio entro giugno 2017

Nel corso del 2016 è andato a regime in RL un sistema finalizzato all'emersione degli eventi potenzialmente avversi nelle Sale Parto: il sistema dei Trigger. Saranno definiti ulteriori obiettivi inerenti al tema della sicurezza e all'utilizzo del sistema Trigger al fine di evidenziare i temi formativi sul rischio e sicurezza in sala parto.

4.5.14.8. Monitoraggio sistematico dell'andamento dei nuovi items previsti dai LEA attinenti i Punti Nascita.

Attuazione con il concorso di LISPA di un sistema di monitoraggio che consenta un puntuale e continuo monitoraggio dell'andamento delle azioni di sostegno previste dai LEA per l'allattamento naturale al seno e gli screening da effettuare alla nascita – screening

neonatale esteso per malattie metaboliche, sordità congenita, cataratta congenita. Tale modalità di monitoraggio potrà essere estesa eventualmente anche ad altre procedure di screening come le cardiopatie congenite con saturimetria.

4.5.14.9. Classificazione dei diversi Punti di offerta della rete materno infantile e corretto utilizzo delle risorse assegnate

La poca specificità e ridotta capacità di classificazione del sistema DRG in ambito neonatale, e in misura ridotta in ambito ostetrico, è cosa nota e riportata da tutta la letteratura in materia. Appare necessario proseguire con quanto già fatto nel corso degli anni precedenti, quindi, arricchire la capacità descrittiva – tipologia, livello assistenziale, qualità e sicurezza - delle prestazioni erogate nei diversi Punti Nascita proseguendo con quanto già fatto da RL sul tema (D.G.R. 3976/2012 e 3993/2015).

Nel corso del 2017 continueranno le azioni finalizzate per un sempre maggior controllo del corretto utilizzo delle risorse assegnate (delibera 3993/2015), con particolare attenzione ai criteri di accesso e utilizzo delle U.O. ad alto livello di intensità di cure, come Unità di Medicina Materno Fetale e Terapia Intensiva Neonatale, e alla programmazione della rete di offerta. Nel corso del 2017 si passerà da un sistema di controllo basato sull'autocertificazione del corretto utilizzo ad un controllo su campione dei NOC.

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

4.5.14.10 Trasporto materno e neonatale

Dovrà essere attivato e regolamentato nella nostra Regione a cura di AREU, in coerenza con quanto definito dall' Accordo Stato -Regioni del 2010, a quanto previsto alla legge di RL 23/2015 e secondo gli specifici standard operativi proposti dal Comitato Percorso Nascita Regionale il trasporto assistito materno (STAM) e dovrà essere rivisitata l'organizzazione del Sistema Trasporto Neonatale Emergenza nella Regione e prioritariamente nell'area RIMMI. Dovrà parimenti essere attivato un sistema di monitoraggio per il governo del sistema.

4.5.14.11. Miglioramento dell'appropriatezza dei tagli cesarei

Alla luce della esperienza maturata nel 2016 si definisce una riduzione della tariffa pari al 20% rispetto a quella ordinaria per i parti con TC per le classi 1 e 3 di Robson - (Donna Nullipara/Donna Pluripara con Gravidanza singola, Presentazione cefalica, Età gestazionale a termine, Travaglio spontaneo) e 2A e 4A di Robson (Donna Nullipara/Donna Pluripara con Gravidanza singola, Presentazione cefalica, Età gestazionale a termine, Travaglio indotto) se è superata la soglia del 75° percentile. Verrà parimenti riconosciuto un incremento pari al 35% del valore ordinario per le medesime classi dei parti con TC per i Punti Nascita con valore inferiore al 25° nel corso del 2017.

4.5.14.12 Variazione tariffaria

La tariffa inerente ai parti con necessità di successivo ricovero in Terapia Intensiva

Neonatale dei neonati, senza trasferimento presso altra ASST, viene incrementata del 30%. Continua, in questo modo, la politica tariffaria di Regione Lombardia finalizzata al riconoscimento della complessità assistenziale della rete delle Terapie Intensive Neonatali e dei Centri di riferimento della patologia della gravidanza con dimensioni coerenti al DM 70/2015

4.5.14.13 RIMMI

Per il 2017 rimane obiettivo fondamentale per RIMMI la progettazione e l'iniziale riorganizzazione della rete di offerta in ambito materno infantile con definizione dei livelli di operatività dei nodi. Il modello a rete di RIMMI comporta anche il governo della domanda attraverso la razionalizzazione dei percorsi connessi alla cronicità (bambino con diabete tipo 1, bambino nefropatico, ecc. ...) in ambito pediatrico e ad una condivisa, equa e appropriata – secondo letteratura - modalità di erogazione dei controlli in gravidanza fisiologica.

Per poter proficuamente proseguire nella realizzazione del progetto della Rete Interaziendale Milano Materno Infantile è necessario poter contare, come previsto dall'allegato tecnico della delibera n.1988 del 18/3/2016 e più volte ribadito dallo Steering Committee, su una piattaforma informatica in grado di gestire adeguatamente l'intenso scambio di informazioni necessarie per il governo della rete sia sul piano clinico (condivisioni di informazioni per attività ambulatoriale e di ricovero) e per quello del governo gestionale (condivisione di informazioni inerenti alla qualità e volumi di scambio tra i diversi nodi della rete). Previsto per lo sviluppo di questo punto nel corso del 2017 sino a 400.000 €.

4.5.14.14 RIMI

Le ATS in accordo con le ASST dovranno individuare specifici temi progettuali inerenti alle situazioni di fragilità in area materno infantile da declinare con particolare attenzione agli aspetti della intercettazione precoce, alla presa in carico e alla continuità assistenziale. Nella progettazione dovranno essere individuati anche gli elementi per la definizione degli indicatori per il monitoraggio del processo assistenziale/presa in carico. Entro aprile definizione del progetto con operatività dal secondo semestre. Relazione finale con andamento indicatori entro febbraio 2018 con dati 2017 completi

4.5.14.15 Rete regionale per la gestione del bambino in condizioni critiche

Regione Lombardia si propone, come già previsto dalla DGR N° X / 4873 del 29/02/2016 di ottimizzare la gestione dei minori in condizioni critiche conseguenti a patologie tempo-dipendenti attraverso una rete operativa e di coordinamento tra le diverse strutture sanitarie presenti in RL.

Dovrà essere approntato un progetto entro giugno 2017, con il coinvolgimento di professionisti che consideri vincolante un paradigma operativo di rete individuandone i nodi con la definizione dei diversi livelli operativi e con identificazione di strutture Hub e strutture Spoke.

Il progetto dovrà identificare i nodi di rete in un modello organizzativo a tendere partendo dalla valutazione dei bisogni e considerando come base di partenza l'attuale stato operativo.

Tale modello organizzativo dovrà consentire anche la redistribuzione delle risorse disponibili attraverso una sostanziale razionalizzazione dell'assistenza sanitaria ospedaliera in ambito pediatrico. Dovrà essere previsto il coinvolgimento per il sistema di trasporto AREU

4.5.14.16 Rete SIDS (Sindrome della morte improvvisa del lattante)

In tale ambito si procederà: all'individuazione di un Comitato Esecutivo - cabina di regia della rete composta da figure di esperienza per assicurare la competenza clinica/gestionale e la funzione di indirizzo e programmazione regionale. Si inizieranno sperimentazioni attraverso modalità innovative per favorire la presa in carico della famiglia alla luce del DECRETO 7 ottobre 2014 "Protocolli diagnostici nei casi della morte improvvisa infantile e della morte inaspettata del feto. (14A08847) (G.U. Serie Generale n.272 del 22-11-2014 - Suppl. Ordinario n. 89).

4.5.15 LA RETE DELLE CURE PALLIATIVE E LA RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE

4.5.15.1 La Rete delle Cure Palliative

In attuazione della D.g.r. n. X/5918 del 28.11.2016, coerentemente alla L.r. n.23/2015 di evoluzione del sistema sociosanitario lombardo, si rende prioritario compiere il processo di evoluzione del modello organizzativo della Rete di Cure palliative in Lombardia.

Ai sensi della l. n.38/2010 e in attuazione a quanto sopra, nel 2017 verrà istituito dalla DG Welfare un organismo di coordinamento della rete regionale di cure palliative.

Pertanto si dà mandato alla DG Welfare di:

- completare il percorso intrapreso di attuazione della convergenza dei modelli organizzativi di Cure Palliative, storicamente sviluppati attraverso percorsi paralleli afferenti ai due assessorati alla Salute e alla Famiglia e solidarietà sociale, pervenendo ad un unico profilo di Hospice e un unico profilo di Unità di Cure Palliative Domiciliari,
- promuovere forme di governo dei processi di presa in carico e di cura per migliorare, semplificare l'accessibilità ai servizi e mirate a facilitare la presa in carico di cure palliative domiciliari a differente intensità assistenziale di base e specialistica, in coerenza a quanto previsto dal documento concernente i Nuovi LEA;
- proseguire il monitoraggio a livello regionale sullo stato di attuazione delle Reti locali di Cure palliative, attraverso l'identificazione di indicatori specifici che permettano di:
 - analizzare le sinergie con la Rete Integrata di Continuità Clinico Assistenziale (RICCA) e più in generale con le reti di patologia
 - analizzare l'omogeneizzazione dell'offerta di cura anche attraverso l'integrazione dei soggetti erogatori all'interno della rete locale di Cure palliative
- completare il processo di allineamento dei flussi informativi in coerenza alla definizione dei nuovi profili, residenziale e domiciliare.

Nel corso del 2017 le ATS procederanno alla attuazione del processo di riclassificazione in adempimento alla d.g.r. n. X/5918/2016.

Nel corso del 2017, proseguirà la realizzazione dei percorsi di formazione per i professionisti operanti nella rete di Cure palliative inclusi i MMG, concernenti i contenuti minimi in termini

di conoscenza, competenza e abilità definiti per le figure professionali, in attuazione della D.g.r. n. X/5455/2016.

In attuazione della d.g.r. n. X/5341/2016 si procederà al rilascio della certificazione dell'esperienza professionale necessaria per operare nella Rete di Cure palliative, su istanza del medico interessato in possesso dei requisiti previsti.

4.5.14.2 La Rete della Terapia del Dolore

Nel corso del 2017 si proseguirà nel percorso di consolidamento della rete di Terapia del dolore avviato con le Deliberazioni di Giunta regionale n. IX/4610/2012, n. X/2563/2014 e n. X/4983/2016 che hanno disciplinato in maniera complessiva il modello organizzativo specifico identificando in una prima fase di attuazione 4 Centri specialistici di Terapia del Dolore di Secondo Livello e di 25 Centri specialistici di Terapia del Dolore di Primo Livello.

In particolare, le azioni perseguite saranno finalizzate a garantire una omogenea diffusione dell'offerta assistenziale con riguardo sia alla distribuzione sul territorio regionale, sia alla qualità delle cure erogate.

A tal fine, nel 2017 si dà mandato alla DG Welfare a:

- realizzare percorsi di formazione per gli operatori della rete di Terapia del dolore inclusi i MMG, concernenti i contenuti minimi in termini di conoscenza, competenza e abilità definiti per le figure professionali operanti nelle reti della Terapia del dolore, in attuazione della D.g.r. n. X/5455/2016;
- monitorare la Rete di TD, ponendo attenzione alla distribuzione territoriale dei Centri di Terapia del Dolore e dell'impatto della riorganizzazione di cui alle D.g.r. n.X/2563/2014 e n. X/4983/2016;
- avviare il coordinamento con modalità di *"Steering Committee"*, secondo regole da definirsi, posta in capo alla Direzione Generale Welfare e ai Centri specialistici di Terapia del Dolore di Secondo Livello, mirato al monitoraggio della Rete di Terapia del Dolore, attraverso:
 - l'individuazione di strategie operative e sinergie tra i Centri specialistici di Terapia del Dolore di Primo e di Secondo livello, finalizzate a pervenire ad una proposta condivisa di governo clinico che ponga il paziente e la sua famiglia al centro della Rete di Terapia del Dolore;
 - la stratificazione, a partire dalla BDA e dai flussi informativi regionali, dei pazienti definiti per cluster di bisogni e consumi di risorse finalizzata alla presa in carico e all'appropriatezza dei percorsi di cura;
 - l'analisi dei livelli organizzativi declinati all'interno della Rete di Terapia del dolore.
- definire modalità di riclassificazione dell'assetto accreditato dei Centri di Terapia del Dolore nei diversi livelli organizzativi, in un'ottica programmatoria e di sostenibilità.

4.5.15.3 La Rete delle Cure Palliative e della terapia del dolore pediatriche

Le Cure palliative pediatriche rappresentano una importante risposta ai minori che si trovino in particolari condizioni di malattia inguaribile e/o terminale. Le Cure Palliative e la terapia del dolore pediatriche, presentano rispetto all'adulto alcune criticità e peculiarità d'intervento, che impongono la necessità di considerare e programmare risposte specifiche.

Nel 2017 si dà mandato alla DG Welfare di perseguire le seguenti azioni:

- attivare un tavolo tecnico specifico che abbia tra i propri compiti:

- il monitoraggio su scala regionale dello sviluppo della rete CPP e TDP
- definizione di percorsi diagnostico-terapeutici di presa in cura del bambino e della sua famiglia, volti a garantire la continuità dei percorsi assistenziali ospedale-territorio
- identificazione di indicatori rilevanti per valutare qualità e appropriatezza di servizi e prestazioni erogate nell'ambito della rete
- definizione di percorsi formativi specifici per i professionisti della rete di Cure Palliative e la terapia del dolore pediatriche finalizzati a sviluppare un sistema omogeneo in termini di qualità delle cure e dell'appropriatezza della presa in carico del bambino e della sua famiglia

4.5.15.4 Servizi di Assistenza Specialistica Territoriale (già Nuove Reti Sanitarie)

Si fa riferimento a quei Servizi di Assistenza Specialistica Territoriale (già NRS) che garantiscono prestazioni di assistenza specialistica al domicilio di pazienti inguaribili in carico alla rete di Cure palliative o affetti da malattie croniche, post acute e che si inseriscono nel percorso di presa in carico del paziente coniugando appropriatezza clinica, gestionale e di allocazione delle risorse e di seguito indicati:

- assistenza Specialistica Territoriale Cure Palliative (**STCP, già ODCP**),
- Percorso di Ospedalizzazione Domiciliare riabilitativa post cardiocirurgica (**POD**),
- Percorso di Telesorveglianza domiciliare per pazienti con scompenso cardiaco cronico medio grave (**PTS**),
- Percorso di Telesorveglianza Sanitaria domiciliare per pazienti con BPCO grave e molto grave (**PTP**),
- Teleconsulto specialistico al MMG (**TCS**).

L'attività di tali servizi viene rendicontata dal 15 aprile 2013 attraverso il Sistema Modulare di Accoglienza Flussi (SMAF), sostituito al Sistema Debito Informativo telematico in uso nella fase sperimentale. Si tratta di un Sistema informativo regolarmente implementato e di Servizi di assistenza per i quali le ASL stipulano contrattualizzazione e la relativa previsione di budget annuo, superando la fase sperimentale nella quale veniva preso a riferimento l'indicatore del "tetto pazienti" fissato dalla Regione Lombardia con i provvedimenti autorizzativi di ciascun percorso sperimentale.

Nel corso del 2017, secondo quanto definito dal documento concernente i Nuovi LEA, il modello di assistenza STCP dovrà evolvere verso percorsi di cura erogati a differente intensità assistenziale di base e specialistica, secondo specifici criteri di accreditamento.

Nel 2017 si procederà ad una attenta analisi dei protocolli organizzativi, dei risultati dei servizi e dei rispettivi flussi informativi sottostanti ad oggi in vigore, anche in un'ottica di confronto e/o integrazione con i servizi sperimentali CREG e POT.

Potranno essere autorizzate ulteriori strutture all'erogazione dei percorsi per pazienti cronici con scompenso cardiaco e BPCO grave e medio grave e per un percorso di riabilitazione post cardiocirurgica domiciliare, secondo le modalità operative che verranno indicate con apposito Decreto della DG Welfare.

4.5.16. MEDICINA DIFFUSA

Regione Lombardia ha confermato con la legge regionale 23/2015 (art.9) la necessità di attivare modalità organizzative di presa in carico, in particolare del paziente cronico e fragile, con il supporto della telemedicina. Dopo aver inserito tale possibilità già nei piani socio sanitari a partire dal 2002 e aver avviato percorsi di cura condivisi a livello regionale per alcune tipologie di pazienti cronici già dal 2006 (Nuove Reti Sanitarie), ha ribadito tale esigenza anche nel Piano regionale della Cronicità 2016-2018 (DGR n° X/4662 del 23/12/2015) e indicato le modalità operative da applicare all'erogazione di prestazioni diagnostiche presso gli studi dei Medici di Medicina, anche in telemedicina, nell'ambito della sperimentazione CReG (DGR n° X / 2989 del 23/12/2014 - allegato 7): Con tale provvedimento ha recepito l'Intesa Stato-Regioni del 20 febbraio 2014 sul documento "Telemedicina-linee di indirizzo nazionali", dando mandato alla DG, ora Welfare, di promuovere i conseguenti atti ai fini della fattiva applicazione degli stessi.

Per "Telemedicina" si intende una modalità di erogazione di servizi di assistenza sanitaria, tramite il ricorso a tecnologie innovative, in particolare alle Information and Communication Technologies (ICT), in situazioni in cui il professionista della salute e il paziente (o due professionisti) non si trovano nella stessa località", come indicato nelle Linee di indirizzo citate.

Per l'anno 2017 si confermano le esperienze consolidate a livello regionale che utilizzano supporti di telemedicina e hanno indicato una remunerazione per tali prestazioni, nell'ambito:

- del "sistema CReG" per i medici di medicina generale, con numeri molto più ampi di pazienti coinvolti e con una remunerazione prevista con le regole CReG, come da dgr "delle regole 2015 per il 2016".
- di percorsi per pazienti cronici con scompenso cardiaco cronico e BPCO grave e medio grave, e per un percorso di riabilitazione post cardiocirurgica domiciliare (Nuove Reti Sanitarie), quindi per target di pazienti molto mirati e con una remunerazione per percorso per un massimo di sei mesi

Nel corso del 2017 dovranno essere estesi modelli di percorsi (PDTA) che si avvalgono della telemedicina nell'ambito dei POT (Presidi Ospedalieri Territoriali) con attenzione rivolta in particolare a facilitare la dimissione precoce, e a supporto della riabilitazione complessa domiciliare.

Analoga attenzione dovrà essere estesa a modelli innovativi per percorsi ospedalieri (CReG-H) rivolti in particolare a pazienti cronici complessi ove la presa in carico integrata e il conseguente PAI (piano assistenziale individuale) possano avvalersi del supporto della tecnologia (e-health - telemedicina - mhealth) anche per favorire la collaborazione del paziente (empowerment).

Regione Lombardia, nel corso del 2017, proporrà, anche attraverso la commissione nazionale paritetica sulla medicina una regolamentazione delle modalità di erogazione delle prestazioni con particolare riferimento ai requisiti tecnologici, organizzativi e professionali affinché la telemedicina possa completare l'iter di integrazione nel servizio sanitario.

4.5.17. SPERIMENTAZIONI GESTIONALI

La recente L.r. n.23/2015 all'art.19 pone attenzione specifica alle sperimentazioni gestionali. La Regione promuove programmi di sperimentazione di nuovi modelli organizzativi gestionali che vedono la collaborazione tra soggetti erogatori di servizi sanitari di diritto pubblico e di diritto privato, finalizzati al miglioramento dell'efficienza e della qualità del Servizio sanitario regionale.

Nel corso del 2017 proseguirà il monitoraggio delle sperimentazioni gestionali attive sul territorio con "focus" specifico a quelle esperienze particolarmente complesse; in ragione di ciò la Regione attiva il Comitato regionale di sorveglianza delle SG, recentemente ricostituito con D.d.g. n.8991/2016.

Nel 2017 si procederà ad una revisione complessiva delle vigenti linee di indirizzo specifiche sulla base dei criteri di cui all'art.19 Lr. 23/2015.

4.5.18. Presa in carico del paziente dializzato (progetto RADIAL)

Nel corso del 2016 sono stati sviluppati gli strumenti per l'avvio della sperimentazione della tariffa di presa in carico per il paziente dializzato da attuarsi in via sperimentale in 9 centri dialisi, come definito nelle Regole 2016. In particolare è stato sviluppato a partire dal Registro RENE un sistema informativo per l'arruolamento dei centri, per il monitoraggio e valutazione comparativa dell'impatto clinico ed economico della sperimentazione. Inoltre è stato sviluppato, di concerto con i clinici coinvolti nella sperimentazione, un sistema di monitoraggio che comprende 10 indicatori di performance, misurabili attraverso l'integrazione di flussi amministrativi (*data warehouse*), dati clinici (Registro RENE), e dati di laboratorio (FSE). Sono state infine definite le modalità di incentivo per la remunerazione dei centri basati su sistema di *saving sharing*.

Si dà mandato alla DG Welfare di definire con successivo atto la modalità di remunerazione da applicare per l'anno 2017, per l'avvio della sperimentazione.

4.6 RICERCA

4.6.1. Ricerca e innovazione

Sono stanziati sino 35 milioni di euro - di cui 10 milioni quale sopravvenienza passiva del 2016 – per il finanziamento del piano di attività 2017 della Fondazione Regionale per la Ricerca Biomedica. Le risorse saranno assegnate in seguito alla approvazione del relativo Piano d'Azione. L'importo ricomprende fino a un massimo 1,8 milioni di euro per il cofinanziamento regionale dei programmi di rete all'interno del nuovo Bando ministeriale di Ricerca Finalizzata e Giovane ricercatore la cui emanazione è prevista nel 2017. I soggetti che potranno beneficiare del cofinanziamento regionale di 1.8 milioni di euro sono le Strutture sanitarie pubbliche, gli IRCCS di diritto pubblico e privato, le Università e gli Enti di ricerca lombardi.

Le tematiche di interesse strategico per i programmi di rete sopra citati saranno formalmente individuate dalla DGW insieme alle condizioni eleggibilità sui fondi regionali.

Ricerca Regionale a gestione diretta

Si prevede di stanziare fino a un massimo di 4 milioni di euro per il finanziamento di progetti di ricerca innovativa a carattere organizzativo e/o clinico proposti da ASST, ATS e IRCCS di diritto pubblico e privato su tematiche di interesse regionale a supporto dell'evoluzione del Sistema Socio Sanitario Lombardo.

4.6.2. Fibrosi cistica

Nel corso del 2017, con il contributo del Centro di Riferimento Regionale per la prevenzione e cura della fibrosi e cistica e dell'Associazione dei pazienti, sarà definito un modello organizzativo di gestione multiprofessionale e multidisciplinare per la presa in carico globale dei pazienti affetti dalla patologia.

Le quote destinate alla ricerca per la prevenzione e cura della fibrosi cistica, di cui alla Legge n. 548/93, anticipate da Regione Lombardia in attesa del conferimento del Ministero della Salute, ammontano per il 2017, a 240.000 €.

L'assegnazione delle quote è effettuata in relazione alle progettualità elaborate dal:

- Centro di Riferimento Regionale: IRCCS Ospedale Policlinico di Milano;
- Centro di supporto: ASST Spedali Civili di Brescia.

La presentazione dei progetti è esclusivamente del Centro di Riferimento Regionale, incaricato di tenere i rapporti con il Centro di supporto.

5. PROGRAMMAZIONE, ACCREDITAMENTO E NEGOZIAZIONE

5.1 PREMESSA

INDIRIZZI REGOLATORI NELL'AMBITO DELLA PROGRAMMAZIONE REGIONALE DELLA RETE D'OFFERTA SANITARIA, DELLA SALUTE MENTALE E SOCIOSANITARIA

Il tema centrale per la rete sanitaria e sociosanitaria per l'anno 2017 sarà l'evoluzione che avranno le unità d'offerta ed i servizi erogati nell'ambito della impostazione innovativa del Servizio Sociosanitario Lombardo tracciata dalla l.r. 23/2015.

La forte integrazione degli ambiti sociosanitario e sanitario è certamente uno dei principali traguardi indicati dalla l.r. n. 23, cui si punta anche attraverso una profonda ridefinizione degli attori del sistema e delle reti in cui dovranno operare, per dare la migliore risposta possibile ai bisogni degli utenti, in particolare alle persone portatrici di bisogni cronici, spesso con fragilità.

Contestualmente la rete d'offerta, oltre che integrarsi nelle sue diverse articolazioni, dovrà essere adeguata a quanto previsto dagli atti di programmazione nazionale, con particolare riguardo al DM 70/2015: è in questo contesto che il ruolo delle ATS dovrà estrinsecarsi, con la capacità di "leggere" il territorio, verificarne le necessità di riorganizzazione/riconversione, valorizzare le eccellenze e implementare gli strumenti di presa in carico da parte degli erogatori, garantire il rispetto dell'equilibrio di sistema sia in termini economici che di equità nei confronti di tutti i cittadini.

Una particolare attenzione andrà posta dalle ATS alla programmazione e integrazione della rete della salute mentale, dei raccordi sovraterritoriali relativi ai ricoveri per acuti in fascia adolescenziale, del coordinamento con i Servizi per le Dipendenze, delle proposte di implementazione e integrazione dei percorsi sperimentali e dei progetti innovativi sperimentati negli ultimi anni.

L'integrazione dovrà riguardare non solo i percorsi tra sanitario e sociosanitario, ma anche le misure innovative di cui alla DGR n. 2942/14 e le attività dei Piani di zona, così come indicato dalla l.r. 23/15 ("Le ATS garantiscono l'integrazione di tali prestazioni con quelle sociali di competenza delle autonomie locali") che ha infatti previsto l'istituzione nella ATS del Dipartimento della programmazione per l'integrazione delle prestazioni sociosanitarie con quelle sociali (PIPSS).

Per tali motivi il presente allegato considera in un unico ambito la rete sanitaria, ivi comprese la psichiatria e neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza, e quella sociosanitaria, anche in considerazione del fatto che la medesima l.r. 23/15 ha unificato nella DG Welfare i due ambiti e previsto un unico Dipartimento nelle ATS per la programmazione, accreditamento, acquisto delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie (PAAPSS).

5.2 ACCREDITAMENTO

Il sistema di accreditamento lombardo, come confermato anche dalla norma di evoluzione del Servizio Sociosanitario Regionale, l.r. 23/15, vede il processo di accreditamento come il momento certificativo del possesso di ulteriori requisiti di qualità strutturali, tecnologici ed organizzativi da parte delle strutture, requisiti indispensabili per accedere alla contrattualizzazione, ma il cui possesso non determina automaticamente l'accesso al contratto stesso.

Il sistema lombardo riconferma, in questo modo, la propria specificità, che è quella di spostare il vero momento programmatico dall'accreditamento al contratto.

Nel corso del 2016 è stata portata a termine la prima parte di riorganizzazione del sistema, con la costituzione dei nuovi soggetti pubblici, ATS e ASST, che ha determinato una importante rimodulazione dei servizi sul territorio per cui si era reso necessario prevedere la temporanea sospensione degli accreditamenti.

Conclusa questa prima fase, per l'anno 2017, in ambito sanitario e sociosanitario, è nuovamente possibile presentare alla ATS territorialmente competente, istanza di nuovi accreditamenti secondo le vigenti procedure regionali, nel rispetto delle indicazioni specifiche previste dal presente provvedimento e dal DM 70/2015.

L'esercizio 2017 deve essere, ai fini delle politiche di accreditamento, guidato dalla necessità di integrare le nuove azioni, che beneficiano dello status sperimentale della l.r. 23/2015 della durata di un triennio, con i forti vincoli posti dal DM 70/2015, soprattutto relativamente alla gestione delle attività di ricovero e cura.

Da ciò ne deriva che, fatte salve diverse determinazioni concordate formalmente con il Ministero della Salute, nel corso del 2017 non saranno possibili nuovi accreditamenti per le attività di ricovero e cura per acuti, riabilitativi e cure intermedie, ma solo trasformazioni e riconversioni.

Nelle more della ridefinizione dei criteri per l'autorizzazione e l'accreditamento di laboratori specialistici di "Anatomia Patologica" e di "Genetica Medica e Citogenetica" sono sospese le autorizzazioni all'attivazione di nuovi laboratori e di nuove sezioni specializzate (comprese le trasformazioni) riferiti alle succitate specialità e si riconferma la sospensione delle procedure per il rilascio di nuove autorizzazioni e accreditamenti per le attività di PMA, come già richiamato dalla dgr n. X/4103/2015, nelle more dell'approvazione del DPCM che definisce i nuovi LEA.

Al fine di integrare le attività sanitarie e sociosanitarie, come previsto dalla l.r. 23/15, si ritiene utile che i Servizi di Medicina di Laboratorio (SMeL) possano attivare presso le RSA e i CDI punti prelievo esterni di cui all'allegato 3B della dgr n. 3313/2001 in struttura sanitaria o sociosanitaria accessibili a tutti cittadini, a condizione che le strutture ospitanti abbiano lo stesso "status" autorizzativo o di accreditamento dello SMeL e che sia indicato in modo inequivocabile che l'attività di prelievo è in capo allo SMeL.

Si conferma che anche per l'anno 2017 possono essere presentate le istanze di riconoscimento di ente unico, per l'ambito sanitario o per l'ambito sociosanitario, la cui competenza è rimasta in capo a Regione.

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

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

Nel corso del 2017 inoltre, la Direzione Generale Welfare, in collaborazione con le ATS, provvederà al perfezionamento dei percorsi per:

- a) l'armonizzazione dei requisiti previsti per l'accreditamento di strutture sanitarie e sociosanitarie eroganti la medesima tipologia di prestazioni quali le strutture e posti letto per subacuti e post-acuti/cure intermedie;
- b) la riclassificazione dei centri di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) anche nel contesto delle attività di verifica dei requisiti minimi di cui ai decreti legislativi 191/2007 e 16/2010, svolte in collaborazione con il Centro Nazionale Trapianti;
- c) la definizione dei requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento di: Laboratori di elettrofisiologia, Servizi di Medicina di Laboratorio specialistici di "Genetica Medica e Citogenetica" e di "Anatomia Patologica";
- d) l'integrazione all'interno delle ASST delle Unità Operative e Servizi trasferite dalle ex-ASL, con particolare riguardo ai consultori, per la loro integrazione nell'area materno infantile, e ai Servizi per le dipendenze, per la loro integrazione nell'area del disagio e salute mentale;
- e) i disturbi del comportamento alimentare, con l'obiettivo di costituire una rete integrata di servizi e competenze, compresa la programmazione di attività formative sul tema per gli operatori dei servizi di NPIA e di psichiatria dell'adulto attivi nelle aree regionali risultate maggiormente sprovviste di interventi dedicati;
- f) la prosecuzione del riordino delle cure intermedie, che dovrà essere coordinato con l'evoluzione della riabilitazione sanitaria e della degenza sub-acuta, tenendo fermo il vincolo di ricondurre alla dotazione di posti letto prevista dal DM 2 aprile 2015, n. 70;
- g) la revisione dei profili e delle tariffe sperimentali dell'Assistenza Domiciliare Integrata;
- h) la revisione del percorso di attivazione e monitoraggio delle misure innovative previste dalla DGR n. 2942/14, considerato il loro essenziale ruolo nei processi di presa in carico;
- i) la valutazione conclusiva e la stabilizzazione delle sperimentazioni Riabilitazione minori disabili e Case Management;
- j) la revisione della rete dei servizi residenziali e semi-residenziali per le dipendenze alla luce della l.r. 23/2015 e nell'ottica di una maggior attenzione alle nuove forme di dipendenza, anche immateriali.

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

I requisiti minimi autorizzativi e di accreditamento generali e specifici sono definiti anche nelle modalità di assolvimento, dalla Giunta Regionale, così come previsto dalla su citata l.r. 23/15.

Si ricorda che i processi di autorizzazione (SCIA) e accreditamento delle strutture sanitarie sono ad oggi gestite attraverso l'applicativo ASAN secondo i disposti della l.r. 23/15 e delle D.G.R. n. 38133/1998 e 3312/2001 e smi.

In ambito sociosanitario per i procedimenti di messa in esercizio, nuovi accreditamenti, volture, trasferimenti di sede, rimodulazioni si confermano, secondo i disposti della l.r. n.

23/15, le indicazioni di cui alla D.G.R. n. X/2569/2014, così come modificata dall'allegato 2 della D.G.R. n. X/4702/2015.

Tutti i provvedimenti conseguenti, adottati dalle ATS, devono essere trasmessi alla Regione e al soggetto gestore nei tempi previsti.

La Regione, a conclusione e perfezionamento dei provvedimenti, procede all'iscrizione o all'aggiornamento nei registri informatizzati ASAN e AFAM e ad emettere nota di presa d'atto, dandone comunicazione alla ATS e al soggetto interessato.

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

Unità d'offerta sociosanitarie con piano programma in corso

La D.G.R. n. 4702/2015 ha previsto la possibilità di prorogare al 31/12/2017 le autorizzazioni provvisorie per il completamento dei piani programma delle unità di offerta sociosanitarie ancora interessate da lavori, a condizione dell'adozione di un piano straordinario per la sicurezza.

L'ultimo monitoraggio dello stato di attuazione dei piani programma evidenzia ancora 29 unità di offerta con lavori non conclusi, come indicato nella seguente tabella:

| Tipologia | n. udo |
|------------------|---------------|
| RSA | 6 |
| CDI | 2 |
| RSD | 7 |
| CDD | 2 |
| CSS | 2 |
| CF | 2 |
| SERT | 1 |
| RIA/CURE INT | 7 |
| TOTALE | 29 |

Le ATS proseguono su tutte le unità d'offerta con piano programma in corso il monitoraggio semestrale dell'andamento dei lavori con verifiche documentali e sopralluoghi presso le strutture, al fine di tenere sotto controllo lo stato di avanzamento, con particolare attenzione agli aspetti relativi alla sicurezza degli utenti e dei lavoratori, dando comunicazione degli esiti alla Direzione Generale competente.

Permanenza di persone con età maggiore di 65 anni in RSD

L'evoluzione delle caratteristiche degli utenti delle RSD registra una crescente presenza di persone con età maggiore di 65 anni. Nell'ottica della semplificazione e della flessibilità dei servizi e al fine di garantire la continuità del percorso di vita dell'utenza disabile anziana all'interno delle RSD, si introducono nuove modalità di classificazione per i casi in cui si ritenga opportuno evitare il trasferimento presso RSA.

Gli ospiti inseriti su posti accreditati di RSD, al compimento del 65° anno di età, sono automaticamente classificati in classe SIDi 4, con riconoscimento della relativa remunerazione, nel limite del budget assegnato a ciascuna unità d'offerta.

Considerate le necessità assistenziali della popolazione disabile anziana, maggiormente assimilabili a quelle degli ospiti delle RSA per quanto attiene all'area dei bisogni assistenziali e tutelari, il minutaggio dovuto settimanalmente per tali ospiti sarà compreso tra quello previsto per la classe SIDi 4 (1200 min/sett. per ospite) e quello per la classe SIDi 5 (900 min/sett. per ospite).

Anche per gli ospiti che hanno compiuto il 65° anno di età sono confermati gli indicatori di cui alla DGR n. 1765/14 per la RSD. Nell'ambito di tali indicatori, si precisa che la valutazione dei bisogni dovrà tenere particolarmente conto della peculiarità legate all'età con un'attenzione specifica alla prevenzione delle lesioni da pressione, allo stato nutrizionale e all'idratazione.

5.2.1 MEDICINA DELLO SPORT

Precisazioni in ambito di autorizzazione/accreditamento/abilitazione delle strutture di medicina dello sport

In applicazione della normativa regionale e nazionale vigente, al fine di dare riscontro ad alcuni quesiti pervenuti si precisa quanto segue:

1. una struttura, per poter essere definita Ambulatorio (Centro) di medicina dello sport o Studio Professionale di medicina dello sport, deve essere in grado di effettuare quantomeno la certificazione preventiva per l'idoneità all'attività sportiva agonistica e deve pertanto possedere tutti i requisiti di cui alla DGR 4121/2012 in particolare per quanto concerne l'esclusività dei locali adibiti alle attività degli Ambulatori di medicina dello sport e all'esclusività del proprio studio per l'attività di certificazione degli Studi Professionali di medicina dello sport; negli stessi possono, ovviamente, essere eseguite anche altre attività specifiche della medicina dello sport come ad esempio la visita per l'idoneità all'attività sportiva non agonistica.
2. Le visite per l'idoneità all'attività **sportiva agonistica** e la relativa certificazione possono essere effettuata da Medici specialisti in medicina dello sport:
 - presso Ambulatori di medicina dello sport in regime LEA (gratuito) per gli atleti agonisti minorenni e per gli atleti agonisti disabili o in regime privatistico (in regime di solvenza) per gli atleti agonisti maggiorenni;
 - presso il proprio studio professionale, limitatamente agli sport classificati B1, in regime privatistico. Nel caso in cui lo studio professionale sia ubicato in locali forniti da una struttura che eroga già prestazioni sanitarie di altro tipo (poliambulatorio), esso non rientra nell'assetto del poliambulatorio e quindi è oggetto di un'autorizzazione/abilitazione specifica e deve assolvere in se i requisiti di cui alla DGR 4121/2012; deve chiaramente risultare che la titolarità dell'attività certificatoria è del professionista specializzato in medicina dello sport e non del poliambulatorio presso cui sono ubicati i locali.

Si precisa inoltre che la visita per l'idoneità all'attività **sportiva non agonistica** e la relativa certificazione può essere effettuata da:

- ✓ Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, limitatamente ai propri assistiti, nel proprio studio:
 - in regime LEA (gratuito) per gli alunni che svolgono attività fisico sportive organizzate dagli organi scolastici nell'ambito delle attività parascolastiche e per coloro che partecipano ai giochi sportivi studenteschi nelle fasi precedenti a quella nazionale;
 - in regime di solvenza per gli altri assistiti.
- ✓ Medici specialisti in medicina dello sport e Medici regolarmente iscritti alla Federazione Medico Sportiva Italiana (FMSI), anche se non specialisti in medicina dello sport, presso Ambulatori o il proprio studio o altra struttura idonea, in regime

di solvenza; la sola attività certificatoria per l'idoneità all'attività sportiva non agonistica non si configura quale branca ambulatoriale di Medicina dello sport.

Nel caso in cui l'attività certificatoria per l'idoneità non agonistica fosse svolta in una struttura non sanitaria fornita di locali idonei, deve chiaramente risultare che la titolarità dell'attività certificatoria è del professionista specializzato in medicina dello sport o iscritto alla FMSI e non della struttura presso cui sono ubicati i locali.

5.2.2 SERVIZI DI MEDICINA DI LABORATORIO

Precisazioni in ambito di requisiti per l'autorizzazione e il mantenimento degli accordi contrattuali dei Servizi di Medicina di Laboratorio

La DGR n. X/4702 del 29 dicembre 2015 "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Sociosanitario per l'esercizio 2016", in particolare l'allegato al punto Allegato 4.8.7. *Riordino Reti Servizi di Medicina di Laboratorio*, dopo aver riportato un rapido excursus delle normative nazionali e regionali in merito alla necessità di riordino e concentrazione della attività produttive Medicina di Laboratorio, recita: "... verranno definite soglie minime del numero di prestazioni da produrre in sede sia per i laboratori di base sia per i laboratori specializzati, sia autorizzati che accreditati, e della percentuale minima di esami da effettuare in sede (per i soli laboratori a contratto), nell'ambito di un provvedimento di riordino delle strutture di laboratorio da adottare nel rispetto del regolamento sugli standard (DM 70 del 2 aprile 2015) e delle indicazioni economiche riferite ai soggetti privati accreditati che saranno contenute nella legge di stabilità".

È universalmente accettato e dimostrato che solo l'esecuzione di un adeguato numero di prestazioni può garantire un equilibrio tra la qualità delle prestazioni e il loro costo, indipendentemente che si tratti di strutture solo autorizzate o accreditate e a contratto. Si deve fare eccezione per strutture di laboratorio che operano in strutture di ricovero e cura, comprese quelle che hanno esternalizzato il servizio, in considerazione del fatto che nelle strutture di ricovero e cura è preminente la risposta alle esigenze cliniche. Da questa previsione sono esclusi anche gli IRCCS, dato il preminente interesse scientifico.

Quindi si definiscono le seguenti soglie minime di prestazioni da eseguire in sede per le strutture, anche solo autorizzate, che erogano prestazioni esclusivamente per utenti ambulatoriali:

- **almeno 100.000** prestazioni per i laboratori di base e i laboratori di base con sezioni specializzate
- **almeno 10.000** prestazioni per i laboratori specializzati in Biochimica clinica e tossicologia, o in Microbiologia e Virologia, o in Ematologia ed Emocoagulazione, con o senza punti prelievo.
- per i laboratori specializzati in Genetica Medica e Citogenetica e/o Anatomia Patologica, si rimane in attesa della definizione dei requisiti minimi autorizzativi.

Nei conteggi devono essere considerate solo le prestazioni che danno luogo a un referto; quindi devono essere escluse le prestazioni, pur comprese nel nomenclatore tariffario, ma che sono descrizioni di parti del processo analitico (ad esempio estrazione, conservazione, ecc.).

Il Comitato Regionale per i Servizi di Medicina di Laboratorio (CReSMeL) nella seduta del 25 ottobre 2016 ha approvato quanto sopra.

Per le strutture già autorizzate/accreditate all'entrata in vigore del presente provvedimento, anche in considerazione del fatto che la citata DGR n. X/4702/2015 già preannunciava l'applicazione di soglie minime di prestazioni eseguite in sede, il numero di prestazioni eseguite in sede sarà verificato, dalle competenti ATS, valutando la media delle prestazioni eseguite negli anni 2016 e 2017. Per le strutture che saranno autorizzate/accreditate successivamente, il numero di prestazioni minime sarà verificato dopo un anno dalla dichiarazione di inizio attività.

Il mancato ottemperamento darà luogo, in aderenza ai dettami della l.r.23/15 a diffida ad adempiere entro il successivo anno, pena la revoca dell'autorizzazione/accreditamento.

Tutti i laboratori che sono tenuti a produrre in sede un numero minimo di prestazioni, così come sopra specificato, dovranno autocertificare entro il **10 febbraio** di ciascun anno, a partire dal **10 febbraio 2017**, le prestazioni eseguite in sede e quelle inviate in service, compilando un questionario informatizzato postato sul sito web del Centro di Riferimento Regionale per la qualità dei Servizi di Medicina di Laboratorio. La compilazione del questionario è obbligatoria, ai sensi di quanto disposto dall'art. 27 quinquies della l.r. 23/2015.

5.2.2.1 Riordino dei SMeL pubblici della Città di Milano

Con la dgr. n. X/3993 del 4 agosto 2015, allegato A, punto 4.1 e sub allegato *“Progetto esecutivo riordino SMeL Pubblici Milano”*, la Regione Lombardia ha definito le *“Condizioni per la realizzazione del progetto”*.

Sulla base di quanto disponibile nell'ambito del sistema informativo SISS e finora implementato in ciascun singolo ente, con particolare riferimento ai servizi di connettività, interoperabilità, firma digitale ed alle sue eventuali evoluzioni, verrà reso disponibile un sistema informatico che sia in grado di realizzare, alla fine della fase di consolidamento, una rete per tutti i Servizi di Medicina di Laboratorio della città di Milano in grado di connettere tutte le strutture in merito alla richiesta di prestazioni, alla firma dei referti e alla visualizzazione di eventuali immagini in remoto.

Si procederà per step successivi mediante l'aggiornamento e l'armonizzazione dei sistemi informatizzati per la gestione, già in possesso delle ASST/IRCCS.

Si tratta di un processo coordinato a livello centrale dalla DG Welfare tramite il Nucleo Operativo, di cui alla dgr. N.3993/15, in collaborazione con i referenti specialistici dell'Area milanese per i sistemi informativi, dopo opportuna valutazione per gli ambiti di competenza, da parte del tavolo tecnico dei sistemi informativi, in modo che le software houses e le ASST/IRCCS abbiano un unico interlocutore.

Il primo step prevede il collegamento bidirezionale di ciascun hub con i propri spokes entro il primo semestre 2017.

Il secondo step prevede la realizzazione di una piattaforma per la gestione della movimentazione dei campioni che permetta da tutti punti della rete di richiedere prestazioni e di ricevere referti da ciascuno degli altri punti, mantenendo le attuali modalità e livelli di pubblicazione dei referti.

Sarà conclusa entro il 2017 e avrà un costo presumibile di 500.000 euro.

La terza fase prevede la realizzazione di un modello organizzativo che permetta la validazione e la firma informatica a distanza. Sarà conclusa entro il primo semestre 2018.

Con un atto della DG Welfare saranno definite le modalità della ripartizione delle somme succitate tra le ASST/IRCCS interessate/i. La manutenzione del sistema sarà poi a carico dei singoli HUB/spokes con modalità da definire.

Il conferimento dei campioni analitici tra SMeL appartenenti a ASST/IRCCS diverse/i non dà luogo a rapporti onerosi tra i vari enti. La variazione delle analisi eseguite in sede aziendale, in diminuzione o in aumento, sarà tenuta in opportuno conto in fase di redazione dei bilanci delle Aziende stesse. A tal fine le ASST/IRCCS interessate renderanno le prestazioni eseguite per conto di Enti diversi e la relativa variazione dei costi (strumentazione, reagenti, personale, ecc.) compilando un apposito questionario informatizzato postato sul sito web del Centro di Riferimento Regionale per la qualità dei Servizi di Medicina di Laboratorio

Premesso che si deve tendere a che tutte le prestazioni che rientrano nelle sottobranche oggetto di riordino siano eseguite all'interno della rete pubblica milanese, nel caso in cui questo non sia possibile non si configura come triangolazione il caso in cui un laboratorio HUB che ha ricevuto un campione da un nodo periferico lo trasferisca a un altro laboratorio anche al di fuori della rete milanese, a condizione che tutti i passaggi siano tracciabili. In questo caso si instaurerà un rapporto oneroso, secondo le modalità e le normative proprie degli enti contraenti, tra la ASST/IRCCS che richiede la prestazione e l'ente che la esegue.

5.3. NEGOZIAZIONE E CONTRATTI

La riorganizzazione complessiva della rete di offerta rappresenta un punto focale della programmazione futura: il cambiamento del sistema va comunque sorretto, utilizzando al meglio gli strumenti di governo che nel tempo hanno consentito il mantenimento dell'equilibrio di sistema.

Anche per il 2017, le unità d'offerta accreditate e contrattualizzate sono chiamate a continuare l'erogazione delle prestazioni a contratto nell'ambito organizzativo definito dalla l.r. n. 23/15, che attribuisce alle ATS le funzioni di negoziazione e acquisto delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie dalle strutture accreditate in attuazione della programmazione definita dalla Regione.

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

Lo schema tipo di contratto attualmente in uso deve essere integrato con quanto previsto dal comma 6 art. 15 l.r. 33/09 così come modificato dalla l.r. 23/15 all'art. 1, comma 1, lettera "u" che recita: *"La conclusione degli accordi contrattuali, regolata dal sistema regionale di valutazione delle performances, è subordinata all'accettazione del sistema di finanziamento, dei controlli, delle sanzioni e all'osservanza dei tempi di erogazione delle prestazioni stabilite dalla Regione, sia per le strutture pubbliche sia per quelle private convenzionate"*.

Gli accordi contrattuali devono pertanto, prevedere, ai sensi dell'art. 15 co. 6, la clausola relativa alla piena accettazione da parte degli erogatori sanitari e sociosanitari accreditati delle regole di sistema e segnatamente del sistema di finanziamento, dei controlli, delle sanzioni e dell'osservanza dei tempi di erogazione delle prestazioni stabilite dalla Regione. E' fatto divieto di sottoscrivere contratti con riserva generica e generale e comunque relativa ai principi fondamentali del regime di regolazione dei rapporti con il SSL.

Inoltre, sempre nell'ambito degli accordi contrattuali stipulati ai sensi dell'art. 15 co. 7 della l.r. 23/15 con gli erogatori sanitari e sociosanitari, pubblici e privati, le ATS prescrivono specifiche condizioni volte a garantire la piena applicazione della l. 4 agosto 2006 n. 248 in materia di pubblicità nell'esercizio delle professioni reso nell'ambito del servizio sanitario e sociosanitario regionale.

Analogamente a quanto segnalato per l'accreditamento, al fine di rendere concreti i percorsi di integrazione sanitaria e sociosanitaria, anche gli strumenti per la negoziazione e sottoscrizione dei contratti verranno maggiormente uniformati e quindi:

- per tutti gli erogatori vi sarà un contratto provvisorio da sottoscrivere entro il **15 gennaio 2017**, mentre il contratto definitivo verrà sottoscritto entro il **15 maggio 2017**;
- le eventuali rimodulazioni di budget potranno avvenire, previa comunicazione alla Regione, entro il termine massimo del **30 novembre 2017**.

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

Nel 2017 le ATS, nell'ambito dei compiti di programmazione e governo della rete d'offerta, effettueranno una valutazione della distribuzione e attività degli erogatori accreditati sanitari e sociosanitari, pubblici e privati, del proprio territorio, al fine di evidenziarne la rispondenza al fabbisogno, i possibili ambiti di miglioramento e integrazione, gli eventuali scostamenti dagli standard, segnatamente quelli previsti dal DM 70/2015 e da quanto previsto dalla programmazione regionale.

Per consentire l'implementazione della l.r. 23/2015, favorendo la presa in cura dei soggetti, in particolare quelli affetti da patologie croniche e da fragilità, le ATS, entro il 30 aprile 2017, dovranno quindi evidenziare eventuali necessità di nuova finalizzazione, riorientamento di Presidi secondo i modelli del Presidio Ospedaliero territoriale o Presidio per le prestazioni sanitarie e sociosanitarie, integrazione ed eventuale incremento di attività/servizi, che necessitano di modificare e/o di adattare alle nuove necessità la dotazione di soggetti sanitari e sociosanitari accreditati attivi sul territorio di competenza.

Una particolare attenzione andrà posta a:

- costruzione di percorsi di presa in carico dei pazienti con cronicità e fragilità, che coinvolgono i diversi soggetti del SSL, con soluzioni adeguate alle peculiarità territoriali e alla rete d'offerta;
- raccordo tra le strutture di ricovero per acuti, riabilitazione, sub acute e cure intermedie.

Le valutazioni e proposte dovranno avvenire nel rispetto del complesso delle risorse che saranno assegnate alle stesse ATS con il bilancio di previsione 2017.

5.3.1. AREA SANITARIA

La riorganizzazione complessiva della rete di offerta rappresenta un punto focale della programmazione futura: il cambiamento del sistema va comunque sorretto utilizzando al

meglio gli strumenti di governo che nel tempo hanno consentito il mantenimento dell'equilibrio di sistema.

Fra questi viene mantenuta la disposizione di destinare per le attività negoziabili (ricoveri e specialistica ambulatoriale) due fondi differenti per le strutture di diritto pubblico e privato rispettivamente.

L'obiettivo, vincolando la fattibilità delle seguenti disposizioni ai contenuti della legge di stabilità 2017, è quello mantenere gli incrementi già previsti dalla D.G.R. X/4376/2015 e già garantiti anche attraverso una riduzione lineare delle funzioni non tariffabili, per l'anno 2016, che dunque sono stabilizzati.

Nel 2017 per i soggetti di diritto privato dovranno essere soggette a negoziazione anche le attività di ricovero e cura e di specialistica ambulatoriale erogate a favore di soggetti residenti in altre regioni. Dovranno essere anche stabiliti degli accordi per la mobilità con le altre regioni e province autonome. Quando sarà approvata la legge di stabilità 2017 e saranno di conseguenza note le indicazioni definitive relativamente a questo argomento saranno date ulteriori indicazioni di livello operativo al riguardo.

Per le attività di ricovero, di specialistica ambulatoriale e di sub acute le attività di negoziazione saranno condotte secondo le seguenti tempistiche e modalità, fermo restando che:

- le quote di budget relative all'intera annualità saranno individuate dalle ATS, che entro il 20 aprile predisporranno le loro proposte che saranno valutate dalla DG Welfare per verificare la loro compatibilità con il quadro economico complessivo di sistema;
- le attività di negoziazione dovranno aver termine entro il 15 maggio 2017.

Il contratto stipulato tra le ATS ed i soggetti erogatori avrà validità solo quando, dopo essere stato inserito nel software gestionale della DG Welfare denominato SCRIBA, sarà validato dalla Direzione stessa.

Funzioni non tariffabili

Considerata la legge regionale n.23/2015 che prevede una rivalutazione complessiva delle cosiddette funzioni assistenziali non tariffabili di cui all'articolo 8-sexies del decreto 502 del 1992.

Considerato il Decreto 21 giugno 2016, piani di cui all'articolo 1, comma 528, della legge 28 dicembre 2015, n. 205, per le aziende ospedaliere, le aziende ospedaliere universitarie e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici o gli altri enti pubblici.

Considerato che il Patto per la Salute 2014-2016 articolo 9 ha previsto l'istituzione di una commissione permanente sulle tariffe con il compito anche di ridefinire i criteri per individuare gli ambiti di interesse ed i criteri di finanziamento delle cosiddette funzioni assistenziali non tariffabili previste all'articolo 8 -sexies del decreto 502 del 1992.

Ricordato che il predetto decreto 21 giugno 2016 prevede finanziamento a funzione pari al 30% del totale della remunerazione e che nel 2016 in Regione Lombardia questa incidenza percentuale arriva complessivamente, considerando tutti gli erogatori pubblici e privati accreditati, ad un valore inferiore al 15%.

Preso atto inoltre che dalle assegnazioni relative all'esercizio 2012 è iniziata una revisione quali quantitativa delle predette funzioni non tariffabili.

Si stabilisce che nel 2017 nel rispetto delle predette principali norme regionali e atti di indirizzo regionali e nazionali di riferimento saranno messe in atto delle ulteriori verifiche sui criteri di individuazione, sui costi di riferimento e sulle modalità di remunerazione delle funzioni non tariffabili.

Anche per il 2017 si conferma la disponibilità complessiva di risorse pari ad Euro 837,5 milioni: fino ad Euro 702 milioni per gli erogatori pubblici e fino ad Euro 135,5 milioni agli erogatori c.d. di diritto privato.

Maggiorazioni tariffarie

In linea con il dettato dell'art. 27 bis della Legge regionale n. 23/2015 ed al fine di provvedere alla ulteriore razionalizzazione delle c.d. maggiorazioni tariffarie, si provvederà all'emanazione di un provvedimento della Regione di riorganizzazione con riguardo alla definizione delle competenze istruttorie a valere sulle istanze relative agli esercizi 2013 e seguenti.

5.3.1.1 AREA DI RICOVERO

- entro il **15 gennaio 2017** stipula del contratto con la definizione provvisoria di un valore, per pazienti lombardi, pari a 4/12 del contratto definitivo del 2016;
- entro il **15 maggio 2017** definizione di un valore massimo pari al finanziato 2016 per i pazienti lombardi, vincolandone la fattibilità ai contenuti della legge di stabilità 2017.

Obiettivi della negoziazione e conseguenti impatti sul budget saranno:

a) Per le attività di ricovero ridurre ulteriormente rispetto al 2016 la valorizzazione riferibile ai 108 DRG ad elevato rischio di inappropriatazza portando a una percentuale inferiore del 22% il numero di ricoveri con tali DRG rispetto ai DRG "appropriati" di cui al Patto per la Salute 2010-2012 ed oggetto di verifica per valutare il raggiungimento da parte delle Regioni degli adempimenti LEA. La formula esatta, identica a quella usata dal Ministero della Salute per calcolare questo indicatore, già pubblicata sul portale di governo della DG Welfare.

b) La percentuale di pazienti con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario, oggetto anch'essa di verifica nell'ambito del programma nazionale esiti (PNE) e per valutare il raggiungimento da parte delle Regioni degli adempimenti LEA, dovrà essere a livello regionale non inferiore al 70%. Lo strumento per il monitoraggio dell'andamento nel 2017, in continuità con le modalità applicate per il 2016, dei predetti indicatori, che sono anche adempimenti LEA per i quali Regioni Lombardia ha l'impegno rispetto al Ministero della Salute di migliorare le performance, sarà il portale di governo accessibile a tutte le strutture pubbliche e private di ricovero e cura. Si tratta dei due "indicatori di patologia" denominati indicatore I10 ed I7b. La casistica afferente al numeratore, che costituisce i predetti indicatori I10 ed I7b, al fine di incentivare il raggiungimento da parte di Regione Lombardia delle soglie sopra riportate, avrà, come si prevede per l'anno 2016, la seguente rimodulazione tariffaria:

indicatore 10

1. > 57,5 % riduzione del 20% della valorizzazione
2. Tra 29,2 e 57,5 % riduzione del 15% della valorizzazione
3. Tra il 18,4 ed il 29,2 % riduzione del 5%
4. Per tassi inferiori al 18,4 % valorizzazione invariata

Indicatore 7b

1. <45,9% riduzione del 15% della valorizzazione
2. Tra 45,9 e 63,4 % riduzione del 10% della valorizzazione
3. Tra il 63,4 ed il 72,1 % riduzione del 5%

- 4. Tra il 72,1 ed il 85,1 % valorizzazione invariata
- 5. >85,1 % valorizzazione incrementata del 5%

d) Implementazione nell'uso degli indicatori del PNE e del portale regionale di governo, sia in termini di volumi prestazionali che di processo e risultato;

c) raggiungimento di performance: il 2017 sarà il quinto esercizio nel quale le risorse per le attività di ricovero e cura destinate ai soggetti erogatori contrattualizzati saranno modulate da un -1% ad un + 1% sulla base del posizionamento che le strutture stesse conseguiranno nella valutazione delle performance relativa al 2016. Gli esiti saranno resi noti in sede di negoziazione con i soggetti erogatori; entro il 30 marzo 2017 la DG Welfare elaborerà degli indicatori relativi alla qualità di gestione del tumore al seno e del colon-retto che saranno utilizzati per introdurre nei contratti 2017 degli ulteriori elementi economici incentivanti e disincentivanti le strutture di ricovero e cura.

5.3.1.2 ATTIVITÀ AMBULATORIALI

1) entro il **15 gennaio 2017**, stipula del contratto con la definizione provvisoria di un valore, per pazienti lombardi, pari a 4/12 del contratto definitivo del 2016

2) entro il **15 maggio 2017**, vincolando la fattibilità delle seguenti disposizioni ai contenuti della legge di stabilità 2017, fissazione definitiva del valore base del contratto pari al 92% del finanziato 2016 più il 5% assegnabile dalle ATS sulla base di specifici obiettivi, che potranno prevedere il coinvolgimento di tutte le strutture private accreditate.

Si precisa che :

a) Il valore complessivo raggiunto viene considerato il cosiddetto "97%". Le strutture si impegnano ad erogare fino ad un valore pari al 106% e tra il 97% ed il 103% potrà essere applicata una regressione tariffaria massima del 30% (60% per la branca di laboratorio analisi) e tra il 103% ed il 106% una regressione tariffaria massima del 60%. Oltre il 106% non viene garantita la remunerazione delle risorse se non a fronte, su base ATS o Regionale, di una dimostrata ulteriore disponibilità di risorse.

b) Le attività oggetto della negoziazione del 5% delle risorse basata su obiettivi specifici non deve penalizzare le prestazioni ad elevato impatto di cura a suo tempo identificate come prestazioni extrabudget (es. dialisi, chemioterapia, radioterapia);

c) Al fine di promuovere ulteriormente la riduzione dei tempi di attesa e l'accessibilità ai servizi di tutti le tipologie di utenti, compresi coloro che sono soggetti al pagamento del ticket e di ridurre al minimo il ricorso obbligato a prestazioni in solvenza, ancorché a costi ridotti, si prevede che, per accedere alla quota del 5% sopra descritta, gli erogatori, sulla base di specifici accordi con le ATS, debbano garantire una quota di pari valore economico da erogare, in regime di libera professione o solvenza, con costi a carico dei cittadini uguali a quelli previsti per le erogazioni a carico del SSR;

d) Si conferma anche per l'anno 2017 la prosecuzione del progetto ambulatori aperti e che anche per le strutture di diritto privato, sulla base delle indicazioni delle ATS, sarà prioritario mantenere un'accessibilità ottimale anche nelle fasce orarie serali e nella giornata di sabato.

Al fine di mantenere nelle disponibilità delle ATS, per il soddisfacimento di specifici fabbisogni territoriali, le risorse eventualmente non assegnate a seguito del mancato

raggiungimento degli obiettivi contrattuali nella specialistica ambulatoriale nella costruzione delle quote di risorse a disposizione delle ATS tali risorse saranno storicizzate.

Le ATS nel corso del 2017 dovranno effettuare un attento monitoraggio delle attività avendo come priorità di attenzione:

- 1) la distribuzione omogenea delle attività per tutto l'arco dell'anno evitando così di avere dei cali negativi di offerta nell'ultimo trimestre dell'anno;
- 2) una buona accessibilità alle prestazioni misurata come tempi di attesa per aree territoriali omogenee che dovranno essere definite nel contesto del territorio delle singole ATS;
- 3) il rispetto della appropriatezza di prescrizione e di effettuazione delle prestazioni prevedendo, per quelle per le quali sono stati definiti a livello regionale dei criteri di appropriata prescrizione, delle azioni di verifica e di monitoraggio in collaborazione con i prescrittori e gli erogatori di prestazioni;
- 4) l'implementazione di percorsi di presa in carico del paziente cronico che prevedano che l'erogatore si faccia carico della garanzia dell'accesso preferenziale alle prestazioni programmabili.

Contrattualizzazione Servizi di Medicina di laboratorio: la DGR n. VIII/4239 del 28.2.2007 *“Attuazione del comma 796, dell’art. 1 della l. 27 dicembre 2006 n. 96 (legge finanziaria 2007) e prime integrazioni alla d.g.r. n. VIII/3776/2006 “Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario regionale per l’esercizio 2007”* dopo aver richiamato tutti gli atti regionali in materia di razionalizzazione della rete dei Servizi di medicina di laboratorio a partire dalla DGR 3313/2001, prevedeva che: *“per i Servizi di Medicina di Laboratorio che erogano esclusivamente prestazioni per utenti ambulatoriali, l’esecuzione in sede di almeno il 25% del numero totale delle prestazioni erogate per conto del SSR, pena la rescissione del contratto”*;

Successivamente il Comitato Regionale per i Servizi di Medicina di Laboratorio (CReSMel) nella seduta del 14 luglio 2015 aveva approvato quanto segue *“Il GdL ritiene all’unanimità che la percentuale del 25% di esami da effettuare in sede in laboratori privati a contratto sia troppo esigua e pertanto propone di portarla al 50 % per l’anno 2016 e al 75% per il 2017.”* Questa previsione è stata confermata nella riunione dell’11 settembre 2016.

Pertanto, al fine di dare adempimento a quanto sopra descritto, si stabilisce che a partire dal 2017, i laboratori territoriali, esclusi gli IRCCS e le strutture di ricovero e cura, per mantenere gli accordi contrattuali con il SSR, devono eseguire in sede almeno il 50% delle prestazioni erogate. Si precisa che devono essere conteggiate tutte le analisi accettate/garantite sia quelle a carico del SSR sia quelle non a carico e che saranno considerate solo le prestazioni che danno luogo a un referto.

Tutti i laboratori che sono tenuti a produrre in sede un numero minimo di prestazioni, così come sopra specificato, dovranno autocertificare entro il **10 febbraio** di ciascun anno, a partire dal **10 febbraio 2018**, le prestazioni eseguite in sede e quelle inviate in service, compilando un questionario informatizzato postato sul sito web del Centro di Riferimento Regionale per la qualità dei Servizi di Medicina di Laboratorio. La compilazione del questionario è obbligatoria, ai sensi di quanto disposto dall’art. 27 quinquies della l.r. 23/2015.

5.3.1.3. ATTIVITA' DI SUB ACUTE

Si ribadisce che le attività di subacute debbono essere contrattualizzate:

- entro il **15 gennaio 2017** stipula del contratto con la definizione provvisoria di un valore, per pazienti lombardi, pari a 4/12 del contratto definitivo del 2016;
- entro il **15 maggio 2017** definizione di un valore massimo pari al finanziato 2016 per i pazienti lombardi, vincolandone la fattibilità ai contenuti della legge di stabilità 2017.

5.3.1.4 RIMODULAZIONI E TRASFERIMENTI DI RISORSE

Al fine di dare adempimento a quanto previsto dall'art.5, comma 7, lettera l) della Legge 23/2015 (*" ..La Regione stabilisce i volumi e le tipologie di prestazioni sanitarie e sociosanitarie, di degenza e ambulatoriali che possono essere soddisfatti nella sede pubblica e in quella privata, secondo un corretto rapporto di competitività, assicurando alle agenzie di tutela della salute la definizione di budget territoriali e riservando a queste ultime una quota da destinare in relazione agli specifici fabbisogni del territorio di competenza alla contrattazione locale con i soggetti erogatori"*), rientrano, come già detto, nelle disponibilità delle ATS le risorse non assegnate nel precedente esercizio per le prestazioni di specialistica ambulatoriale a seguito del mancato raggiungimento degli obiettivi contrattuali e/o progetti.

Si prevede inoltre di implementare, a livello regionale, un fondo costituito dalle quote di non raggiungimento del massimo finanziabile annuale, calcolato in fase di chiusura di esercizio, per le strutture sanitarie e socio sanitarie.

Queste risorse saranno assegnate dalla DG Welfare alle ATS, previa approvazione di progetti presentati dalle stesse, mantenendo la distinzione sanitaria e socio - sanitaria delle risorse. I predetti progetti devono essere finalizzati, trattandosi di spesa corrente, ad erogatori accreditati solo per attività di specialistica, ricovero e cura e sub acute per l'area sanitaria, e per le attività ad oggi contrattualizzate in area socio sanitaria.

Per quanto riguarda il trasferimento risorse dalle attività di ricovero a quelle di specialistica ambulatoriale e subacute, le ATS proporranno agli erogatori lo spostamento in considerazione di un'adeguata analisi che evidenzia:

- che le risorse per le quali si propone il trasferimento sono principalmente derivanti dalla riduzione dei 108 DRG ad elevato rischio di inappropriatezza, e al miglioramento dell'appropriatezza in ambito riabilitativo anche valutando i risultati conseguiti nel 2016 dalla struttura, o comunque dalla messa in atto di percorsi finalizzati ad una maggior appropriatezza e razionalizzazione;
- che la destinazione concorre al soddisfacimento dei bisogni emergenti in termini di tempi di attesa, in strutture che pur non avendo ridotto il volume prestazionale registrano tempi di attesa sopra standard;
- che sono stati attivati e verranno incrementati percorsi di presa in carico;
- che la struttura interessata dimostri l'erogazione in orari agevolati per l'utenza.

Eventuali rimodulazioni di budget potranno avvenire, previa comunicazione alla Regione, entro il termine massimo del **30 novembre 2017**.

5.3.1.5. PSICHIATRIA, NEUROPSICHIATRIA INFANTILE E DELL'ADOLESCENZA E SANITA' PENITENZIARIA

Sarà compito prioritario delle ATS effettuare una accurata attività programmatica, avendo cura di coinvolgere in essa tutti i soggetti operanti nel territorio, sia al fine di consolidare eventuali iniziative/progetti in atto, sia di definire strategie innovative.

In tal senso le ATS potranno farsi per esempio promotrici di soluzioni alternative alla residenzialità in NPIA e Psichiatria, favorendo l'integrazione tra assistenza sanitaria (ospedaliera, territoriale e domiciliare) e interventi sociosanitari, con particolare attenzione alla protezione delle fragilità e della famiglia.

Al fine di mantenere i livelli prestazionali raggiunti, promuovendo nel contempo una maggior stabilizzazione del sistema, nel 2017 si provvederà a:

a) Sperimentazioni in NPIA

A riguardo della sperimentazione attivata con la DGR n. X/2189/2014, si rileva che alcuni presupposti della stessa sono radicalmente modificati con la nuova zonazione dei servizi prevista dalla l.r. 23/2015, in quanto le macro aree individuate nella delibera non coincidono con i territori delle nuove ATS e pertanto le risorse devono essere gestite all'interno della singole ATS. A conclusione del periodo di sperimentazione si conferma di destinare la medesima dotazione finanziaria attribuita con il decreto n. 2647/2015 per l'attivazione dei percorsi di elevata intensità assistenziale (percorsi B e C) previsti dalla DGR n. X/2189/2014. La remunerazione delle attività è regolata dalle ATS con le strutture erogatrici mediante contratti nei quali il budget relativo alla sperimentazione integrerà il contratto ordinario.

Si conferma per il 2017 anche la medesima dotazione finanziaria per le stesse finalità attribuite con la DGR n. X/4981/2016.

b) Programmi e Progetti innovativi

Anche nel corso del 2016 la numerosità dei pazienti inseriti in programmi e progetti innovativi di psichiatria e NPIA è stata superiore alle 30mila unità, per un totale di prestazioni superiore a 300mila.

Un tale volume di pazienti e di prestazioni fornisce chiara indicazione in merito all'elevato bisogno e, di conseguenza, alla necessità di mantenere attivi programmi e progetti, in quanto la eventuale sospensione di queste attività sarebbe causa di interruzione di pubblico servizio.

Si riconferma quindi anche per il 2017 la destinazione per territorio delle medesime risorse assegnate nel 2016 e si demanda alle ATS il compito di valutare l'opportunità di proseguire i predetti programmi/progetti innovativi in essere e/o di destinare parte dei finanziamenti disponibili alla attivazione di nuove progettualità. In particolare nell'ambito della NPIA potranno proseguire i progetti sovra territoriali esistenti e i restanti progetti dovranno essere trasversali all'ATS e afferire alle seguenti aree prioritarie di intervento: psicopatologia dell'adolescenza, neuropsicologia, disabilità complessa e autismo, migranti. Per quanto riguarda la psichiatria degli adulti, oltre alle tematiche strategiche relative a intervento precoce/area giovani, disturbi emotivi comuni/emergenti, presa in carico e lavoro di rete, dovrà essere data preferenza a progetti volti alla implementazione del budget di salute; uguale priorità al tema del budget di salute dovrà essere data in eventuali nuove sperimentazioni che prendessero avvio nel corso del 2017.

Deve essere garantito il massimo raccordo possibile tra psichiatria, neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, psicologia e dipendenze nell'ambito di progetti elaborati sulle stesse tematiche, su argomenti contigui (in particolare per i progetti

nell'area della psicopatologia dell'adolescenza) o attivi nello stesso territorio. Inoltre, nei progetti dovranno essere evidenziati i raccordi con i progetti della medesima area attivati in altre ATS, in particolare per quanto riguarda la formazione e la stesura di percorsi, protocolli e procedure condivisi, nella direzione di una sempre maggiore trasversalità degli interventi e verso la strutturazione di reti coordinate di cura.

Entro il 20 dicembre 2016 le ATS dovranno segnalare agli uffici regionali i progetti che dovranno essere finanziati nel 2017. Per quanto riguarda la valorizzazione delle prestazioni indirette di NPIA, erogate nell'ambito dei progetti, si confermano le indicazioni della nota prot. G1.2016.0025283 del 26.07.2016.

c) Disturbi del comportamento alimentare

Con l'obiettivo di costituire una rete integrata di servizi e competenze, nel 2017 la Direzione Generale darà specifica attenzione alla programmazione di attività formative e di accoglienza residenziale relativamente al tema dei Disturbi del Comportamento Alimentare anche nell'ottica di un recupero sul territorio lombardo di pazienti che a fronte della saturazione dei posti presenti in Lombardia in strutture idonee, ad oggi vengono curati in altre regioni. Per quanto attiene la formazione verranno tenuti in particolare considerazione gli operatori dei servizi di NPIA e di psichiatria dell'adulto operanti nelle aree regionali risultate maggiormente sprovviste di interventi dedicati.

d) Depressione perinatale

Circa il 10% delle donne gravide soffre di una forma di depressione legata all'evento nascita, che può interessare sia il periodo precedente al parto che quello successivo. Le donne che incorrono in questa forma di disturbo necessitano di un supporto strutturato e multidisciplinare che in relazione al quadro clinico varia come tipologia, durata e metodologia. Tale patologia infatti, laddove trascurata, incide negativamente sulla capacità genitoriale e sul contesto familiare e, in casi limite, può portare a situazioni drammatiche come l'infanticidio e/o il suicidio.

Nel corso del 2016 è stato attivato presso la DG Welfare un gruppo di approfondimento tecnico su questa tematica, che ha proposto l'implementazione sperimentale di un sistema di screening/presa in carico per tutte le puerpere, che le ATS dovranno attuare in collaborazione con le ASST, secondo le indicazioni che verranno date dalla Direzione Generale Welfare.

e) Organismi di Coordinamento della Salute Mentale /Organismi di Coordinamento della NPIA

Il testo unico delle leggi regionali in materia di sanità, così come recentemente modificato dal Consiglio regionale con la approvazione della l.r.15/2016, dispone l'istituzione presso le ATS di organismi di coordinamento per la salute mentale, cui devono partecipare i soggetti istituzionali interessati, il terzo settore e le associazioni di familiari ed utenti. Le ATS devono quindi provvedere in tal senso, attivando in ogni distretto organismi di coordinamento plenari che a loro volta si avvarranno di sottogruppi tematici, anche riconoscendo realtà già operative in tal senso. La ATS di Milano, nelle more della applicazione definitiva della l.r. 23/2015 e della diversa tempistica data alla stessa con riguardo alla complessità della realtà urbana di riferimento, individua, in base alle proprie necessità, il numero e la sede degli organismi ritenuti indispensabili allo svolgimento delle attività, con riguardo anche al mantenimento di realtà operative che nel passato hanno mostrato di essere efficienti e ben organizzate.

Tra gli obiettivi degli Organismi di Coordinamento della Salute Mentale / NPIA sarà considerata la valutazione della rete di offerta psichiatria e NPIA, anche al fine di presentare proposte in ordine alla sua riorganizzazione e/o riconversione.

- f) Contratti: nel rispetto delle tempistiche già descritte per le attività sanitarie di cui sopra, le ATS potranno sottoscrivere contratti per un importo complessivo non superiore al budget assegnato nell'anno 2016, fatta salva la contrattualizzazione delle strutture di NPIA avviate ai sensi della DGR n. X/2189/2014.

- g) Prestazioni extracontratto (Circolare 43/SAN)

Per il 2017 il tetto massimo di spesa rimane attestato sui valori 2016, così come indicati nella DGR n. X/4702/2015 prevedendo eccezionalmente la possibilità di un incremento massimo del 2% annuo a fronte di parere motivato da parte della ATS e previa autorizzazione formale regionale da parte degli uffici competenti della DG Welfare. Ai fini di un più efficace governo degli interventi, le ATS devono individuare un tetto massimo di spesa per ciascuna ASST del proprio territorio.

Anche in considerazione della riapertura degli accreditamenti, si ribadisce l'impossibilità di effettuare ricoveri in regime 43/san in strutture sanitarie solo autorizzate, ma non accreditate per attività di psichiatria o di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza o che non abbiano almeno inoltrato richiesta di accreditamento entro il 31.01.2017.

Si fa inoltre presente che le tariffe relative ai ricoveri in strutture regionali extra-contratto non potranno, di norma, essere superiori alle tariffe indicate dalla normativa regionale in materia per le strutture a contratto.

Restano valide le indicazioni generali sulla spesa in 43/san già date con la DGR n. X/2989 del 23.12.2014.

- h) Disturbo Specifico dell'Apprendimento: per quanto riguarda le equipe autorizzate dalle ATS per l'attività di prima certificazione di Disturbo Specifico dell'Apprendimento (DSA), si evidenzia che tale pratica può essere effettuata anche all'interno di strutture sociosanitarie accreditate (come ad esempio i consultori familiari), dove possono essere attivate equipe in regime privatistico secondo le stesse modalità già definite con precedenti indicazioni regionali.

- g) Misure di contenzione: le pratiche di contenzione meccanica in psichiatria da molto tempo sono oggetto di un ampio e rigoroso dibattito circa i diritti dei pazienti, la necessità di fornire loro cure adeguate anche in presenza di crisi acute, la sicurezza e incolumità dei pazienti stessi e degli operatori. In tal senso, per valutare l'entità del fenomeno, da diversi anni la Regione Lombardia raccoglie e pubblica i dati relativi agli episodi di contenzione meccanica che avvengono nei reparti ospedalieri di psichiatria (SPDC). La legge regionale n. 15/2016 a proposito delle contenzioni, sollecita "...adeguati percorsi formativi finalizzati alla riduzione del ricorso ai trattamenti sanitari obbligatori (TSO) e alla riduzione delle pratiche di contenzione meccanica". Si invita quindi a dare priorità a tale tematica all'interno dei piani aziendali di formazione per gli operatori della salute mentale. In ogni caso nel corso del 2017 le ASST con reparti ospedalieri di psichiatria hanno l'obiettivo di effettiva riduzione del ricorso alle contenzioni meccaniche effettuate nei SPDC di competenza.

- h) Integrazione tra servizi di NPIA e centri di riabilitazione dell'età evolutiva accreditati

Al fine di garantire una integrata ed efficace presa in carico dei bisogni, è necessario procedere alla messa a sistema di un'unica rete di servizi dedicata ai disturbi dello sviluppo neuropsichico dell'età evolutiva, che ricomprenda sia i servizi di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza che i centri di riabilitazione dell'età evolutiva accreditati, in un'ottica di integrazione e continuità dei percorsi di cura tra ambito sanitario e sociosanitario e verso l'età adulta.

La “rete di cura” per i disturbi neuropsichici dell'età evolutiva è costituita

- dall'ambito delle cure primarie,
- dalle Unità di offerta di NPIA
- dalle strutture di riabilitazione dell'età evolutiva
- dalle UO di riabilitazione specialistica dedicate prevalentemente all'età evolutiva

La presa in carico clinico-specialistica è propria delle Unità di Offerta di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, è coordinata da un clinical/care manager, avviene in collaborazione e raccordo con il sistema delle cure primarie, e accompagna l'evoluzione del bambino fino al superamento della patologia e disabilità conseguente o fino al passaggio ai servizi che si occupano della gestione dei disturbi psichici e della disabilità in età adulta.

La presa in carico socio-sanitaria – che include tutti gli aspetti di integrazione sociale e scolastica e gli interventi abilitativi e riabilitativi è di pertinenza delle Unità di Offerta di neuropsichiatria dell'età evolutiva e può essere attuata direttamente dai servizi di NPIA stessi o affidata alle strutture di riabilitazione durante lo svolgimento di specifici processi riabilitativi, fino al venir meno delle necessità di integrazione socio-sanitaria. E' coordinata da un “case manager” che è riferimento per la famiglia e facilitatore dei processi di integrazione, individuato tra le figure sanitarie e socio-sanitarie presenti nella struttura che opera la presa in carico socio-sanitaria.

I trattamenti abilitativi e riabilitativi dovranno essere basati sulle evidenze scientifiche disponibili e in un'ottica di percorsi di cura condivisi, personalizzati e partecipativi, differenziati per intensità di cura e priorità di intervento a seconda degli specifici disturbi, del quadro funzionale, dell'età, del contesto di riferimento, in modo analogo a quanto indicato nel documento “Indirizzi quadro per la presa in carico integrata dei minori affetti da disturbi dello spettro autistico” di cui alla DGR 3371/2015.

Sono possibili percorsi riabilitativi in ricovero ordinario in strutture dedicate prevalentemente alla riabilitazione in età evolutiva e/o in macro-attività ambulatoriale complessa per i casi con disturbi neuropsichici complessi, sia sul piano clinico diagnostico che su quello clinico-funzionale e per quei quadri con necessità assistenziali importanti e continuative o che necessitano di interventi riabilitativi quotidiani e intensivi, di norma subito dopo la diagnosi o l'evento lesivo o durante scatti o cambiamenti significativi di sviluppo. Ciò anche al fine di definire e verificare progetti riabilitativi e percorsi di presa in carico che tengano conto in maniera coordinata di tutti gli aspetti clinici, funzionali e delle risorse socio-familiari presenti.

i) Sanità Penitenziaria

Le iniziative avviate andranno via via consolidate e pertanto:

- Per quanto riguarda il personale assunto dalla ASST di Mantova per la gestione delle Residenze Sanitarie per la Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS), si conferma il permanere delle condizioni per il mantenimento del personale reperito a seguito della DGR n. X/3321/2015.

- Microequipe territoriali ex DGR 1981/2014: durante il 2017 sarà costituito presso i competenti uffici regionali con decreto del Direttore Generale della DG Welfare un apposito organismo per il coordinamento delle equipe funzionali multiprofessionali costituite ai sensi della DGR 1981/2014 nelle ASST (anche come unità informali) e facenti parte del Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze.
- Sistema di monitoraggio SMOP: il sistema di monitoraggio via web dei pazienti psichiatrici autori di reato denominato “SMOP” ha raggiunto una diffusione nazionale, estendendosi anche alla magistratura e soprattutto al Ministero della Salute. Pertanto, dal 2017 esso dovrà essere utilizzato sistematicamente per l’inserimento dei dati dei pazienti sottoposti a misura di sicurezza, con particolare riguardo al previsto PTRI che deve obbligatoriamente essere predisposto ed inviato al Ministero ed alla Magistratura ai sensi dei disposti della legge 81/2014. L’inserimento di tali dati nel sistema web costituirà dunque pieno adempimento rispetto alle suddette previsioni di legge, senza ulteriori invii cartacei. La completezza dei dati in SMOP costituirà elemento di valutazione dei DG per l’anno 2017.
- Struttura Beccaria: in ragione della emergenza rappresentata dal grande incremento di minori con problemi di salute mentale (spesso associati ad uso/abuso di sostanze) che incorrono in procedimenti di natura penale e che trovano nell’istituto di reclusione un luogo non adatto alla piena riabilitazione e al reinserimento sociale, la ATS di Milano nel corso del 2017 dovrà individuare ed attivare 4 posti accreditati di residenzialità terapeutica che dovranno essere espressamente dedicati a questo target di pazienti, senza aumento del valore complessivo dei contratti stipulati per NPIA e Psichiatria degli adulti.
- Centro Diurno per detenuti con disagio psichico della C.C. di Milano San Vittore Vista la nota prot. 79336 del 02.11.2016 del Provveditore Regionale della Amministrazione Penitenziaria della Lombardia ad oggetto - Progetto “Sulla Soglia” Centro diurno per detenuti con disagio psichico – per il 2017 le attività finora effettuate in tale progetto su precedente incarico della A.O. Fatebenefratelli di Milano (in scadenza al 31.12.2016) dovranno essere continuate dalla ASST dei Santi Paolo e Carlo, mediante affidamento di incarico con procedura di evidenza pubblica per gli stessi importi annuali già assegnati alla A.O. Fatebenefratelli.
- Rilevazione costi sanità penitenziaria
Ai fini della programmazione degli interventi di sanità penitenziaria nel corso del 2017 la DG Welfare darà indicazioni per un monitoraggio dettagliato dei costi sostenuti dal Sistema Sanitario della Lombardia per la sanità penitenziaria. Ciò anche in relazione alla possibilità di evidenziare adeguatamente l’impatto che tali costi hanno sul bilancio complessivo delle singole aziende.
- Tariffa per le REMS
Secondo la pianificazione regionale per il superamento delle REMS, contenuta nella DGR 1981/2014, Regione Lombardia provvederà a realizzare 8 REMS definitive (per un totale di 160 posti tecnici di residenzialità psichiatrica) per i pazienti psichiatrici autori di reato. Ai fini di regolare la compensazione dei costi tra le diverse ATS lombarde, nel corso del 2017 gli uffici competenti della DG Welfare istituiranno un Gruppo di Approfondimento Tecnico finalizzato alla individuazione di ipotesi di tariffe relative alla residenzialità nelle REMS.

5.3.2. AREA SOCIO SANITARIA

5.3.2.1 NEGOZIAZIONE E CONTRATTO

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

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

1. Unità d'offerta sociosanitarie realizzate con fondi pubblici

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

- a) che il finanziamento sia espressamente finalizzato allo sviluppo della rete sociosanitaria ed, in particolare, alla realizzazione della specifica unità d'offerta da mettere a contratto, che risulti assegnato dalla DG Welfare o, per i finanziamenti assegnati prima del 27/10/2015 (data della sua istituzione) dalla Direzione generale competente per la programmazione della rete sociosanitaria e che il numero di posti da mettere a contratto non superi quello previsto dall'intervento ammesso a finanziamento;
- b) che risultino concluse sia la realizzazione dell'intervento oggetto di finanziamento che la liquidazione del corrispondente contributo, con il saldo dello stesso.

Le assegnazioni di finanziamenti pubblici statali o regionali successive al 1 gennaio 2017 non costituiscono titolo per la messa a contratto delle unità d'offerta sociosanitarie mediante gli stessi realizzate, a meno che lo specifico provvedimento di assegnazione non lo stabilisca espressamente.

Rientra nella casistica il CDD "Terre di Mezzo" ubicato a Usmate (MB), gestito dalla ASST di Vimercate, già a carico del FSR come CRD gestito dalla ex ASL di Monza e Brianza e oggetto di specifici finanziamenti regionali disposti con DGR 5 novembre 2004, n.19282 e Decreto n. 11865 del 29 luglio 2005.

2. Unità d'offerta in piano programma

Per le unità d'offerta che concludono, nel corso del 2017, i piani programma per l'adeguamento ai requisiti strutturali con la conseguente riattivazione di posti, è consentita la messa a contratto dei posti già precedentemente a contratto, ma temporaneamente inattivi per il periodo dei lavori.

In funzione della realizzazione del piano programma della RSA Pertini, già a gestione diretta della ex ASL Milano 1 ed afferita alla ASST Rhodense a seguito della riforma di cui alla L.R. 23/2015, si autorizza l'ATS Città Metropolitana di Milano a trasferire alla ASST Rhodense la quota relativa all'accantonamento delle risorse per tale struttura, già liquidate alla ex ASL Milano 1 in applicazione della dgr n. 7318/2001 e successivo ddg Direzione organizzazione, Personale, Patrimonio e Sistema Informativo n. 3126 del 29/3/2007.

3. Consultori familiari accreditati nelle ATS carenti.

Al fine di concorrere ad una maggiore omogeneità nell'offerta consultoriale dei territori delle ATS, è ammessa la contrattualizzazione dei consultori familiari già accreditati alla data di approvazione del presente provvedimento e non a contratto, ubicati sui territori che evidenziano un sottodimensionamento rispetto al rapporto – calcolato a livello regionale – tra numero dei consultori pubblici e privati a contratto e popolazione residente (rif. Pop. ISTAT al 31/12/2015).

Il sistema di offerta lombardo dei consultori, come emerge nella tabella sotto riportata, è composto da 237 consultori familiari, di cui 140 pubblici e 97 privati. Dei 97 consultori privati, 89 sono accreditati e, di questi, 80 sono a contratto.

I 9 consultori familiari privati accreditati attualmente senza contratto sono ubicati nella ATS di Bergamo (6), nella ATS della Val Padana (2) e nella ATS della Montagna (1).

La distribuzione media regionale vede attualmente la presenza di un consultorio familiare a contratto ogni 45.492 abitanti. Pertanto, rispetto alle condizioni sopra definite - ATS carenti e presenza nei rispettivi territori di consultori accreditati senza contratto - in fase di prima applicazione per l'anno 2017, possono essere ammessi al contratto i 6 consultori familiari ubicati sul territorio della ATS di Bergamo, oggi caratterizzato da una distribuzione pari a 1 consultorio a contratto ogni 65.194 abitanti.

Tale contrattualizzazione è finanziata a carico dello stanziamento di FSR 2017 per un importo massimo complessivo pari a euro 720.000, che la ATS competente provvederà a negoziare con i consultori individuati in ragione di 1/6 del valore complessivo.

| ATS | N° consultori pubblici e privati a contratto | popolazione (dati ISTAT al 31/12/15) | popolazione / n. consultori a contratto |
|---------------|--|--------------------------------------|---|
| METROPOLITANA | 75 | 3.437.922 | 45.839 |
| INSUBRIA | 29 | 1.434.852 | 49.478 |
| MONTAGNA | 11 | 337.302 | 30.664 |
| BRIANZA | 21 | 1.205.330 | 57.397 |
| BERGAMO | 17 | 1.108.298 | 65.194 |
| BRESCIA | 30 | 1.163.407 | 38.780 |
| VAL PADANA | 20 | 773.312 | 38.666 |
| PAVIA | 17 | 547.926 | 32.231 |
| REGIONE | 220 | 10.008.349 | 45.492 |

4. Unità d'offerta oggetto di provvedimenti vincolanti.

Si prevede l'incremento di 12 posti letto RSA "Casa di Riposo Francesco e Beniamino Porta ONLUS", con sede in via Generale Soldo 7, Nuvolera (BS), tenuto conto che il TAR della Lombardia, con sentenza n. 528/2010, ha annullato la disposizione di cui alla citata DGR n. 9243/2009, in quanto ha "determinato la conseguenza di far dipendere l'accREDITamento dalla casuale tempistica di evasione delle pratiche rispetto alla quale l'amministrato è del tutto inerme... a parità di presentazione della domanda, la velocità di risposta dell'A.S.L. *determina o meno l'accREDITamento...*" e che l'ente gestore, nell'istanza pervenuta in data 11/04/2016 – prot. G1.2016.12334, di incremento di 12 posti a contratto ha dichiarato di rinunciare a qualsiasi pretesa rispetto ad annualità precedenti. Ai fini della determinazione del budget si applicano le determinazioni più avanti definite nel presente provvedimento, con riferimento ai nuovi posti aggiuntivi di una unità di offerta già in esercizio.

5. Unità di offerta di bassa intensità assistenziale per le dipendenze.

Sono ammesse al contratto le unità di offerta di bassa intensità assistenziale per le dipendenze secondo quanto già previsto ai punti 3.1.2.2.1 della DGR n. X/4702/2015 nel quadro delle determinazioni di cui alla DGR n. X/4086/2015, alla conclusione del processo di accREDITamento avviato nel 2015.

5.3.2.2 BUDGET – IL MODELLO DI GOVERNO DELLE RISORSE IN AMBITO SOCIO SANITARIO

Con decreto della DG competente verrà ripartita per ATS l'assegnazione delle risorse di FSR 2017 destinate all'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza garantiti attraverso la rete delle unità di offerta sociosanitarie, secondo i criteri definiti dalla seguente programmazione.

Nel 2017 il meccanismo del budget in capo ai soggetti gestori, quale fondamentale strumento che ha consentito negli anni l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza in coerenza con l'equilibrio economico finanziario aziendale e di sistema, viene esteso anche all'area dell'Assistenza Domiciliare Integrata.

Nell'esercizio 2017, sono pertanto soggette a budget le seguenti unità d'offerta sociosanitarie:

1. Residenze Sanitario Assistenziali per Anziani (RSA)
2. Residenze Sanitario Assistenziali per Disabili (RSD)
3. Centri Diurni Integrati per Anziani (CDI)
4. Centri Diurni per Disabili (CDD)
5. Comunità Socio Sanitarie per Disabili (CSS)
6. Hospice
7. Strutture di Riabilitazione extra-ospedaliera
8. Cure Intermedie (ex riabilitazione residenziale adulti e post acuti)
9. Servizi residenziali e semiresidenziali dell'area dipendenze
10. Servizi multidisciplinari integrati (SMI) dell'area dipendenze
11. Consultori familiari
12. Assistenza Domiciliare Integrata

5.3.2.3 DETERMINAZIONI IN MATERIA DI ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

Nel corso del 2016 è stata effettuata una analisi sull'Assistenza Domiciliare Integrata attraverso i flussi informativi disponibili. L'analisi è stata condotta attraverso una base dati costruita mettendo in relazione il flusso dei dati alimentati in SIAD – flusso che rileva, per ogni profilo di ADI attivato, il numero e la tipologia di accessi domiciliari effettuati e i profili professionali degli operatori che li effettuano – e la rendicontazione alimentata attraverso il flusso FE 4 – flusso che rendiconta la spesa connessa ai singoli profili attivati e chiusi nel periodo di competenza in ragione delle tariffe vigenti. A fronte dell'andamento della produzione rendicontata e della sua comparazione con la dinamica in progressivo aumento riscontrata negli ultimi tre esercizi, nel 2017, quale primo esito dell'analisi in corso, viene introdotto nel contratto degli enti gestori di ADI il meccanismo del finanziamento a budget, anche in funzione del relativo allineamento alle regole generali valide per le altre unità di offerta per il governo dell'equilibrio economico finanziario aziendale e di sistema.

Sono ammessi al contratto 2017 gli enti gestori di ADI già accreditati e a contratto nel 2016, unicamente con la/e medesima/e ATS con cui il soggetto è già a contratto nel 2016, nonché gli eventuali gestori ADI con procedura di accreditamento tutt'ora in corso a seguito di istanza di accreditamento presentata entro e non oltre il 31 dicembre 2015.

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

Considerato l'andamento dei costi per l'ADI degli ultimi esercizi e tenuto conto che per la relativa copertura le aziende hanno potuto contare anche su risorse finalizzate all'ADI in

anni precedenti da specifici provvedimenti di Giunta, in coerenza con le indicazioni della l.r. 23/15 che promuove la presa in carico domiciliare e in attuazione del Piano regionale per la cronicità di cui alla DGR n. X/4662/2015, per il 2017 si prevede un incremento delle risorse di parte corrente di FSR rispetto all'assegnazione 2016.

Le ATS stipulano entro il 15/01/2017 con gli enti gestori di ADI, ivi comprese le ASST in relazione alle gestioni dirette di cui alla circolare n. 9/2016, i contratti provvisori con valore a tutto il 31/05/2017, con la seguente clausola: *“Fermo restando il budget complessivo di produzione assegnato nel 2017 alla ATS con decreto della DG competente di Regione Lombardia per l'acquisto di ADI, si procederà, nell'ambito di un contratto successivo che l'ente gestore sottoscriverà con la ATS entro il 31/05/2017, con efficacia dal 01/06/2017 al 31/12/2017, a valorizzare il budget rapportando ad anno la produzione rendicontata nel flusso FE 4 del primo trimestre 2017 dall'ente che sottoscrive, distintamente per ADI ordinaria e ADI cure palliative. Qualora tali valori, sommati a quelli, analogamente calcolati, degli altri enti gestori di ADI contrattualizzati con la stessa ATS, superino quelli dell'assegnazione regionale alla ATS stessa per ADI, si procederà alla proporzionale riconduzione al valore dei budget assegnati alla ATS. Resta ferma, nelle more della sottoscrizione del successivo contratto entro il 30/05/2017, per l'ente gestore che sottoscrive, la regola sugli acconti di cui alla circolare n. 9/2016 della DG Welfare”.*

Entro il 31/05/2017 le ATS stipulano il contratto definitivo, con efficacia dal 01/06/2017 al 31/12/2017, valorizzando il budget rapportando ad anno la produzione rendicontata nel flusso FE 4 del primo trimestre 2017 dall'ente che sottoscrive, distintamente per ADI ordinaria e ADI cure palliative. Qualora tali valori, sommati a quelli, analogamente calcolati, degli altri enti gestori di ADI contrattualizzati con la stessa ATS, superino quelli dell'assegnazione regionale alla ATS stessa per ADI, si procederà alla proporzionale riconduzione al valore dei budget assegnati alla ATS.

Nel quadro del processo di convergenza della rete delle cure palliative attuato attraverso le determinazioni di cui alla DGR n. X/5918/2016, infatti, le ATS, in relazione ai soggetti gestori accreditati e a contratto per ADI ordinaria e per ADI cure palliative, procedono alla sottoscrizione del contratto annuale allegando la scheda di budget dettagliando distintamente il budget per ADI ordinaria da quello per ADI cure palliative.

Nell'ambito dello schema tipo di contratto annuale per l'ADI, le regole sull'acconto mensile vengono allineate a quelle già previste nel contratto delle altre unità di offerta sociosanitarie a budget.

Le ASST concorrono attivamente all'attuazione del sistema di governo del budget ADI definito dalle ATS. A tal fine le ATS procedono alla definizione di sotto budget di ASST nell'ambito dell'assegnazione disposta con Decreto regionale. Le ASST concorrono pertanto a garantire una dinamica dei consumi in linea con le risorse, tenendo conto in particolare della necessità di garantire un accesso equilibrato al servizio per tutto il corso dell'anno, senza cali negativi nell'ultimo trimestre. Le ASST governano la presa in carico in ADI assicurando l'appropriatezza dell'accesso attraverso la valutazione multidimensionale del bisogno, garantendo in ogni caso piena libertà di scelta dell'assistito tra i soggetti gestori. È confermato per il 2017 il sistema di rendicontazione delle prestazioni attraverso il flusso FE 4, in funzione della relativa valorizzazione economica fondata sui voucher chiusi nei singoli periodi di rendicontazione.

Nel corso del 2017 proseguirà l'analisi sulla dinamica di produzione 2017 per l'elaborazione di regole di programmazione del contratto finalizzate a garantire il miglior rapporto tra

dimensione della produzione ed estensione del territorio servito, tenendo in ogni caso conto delle specificità territoriali e orografiche delle singole ATS. L'analisi sarà altresì finalizzata a valutare eventuali determinazioni in ordine alla revisione degli attuali profili di assistenza.

5.3.2.4 MESSA A REGIME DELL'AZIONE INNOVATIVA LEGATA AL PASSAGGIO DEI CONSULTORI ALLA FUNZIONE DI CENTRO PER LA FAMIGLIA E RISORSE

Con il 31/12/2016 si conclude la sperimentazione avviata presso i consultori familiari con la D.G.R. n. 3239/2012 e successivamente sviluppata con le azioni di miglioramento di cui alle D.G.R. n. X/499/2013, n. X/2022/2014 e n. X/4086/2015. Preso atto dell'esito favorevole della sperimentazione effettuata, nel corso del 2016 è stato completato il processo di analisi e di individuazione delle nuove prestazioni da inserire nel nomenclatore tariffario di cui alla D.G.R. n. IX/4597/2012. Pertanto, a partire dal 1 gennaio 2017, tale sperimentazione viene messa a regime mediante specifico provvedimento di aggiornamento del nomenclatore tariffario attraverso l'implementazione di nuove tipologie di prestazioni o di modelli di erogazione fondati su una maggiore flessibilità, in funzione dell'evoluzione del consultorio a centro per la famiglia, nel quadro delle previsioni di cui alla Legge Regionale n. 18/2014. In funzione della piena operatività del nuovo nomenclatore sono destinate risorse aggiuntive quantificate nell'importo massimo di euro 600.000, da ripartire tra ATS in funzione del numero dei consultori privati a contratto.

5.3.2.5 CURE INTERMEDIE

Il percorso di riordino delle unità d'offerta di ricovero riabilitative e post-acute, avviato con la D.G.R. n. X/1185/2013, ha trovato una prima attuazione con la DGR n. X/3383/2015, che ha definito i profili di cura e i requisiti sperimentali di esercizio e di accreditamento delle cure intermedie.

Nel corso del 2015, il sistema di classificazione degli utenti ed il relativo standard assistenziale sono stati convalidati sulla base dei dati raccolti durante un'apposita fase osservazionale.

La prosecuzione del percorso di riordino è stata, tuttavia, subordinata all'integrazione delle cure intermedie nel nuovo modello organizzativo prospettato dalla l.r. 23/2015, orientato ad una presa in carico globale e proattiva, secondo percorsi assistenziali progettati e realizzati in rete con i vari attori coinvolti.

Il riordino del sistema delle cure intermedie dovrà, in particolare, essere coordinato con l'evoluzione della riabilitazione sanitaria e della degenza sub-acuta, tenendo fermo il vincolo di ricondurre alla dotazione di posti letto prevista dal DM 2 aprile 2015, n. 70.

Nel 2016 sono state in parte riviste le scale di valutazione e la scheda unica di invio ed è stato modificato il flusso informativo aggiuntivo, con l'obiettivo di raccogliere maggiori informazioni sulle caratteristiche dell'utenza.

Pertanto, nel 2017, fino all'attuazione del riordino, le unità d'offerta che hanno aderito al sistema di cure intermedie ai sensi della DGR n. X/3383/2015 proseguono l'attività con le medesime regole definite da tale atto.

Si demanda alla Direzione Generale Welfare il conseguente aggiornamento delle indicazioni operative relative al flusso aggiuntivo.

5.3.2.6 LE FASI DEL PROCESSO NEGOZIALE NEL 2017

In rapporto alle singole tre fasi del processo negoziale 2017 si definiscono le seguenti indicazioni.

1. CONTRATTO PROVVISORIO

Le ATS stipulano entro il 15/01/2017 con gli enti gestori, ivi comprese le ASST in relazione alle gestioni dirette di cui alla circolare n. 9/2016, i contratti provvisori con valore a tutto il 30/04/2017 e le relative schede di budget provvisorio pari al valore di 4/12 dell'ultimo budget sottoscritto nel corso dell'anno 2016.

Per le unità d'offerta messa a contratto, in tutto o in parte, nel corso del 2016, il budget provvisorio potrà essere definito rapportando al periodo 1/1/2017-30/4/2017, il budget riferito solo ad una parte dell'anno 2016.

Accedono al contratto provvisorio con valore a tutto il 30/04/2017 anche i posti di RSA selezionati e contrattualizzati nel corso dell'anno 2015 in applicazione della DGR n. X/3996/2015, per i quali i competenti uffici della DG Welfare hanno già verificato l'adeguatezza dei livelli di standard gestionali garantiti attraverso il debito informativo di scheda struttura.

Devono essere sottoscritti entro il 15/01/2017, con gli enti gestori di assistenza residenziale post acuta di cui alla DGR n. X/3363/2015, anche i protocolli negoziali provvisori con valore a tutto il 30/04/2017.

Per le unità d'offerta di nuova contrattualizzazione nel 2017, si procede alla stipula di un contratto provvisorio con valore a tutto il 30/04/2017, sulla base degli schemi di riferimento di cui alla circolare n. 9/2016, e alla sottoscrizione della corrispondente scheda di budget provvisorio da calcolarsi prendendo a riferimento la tariffa e la saturazione medie della ATS di ubicazione per la medesima tipologia di unità d'offerta, rapportata al periodo temporale di validità del contratto (ovvero al 30/04/2017).

Per i consultori di nuova contrattualizzazione nel 2017 secondo quanto sopra definito, la ATS procede direttamente alla sottoscrizione del contratto definitivo.

2. CONTRATTO DEFINITIVO

Entro il 15/05/2017, in accordo con le indicazioni della DG Welfare, le ATS procedono a sottoscrivere i nuovi contratti con i soggetti gestori e la relativa scheda di budget, negoziando i budget definitivi validi per l'intero anno 2017, nel quadro delle risorse assegnate con decreto della Direzione Generale competente, in applicazione dei criteri di cui al presente provvedimento.

A tal fine le ATS e i soggetti gestori dovranno sottoscrivere la scheda di budget annuale. Il budget definitivo comprende quanto assegnato a titolo di budget provvisorio ed è definito in applicazione dei seguenti criteri, fermo restando il limite massimo del budget di produzione assegnato con Decreto della DG competente per tipologia di unità di offerta:

- a) unità d'offerta (RSA, RSD, CDI, CDD, CSS, Hospice, servizi residenziali e semiresidenziali per le dipendenze) che nel 2016 non hanno avuto variazione di posti a contratto: tariffa media giornaliera 2016 per saturazione definitiva riconosciuta nel 2016 sui posti a contratto di ciascuna unità d'offerta (al netto della quota di eventuale rimodulazione non soggetta a storicizzazione); tale regola si applica anche ai protocolli negoziali riferiti ai posti di cure intermedie ex post acuta residenziale nonché alle unità d'offerta a contratto a diretta gestione di ASST; non si consolidano eventuali rimodulazioni del budget 2016 effettuate a carico del budget 2016 derivante da altre tipologia unità di offerta;
- b) unità d'offerta o nuovi posti messi a contratto nel 2016: rapportando ad anno intero le prestazioni riferite solo ad una parte del 2016, valorizzate sulla base della tariffa media giornaliera e della saturazione media dell'anno 2016 della ATS di ubicazione, in relazione all'utenza tipica, con riferimento alla stessa tipologia di unità di offerta (al netto della quote di eventuale rimodulazione non soggetta a storicizzazione);

- c) contrattualizzazione di nuove strutture o di nuovi posti nel 2017, secondo i criteri e nei limiti definiti nel quadro della presente programmazione: tariffa media giornaliera e saturazione media dell'anno 2016 della ATS di ubicazione, in relazione all'utenza tipica, per la medesima tipologia di unità d'offerta;
- d) consultori privati a contratto nel 2016: il valore è determinato sul budget storico del 2016 incrementato del valore di euro 7.500 in funzione del concorso alla operatività del nomenclatore aggiornato a seguito della messa a sistema dell'azione innovativa legata al passaggio dei consultori alla funzione di centro per la famiglia; il pagamento delle prestazioni erogate verrà in ogni caso effettuato al netto dell'importo derivante dall'incasso dei ticket vigenti nonché delle quote fisse aggiuntive previste dalla Legge 111 del 15/11/2011 e definite con provvedimenti regionali;
- e) per i consultori di nuova contrattualizzazione nel 2017, il budget è pari a 1/6 del valore assegnato ai nuovi contratti sul 2017; il pagamento delle prestazioni erogate verrà in ogni caso effettuato al netto dell'importo derivante dall'incasso dei ticket vigenti nonché delle quote fisse aggiuntive previste dalla Legge 111 del 15/11/2011 e definite con provvedimenti regionali;
- f) riabilitazione, comprese cure intermedie ex riabilitazione residenziale: il budget massimo è determinato sul budget storico in allineamento alla annualità precedente; il pagamento delle prestazioni erogate verrà in ogni caso effettuato al netto dell'importo derivante dall'incasso dei ticket vigenti nonché delle quote fisse aggiuntive previste dalla Legge 111 del 15/11/2011 e definite con provvedimenti regionali;
- g) per i soggetti gestori di ADI, si applicano le regole già definite al paragrafo specifico del presente provvedimento;
- h) servizi multidisciplinari integrati (SMI) dell'area dipendenze: il budget massimo è determinato sul budget storico in allineamento alla annualità precedente.

Si applicano, inoltre, le seguenti determinazioni:

- a) in ordine all'utenza non tipica (Stati Vegetativi, SLA, soggetti provenienti da ex ospedali psichiatrici e disabili a cui sono stati riconosciuti i benefici della D.G.R. n. 5000/2007) sarà in ogni caso riconosciuta extra-budget la differenza tra la tariffa di tale utenza e quella relativa all'utenza tipica dell'unità d'offerta con maggiore livello di fragilità (classe Sosia 1 e Sidi 1);
- b) le persone ricoverate in unità d'offerta sociosanitarie in condizione di Stato Vegetativo e che abbiano, nel corso della degenza, lievi miglioramenti del punteggio della Glasgow Coma Scale, comunque con valore non superiore a 13, mantengono le medesime condizioni di ricovero, continuando ad essere remunerate e rendicontate come stati vegetativi, con i medesimi standard assistenziali, modalità di verifica da parte delle ATS e senza oneri a carico dell'utente e dei familiari;
- c) anche per il 2017 la remunerazione di prestazioni rese a favore di persone agli arresti domiciliari o affidati in prova in comunità terapeutiche o in unità d'offerta di bassa intensità assistenziale, è compresa, sia nel budget di ciascuna ATS, che in quello di ciascuna struttura accreditata ed a contratto dell'area dipendenze;
- d) anche per il 2017 il budget di produzione ricomprende:
 - le prestazioni erogate a favore di cittadini residenti in altre regioni rese nei consultori familiari privati e nei servizi multidisciplinari integrati
 - le prestazioni erogate a favore di stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno ed indigenti rese da servizi residenziali e semiresidenziali per le dipendenze, dai servizi multidisciplinari integrati dell'area dipendenze e dai consultori familiari privati, che, in base alla

normativa vigente in materia di immigrazione, rimangono a carico della ATS nel cui territorio vengono assistiti;

- e) i budget assegnati alle ATS e negoziati con gli enti gestori nel contratto si riferiscono alle prestazioni erogate dalle unità d'offerta ubicate sul territorio di competenza a favore di tutti i cittadini lombardi e non solo alla quota relativa ai consumi dei propri residenti;
- f) al cittadino extracomunitario, privo di assistenza familiare e di regolare titolo di soggiorno, in condizioni di gravissima disabilità intesa come condizione di "dipendenza vitale" ai sensi delle D.G.R. 2655/2014 e D.G.R. 4249/2015, ricoverato presso un'unità d'offerta sociosanitaria, è garantito il riconoscimento della tariffa a carico del FSR nei limiti previsti dalle vigenti normative. I costi del ricovero sono a carico dell'ATS di residenza al momento del verificarsi dell'evento indice;
- g) per la remunerazione delle prestazioni con oneri a carico del Fondo Sanitario Regionale devono essere applicate le tariffe definite con gli specifici provvedimenti regionali attualmente in vigore. Le tariffe regionali si applicano anche alle prestazioni erogate a favore di utenti non lombardi e con oneri a carico delle loro Regioni di residenza; in relazione alle tariffe si conferma il principio generale di cui al punto 6 del dispositivo della DGR 12622 del 7/4/2003;
- h) in applicazione delle regole vigenti sulla mobilità sociosanitaria (vedi 13/41/CR05a/C7, Conferenza delle regioni e delle province autonome) le prestazioni di Assistenza Domiciliare Integrata non rientrano nell'ambito di quelle soggette a compensazione interregionale e richiedono pertanto l'applicazione del sistema di fatturazione diretta della prestazione all'ASL fuori regione di residenza dell'assistito. Al fine di concorrere a garantire omogeneità nella gestione a livello territoriale di tale casistica, si richiede pertanto alle ATS e alle ASST di raccordarsi ai fini della comunicazione all'ASL fuori regione della necessità di presa in carico in ADI di un cittadino suo residente, in conformità a quanto previsto dall'accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria (13/41/CR05a/C7 Conferenza delle regioni e delle province autonome);
- i) devono risultare sospesi da altri contratti, i posti messi a disposizione per le cure intermedie ex assistenza residenziale post acuta, collocati nell'ambito dei posti di unità di offerta già a contratto per altra tipologia.

In relazione ai posti di cure intermedie ex assistenza residenziale post acuta, nel caso di rinuncia a proseguire l'attività, si prevede che:

- l'ente gestore può comunicare entro il 31/12/2016 all'ATS la volontà di rinunciare nel 2017 all'erogazione di cure intermedie ex assistenza residenziale post acuta;
- l'ATS procede a sottoscrivere con detto ente gestore la scheda di budget in applicazione delle stesse regole valide per la tipologia di unità di offerta di origine, con esclusivo riferimento ai posti sospesi in precedenza a contratto, in ogni caso entro i limiti dell'ultimo budget sottoscritto nel 2016 per le cure intermedie ex assistenza residenziale post acuta;
- ai fini dell'allineamento dei decreti di assegnazione delle risorse di FSR alla dinamica in oggetto, le ATS chiedono ai competenti uffici della DG Welfare lo spostamento della quota di FSR dal budget per le cure intermedie ex assistenza residenziale post acuta al budget di produzione della tipologia di unità di offerta cui si riferiscono i posti oggetto di riattivazione. Resta infatti fermo che la dinamica in oggetto non può comportare una richiesta da parte delle ATS di risorse aggiuntive, traducendosi invece nella rimodulazione di una quota delle risorse assegnate nel 2016 alla ATS.

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

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

3. EVENTUALE RIMODULAZIONE

Nel quadro del finanziamento di FSR 2017 assegnato, le ATS procedono ad effettuare eventuali rimodulazioni di budget, previa comunicazione alla Regione, entro il termine massimo del 30 novembre 2017, con le seguenti indicazioni:

- i soggetti gestori possono segnalare le esigenze in termini di rimodulazione del budget alla ATS competente entro e non oltre il 31 ottobre;
- senza prevedere assegnazioni di ulteriori risorse aggiuntive di FSR da parte di Regione;
- considerando i livelli di iperproduzione e ipoproduzione delle unità di offerta;
- considerando i singoli budget di produzione assegnati per le differenti tipologie di unità di offerta della rete consolidata dei servizi, compreso il budget definito per l'assistenza post acuta residenziale in quanto tipologia rientrante nelle cure intermedie in conformità a quanto stabilito con DGR n. X/3363/2015 e quello per l'ADI, consentendone il relativo spostamento trasversale a isorisorse complessive di ATS;
- tenendo conto, nel quadro delle risorse assegnate, delle dinamiche di avvio ed utilizzo di posti di nuova contrattualizzazione, facendo riferimento, dove possibile, alla tariffa media giornaliera e alla saturazione media per l'anno 2016 della ATS di afferenza e con riguardo all'utenza tipica;
- consentendo agli Enti gestori unici un riposizionamento, rispetto agli importi già negoziati, di quote di budget nell'ambito della stessa tipologia d'offerta;
- considerando anche il budget "Altri costi";
- escludendo l'utilizzo della quota di risorse relativa alla "Produzione extra budget stimata" assegnata con i citati decreti, in quanto finalizzata alla remunerazione dell'ulteriore onere a carico del FSR per l'utenza non tipica (SLA, SV, disabili ex DGR n. 5000/2007 e soggetti dimessi da ex OP);
- eventuali spostamenti di budget tra unità di offerta differenti, finalizzati alla rimodulazione, non sono storicizzabili, ma legati esclusivamente all'andamento contingente della produzione dell'anno; tale indicazione deve essere esplicitamente riportata nella scheda di budget di nuova sottoscrizione;
- non sono ammesse rimodulazioni compensative di budget tra l'assegnazione di FSR finalizzata al finanziamento dell'area di offerta della rete consolidata dei servizi e quella delle misure di cui alla D.G.R. n. X/2942/2014.

La Direzione Generale Welfare provvede, con apposita circolare, a fornire entro il mese di ottobre 2017 successive indicazioni attuative delle presenti determinazioni in materia di rimodulazione anche valutando una eventuale ulteriore fase a chiusura dell'esercizio. Le ATS garantiscono in ogni caso ai competenti uffici della DG Welfare la rivalorizzazione dei livelli di produzione sulle diverse tipologie di unità di offerta derivanti dal processo di rimodulazione.

Le ATS procedono a caricare nel portale SCRIBA le schede di budget eventualmente rimodulate in applicazione dei criteri sopra definiti.

5.3.2.7 SPOSTAMENTO DI VOLUMI DI POSTI A CONTRATTO E DEL RELATIVO BUDGET

Nel 2017, gli Enti Unici gestori di più unità di offerta possono proporre alle ATS interessate lo spostamento dei propri assetti contrattualizzati e delle relative quote di budget tra territori di ATS diverse, solo nell'ambito della medesima tipologia di unità d'offerta ed in funzione del miglior allineamento dei territori stessi agli indici di dotazione medi regionali delle diverse tipologie di unità d'offerta.

A tale scopo, con successivo atto della DG Welfare verranno definite per singola tipologia di unità di offerta gli indici di dotazione medi regionali, costituenti linee di indirizzo per l'eventuale dinamica di rimodulazione degli assetti a contratto degli enti unici gestori di più unità di offerta in ATS diverse e la relativa procedura.

Nel 2017 gli Enti Unici gestori di più unità d'offerta possono anche proporre alla ATS territorialmente competente spostamenti dei propri assetti contrattualizzati e delle relative quote di budget all'interno della stessa ATS, al fine di permettere alle ATS un riequilibrio dell'offerta nei propri ambiti territoriali.

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

Le rimodulazioni, rigorosamente ad isorisorse, devono essere valutate e autorizzate dalla ATS territorialmente competente e comunicata alla DG Welfare per i provvedimenti di conseguenza.

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

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

Gli spostamenti di volumi contrattuali e dei relativi budget avvenuti nel corso del 2016 nell'ambito dello strumento dell'accordo territoriale, introdotto dalla DGR n. X/1185/13 e successivamente riconfermato, possono, previa valutazione positiva da parte dell'ATS e senza incremento del budget complessivo di ATS, essere stabilizzati.

Nell'ambito delle strutture di riabilitazione, per i soggetti che erogano sia prestazioni in regime di ricovero/ciclo diurno che in regime ambulatoriale e/o domiciliare, fermo restando il budget complessivamente assegnato contrattualmente, è possibile richiedere lo spostamento di volumi contrattualizzati e delle relative quote di budget dal regime residenziale/ciclo diurno al regime ambulatoriale e/o domiciliare. Tale rimodulazione deve essere autorizzata dalla ATS territorialmente competente, comporta, se necessario, la richiesta di modifica dell'assetto accreditato e deve essere comunicata alla DG Welfare.

5.3.2.8 DISCIPLINA DEL CONTRATTO UNICO

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

1. il contratto unico è una mera misura di semplificazione amministrativa, che non presuppone il riconoscimento di ente unico gestore di cui alla D.G.R. n. 2569/2014;

2. al contratto unico vengono allegate distinte schede di budget, tante quante sono le unità d'offerta gestite dal soggetto contraente.

5.3.2.9 ULTERIORI REGOLE DI REMUNERAZIONE

Per i servizi residenziali e semi-residenziali deve essere pagata solo la giornata di accettazione e non quella di dimissione. Analogamente, per i periodi di assenza, deve essere pagata solo la giornata di rientro e non quella di uscita. Non viene, quindi, remunerata la giornata di dimissione, neanche in caso di decesso in struttura. Se tuttavia il decesso o la dimissione per altra causa interviene nello stesso giorno dell'ammissione al servizio, la giornata è riconosciuta a carico del FSR.

Il gestore di RSA o RSD è tenuto alla cancellazione degli ospiti dagli elenchi dei rispettivi medici di medicina generale a partire dal giorno dell'ingresso o dalla data di sottoscrizione del contratto se successivo alla data di ingresso.

Per le unità d'offerta residenziali che, in applicazione alle vigenti norme, sono tenute ad assicurare le funzioni del medico di medicina generale (RSA e RSD), con la conseguente cancellazione dell'utente dal proprio medico di medicina generale, è possibile per i ricoveri temporanei non procedere, nel limite massimo di 60 giorni annui per utente, a tale cancellazione, fermo restando l'obbligo, da parte dell'unità d'offerta, di assicurare a proprio carico la fornitura dei farmaci e degli ausili come previsto dalle delibere di riferimento.

Nei CDI si conferma la regola della remunerazione legata alla frequenza effettiva degli utenti e non agli orari di apertura della struttura. Sono riconosciute a tariffa intera le giornate in cui l'utente sia presente nel CDI più di 4 ore. Sotto le 4 ore si applica una tariffa giornaliera part-time, pari alla metà della tariffa giornaliera intera.

Per i CDI e i CDD, qualora le giornate di apertura settimanale eccedano i cinque giorni, il gestore deve garantire un aumento proporzionale dello standard minimo di personale previsto dalla normativa di accreditamento.

Per il 2017, ad integrazione e modifica di quanto disposto con precedenti deliberazioni di giunta regionali n. X/1185/2013, n. X/1953/2014 e n. X/2989/2014 si forniscono le seguenti indicazioni relative al trattamento delle assenze nelle unità d'offerta sociosanitarie:

- per quanto riguarda RSA, RSD, CDI, CDD, CSS e Ciclo Diurno Continuo (Riabilitazione), servizi residenziali e semiresidenziali per le dipendenze è prevista la remunerazione a carico del FSR delle assenze dell'utente, nell'ambito del budget assegnato all'unità d'offerta, per un massimo di 20 giorni annui per utente, a condizione che venga garantito all'ospite il mantenimento dello stesso posto, con le seguenti precisazioni:
 - per gli utenti maggiorenni di unità d'offerta residenziali per disabili (RSD e CSS), il limite di assenze remunerabili con oneri a carico del FSR può essere incrementato sino ad un massimo complessivo di 50 giorni su base annua, ove trovi specifiche e articolate motivazioni nell'ambito del Progetto Educativo Individuale;
 - per gli utenti minorenni di unità d'offerta residenziali per disabili (RSD, CSS e Riabilitazione), il limite di assenze remunerabili con oneri a carico del FSR può essere incrementato sino ad un massimo complessivo di 90 giorni su base annua, ove trovi specifiche e articolate motivazioni nell'ambito del Progetto Educativo Individuale;
 - per gli utenti di unità d'offerta semi-residenziali per disabili (CDD), il limite massimo di assenze remunerabili con oneri a carico del FSR può essere incrementato sino ad un massimo complessivo di 30 giorni su base annua, ove trovi specifiche e articolate motivazioni nell'ambito del Progetto

Educativo Individuale. In tale limite non rientrano i 4 giorni previsti per le attività di programmazione educativa sotto descritti;

- per gli utenti minorenni di unità d'offerta semi-residenziali per disabili (CDD e Ciclo Diurno Continuo di riabilitazione), è possibile rendicontare la frequenza scolastica come assenza remunerata a carico del FSR esclusivamente per le giornate di presenza del personale educativo presso la scuola e a condizione che tale presenza superi le 4 ore giornaliere. Le attività scolastiche devono essere indicate nel Piano di Assistenza Individuale e tra la struttura e la scuola frequentata dal minore deve essere definito un apposito protocollo nel quale vengano precisate le modalità con cui viene assicurata la presenza dell'educatore;
- per gli utenti di unità d'offerta residenziali e semiresidenziali per le dipendenze, il limite massimo di assenze remunerabili con oneri a carico del FSR può essere incrementato sino ad un massimo complessivo di 40 giorni su base annua, ove trovi specifiche e articolate motivazioni nell'ambito del Progetto Assistenziale Individuale;
- sempre per gli utenti di unità d'offerta residenziali per le dipendenze, sono escluse dal tetto massimo dei 20 giorni annui le assenze per permessi fino a 45 giorni concessi agli utenti in esecuzione penale.
- per i CDD, considerata l'obbligatorietà della progettazione educativa individuale e la collegialità della stesura dei progetti di intervento che li caratterizza, è prevista la remunerazione per le attività di programmazione delle attività educative personalizzata e per la verifica delle attività programmate, per un massimo di 4 giornate annue. La valorizzazione delle giornate riferite alle attività di programmazione è determinata sulla base della tariffa media di struttura del trimestre di riferimento. Tale remunerazione comporta che nel Fascicolo di ogni singolo utente per il quale viene riconosciuta risulti chiaramente evidenziata la progettazione e la verifica dei progetti educativi individuali;
- per tutte le unità d'offerta sociosanitarie le assenze dovute a soggiorni climatici organizzati per gli utenti non concorrono alla determinazione del limite dei giorni di assenza massimi remunerabili a carico del FSR, purché anche durante il soggiorno sia garantito lo standard assistenziale previsto per l'unità d'offerta. Per gli ospiti CSS che frequentano anche CDD e partecipano a soggiorni climatici, si conferma che durante il soggiorno climatico viene riconosciuta la quota a carico del FSR per la struttura che organizza il soggiorno e garantisce l'assistenza all'ospite: ovvero se il soggiorno è organizzato dal CDD la remunerazione va al CDD e non al CSS e viceversa;
- per gli utenti di unità d'offerta per le dipendenze, non è prevista la remunerazione a carico del FSR in caso di assenze per rientri in carcere;

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

Non possono essere pagate prestazioni per la fruizione contemporanea di più unità di offerta socio sanitarie. Fanno eccezione i casi in cui:

- la persona assistita in RSA/RSD/CDI/CDD, a causa di un repentino deterioramento delle condizioni di salute, necessiti di prestazioni riabilitative, escluse quelle di mantenimento. In tal caso è necessario che vi sia un piano riabilitativo predisposto dal fisiatra e condiviso tra la struttura riabilitativa e la struttura socio sanitaria di provenienza dell'ospite;

- la persona assistita in CSS fruisca anche di prestazioni rese in ADI, Riabilitazione o in CDD;
- la persona assistita in CDD fruisca anche di prestazioni rese in CSS;
- l'ADI è compatibile con le misure di cui alla D.G.R. X/2942/2014 della RSA aperta purché i servizi previsti non siano sostitutivi ma integrativi e della residenzialità leggera.

Tenuto conto dell'esigenza di garantire la piena integrazione dei servizi territoriali in funzione della risposta appropriata al bisogno dell'assistito, si ritiene, inoltre, che l'ADI sia compatibile con la frequenza part time nei CDD/CDI, solo ove valutato dall'ASST strettamente necessario e appropriato in esito alla valutazione del bisogno dell'assistito e con esclusivo riferimento al profilo prestazionale.

Si confermano per l'anno 2017 le seguenti ulteriori indicazioni a valere per prestazioni rese in Cure Intermedie e Strutture di Riabilitazione.

È possibile utilizzare i posti letto a maggiore intensità riabilitativa per accogliere persone che necessitino di prestazioni di minore complessità, fermo restando che le tariffe riconoscibili sono quelle delle prestazioni effettivamente erogate.

Per quanto riguarda le visite di presa in carico (prima visita/visita generale), è prevista la remunerazione della prima visita, sia nel caso in cui non ne scaturisca alcuna presa in carico riabilitativa, sia qualora ne esiti una presa in carico anche in altro regime o presso altra struttura.

Come stabilito dalla DGR 10804/2009, le prestazioni ambulatoriali cosiddette "indirette" (colloquio con i familiari, riunioni con operatori di altri enti, stesura di relazioni), potranno essere remunerate, nell'ambito del budget assegnato, fino ad un massimo del 20% di quanto rendicontato per tutte le prestazioni ambulatoriali. All'interno di questo tetto di budget, vanno inclusi gli oneri a carico del FSR per la remunerazione delle visite di presa in carico.

Con riguardo alle prestazioni in regime ambulatoriale e domiciliare, potrà essere erogato e remunerato un numero di prestazioni fino al 130% dell'assetto accreditato/contrattualizzato, riferito alla singola tipologia, purché venga garantito il rispetto dei requisiti di accreditamento per queste prestazioni aggiuntive e compatibilmente con il budget assegnato.

Con riferimento alla durata della seduta per riabilitazione ambulatoriale, per pazienti in età evolutiva (con età inferiore ai 18 anni), si riconferma quanto riportato nella DGR n. 4438/2007 che ha stabilito in 45 minuti la durata convenzionale di una singola seduta, con la possibilità di un massimo di 2 sedute (o trattamenti) per giornata a prescindere dalla tipologia di prestazione ricevuta.

Con riguardo invece ai trattamenti ambulatoriali rivolti a pazienti adulti, potrà essere erogato e rendicontato solamente un trattamento per giornata.

La tariffazione definita nei provvedimenti regionali, con riguardo alle prestazioni ambulatoriali, è riferita ad una seduta per cui possono essere previste più prestazioni. Al fine del conteggio delle sedute/trattamenti erogati, una seduta di gruppo viene considerata una sola prestazione a prescindere dal numero di partecipanti al gruppo (da un minimo di tre ad un massimo di cinque persone).

5.3.3. AREA PREVENZIONE

Con il passaggio dell'attività erogativa relativa alle vaccinazioni dalle ATS, che sarà completata secondo le indicazioni regionali, entro il 31.12.2016, i contratti con le ASST, oltre

a quanto già previsto per gli screening, dovranno includere specifici obiettivi relativi alla copertura vaccinale, come previste dal Piano Regionale Vaccini.

Le ATS, che mantengono il governo delle vaccinazioni, verificheranno in continuo, tramite la consultazione dell'anagrafe vaccinale, il rispetto delle coperture nel territorio di competenza come pure dei requisiti qualitativi del vigente Piano Regionale di Prevenzione Vaccinale.

Per la vaccinazione esavalente la valorizzazione espressa sarà riconosciuta al 100% di quanto realmente erogato se la copertura sarà pari o superiore al 93% della popolazione target; valorizzazione al 95% se copertura tra 90% e 92%; al 90% se inferiore al 90%

Per la vaccinazione anti Morbillo - Parotite – Rosolia la valorizzazione espressa sarà riconosciuta al 100% di quanto realmente erogato se la copertura sarà pari o superiore al 93% della popolazione target; al 95% se tra 88% e 92% ; al 90% se inferiore al 88%

Per la vaccinazione Antinfluenzale la valorizzazione espressa sarà riconosciuta al 100% di quanto realmente erogato se la copertura sarà pari o superiore al 50% della popolazione target; al 95% se tra 45% e 49; al 90% se inferiore al 45%

L'eventuale avanzo tra il valore massimo e quanto erogato e riconosciuto non potrà essere riutilizzato per altre prestazioni.

Nell'ambito del budget 2017 deve essere identificata una quota destinata prioritariamente alle attività di screening oncologico organizzato dalle ATS garantendo un aumento di almeno il 3% rispetto all'analoga quota 2016.

Al fine di garantire una reingegnerizzazione delle prestazioni di prevenzione e orientarle nell'ambito dei percorsi di screening oncologico, per il calcolo del budget di screening 2017, al complessivo budget di screening dell'anno precedente può essere sommata una cifra pari al 20% delle prestazioni di prevenzione erogate a popolazione sana (id prestazione T=prevenzione nel flusso ambulatoriale e per prestazioni per la prevenzione dei tumori di mammella, colon retto e cervice uterina) per le stesse fasce d'età a cui sono proposti gli screening organizzati.

L'eventuale avanzo rispetto a quanto usufruito/da usufruire nell'ambito dei programmi di screening per il 2016 potrà essere utilizzato nell'ambito di altre prestazioni specialistiche ambulatoriali esclusivamente solo in seguito a esplicita dichiarazione della ATS.

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

- numero di prestazioni di primo livello (mammografie, pap-test e/o HPVdna test, fobt) e secondo livello (colonscopie, colposcopie);
- tipologia di prestazioni di secondo livello che rientrano nel percorso di screening (ecografia, ago biopsia, citologia, mammotome per mammografico, biopsie);
- altre prestazioni utili alla diagnosi che possono rientrare nei percorsi di screening (es.: colon-tac per colon retto, risonanza magnetica per mammella, isteroscopia per cervice)
;
- budget complessivo riservato allo screening.

5.4. RENDICONTAZIONE E APPROPRIATEZZA DELLE PRESTAZIONI SANITARIE DI RICOVERO ED AMBULATORIALI

5.4.1 Appropriatezza

In ordine alla rendicontazione e appropriatezza delle prestazioni sanitarie in ambito di ricovero e ambulatoriale sarà predisposto un apposito atto in cui saranno riportate, in particolare, le indicazioni regionali relative a:

1. prestazioni odontoiatriche, approvazione di un documento redatto dal gruppo regionale costituito per dare seguito agli esiti delle attività svolte dalla Commissione di inchiesta regionale, istituita con Decreto del Segretario Generale n.984 del 16/2/2016.
2. Riabilitazione, approvazione di un documento in tema della complessità assistenziale delle degenze e del corretto riconoscimento del relativo consumo di risorse, condiviso con il Gruppo di Lavoro Regionale per l'Autorizzazione, l'Accreditamento, l'Appropriatezza e la Codifica delle Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie.
3. Codifiche IMA approvazione di un documento condiviso, con il Gruppo di Lavoro Regionale per l'Autorizzazione, l'Accreditamento, l'Appropriatezza e la Codifica delle Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie, congruente con i contenuti della DGR n. X/3993/2015 nel merito dell'appropriatezza prescrittiva dei marcatori cardiaci, nonché in riferimento alle recenti *"Linee Guida codifica IMA"*.
4. DH chemioterapici approvazione di un documento condiviso con il Gruppo di Lavoro Regionale per l'Autorizzazione, l'Accreditamento, l'Appropriatezza e la Codifica delle Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie in riferimento alla somministrazione della chemioterapia in un regime protetto.
5. Codifica valvole cardiache approvazione di un documento condiviso con il Gruppo di Lavoro Regionale per l'Autorizzazione, l'Accreditamento, l'Appropriatezza e la Codifica delle Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie, recepimento della *"Linee Guida codifica TAVI e altre procedure TC"*, di cui alla nota del Ministero della Salute n. 30216 del 19.10.2016.
6. Medicina di laboratorio approvazione di un documento condiviso con il Comitato Regionale per i Servizi di Medicina di Laboratorio, relativo a: preanalitica, controllo di qualità interno, analisi inviate in service, attribuzione delle prestazioni alle diverse sottobranchie di Medicina di laboratorio e acquisizione del consenso informato per le prestazioni di genetica medica germinali.

5.4.2 Codice 23.11.B in Macroattività chirurgica a bassa intensità operativa ed assistenziale (BIC)

Come già anticipato con la nota prot. n. 30662 del 29.09.2016, nel merito delle procedure riconducibili ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriately, con particolare riferimento alle disposizioni della DGR n. X/2989/2014 (Allegato B) e all'affermamento in BIC (Macroattività chirurgica a bassa intensità operativa ed assistenziale), con decorrenza 1° gennaio 2015, delle prestazioni odontoiatriche (23.11 *"estrazione di radice residua"* e 23.19 *"altra estrazione chirurgica di dente"*), si precisa che per il codice 23.11.B, analogamente a quanto già indicato per il codice 23.19.B, la tariffa di 500 € è riconosciuta per settore di intervento e non per singola estrazione.

L'assenza della dicitura "per settore" in riferimento al suddetto codice 23.11.B è, come si può facilmente intuire in analogia al codice 23.19.B, un refuso di cui si dispone la rettifica, con decorrenza 1° gennaio 2015.

6 AZIONI PER LA RIDUZIONE DEI TEMPI DI ATTESA

6.1 AREA DI GOVERNO DEI TEMPI DI ATTESA

In attesa della definizione del nuovo Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA), dovrà essere considerata prioritaria, l'attuazione delle disposizioni che saranno via via introdotte dalla Giunta Regionale con le Regole di Sistema annuali, si conferma l'inderogabile necessità:

- dell'indicazione da parte del Medico prescrittore sulla prescrizione di prestazioni sanitarie circa la classe di priorità attribuita sulla base dell'esigenza clinica riscontrata al momento dell'anamnesi, con le modalità individuate dalla DGR X/3993/2015;
- della prosecuzione da parte delle ATS nell'attività di studio per la realizzazione di strumenti di controllo e inibizione dei comportamenti prescrittivi inappropriati mediante l'istituzione, in collaborazione con i competenti uffici regionali, di gruppi di esperti volti alla produzione di indicazioni utili all'omogeneizzazione delle modalità di comportamento in ordine alla gestione delle classi di priorità clinica.

6.2 AREA PREVENZIONE

Screening - Tempi di attesa Nei Piani Aziendali di Governo dei Tempi di Attesa dovranno essere ricomprese anche le prestazioni di screening mammografico (il tempo di attesa tra positività della mammografia e primo approfondimento) e screening del colon retto (il tempo di attesa tra positività della test del sangue occulto delle feci e prima colonscopia di approfondimento).

7. POLITICHE DEL PERSONALE

7.1 PREMESSA

Le indicazioni del presente Allegato potranno subire modificazioni, anche rilevanti, in base alla Legge di Stabilità 2017 in corso di definizione al momento dell'approvazione del presente documento.

Si precisa che, pur nella consapevolezza del particolare periodo di attuazione della riforma di cui alla legge regionale n.23/2015 e delle conseguenti necessità di investimento, anche sul capitale umano, occorre comunque tenere conto dei vincoli normativi che impongono al Sistema regionale la riduzione dei costi del personale entro il 2020.

Regione Lombardia, nella consapevolezza dell'apporto del personale al processo di riforma in atto, intende porre in essere tutte le azioni necessarie al fine di garantire il mantenimento degli attuali livelli di costo del personale, garantendo pertanto nel 2017, il medesimo livello dell'anno 2016, salvo quanto eventualmente previsto da appositi interventi su singoli enti o da quanto stabilito dalla Legge di Stabilità 2017 ponendo in essere azioni finalizzate alla promozione di interventi normativi atti ad una adeguata quantificazione delle risorse economiche necessarie per il compimento del processo sperimentale di riforma in atto.

7.2 COSTI DEL PERSONALE E FONDI CONTRATTUALI ANNO 2017

Si rammenta che spostamenti di costi conseguenziali trasferimento del personale a seguito del completamento del processo di riforma in atto dovranno essere comunicati ai competenti uffici regionali con nota condivisa da tutte le aziende interessate.

I nuovi contratti collettivi integrativi aziendali, delle Agenzie di Tutela della Salute e delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali dovranno garantire quanto previsto dall'articolo 2, comma 10 della legge regionale 11 agosto 2015 n.23 in ordine al rispetto della spesa destinata alla contrattazione decentrata integrativa che non può comportare incremento di costi per il sistema regionale.

Si ribadisce per tutti gli enti l'obbligo annuale di certificazione da parte del Collegio sindacale sia della costituzione e consistenza dei Fondi sia del Contratto integrativo relativo all'utilizzo degli stessi.

I criteri di rideterminazione dei fondi contrattuali, oggetto dei protocolli condivisi con le OO.SS. il 18 gennaio 2016 sono tuttora validi e sono in grado di stabilire una ripartizione di risorse atta a finanziare correttamente le ATS e le ASST costitutesi nel 2016, garantendo una corretta costituzione/applicazione dei fondi nei nuovi Enti.

In sede di armonizzazione della contrattazione integrativa aziendale e di applicazione della stessa, è opportuno che gli enti procedano ad una attenta analisi complessiva della precedente contrattazione integrativa delle Aziende confluite/cedenti, al fine di identificare le dinamiche contrattuali integrative che hanno portato alla costituzione e consistenza degli attuali fondi e poter conseguentemente valutare l'avvio di iniziative, di durata pluriennale in caso di scostamento, all'interno della nuova realtà aziendale, nell'ambito delle risorse disponibili e nel rispetto della normativa di legge e contrattuale.

Si richiamano gli enti alla piena collaborazione e trasparenza nello scambio di informazioni precise e complete inerenti al personale trasferito, anche al fine di garantire la correttezza del trattamento economico e giuridico del personale interessato, per superare le condizioni di asimmetria informativa di base anche in riferimento al corretto calcolo dei fondi contrattuali.

7.3 INDENNITA DI VACANZA CONTRATTUALE

L'indennità di vacanza contrattuale dovrà essere corrisposta anche per l'anno 2017 secondo le medesime modalità di calcolo definite dalla DGR 1185/2013 ed il relativo onere dovrà essere contabilizzato tra i costi del personale dipendente fatto salvo diversi previsioni normative nazionali.

7.4 ACCANTONAMENTI PER FUTURI RINNOVI CONTRATTUALI

In ottemperanza alle disposizioni previste dal DPCM 18 aprile 2016 la Regione Lombardia – Direzione Generale Welfare unitamente alla Direzione Presidenza – Area Finanza, daranno indicazioni alle ATS, ASST, Fondazioni IRCCS di diritto pubblico AREU al fine di prevedere nei dati contabili l'accantonamento delle quote riguardanti i rinnovi contrattuali per l'anno 2017 del CCNL delle Dirigenze e del Comparto sanità.

7.5 PIANI DI ORGANIZZAZIONE AZIENDALI STRATEGICI

Si rammenta che l'approvazione dei Piani di Organizzazione Aziendali Strategici ha carattere esclusivamente programmatico ed in nessun caso autorizzatorio.

Si precisa inoltre che, fino all'approvazione da parte della Giunta Regionale dei nuovi POAS di cui alla l.r. n. 33/2009, come modificata dalla l.r. n. 23/2015 e s.m.i., restano in vigore gli attuali Piani di Organizzazione Aziendale e i relativi assetti organizzativi attualmente vigenti.

In tali ipotesi si invitano gli enti a non procedere

all'assegnazione a titolo definitivo di incarichi relativi a strutture oggetto di dismissione a decorrere dalla data di approvazione del nuovo POAS.

Con riferimento al tema della continuità e/o delle condizioni per la nuova assegnazione di incarichi relativi alle Strutture Complesse che, in sede di attuazione del POAS, subiranno modificazioni, pur nel rispetto dell'autonomia dell'Azienda nella gestione degli stessi incarichi, è opportuno fornire le seguenti indicazioni inerenti diverse tipologie di variazione:

- 1) laddove la Struttura Complessa, già presente nel Piano di Organizzazione precedente, subisca esclusivamente un cambio di denominazione e/o una variazione di competenze (ovvero una modifica delle stesse che è inquadrabile nella ordinaria evoluzione organizzativa e/o territoriale della struttura conseguente alle leggi di riordino), l'incarico dirigenziale potrà rimanere in vigore, ma senza variazione della originale scadenza e con eventuale sottoscrizione di apposito addendum contrattuale;
- 2) si dovrà procedere ad attribuzione di nuovo incarico dirigenziale, secondo le norme di legge relative ai processi di riorganizzazione, i contratti collettivi nazionali vigenti e agli eventuali regolamenti aziendali vigenti per ciascuna area dirigenziale, laddove:

- la Struttura Complessa, già presente nel Piano di Organizzazione aziendale precedente, subisca nel nuovo Piano di Organizzazione modificazioni tali da trasformarne in misura radicale le competenze e le funzioni;
 - a fronte di una sola struttura residua derivante da accorpamento e/o soppressione di strutture di identica disciplina o area amministrativa/tecnica e professionale, sussistano più incarichi dirigenziali apicali assegnati ad altrettanti dirigenti, la cui scadenza sia coincidente o successiva alla data di disattivazione delle strutture accorpate e/o sopresse;
- 3) si dovrà procedere ad ordinaria procedura di attribuzione di nuovo incarico dirigenziale, secondo le norme di legge, in base al dettato contrattuale e agli eventuali regolamenti aziendali vigenti per ciascuna area dirigenziale nonché previa autorizzazione della Direzione Generale Welfare laddove la Struttura Complessa sia di nuova costituzione, da intendersi anche quale cambio di tipologia da struttura semplice o semplice dipartimentale a struttura complessa.

Si richiama infine la necessità di ottemperare alla normativa vigente in tema di assegnazione di incarichi equivalenti e alla salvaguardia dei livelli retributivi in caso di soppressione della relativa struttura e conseguente revoca dell'incarico.

Quanto sopra precisato ai punti 1) e 2) si intende valido -per quanto applicabile- anche per la copertura delle Strutture Semplici e Strutture Semplici Dipartimentali.

7.6 INCARICHI DI CUI ALL'ARTICOLO 15 SEPTIES E 15 OCTIES DEL D.LGS. 502/1992

Si invitano gli enti al rispetto delle disposizioni per il conferimento degli incarichi di cui all'articolo 15 septies e 15 octies del D.Lgs. 502/1992.

Il conferimento dei suddetti è subordinato alla previa autorizzazione della Direzione Generale Welfare, che in sede di autorizzazione terrà conto del parere del Collegio sindacale anche in ordine al rispetto delle percentuali di assunzione previste nonché della copertura finanziaria come stabilite nel D. Lgs. 502/1992.

Si rammenta il divieto di procedere alla copertura delle Strutture Complesse mediante il ricorso a contratti a tempo determinato di cui all'articolo 15 septies.

Entro il 31/01/2017 gli Enti dovranno trasmettere alla Direzione Generale Welfare l'elenco degli incarichi attribuiti all'1/01/2017, con l'indicazione della tipologia la data di attivazione e quella di cessazione.

7.7 PIANO DI GESTIONE RISORSE UMANE ANNO 2017

Nelle more dell'adozione del Piano di Gestione delle Risorse Umane anno 2017:

- a) gli enti sono autorizzati ad effettuare, fin dall'1/1/2017 e nell'ambito del turn over del 90% suddiviso per Aree Contrattuali (Dirigenze e Comparto) le assunzioni di personale a tempo indeterminato e determinato ritenute indifferibili e urgenti nel rispetto del budget che sarà assegnato per l'anno 2017, come sopra precisato al punto 7.1;

- b) sono confermati tutti i criteri contenuti nella D.G.R. 5454/2016 in ordine alle deroghe ivi contenute rispetto al turn over come sopra determinato, nonché la necessità di autorizzazione regionale per le assunzioni a tempo indeterminato delle figure dirigenziali dell'Area Professionale, Tecnica ed Amministrativa e per la copertura delle strutture complesse della dirigenza Medica, Veterinaria e del ruolo SPTA, secondo quanto precisato al precedente punto 7.3.

Si conferma anche per l'anno 2017 la determinazione del budget unico per il personale a tempo indeterminato e determinato.

Si richiama il ruolo di coordinamento per la raccolta dei fabbisogni di personale che le ATS, in accordo con le ASST afferenti e secondo le modalità operative stabilite con le stesse, svolgono con riferimento al proprio ambito territoriale, in particolare tramite l'istituzione di gruppi di lavoro finalizzati alla pianificazione e realizzazione congiunta di procedure concorsuali. La DG Welfare potrà richiedere alle ATS supporto informativo durante specifiche fasi istruttorie finalizzate ad assunzioni soggette all'autorizzazione regionale.

Dal 1° gennaio 2017 potranno proseguire i distacchi di personale dalle aziende sanitarie per l'utilizzo da parte della Giunta regionale di professionalità non rinvenibili nei ruoli della Giunta stessa al fine di proseguire nel percorso di evoluzione del SSL a seguito della legge regionale 23/2015.

A tal fine Regione Lombardia terrà conto nella determinazione del budget assunzionale anno 2017 delle aziende che concorrono al distacco del loro personale; in via presuntiva si stima in euro 2 milioni il costo complessivo previsto afferente il suddetto personale; tale costo è ricompreso all'interno del budget di cui al precedente punto 7.1

7.8 LAVORO SOMMINISTRATO

Nel corso dell'esercizio 2017 gli Enti dovranno prevedere il ricorso al lavoro somministrato esclusivamente per far fronte a situazioni temporanee ed eccezionali e comunque sempre nel rispetto del tetto massimo percentuale previsto dal relativo CCNL.

Il ricorso al lavoro somministrato dovrà pertanto essere limitato a quelle figure professionali e condizioni organizzative per le quali si evidenziano sostanziali difficoltà alla copertura dei fabbisogni tramite il ricorso all'ordinario rapporto di lavoro subordinato (es. picchi stagionali, necessità di sostituzione di breve periodo estemporanea ed immediata, mansioni con impegno orario estremamente ridotto).

Si attende per tutti gli enti un riduzione minima a valore del ricorso alla somministrazione pari al 5% del costo sostenuto nell'anno 2016.

Il rispetto delle determinazioni di cui sopra costituirà elemento di valutazione per l'anno 2017 dei Direttori Generali.

7.9 PERSONALE GRAVANTE SUI BENI E SERVIZI

Si invitano le Aziende a procedere ad una graduale riduzione di personale gravante sulla voce di spesa dei beni e servizi e nel 2017 occorre garantire una riduzione minima pari al 5% del costo sostenuto nell'anno 2016.

7.10 FABBISOGNI DI PERSONALE

Nel corso del 2017 proseguirà il Progetto di determinazione dei fabbisogni standard di personale di cui al punto 2.6.2.1. della DGR n.X/2989 del 23/12/2014 “Regole anno 2015”, che sarà rimodulato per tutti i nuovi enti di cui alla l.r.23/2015 e che sarà basato sulla valutazione comparativa delle dotazioni di risorse umane rapportate ai livelli delle attività effettive e alla complessità assistenziale. Le modalità operative per la prosecuzione del progetto saranno oggetto di condivisione con le OO.SS. ed oggetto di apposite indicazioni operative da parte della Direzione Generale Welfare, anche alla luce delle disposizioni contenute nel DM 70/2015 e nella legge regionale 33/2009, come modificata dalla legge regionale 23/2015 e 41/2015.

Si ribadisce che nella determinazione dei Fabbisogni e del Piano di gestione delle risorse umane assume fondamentale importanza la qualità del dato presente nel Flusso Fluper, che non rappresenta un elemento diverso ed aggiuntivo del sistema informativo di ogni singolo ente, ma elemento essenziale per la complessiva visione dell'intero sistema delle risorse umane del SSL e pertanto, tenuto conto che alla luce della riorganizzazione di cui alla L. R. 23/2015, per l'anno 2017 la corretta e completa compilazione del Fluper assumerà sempre maggiore rilevanza, la stessa sarà oggetto di valutazione dei Direttori Generali nell'anno 2017.

Si ribadisce quindi la necessità di provvedere ad una corretta compilazione di tutti i flussi informativi derivanti da disposizioni nazionali e regionali, al fine di garantire una migliore qualità dei dati, anche in considerazione del fatto che gli stessi sono utilizzati per la definizione degli indicatori di efficienza, efficacia ed economicità delle Aziende e costituiscono pertanto, per Regione Lombardia, la situazione aggiornata e veritiera.

In particolare, a garanzia del corretto rilevamento delle presenze di chi presta la propria attività lavorativa con qualsiasi tipo di contratto, all'interno dell'Azienda, risulta prioritario, per l'anno 2017, anche per il personale dell'area contrattista e convenzionata, compilare obbligatoriamente ed in modo puntuale le ore lavorate nel Flusso B.

Si ricorda che le ore lavorate vanno assegnate al servizio/Unità Operativa per il quale viene svolta l'attività indipendentemente dal servizio/Unità Operativa di appartenenza gerarchica o di sede di lavoro; in caso di svolgimento di attività su dipartimenti/servizi/UO/poliambulatori diversi, le ore lavorate devono essere attribuite in modo frazionato e diversamente specificate ricordando che il Flusso B di Fluper permette di rilevarle su sei unità operative differenti.

7.11 VALIDITA' ED UTILIZZO GRADUATORIE

Si conferma quanto già previsto dal punto 2.6.2.2. della DGR n. X/2989 del 23/12/2014 “Regole anno 2015” in ordine dalla validità triennale delle graduatorie ed in merito allo scorrimento delle graduatorie, della mobilità volontaria e dei concorsi aggregati.

Si invitano inoltre gli enti a condividere l'utilizzo delle graduatorie concorsuali vigenti, con il duplice vantaggio di ridurre le tempistiche di assunzione e la spesa legata all'attivazione di nuove procedure concorsuali.

L 'eventuale rifiuto della concessione all'utilizzo delle suddette graduatorie deve essere debitamente motivato dalle aziende detentrici e notificato anche alla DG Welfare.

7.12 FLUSSI INFORMATIVI SUL PERSONALE

Come già precisato al precedente punto 7.7, si conferma l'importanza della qualità dei dati presenti nel Fluper quale elemento essenziale per la complessiva visione dell'intero Sistema delle risorse umane del SSR.

Verranno fornite indicazioni da parte della Direzione Generale Welfare sulle modalità di gestione di tutti i flussi, regionali e ministeriali, sul personale (Fluper, Conto annuale, Allegato CE, Relazione Conto Annuale, Elenco Direttori Strutture Complesse) per la chiusura dell'esercizio 2016 e l'avvio dell'esercizio 2017, in coerenza con le scadenze di ciascun flusso anche ai fini della compilazione della Dotazione organica prevista nel Conto annuale.

7.13 SERVIZIO DI EMERGENZA URGENZA EXTRAOSPEDALIERO

Permane, anche per l'anno 2017, il rispetto delle determinazioni assunte con la D.G.R. n°X/5088 del 29/04/2016, il cui obiettivo è la graduale riduzione dell'attività prestata dal personale con turni di orario aggiuntivo attraverso l'istituto del cosiddetto "sistema premiante".

A tal fine si rammenta che nell'esercizio 2017 la Direzione Generale Welfare, di intesa con AREU, monitorerà il ricorso al c.d. "sistema premiante" e non saranno autorizzati incrementi di spesa rispetto all'anno 2016.

Si ricorda che i dati presenti nel flusso del personale dovranno trovare piena corrispondenza con i dati inviati dalle Aziende ad AREU attraverso il sistema informativo "COMPT".

Il rispetto delle determinazioni di cui alla DGR n. X/5088/2016 costituirà elemento di valutazione per l'anno 2017 dei Direttori Generali degli enti interessati.

7.14 ECM-PROVIDER

In continuità con il 2016 sarà chiesto ai provider il rispetto del contenuto del Decreto regionale che regola il sistema ECM-CPD lombardo, in primo luogo la trasmissione al Co.Ge.A.P.S. (Consorzio Gestione Anagrafica delle Professioni Sanitarie) e alla Regione, Ente accreditante, dei flussi relativi ai crediti formativi attraverso il tracciato unico nazionale secondo le modalità e i tempi definiti, poi il rispetto della tempistica relativa all'inserimento degli eventi nel sistema informativo al fine dell'accreditamento degli stessi e la redazione e trasmissione all'Ente accreditante della relazione sull'attività formativa svolta durante l'anno entro i tempi previsti.

7.15 LIBERA PROFESSIONE

Entro il mese di febbraio 2017 sarà avviato il confronto con le OO.SS. al fine di addivenire ad una regolamentazione delle modalità di esercizio della libera professione intramuraria, in linea anche con le previsioni di cui alla L.R. 23/2015, previo confronto con le OO.SS. interessate. Nelle more del succitato confronto rimangono in vigore i vigenti Regolamenti Aziendali in materia.

7.16 RELAZIONI SINDACALI

Si richiamano i contenuti del Protocollo d'intesa sulle relazioni sindacali tra l'Assessorato al Welfare e le OO.SS. della Dirigenza Medica, Veterinaria Sanitaria e Amministrativa sottoscritto in data 16/06/2016, e del Protocollo d'intesa sulle relazioni sindacali tra l'Assessorato al Welfare e le OO.SS. del Comparto sottoscritto in data 27/06/2016. A tal proposito la Direzione Generale Welfare prevedrà periodici momenti di confronto con le OO.SS. firmatarie dei Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro.

7.17 PARTICOLARI SITUAZIONI DI DISAGIO ORGANIZZATIVO/TERRITORIALE

Attesa la particolarità organizzativa della ATS della Montagna, e delle relative ASST di afferenza stante le difficoltà di reclutamento del personale legate al territorio montano, soprattutto Medico, Veterinario, e del ruolo sanitario per l'area del comparto, saranno effettuate, sentite le OO.SS., analisi legate a progetti di incentivazione del personale. Inoltre, per le medesime ATS ed ASST i limiti di cui ai punti 7.6 e 7.7 sopra indicati non si applicano.

Nella valutazione delle proprie esigenze organizzative, le ATS dovranno attentamente valutare le esigenze dell'area veterinaria a causa dell'attuale situazione epidemiologica. Inoltre, per le medesime ragioni potranno essere attivati incarichi a valere sui costi di cui ai punti 7.6 e 7.7 ed in deroga ai limiti ivi fissati.

7.18 ALTRE DISPOSIZIONI

Per quanto riguarda il personale assunto dalla ASST di Mantova per la gestione delle Residenze Sanitarie per la Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS), si rinvia a quanto precisato nel capitolo 2.1.5 "Psichiatria, NPIA e Sanità Penitenziaria".

Per quanto concerne le assunzioni di personale a tempo determinato effettuato per il NUE112 si conferma la necessità di prosecuzione con i contratti in essere nel 2017, nelle more della definizione delle procedure concorsuali a tempo indeterminato; si conferma altresì la necessità di garantire, tramite personale a tempo determinato, anche nel 2017 l'erogazione dei servizi offerti dalla Centrale Operativa Continuità Assistenziale di Milano (C.O.C.A.).

Si rammenta che con DGR n.X/5728 del 24/10/2016 è stata approvata la preintesa tra Assessorato al Welfare, AREU, la Delegazione di Parte Pubblica e le OO.SS. del Comparto della Sanità Pubblica riguardante l'assunzione tramite mobilità del personale della CRI con rapporto di lavoro a tempo indeterminato di cui all'art. 1 comma 397 legge di stabilità 2016. La Direzione Generale Welfare fornirà agli Enti interessati, apposite indicazioni per il corretto inquadramento del personale.

7.19 RAPPORTI SOGGETTI PUBBLICI/SOGGETTI PRIVATI ACCREDITATI

Si conferma la possibilità di proseguire e/o attivare convenzioni fra soggetti pubblici e soggetti privati accreditati garantendo al contempo:

- il soddisfacimento delle necessità del S.S.L. per non compromettere la corretta funzionalità del sistema;
- il mantenimento del proprio livello di competitività;
- il rispetto del divieto di remunerazione del personale medico da parte della struttura privata accreditata;

In ogni caso la struttura privata accreditata dovrà essere in possesso dei requisiti minimi per l'accreditamento indipendentemente dalla sottoscrizione della convenzione.

8. FARMACEUTICA PROTESICA E DISPOSITIVI HTA

8.1. TETTI DI SPESA FARMACEUTICA

La recente normativa in fase di definizione dovrebbe modificare i tetti della spesa farmaceutica SSN: l'ex spesa territoriale diventerebbe "spesa convenzionata" e comprenderebbe solo quest'ultima, mentre l'ex spesa ospedaliera diventerebbe "spesa per acquisti diretti" comprendendo anche la distribuzione diretta e la distribuzione in nome e per conto. Conseguentemente dovrebbero cambiare le percentuali dei due differenti tetti, che complessivamente confermeranno il 14,85% del FSN

8.2. FARMACEUTICA CONVENZIONATA (EX TERRITORIALE)

Per l'anno 2017 l'obiettivo della spesa farmaceutica convenzionata (ex territoriale) verrà definita per ogni ATS tenendo conto dell'effetto delle manovre nazionali sui prezzi, della promozione dei farmaci equivalenti e della revisione del PFN, considerando le azioni già messe in campo dalle ATS e le disposizioni già definite con la DGR n. X/4702/2015, all'interno dell'attuale quadro normativo nazionale e nei limiti della complessiva compatibilità del sistema e del rispetto del tetto complessivo che dovrebbe attestarsi sul 7,96% del FSN. Eventuale risparmio rispetto all'obiettivo definito nei criteri di assegnazione 2017 sarà indisponibile per le aziende sanitarie in quanto vincolato alle necessità complessive del sistema secondo le indicazioni della DG Welfare.

8.3. FARMACEUTICA PER ACQUISTI DIRETTI (EX OSPEDALIERA)

All'interno dell'attuale quadro normativo nazionale e nei limiti della complessivi compatibilità di sistema e del rispetto del tetto complessivo che dovrebbe attestarsi sul 6,89% del FSN previsto per la farmaceutica per acquisti diretti (ex ospedaliera), per quanto riguarda il File F, riferito ai cittadini lombardi (tipologie 1, 2, 3, 4, 5, 8, 9, 14, 16), considerati i bisogni assistenziali sia in termini di incidenza epidemiologica che di scelta terapeutica appropriata, per l'anno 2017 sono assegnate risorse pari all'importo finanziato nell'anno 2016, con un incremento massimo di sistema fino al 8% su base dati omogenea, a cui dovrà essere sottratto l'importo della tipologia 15, di cui alle note di credito relative al risk-sharing con conseguente riduzione dei relativi costi sostenuti nell'anno di competenza. Si precisa che per l'anno 2017 è confermato quanto disposto dalla D.G.R. n. 4334/2012, che ha stabilito il superamento della previsione, contenuta nella D.G.R. n. 2633/2011, del tetto per singolo soggetto erogatore di incremento massimo per il file F rispetto a quanto finanziato, e pertanto si conferma anche per l'anno 2017 il tetto di sistema regionale, il cui eventuale superamento verrà ripartito tra tutti i soggetti erogatori. Si conferma come obiettivo prioritario anche per l'anno 2017 la corretta rendicontazione in File F (tipologia 15 e 19) delle note di credito/rimborso alla struttura erogatrice dei rimborsi di risk-sharing, ai sensi di quanto disposto dall'articolo 15 comma 10 della Legge n. 135/2012.

Si evidenzia che, secondo quanto disposto dalla nota prot. n. G1.2016.0015637 del 04/05/2016, la tipologia 7 e la tipologia 10 del file F non sono più attive dal mese di Settembre 2016; inoltre la tipologia 13 è confermata per la sola ATS Milano Città Metropolitana fino a successive determinazioni atte a completare la riorganizzazione prevista dalla LR 23/2015.

8.4. FLUSSI FILE F E FILE R E DATI NSIS – RACCORDO CON I DATI DI TRACCIATURA DELL'INDUSTRIA – RESPONSABILITÀ DELLE DIREZIONE STRATEGICA DELLE ASST RELATIVAMENTE ALLA CORRETTEZZA DEI DATI

Il DL n. 179/2015, avente per oggetto “Disposizioni urgenti in materia di contabilità e di concorso all'equilibrio della finanza pubblica delle Regioni”, all'articolo 2 ha confermato che le regioni, in coerenza con quanto disposto dall'articolo 20 del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, accertano sotto la propria responsabilità i dati relativi alla prestazioni farmaceutiche in coerenza con i dati trasmessi dalle Aziende farmaceutiche al sistema della tracciabilità del Ministero della Salute. Tali dati sono alla base della procedura di AIFA inerente il monitoraggio dei budget delle Aziende Farmaceutiche e del calcolo del superamento dei tetti della spesa farmaceutica territoriale e ospedaliera, il cui eventuale superamento attiva le procedure di ripiano a carico dell'intera filiera del farmaco (industrie, distributori e farmacie).

Considerato che tali dati sono generati dalle singole ASST nei flussi File F e File R, secondo quanto istituito con la nota prot. n. G1.2016.0015637 del 04/05/2016 avente per oggetto "Flusso File F – nuove indicazioni per la valorizzazione del flusso e indicazioni del calendario degli incontri." e la nota prot. n. G1.2016.0016384 del 10/05/2016 avente per oggetto "Flusso File R – modifica tracciato record e indicazioni valorizzazione del flusso File R per alimentazione flusso Consumi Ospedalieri ai sensi del DM 4 febbraio 2009", si conferma che la coerenza dei dati trasmessi con i valori contabili delle fatturazioni delle Aziende Farmaceutiche è obiettivo prioritario del sistema nazionale e pertanto sarà obiettivo vincolante per le Direzioni Strategiche e l'eventuale non assolvimento di tale obiettivo entrerà nelle valutazioni dei Direttori.

Dal mese contabile di gennaio 2017, a differenza di quanto accaduto fino al 2016, il sistema regionale di accoglienza flussi (SMAF) non accetterà più i record formalmente errati in entrata: è obiettivo delle Aziende Sanitarie trasmettere le correzioni entro e non oltre i due mesi successivi.

Nel corso del 2017 verrà istituito un nuovo flusso inerente gli acquisti di tutti i medicinali con AIC da parte delle strutture pubbliche.

Il gruppo di lavoro “File F e File R” attivato nel corso del 2016 allo scopo di definire il percorso attuativo e comprendente alcuni rappresentanti degli erogatori pubblici, nel 2017 proseguirà la propria attività quale supporto a DG Welfare nei percorsi di approfondimento e valutazione dei flussi e analisi dei dati delle Aziende Sanitarie.

8.5. CONTINUITÀ DI TERAPIA TRA STRUTTURE ACCREDITATE PER ACUTI/SUBACUTI/CURE INTERMEDIE

All'interno della programmazione, pianificazione e monitoraggio delle modalità erogative afferenti all'assistenza farmaceutica, nel rispetto dei tetti di spesa, le ATS dovranno prevedere strategie di integrazione dei percorsi di cura tra i diversi setting assistenziali, in particolare per i farmaci ad alta specializzazione

Un potenziale strumento di continuità è già stato introdotto dalla DG Welfare con DGR n. 3993/2015 e dalla Circ. Prot. N. H1.2015.23948 con la tipologia 20 del file F, ad oggi utilizzabile esclusivamente dalle strutture pubbliche verso le private accreditate.

Nel corso del 2017, sulla base degli esiti del monitoraggio di tale tipologia erogativa, la DG Welfare valuterà l'eventuale opportunità di garantire la continuità terapeutica, estendendola anche ad ulteriori ambiti assistenziali.

8.6. FONDO FARMACI INNOVATIVI E FARMACI HCV

Relativamente ai farmaci DAA per il trattamento dei pazienti affetti da HCV, considerati i bisogni assistenziali sia in termini di incidenza epidemiologica che di scelta terapeutica appropriata sulla base dei criteri di eleggibilità stabiliti da AIFA, la DG Welfare assegnerà risorse ai singoli centri erogatori per garantire la presa in carico dei pazienti, tenuto conto dell'evoluzione delle scelte di politica sanitaria nazionale in materia e conseguente normativa di riferimento. In merito ai rimborsi rendicontati in tipologia 19, si ribadisce che le ASST possono reinvestire nell'acquisto di tali farmaci i soli rimborsi (note di credito) ottenuti per i trattamenti che superano i tre mesi di terapia (PAYB), mentre devono considerare indisponibili ed accantonare i rimborsi ottenuti a seguito degli accordi prezzo-volume (ACCPV), per i quali DG Welfare darà indicazioni sul loro eventuale utilizzo.

Relativamente ai farmaci innovativi, che verranno inseriti nel fondo per il concorso al rimborso alle regioni per l'acquisto dei medicinali innovativi anno 2017, la DG Welfare adotterà specifici provvedimenti, tenuto conto anche della specificità delle singole strutture erogatrici.

È obiettivo dei Direttori Generali delle strutture individuate monitorare e governare tale voci di spesa nel rispetto delle risorse assegnate.

8.7. MONITORAGGIO DI FARMACI AD ALTO COSTO CON REGISTRO

AIFA

Si conferma come obiettivo per l'anno 2017, sia per le ATS che per le ASST, IRCCS pubblici, privati e case di cura convenzionate a contratto, il controllo della prescrizione/erogazione in File F dei farmaci con scheda AIFA, indipendentemente dalla tipologia di rendicontazione (5, 2, 1 o 18) così suddiviso:

- farmaci per HCV: 100%, con presenza del dato di targatura nel File F per ogni confezione erogata;
- farmaci oncologici: 75%

8.8. FARMACI PER ONCOLOGIA E ONCOEMATOLOGIA

Si conferma quanto già disposto con la DGR n. X/4702/2015 in merito a tali classi di medicinali.

L'impiego di alcuni nuovi farmaci può migliorare sensibilmente la sopravvivenza e la qualità della vita, ma la loro sostenibilità necessita dell'impegno costante dei professionisti affinché le risorse siano impiegate in modo efficace ed efficiente. A tal fine il coinvolgimento delle reti di patologia ROL e REL rimane essenziale. In particolare è necessario sorvegliare

affinchè le terapie siano erogate secondo le prescrizioni di AIFA e di DG Welfare, anche in relazione agli specifici prescrittori ed alle U.O. appositamente individuate. Su questo tema le Direzioni Sanitarie devono effettuare specifica attività di controllo, con il supporto dei Servizi Farmaceutici.

8.9. INDICAZIONI IN MERITO AL MIGLIORAMENTO DELL'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA

Come già indicato nella D.G.R. n.X/4702 del 29/12/2015, la DG Welfare conferma le seguenti aree di intervento, sulle quali i professionisti (clinici, farmacisti, ecc.) si confronteranno al fine di produrre specifici documenti condivisi sui temi: HIV, HBV, ARTRITE REUMATOIDE E PSORIASI, MACULOPATIE

8.10. FARMACI EQUIVALENTI E BIOSIMILARI

In linea con le Regole 2015 e 2016, che confermavano come strumento imprescindibile per la sostenibilità economica del sistema l'utilizzo del farmaco equivalente, vista la recente DGR 9607 del 3/10/2016 avente per oggetto "Definizione degli indicatori di dettaglio in relazione agli obiettivi aziendali 2016" in cui alla sezione "promozione dell'appropriatezza prescrittiva dei medicinali" vengono declinati gli obiettivi di appropriatezza specifici per due classi terapeutiche di farmaci per patologie rilevanti: inibitori di pompa protonica e statine, si conferma che anche per il 2017 rappresenta obiettivo prioritario la promozione sul territorio del farmaco a brevetto scaduto (farmaco equivalente); a tale obiettivo devono concorrere anche le strutture ospedaliere che con la parte specialistica "inducono" la prescrizione sul territorio. Entro il primo trimestre 2017 DG Welfare valuterà l'inserimento di ulteriori obiettivi di appropriatezza a integrazione di quanto recentemente indicato per inibitori di pompa protonica e statine. Nel corso del 2017 inoltre, la DG Welfare intende implementare una modalità di monitoraggio del consumo delle statine, al fine di verificarne l'appropriatezza di utilizzo rispetto ad una serie di parametri rappresentanti il contesto di prescrizione ed uso delle stesse, anche attraverso l'eventuale predisposizione di software applicativo. La metodologia di analisi del percorso terapeutico delle statine prevede la focalizzazione di elementi specifici, consuntivati dalla BDA, all'interno di 4 macro-aree specifiche (appropriatezza terapeutica; monitoraggio/follow up; rischio clinico; compatibilità economica).

I farmaci biotecnologici coperti da brevetto originale e quelli successivamente introdotti sul mercato come biosimilari presentano garanzie di qualità sovrapponibili, come certificato dall'Agenzia Europea dei Medicinali (EMA). L'utilizzo dei farmaci biosimilari rappresenta quindi uno strumento estremamente importante per favorire l'appropriata allocazione delle risorse e in particolare per consentire l'accesso a farmaci innovativi, grazie al risparmio consentito dal loro impiego. Pertanto entro il primo trimestre 2017 la DG Welfare fornirà specifici obiettivi per orientare il sistema, anche alla luce dell'analisi degli andamenti sull'effettivo utilizzo degli stessi biosimilari, monitorando attentamente l'abbandono di terapie con farmaci biotecnologici a brevetto scaduto e il loro spostamento verso biotecnologici coperti da brevetto. L'attività svolta da Arca in merito all'espletamento di gare centralizzate costituirà un importante supporto.

Sarà compito delle ASST e delle ATS prevedere momenti di confronto e condivisione tra la medicina territoriale e specialistica, nei propri contesti di riferimento.

Inoltre, si ritiene fondamentale poter prevedere ed implementare strumenti di indirizzo prescrittivo che diano un supporto informativo fin dalle fasi di compilazione dei Piani Terapeutici da parte dei medici specialisti, consentendo processi autorizzativi e di monitoraggio ex-ante da parte delle ATS. A tale scopo verrà valutata la possibilità di estensione e/o integrazione di procedure di gestione e governo dei Piani Terapeutici per favorire la governance e la tracciabilità dei percorsi sociosanitari anche nell'ambito dei nuovi modelli di presa in carico degli assistiti.

8.11. FARMACOVIGILANZA

Nel confermare la prosecuzione delle attività correlate ai progetti di farmacovigilanza, come previsto nella DGR X/5630 del 26/9/2016 da parte dei centri coordinatori, le attività di farmacovigilanza nel corso del 2017 saranno implementate in coerenza con l'evoluzione del sistema socio sanitario, a seguito dell'applicazione della Legge Regionale 23/2015, tenendo conto del nuovo contesto organizzativo per le ATS e le ASST di Regione Lombardia, per le quali si prevede un coinvolgimento attivo sui seguenti punti, al fine di monitorare e migliorare il profilo rischio/beneficio di farmaci e vaccini oltre che di tutelare la salute dei pazienti, in particolare nei soggetti fragili e in politerapia :

- Sensibilizzazione degli operatori sanitari nei rispettivi ambiti di competenza per la segnalazione di sospetta reazione di evento avverso da farmaco tramite formazione, informazione e conseguente promozione all'utilizzo della piattaforma Informatica VIGIFARMACO al fine di ridurre i limiti della sotto segnalazione
- utilizzo dei dati di farmacovigilanza per orientare l'appropriato uso del farmaco nei rispettivi contesti territoriali
- integrazione con i progetti di Risk Management per la Raccomandazione n 17 "Riconciliazione terapeutica"

Saranno declinati in corso d'anno indirizzi specifici in termini di formazione per il coinvolgimento della medicina specialistica e del territorio.

8.12. SOSTANZE E PREPARAZIONI DI ORIGINE VEGETALE A BASE DI CANNABIS.

Viene confermato quanto previsto nella delibera n. X/ 4702 del 29/12/2015, in particolare le indicazioni rimborsabili a carico del SSR, a partire dalla data di disponibilità del prodotto da parte del Ministero della Salute alle Regioni, e le modalità di dispensazione che verranno stabilite da DG Welfare in fase successiva, sulla base delle indicazioni ministeriali, d'intesa con i professionisti sanitari coinvolti nella prescrizione, nell'allestimento e nell'erogazione, oltre che con le autorità regionali vigilanti in materia (NAS).

8.13. DEMATERIALIZZAZIONE DELLA DISTINTA CONTABILE RIEPILOGATIVA (DCR) DELLE FARMACIE E CORRETTA RENDICONTAZIONE DEL FUR (ARTICOLO 50) – DEMATERIALIZZAZIONE DEI CONTROLLI DELL'AVVENUTA ELISIONE DELLA FUSTELLA DEL FARMACO.

In riferimento al DM del 2 novembre 2011 riguardante la dematerializzazione della ricetta cartacea ed al D.L. 179/2012 in cui si definiscono gli obblighi ed i livelli di diffusione della ricetta dematerializzata sul territorio nazionale, Regione Lombardia ha avviato a fine 2014 la prescrizione dematerializzata farmaceutica.

Nel corso del 2015 si è assistito al progressivo coinvolgimento dei medici nella nuova modalità prescrittiva e ad un trend in costante crescita del volume delle prescrizioni farmaceutiche dematerializzate. Inoltre, nel mese di ottobre 2015 è stata avviata nei territori delle ASL di Brescia e Cremona, la ricetta dematerializzata specialistica territoriale (ricette prodotte da MMG/PDF) limitatamente al Laboratorio di Analisi.

Nel 2016 si è rafforzata la fase di consolidamento con l'obiettivo di andare a regime nell'ambito farmaceutico e completare l'avviamento per quanto riguarda la specialistica. Diventa quindi fondamentale per tutti gli attori coinvolti nel processo di prescrizione/erogazione/controllo adeguarsi alle modalità che man mano verranno implementate in raccordo con i sistemi nazionali e coerentemente alle indicazioni ed alla pianificazione regionale. In particolare, le ATS dovranno farsi parte attiva nel coinvolgimento dei propri medici convenzionati e degli EEPA afferenti al proprio territorio attraverso eventi informativi.

Ai fini di garantire la necessaria coerenza tra la DCR (distinta contabile riepilogativa) e i dati di dettaglio del FUR (articolo 50 legge n. 326/2003), indirizzando i successivi processi di controllo e la gestione dei contenziosi a recupero delle squadrature contabili, la DG Welfare dispone la revisione del Documento Contabile Riepilogativo (DCR) in un unico documento elettronico composto sia dai dati di riepilogo sia dai relativi elementi di dettaglio delle singole prestazioni (FUR) quale razionale dei valori posti a pagamento.

L'avvio della sperimentazione della nuova DCR-FUR, d'intesa con le OO.SS. principalmente rappresentative delle farmacie, avverrà a partire dai primi mesi del 2017.

La DCR viene dunque integrata con il dettaglio delle singole prestazioni poste a pagamento da parte del Farmacista (attuale FUR, art. 50) con l'obiettivo di garantire trasparenza negli eventuali successivi contenziosi, potendo le parti confrontarsi rispetto ai dati puntuali relativi alla tariffazione di dettaglio.

Come previsto dal DPR 371/98, i processi di ri-tariffazione e controllo delle prestazioni dichiarate dalla Farmacia con la nuova DCR, saranno svolte dopo le attività di pagamento. Il nuovo processo prevederà la gestione del contenzioso sulla base di evidenze fornite da appositi strumenti a supporto delle Parti.

Al fine di una significativa semplificazione e dematerializzazione dei processi di controllo, è stato ratificato un protocollo di intesa tra RL e il Ministero della Salute per avviare la verifica elettronica delle fustelle dei farmaci erogati e posti a pagamento.

A partire dai primi mesi del 2017, si prevede pertanto, per le Ricette Dematerializzate l'eliminazione dell'onere a carico di RL della lettura ottica meccanizzata dei promemoria cartacei con le relative fustelle applicate. Tali documenti, infatti, non costituiscono elemento probatorio dell'avvenuta consegna del farmaco al cittadino. Sulla base dell'art. 11 comma

16 del DL 78/2010, il contenuto informativo di una Ricetta Dematerializzata erogata, costituisce documento elettronico rilevante agli effetti di legge.

Richiamando quanto previsto dal DM del 2 novembre 2011, in particolare per quanto attiene alla trasmissione in differita delle ricette dematerializzate, ovvero: *"L'erogatore, se a causa di malfunzionamenti propri o del Sistema di Accoglienza Centrale o Regionale è impossibilitato ad erogare secondo le regole stabilite dal decreto della Ricetta Dematerializzata, in modo particolare non è in grado di visualizzare quanto inserito elettronicamente nel sistema dal medico prescrittore, deve basarsi su quanto indicato dal promemoria cartaceo presentatogli dall'assistito, in base a quanto stabilito dal comma 7, art. 1, del DM 2 Novembre 2011. L'erogatore, al termine del malfunzionamento, è tenuto a trasmettere informaticamente i dati dell'erogazione avvenuta sul promemoria cartaceo il prima possibile e in maniera differita rispetto alla reale erogazione"*, si dispone che dal 1° gennaio 2017, i Promemoria cartacei, non costituendo documento probante l'avvenuta erogazione del Farmaco, non saranno più ritirati per le successive attività di controllo e pagamento. Il documento opponibile a terzi infatti, per la normativa sopra citata è il documento elettronico presente nei sistemi SAR/SAC e a quest'ultimo farà riferimento il Sistema regionale.

8.14. HTA (HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT)

Il *trend* tecnologico che il settore sanitario presenta ogni anno come *novità* deve essere regolato attraverso strumenti che valutino l'effettiva innovatività e i benefici misurabili per il paziente e per l'organizzazione, in una sempre più stretta regolazione economico-finanziaria dei servizi socio-sanitari.

DG Welfare si è dotata di un presidio regionale di HTA quale strumento di indirizzo della tecnologia utile in un modello di accettabilità, con particolare riferimento al mondo dei dispositivi medici, lasciando alle aziende sanitarie il giudizio di sostenibilità come libertà di scelta nel rispetto dei vincoli di bilancio e delle regole sugli acquisti.

Il programma di valutazione HTA è specificato nella DGR X/5671 del 11.10.2016, che organizza le fasi del processo di valutazione prevedendone tempi certi e verificabili, e potenzia la trasparenza delle attività, la verifica di eventuali conflitti di interessi, il coinvolgimento sistematico di professionisti, aziende e associazioni con adeguate consultazioni e comunicazioni pubbliche.

Il programma prevede:

- 1) una **Rete Assessment** costituita dai componenti di tutte le Commissioni Aziendali Dispositivi Medici di ASST e IRCCS per la realizzazione materiale e la revisione dei rapporti tecnici di HTA (fase di *assessment*, ovvero la verifica tecnica indipendente da produttori) con modalità multiprofessionali e multidisciplinari. La Rete Assessment si avvarrà degli elaborati prodotti in seguito ad analisi secondaria dei dati amministrativi sanitari e sociali realizzati internamente o commissionati dalla Regione a qualsiasi soggetto competente.
- 2) due **Commissioni (per le tecnologie emergenti e per le tecnologie diffuse - CTE e CTD)** per la prioritizzazione e la identificazione del valore complessivo per la salute di tecnologie segnalate dalle Aziende sanitarie e sottoposte ad *assessment*. Le commissioni sono composte da professionisti selezionati in base al livello di attività dimostrato durante le valutazioni realizzate in DG Welfare negli anni 2010-2014, e tra ulteriori nominativi segnalati dalle D.G. delle ASST e degli IRCCS nel 2016.

La DGR X/5671 individua la ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda di Milano quale soggetto della attività di supporto tecnico-istruttorio all'intero processo, strettamente coordinato dalla DG Welfare.

I documenti di valutazione tecnica (rapporti di HTA) e i giudizi di priorità e di appropriatezza d'uso elaborati nel Programma Regionale di HTA dei Dispositivi Medici costituiranno ulteriore e specifico contributo informativo per:

- a) i programmi degli acquisti dei consorzi/aziende e di ARCA per le determinazioni di competenza;
- b) i programmi di sviluppo delle Reti di Patologia;
- c) l'approvazione delle richieste di introduzione e sostituzione di apparecchiature tecnologiche avanzate dalle ASST e dagli I.R.C.C.S. alla Commissione Tecnologie, istituita con DDG 10737 del 21.11.2013 e successivi.

8.15. FARMACIA DEI SERVIZI

La DG Welfare nel corso del 2017, valutando i servizi necessari sul territorio, provvederà alla specifica attivazione del progetto "Farmacia dei Servizi", al fine di promuovere le iniziative relative all'evoluzione dei servizi per il cittadino, in accordo con le competenti ATS.

8.16. RSA – RSD E NUTRIZIONE ARTIFICIALE

Si conferma quanto già disposto con la DGR n. X/4702/2015 in merito alla NA.

Nel corso del 2017 la DG Welfare, con il supporto degli operatori, disporrà un documento di indirizzo sul territorio volto anche a definire un prontuario unico dei prodotti erogabili a carico del SSR

8.17. ASSISTENZA PROTESICA E INTEGRATIVA

DG Welfare intende prevedere quale modello a cui tendere un servizio di governo della protesica a livello di ASST contabile (Servizio Unificato di Protesica e Integrativa (SUPI), salvaguardando nel contempo i modelli organizzativi già messi in atto nelle singole realtà ed esplicitati nei POAS aziendali.

Il modello di SUPI prevede un budget unificato destinato alla ASST contabile, individuata nell'ambito delle ASST afferenti alla singola ATS.

Nel caso di territorio ATS derivante da più territori ASL, a parziale deroga, è ammessa la formazione di due SUPI all'interno di ciascuna ATS.

Il modello SUPI prevede la gestione centralizzata, da parte delle ASST contabili, dei seguenti settori (laddove di competenza ASST): assistenza protesica, assistenza integrativa, comprensiva anche delle forniture di prodotti aproteici, latti per nati da madre HIV positiva e per doppia intolleranza alle proteine del latte e della soia, alimenti per soggetti con malattie metaboliche, alimenti per soggetti con fibrosi cistica, qualora non oggetto di specifici accordi regionali che prevedano la distribuzione in regime convenzionale.

Per quanto riguarda gli alimenti a fini medici speciali (Nutrizione Artificiale Domiciliare) e l'ossigeno terapia a lungo termine (OTLT) le ASST, valutando le esperienze ed i modelli

erogativi e gestionali messi in atto nel corso del 2016, potranno gestire le forniture in base ai modelli organizzativi previsti nei rispettivi POAS e condivisi con le ATS di riferimento territoriale, anche al di fuori del SUPI.

Le azioni da realizzare per l'attuazione del progetto SUPI ,in parte già operative, sono:

- individuazione/comunicazione a Regione Lombardia delle ASST contabili
- predisposizione dell'elenco del personale del Servizio Centrale di Protesica/Integrativa, di sede ex ASL, da destinare ad operare dall'1.1.2017 presso l'ASST contabile
- predisposizione di un cronoprogramma relativo al trasferimento modulato delle attività verso ASST contabile.

Per quanto riguarda il Sistema Informatico sono previste, sia per le ATS che per le ASST, le seguenti azioni migliorative:

- la redazione del piano di integrazione dei sistemi informatici e il monitoraggio della sua realizzazione
- l'ulteriore sviluppo di software web regionali che consentano la gestione uniforme in tutto il territorio regionale delle anagrafiche e dei piani terapeutici per i settori di assistenza Protesica e Integrativa. Specificatamente per la gestione dell'ossigeno terapia a lungo termine (OTLT), all'interno di qualsivoglia modello organizzativo delle ASST, sarà obbligatorio l'utilizzo del software web regionale già implementato
- che in tutte le gare ARCA o consortili relative ai settori in argomento sia previsto per tutti gli aggiudicatari l'obbligo di adeguamento e integrazione dei propri software con i software regionali.

8.18. MALATTIE RARE E DEROGABILITÀ A CARICO DEL SSR

Si richiamano i percorsi già elaborati e condivisi con gruppi di lavoro, formalizzati con le seguenti note:

Nota Prot. H1.2014.0003501 del 28.01.2014: trasmette il documento **“Malattie rare: percorso condiviso ASL/AO di presa in carico”**, in attuazione alla DGR n. X/1185 del 20.12.2013 (“Regole di Sistema 2014”);

Nota Prot. H1.2015.0028089 del 05.10.2015: trasmette il documento **“Percorso di valutazione di un trattamento con farmaco off label per pazienti affetti da malattia rara”**, in attuazione alla DGR n. X/2989 del 23.12.2014 (“Regole di Sistema 2015”).

Inoltre si ribadisce il punto 4.12.2. “Malattie rare e erogabilità a carico del SSR” delle Regole 2016:

“In specifiche malattie rare esenti, dove non sono disponibili farmaci o oltre ai farmaci sono necessari approcci terapeutici diversi (es. dispositivo medico, integratore alimentare, prodotti da banco), lo specialista che opera nel Presidio di riferimento per una determinata malattia rara può proporre a carico del SSR l'impiego di dispositivi, integratori, prodotti destinati ad una alimentazione particolare o prodotti da banco se gli stessi sono inclusi nei PDTA condivisi a livello regionale.

Nei casi in cui non sia disponibile un PDTA, gli eventuali approcci terapeutici non farmacologici dovranno essere esplicitati in protocolli concordati tra Presidi di riferimento, ATS e Centro di Coordinamento.

Si ricorda altresì che l'erogazione dei prodotti destinati ad una alimentazione particolare inclusi nello specifico elenco Ministeriale, rientra già nei livelli essenziali di assistenza sanitaria (LEA) per le persone affette da malattie metaboliche congenite”.

Obiettivo del 2017 è l'implementazione della Rete Malattie Rare, anche sulla base di eventuali prossimi aggiornamenti in relazione ai LEA e con lo sviluppo di progettualità in collaborazione con ATS, Presidi di Rete e Associazioni dei pazienti, al fine di migliorarne l'assistenza e la qualità della vita, con particolare riguardo alla domiciliazione delle cure.

Sclerosi Sistemica

La Sclerosi Sistemica (SSc) è una malattia sistemica autoimmune non frequente che colpisce prevalentemente il sesso femminile (con un rapporto complessivo di femmine/maschi 3-5/1).

L'incidenza in Italia di questa patologia è di circa 300 nuovi casi per anno e la prevalenza è di circa 20.000-25.000 malati nelle sue diverse espressioni.

La SSc è una patologia caratterizzata da un rilevante, seppur variabile, impatto in termini di riduzione della qualità della vita e sopravvivenza e per quanto non esista ad oggi una terapia univoca e definitiva per la sua cura, un significativo miglioramento nella qualità della vita dei malati può essere ottenuto tramite l'accesso precoce dei pazienti a Strutture dedicate con alta specializzazione ed elevata esperienza e attraverso un approccio multidisciplinare.

A conferma dell'attenzione di Regione Lombardia verso i cittadini colpiti da tale patologia e quale coerente risposta del Sistema sociosanitario alla complessità della domanda di salute, si individua in prima istanza, in funzione della sua elevata qualificazione, l'IRCCS Fondazione Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico quale Struttura di riferimento in Lombardia per la presa in carico e gestione dei pazienti affetti da Sclerosi Sistemica.

8.19. MEDICINALE STRIMVELIS: IDENTIFICAZIONE DRG – PRESTAZIONE DELLA PRATICA SANITARIA PER SOMMINISTRAZIONE

Il medicinale Strimvelis è autorizzato per il trattamento di pazienti con immunodeficienza grave combinata da deficit di adenosina deaminasi (ADA-SCID), per i quali non sia disponibile un idoneo donatore consanguineo di cellule staminali HLA (antigene leucocitario umano)-compatibili.

Come da nota di DG Welfare G1.2016.0034832 del 08/11/2016, in ottemperanza a quanto disposto dalla Determinazione AIFA, al fine di dare idonei strumenti di verifica e monitoraggio dell'appropriatezza per il farmaco e considerati gli attuali presidi della rete regionale per le malattie rare per le immunodeficienze primarie (RCG160), si individua, in prima istanza, come centro prescrittore:

- IRCCS Ospedale San Raffaele di Milano

Si dispone che il farmaco venga rendicontato in Tipologia 14 del File F.

Tenuto conto che verranno trattati pazienti in condizioni di elevata suscettibilità immunologica, confrontabili al massimo livello di complessità clinica del trapianto autologo, si identifica come prestazione sanitaria il DRG 418 tipologia C.

8.20. RINNOVO ESENZIONI E TICKET REGIONALI

In attuazione del programma di governo della Giunta Regionale, che ha l'obiettivo di legislatura di proseguire negli interventi riduzione o rimozione delle quote di compartecipazione alla spesa sanitaria, si conferma per l'anno 2017 il diritto, specifico della Regione Lombardia, all'esenzione dalla compartecipazione alla spesa farmaceutica e per le prestazioni di specialistica ambulatoriale per i seguenti soggetti iscritti al SSR:

- i minori di 14 anni, indipendentemente dal reddito (codice di esenzione: E11);
- i disoccupati iscritti agli elenchi anagrafici dei centri per l'impiego, esclusivamente se il relativo reddito familiare risulti pari o inferiore a 27.000 Euro/anno, ed i familiari a loro carico, per il periodo di durata di tale condizione (codice di esenzione: E12);
- i cittadini in cassa integrazione straordinaria o in deroga o in mobilità che percepiscano una retribuzione, comprensiva dell'integrazione salariale o indennità, non superiore ai massimali mensili previsti dalla Circolare n. 14 dell'INPS del 30.1.2013 e suoi eventuali successivi aggiornamenti, ed i familiari a carico, per il periodo di durata di tale condizione (codice di esenzione: E13);
- i cittadini cui è stato concesso il contratto di solidarietà cosiddetto difensivo ex art. 1 del D.L. 30 ottobre 1984, n. 726 che percepiscano una retribuzione, comprensiva dell'integrazione salariale, non superiore ai massimali previsti dalla Circolare n. 14 dell'INPS del 30.1.2013 e suoi eventuali successivi aggiornamenti, per la cassa integrazione ed ai familiari a loro carico, per il periodo di durata di tale condizione (codice di esenzione: E13);

Si confermano inoltre per l'anno 2017, per i soggetti iscritti al SSR:

- limitatamente alla specialistica ambulatoriale, l'esenzione regionale dalla compartecipazione alla spesa sanitaria per i soggetti con età superiore ai 65 anni e reddito familiare fiscale inferiore o uguale a 38.500 euro (codice di esenzione: E05);
- limitatamente alla specialistica ambulatoriale, l'esenzione dal solo ticket sanitario aggiuntivo (c.d. super-ticket) di cui alla L. n. 111/2011, così come rimodulato dalla D.G.R. n. 2027 del 20.07.2011, per i cittadini e i loro familiari a carico con un reddito familiare fiscale annuale non superiore ad Euro 18.000 (E15);
- limitatamente all'assistenza farmaceutica, l'esenzione dalla compartecipazione alla spesa sanitaria (fermo restando il pagamento della differenza di prezzo nel caso in cui la scelta prescrittiva si indirizzi sul farmaco di marca al posto dell'equivalente "generico" o su un "generico" con prezzo differente da quello di riferimento, ai sensi di quanto disposto dall'articolo 7 della legge n. 405/2001) per i soggetti con età uguale o superiore a 66 anni fino ad un reddito familiare fiscale annuale pari a Euro 18.000 (codice di esenzione: E14);
- limitatamente all'assistenza farmaceutica, esenzione dalla compartecipazione alla spesa sanitaria per i soggetti affetti da patologie croniche (codice di esenzione: E30) o rare (codice di esenzione: E40) appartenenti ad un nucleo familiare con reddito complessivo non superiore a 46.600 euro, incrementato in funzione della composizione del nucleo familiare secondo i parametri desunti dalla scala di equivalenza della tabella 2 al D.Lgs. n.109/98 e successive modifiche.

Nel corso del 2017 la DG Welfare intende attivare periodici momenti di confronto e specifici tavoli di lavoro sulle tematiche farmaceutiche con i professionisti dei servizi farmaceutici ATS/ ASST/ IRCCS/ Strutture Private Accreditate al fine di sviluppare, per le specifiche

competenze, le strategie e implementare le sinergie atte a supportare l'attività di programmazione della DG Welfare nel dare completa attuazione alla LR 23/2015.

9. INVESTIMENTI

9.1. PREMESSA

Gli ambiti programmatori di cui alla DGR 6595/2001 e le linee guida di cui al DDG Sanità 655/2002, in relazione alle notevoli modifiche intervenute in materia di contratti pubblici e di contabilità, devono essere riviste sostanzialmente, anche se sono state aggiornate, periodicamente, nell'ambito delle regole di sistema o parzialmente innovate con delibere di definizione degli ambiti programmatori specifici. Nel presente provvedimento vengono approvate le modifiche strutturali ai dispositivi citati demandando a successivo specifico provvedimento l'approvazione del testo integrale delle nuove linee guida in materia di investimenti.

9.2. QUADRO PROGRAMMATARIO INVESTIMENTI WELFARE

Le disponibilità economiche che saranno individuate nell'ambito del bilancio 2017 hanno trovato una definizione specifica nella DGR 5805/2016 ma gli ambiti programmatori generali vengono individuati nei seguenti:

- piani di incremento dei livelli di sicurezza antincendio e sicurezza sismica dei presidi di riferimento delle ASST e Fondazioni IRCCS di diritto pubblico;
- Rinnovo del patrimonio tecnologico ad alta tecnologia delle strutture pubbliche che non aumenti l'offerta sanitaria;
- Mantenimento del patrimonio edilizio sanitario, impiantistico e tecnologico;
- Realizzazione di interventi volti alla presa in cura e la continuità assistenziale per l'attuazione dei principi di cui alla LR 23/15.

Di particolare importanza è la verifica di vulnerabilità sismica per la valutazione degli interventi di miglioramento/adeguamento contestualmente agli interventi più significativi.

Per garantire efficacia ed efficienza nel percorso di valutazione delle istanze negli ambiti programmatori individuati viene prevista l'attività di specifica Commissione multidisciplinare da nominarsi con Decreto della Direzione Generale Welfare.

Programmazione 2017-2019

Considerato che gli investimenti rappresentano, oltre ad un'importante occasione di riqualificazione della rete dell'offerta e di incremento dei livelli di sicurezza, ambito particolarmente strategico di accompagnamento all'attuazione della legge regionale n. 23/2015, i criteri di cui al punto 7 del dispositivo della DGR n. 5805/2016 sono da considerarsi esclusivamente quale riferimento generale volto, da un lato a condividere una coerente individuazione delle priorità aziendali e, dall'altra, alla semplificazione delle procedure onde permettere maggiore efficienza nell'allocazione e nell'utilizzo delle risorse, la cui assegnazione sarà approvata con specifico provvedimento della Giunta regionale su proposta dell'Assessore al Welfare.

In considerazione di quanto sopra i criteri di cui al punto 7 della citata DGR n. 5805/2016, e i conseguenti livelli economici, rappresentano esclusivamente un riferimento generale e non sono vincolanti per quanto attiene alla ricognizione delle proposte di intervento e, comunque, non trovano applicazione per quanto attiene alla ricognizione delle proposte di intervento riferibili all'attuazione della legge n. 23/2015 ed in particolare per gli ambiti:

- Piani strategici di razionalizzazione in attuazione del criterio di continuità delle cure in attuazione della LR 23/2015;
- Implementazione dei sistemi informativi aziendali finalizzata all'attuazione della LR 23/2015.

9.3. MODALITÀ DI ACCESSO AI FINANZIAMENTI E ISTANZE

In continuità con le regole di sistema approvate in precedenza, acquisisce carattere stabile e definitivo, l'obbligo della "cornice programmatica" delle istanze di finanziamento in conto capitale; conseguentemente le istanze di finanziamento potranno essere redatte solo nell'ambito di piani di investimento "strutturati" a seguito di provvedimento della Giunta regionale e specifica Circolare applicativa della Direzione Generale Welfare. Pertanto qualsiasi istanza estemporanea, non rientrante in tale "cornice programmatica", non sarà procedibile e non sarà tenuta in considerazione.

La Direzione Generale potrà valutare l'opportunità di considerare le istanze non rispettose di tale modalità di accesso nell'ambito della valutazione degli obiettivi dei Direttori Generali. Eventuali esigenze di interventi urgenti o orientati al miglioramento delle condizioni di sicurezza dovranno essere affrontati nell'ambito della autonomia aziendale utilizzando i fondi "indistinti" finalizzati al mantenimento del patrimonio strutturale e tecnologico. Per le stesse finalità potranno essere utilizzate le risorse derivanti da alienazioni del patrimonio immobiliare a seguito della modifica introdotta alla L.R.11/2011 art.8 comma 2bis.

Rimane comunque l'obbligo da parte delle Aziende, prima di individuare ipotesi di nuova costruzione ampliamento o acquisizione di fabbricati, la puntuale rilevazione del patrimonio edilizio disponibile esistente per verificarne il pieno ed efficace utilizzo; tale rilevazione preliminare potrà essere utilizzata quale criterio premiante per l'individuazione dei beneficiari dei contributi regionali nell'ambito dei piani di investimento strutturati.

9.4. PROGRAMMAZIONE DI NUOVE STRUTTURE DI RICOVERO E CURA

Qualora gli ambiti programmatori locali intravedano la possibilità di realizzazione di una nuova struttura pubblica di ricovero e cura, le ipotesi saranno vagliate da una apposita "cabina di pilotaggio" istituita presso la DG Welfare con l'apporto di professionalità del mondo accademico e scientifico che si esprimerà in ordine alla localizzazione dell'intervento e dimensionamento della proposta. Lo sviluppo di eventuali livelli progettuali anche minimi potrà essere valutato solo a seguito degli esiti dei lavori della cabina di pilotaggio.

9.5. NUOVO CODICE DEI CONTRATTI

Con l'introduzione del nuovo codice dei contratti D.Lgs. 50/2016 è necessario ridefinire alcune modalità di approvazione dei progetti di investimento da parte della DG Welfare.

In relazione a quanto previsto dall'art.59, nel caso di appalto di lavori potranno essere approvati esclusivamente progetti esecutivi. Solo nel caso in cui la modalità di realizzazione fosse diversa o nei casi specifici individuati dall'art.59 primo comma, potranno essere approvati gli elaborati del livello progettuale identificato dalla Stazione Appaltante.

I progetti non finanziati con fondi regionali in conto capitale o statali, non sono soggetti all'approvazione regionale; i progetti non finanziati con fondi statali, comprensivi di lavori di importo inferiore a 300.000 euro (importo lavori compreso oneri di sicurezza), in analogia alla L.R. 5/2007 non sono soggetti a preventiva approvazione da parte della DGW. La suddivisione in lotti non rileva ai fini dei limiti sopraindicati.

I progetti di acquisizione di arredi o di attrezzature/apparecchiature non finanziati con fondi statali di importo complessivo inferiore a 300.000 euro (al netto di Iva) e non riguardanti apparecchiature soggette a flusso ministeriale, non sono soggetti a preventiva approvazione da parte della DGW. La suddivisione in lotti di apparecchiature analoghe non rileva ai fini dei limiti sopraindicati.

In relazione alle nuove tariffe professionali da porre a base di gara ed in relazione alle attività tecniche introdotte nel processo di progettazione, la previsione dell'allegato 1 alla DGR 6595/2001 relativa al limite di erogabilità per le spese tecniche non trova più applicazione; rimane nella responsabilità della stazione appaltante l'applicazione delle indicazioni in relazione alla congruità dei costi relativi.

In relazione alle valutazioni di cui all'art.192 D.Lgs.50/2016, gli enti del servizio sociosanitario regionale che intendono proporre l'affidamento alla società regionale delle funzioni di stazione appaltante e/o di funzioni tecniche correlate, devono preventivamente effettuare le valutazioni sulla congruità come richiesto dal comma 2 del citato art.192 adottando idoneo provvedimento deliberativo che individui inoltre le modalità di rendicontazione, vigilanza e controllo, insieme alle strutture aziendali competenti.

La lettera di incarico per l'affidamento delle funzioni di cui al periodo precedente dovrà curare l'efficacia dell'intervento individuando idonei indicatori della performance con particolare riferimento alla corretta esecuzione dell'appalto entro i tempi prefissati e tenendo conto dell'eccezionalità degli strumenti che incidono sul costo dell'opera quali varianti in corso d'opera e atti transattivi.

In relazione alla necessaria attività di verifica e considerata la delega delle funzioni di stazione appaltante e le ricadute organizzative, la liquidazione delle eventuali spese per le funzioni di Stazione Appaltante è effettuata direttamente dagli enti del servizio sociosanitario regionale; il citato provvedimento aziendale dovrà valutare inoltre l'ipotesi di copertura finanziaria delle spese relative che, di norma, non devono essere ricomprese nel QE dell'intervento.

9.6. PARERI OBBLIGATORI PER L'APPROVAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE ATS

I progetti di investimento della DG Welfare, per interventi sanitari e socio sanitari, necessitano di parere obbligatorio e vincolante da parte dell'ATS competente per territorio in merito alla verifica dei requisiti autorizzativi e di accreditamento; analogamente per le varianti in corso d'opera modificative degli stessi interventi che incidono sui citati requisiti. Per la documentazione necessaria alla emissione di tali pareri, il riferimento è la DGR 3312/2001.

Per quanto attiene alle proposte progettuali attuative delle previsioni di cui alla legge regionale n. 23/2015, le ATS avranno un ruolo di coordinamento in relazione alle analisi epidemiologiche e alla ricognizione degli effettivi bisogni a livello territoriale.

9.7. VARIANTI IN CORSO D'OPERA

Si ribadisce, come evidenziato anche nelle recenti indicazioni ANAC, che la variante in corso d'opera, se non riconducibile a normativa intervenuta dopo l'approvazione del progetto, costituisce carattere di eccezionalità e deve essere attentamente ed esaustivamente

motivata, verificandone i presupposti di legge e le conseguenze sulla procedura di appalto e sulla successiva gestione dell'opera.

Al fine di semplificare il percorso autorizzativo, evidenziando al contempo le responsabilità degli organi della Stazione Appaltante, dalla data di entrata in vigore del presente provvedimento si applicano esclusivamente le procedure qui evidenziate.

Le varianti in corso d'opera relative ai progetti che usufruiscono di un finanziamento pubblico di qualsiasi importo devono sempre essere inviate alla Struttura Investimenti della Direzione Generale Welfare, fermo restando le comunicazioni obbligatorie agli organi di controllo, e possono essere soggette a:

- Semplice comunicazione obbligatoria entro 30 giorni dalla approvazione da parte della Stazione Appaltante;
- Nulla osta formale di assenso da parte degli uffici regionali.

Le varianti soggette a formale nulla osta regionale sono:

- varianti di cui al comma 1, lett. b), c), d), e) art. 132 D.Lgs. 163/2006 d'importo complessivo pari o superiore al 10% dell'importo contrattuale;
- varianti di cui ai commi 1 e 4, art. 205 del D.Lgs. 163/2006 d'importo complessivo pari o superiore al 10% dell'importo contrattuale.

Le varianti soggette a semplice comunicazione obbligatoria:

1. varianti di cui al comma 1, lett. a), art. 132, del D.Lgs. 163/2006;
2. varianti di cui al comma 1, lett. b), c), d), e) art. 132 del D. Lgs. 163/2006 d'importo inferiore al 10% dell'importo contrattuale;
3. varianti di cui al comma 3, art. 132 D. Lgs. 163/2006;
4. varianti di cui all'art. 205 commi 2 e 3 D. Lgs. 163/2006;
5. varianti di cui all'art. 205 commi 1 e 4 D. Lgs. 163/2006 d'importo inferiore al 10% dell'importo contrattuale;
6. varianti comportanti una riduzione dell'importo contrattuale. Qualora, nel computo complessivo di tali varianti, vi siano anche opere in aumento dell'importo superiore al 10% dell'importo contrattuale, dovrà essere formulata istanza di nulla osta con la relativa procedura.

Le varianti progettuali di cui agli artt. art.168 e 169 DPR 207/2010 relativi ad appalti di progettazione ed esecuzione di cui all'art.53 comma 2 lett. b) e c) sono soggette a semplice comunicazione obbligatoria entro 30 giorni dalla approvazione.

9.8. UTILIZZO DI RIBASSI D'ASTA E MODIFICHE DEL QE

Anche alla luce di quanto affermato al p.to 7 della DGR 5135/2016, la rimodulazione del QE relativo agli investimenti che usufruiscono di un finanziamento pubblico di qualsiasi importo può essere soggetta a:

- Semplice comunicazione obbligatoria da inviarsi contestualmente alla prima comunicazione utile (comunicazione relativa a variante, istanza di erogazione, ecc.);
- Nulla osta formale di assenso da parte degli uffici regionali.

Le rimodulazioni soggette a formale nulla osta regionale sono:

- Utilizzo degli importi derivanti dal ribasso d'asta dell'appalto di esecuzione ovvero dell'appalto di progettazione ed esecuzione superiori al 50% del ribasso conseguito in sede di gara;
- Utilizzo degli importi della voce imprevisti per una quota superiore al 50% della voce originariamente accantonata nel QE approvato dalla regione;
- Diminuzioni della voce prevista per arredi ed attrezzature per far fronte all'aumento delle altre voci dovuto a cause eccezionali ed imprevedibili (es. per lavori o per spese tecniche).

Le rimodulazioni soggette a semplice comunicazione sono:

- Utilizzo degli importi derivanti dal ribasso d'asta dell'appalto di esecuzione ovvero dell'appalto di progettazione ed esecuzione inferiore o uguale al 50% del ribasso conseguito in sede di gara;
- Utilizzo degli importi della voce imprevisti per una quota inferiore o uguale al 50% della voce originariamente accantonata nel QE approvato dalla regione, verificando che il cumulo di tutti gli utilizzi non superi tale valore;
- Ogni altro assestamento che non ricada nelle rimodulazioni soggette a nulla osta.

9.9. ACCORDI BONARI E TRANSAZIONI

Si richiama l'attualità delle linee guida della soppressa AVCP (ora ANAC) di cui alla deliberazione n.249/2003 ed in particolare i principi che devono essere rispettati dalle Stazioni Appaltanti nella procedura degli accordi bonari:

- necessità che il Direttore dei Lavori, non appena l'appaltatore abbia iscritto negli atti contabili riserve il cui importo complessivo superi i limiti indicati dalla normativa, ne dia immediata comunicazione al RUP, trasmettendo nel più breve tempo possibile la propria relazione riservata in merito;
- necessità che il Responsabile del Procedimento valuti, con celerità, l'ammissibilità e la non manifesta infondatezza delle riserve e, qualora previsto, sollecitare l'invio, da parte del collaudatore, della propria relazione riservata;
- necessità che la valutazione dell'ammissibilità e della non manifesta infondatezza delle riserve, operata dal Responsabile del Procedimento, sia ponderata e congruamente motivata. In tale occasione il Responsabile del Procedimento deve verificare anzitutto la correttezza, dal punto di vista formale, delle riserve apposte dall'appaltatore e quindi il realizzarsi dei seguenti presupposti: a) iscrizione della domanda sul primo atto idoneo a riceverle ed esplicitazione nei 15 giorni successivi; b) iscrizione delle riserve sul registro di contabilità; c) conferma delle riserve sul conto finale.

Si richiama inoltre l'importanza del momento di verifica laddove la normativa richiama che "non possono essere oggetto di riserva gli aspetti progettuali che sono stati oggetto di verifica" ed in tal senso è necessaria la specifica istruttoria da parte del RUP per escludere tale possibilità.

Riveste carattere essenziale della corretta procedura l'invio di copia dell'Accordo Bonario o della transazione sottoscritti entro 15 giorni dalla sottoscrizione all'ANAC da parte del RUP.

In quanto strumenti di risoluzione delle controversie tra Stazione Appaltante ed appaltatore, rientrano nella esclusiva competenza e responsabilità delle figure individuate dagli ordinamenti aziendali (RUP, Servizi Affari Generali e Legali, Direttore Amministrativo,

responsabile legale) anche nell'ottica della efficace gestione dell'appalto e la prevenzione del contenzioso. La Direzione Generale Welfare può essere chiamata esclusivamente ad esprimersi riguardo l'utilizzabilità dei fondi per investimenti a copertura degli oneri derivanti da transazioni ed accordi bonari. A questo scopo è bene ricordare che i contributi in conto capitale utilizzati per investimenti devono comportare un conseguente incremento patrimoniale dell'azienda socio-sanitaria beneficiaria e, conseguentemente, i finanziamenti assegnati sono utilizzabili a copertura di transazioni ed accordi bonari esclusivamente nel caso in cui il RUP accerti mediante idonea dichiarazione che tali finanziamenti non vengano utilizzati per il pagamento di oneri risarcitori o di interessi per ritardato pagamento; le parti delle transazioni/accordi bonari relative a queste ultime fattispecie potranno trovare eventuali coperture finanziarie esclusivamente negli appositi fondi istituiti dalle Stazioni Appaltanti e da queste erogate.

Le istanze relative a transazioni ed accordi bonari possono quindi solo essere formulate nell'ambito della rimodulazione dei quadri economici degli interventi già finanziati e devono contenere idonea relazione del RUP contenente:

- dati identificativi dell'appalto;
- estremi di nomina dell'eventuale commissione per l'accordo bonario;
- quadro riepilogativo delle riserve iscritte dall'impresa e degli importi riconosciuti nella proposta di transazione o accordo bonario;
- identificazione della quota della transazione o accordo bonario riconosciuta a titolo di indennizzo o onere risarcitorio e della quota a titolo di lavori anche al fine della corretta applicazione dell'aliquota Iva;
- quadro economico dell'intervento con eventuale indicazione delle voci proposte per la copertura della proposta di transazione o accordo bonario accertando che i contributi in conto capitale non vengano utilizzati per il pagamento di oneri risarcitori o di interessi per ritardato pagamento;
- impegno alla trasmissione ad ANAC secondo le vigenti procedure.

9.10. APPARECCHIATURE AD ALTA TECNOLOGIA

La commissione per le tecnologie richiamata al p.to 2.7.3 dell'allegato 3 alla DGR 1185/2013 assume la denominazione di "Commissione per Apparecchiature Sanitarie ad Alta Tecnologia".

In modifica del p.to 4 della DGR 2931/2014, le economie derivanti dalle aggiudicazioni non sono soggette al parere della Commissione di cui al punto precedente ma rientrano nelle disponibilità delle Aziende beneficiarie solo qualora rientranti nelle finalità dell'originario provvedimento di assegnazione delle risorse.

9.11. DONAZIONI DI APPARECCHIATURE (DM 82/2009)

La donazione di apparecchiature ex DM 82/2009 è soggetta a nulla osta della struttura Investimenti solo qualora sia cofinanziata da fondi in conto capitale regionali o statali; negli altri casi sarà assoggettata a parere delle competenti strutture in materia di spesa corrente o personale in relazione ai riflessi in tali ambiti.

9.12. MONITORAGGIO E RENDICONTAZIONE

Nell'ottica di una semplificazione e razionalizzazione dei flussi informativi dedicati al monitoraggio e controllo della spesa, in modifica delle DDGR di fondi csd. "indistinti" (821/2013, 1521/2014, 4189/2015, 5135/2016) che prevedono le attività di rendicontazione periodica, tale attività di verifica di coerenza della spesa viene effettuata al momento della erogazione in seguito a specifica istanza del beneficiario; conseguentemente la scheda di rendicontazione non deve più essere inviata alla DG Welfare ma conservata agli atti del beneficiario ed eventualmente trasmessa su specifica richiesta. Il monitoraggio dei fondi regionali, con esclusione dei fondi a cofinanziamento di fondi statali, avviene con specifica scheda inviata periodicamente dalla DG Welfare.

Il monitoraggio degli Accordi tra Stato e Regione (AdPQ e Atti Integrativi) avviene con le scadenze individuate negli specifici accordi ed il materiale trasmesso dai beneficiari deve avvenire esclusivamente attraverso PEC (altre modalità non potranno essere considerate).

9.13. INTERVENTI SANITARI E SOCIO-SANITARI FINANZIATI CON FONDI FRISL

Al fine di uniformare la presentazione dei documenti a garanzia della restituzione dei finanziamenti alla DGR 64561/1995 il punto 8) secondo alinea lettera b) del dispositivo viene sostituito dal seguente:

b) dell'atto di delega, debitamente notificato al tesoriere dell'Ente, per gli enti pubblici e per gli altri soggetti usufruenti di finanziamenti regionali per l'importo pari alla quota annualmente da rimborsare con indicazione dell'anno a partire dal quale deve avvenire la restituzione. Per gli altri beneficiari, prestazione di un'idonea garanzia fidejussoria ovvero altra idonea garanzia reale per un importo pari ad almeno il 50% del contributo e valida tutto il periodo del rimborso in relazione al credito vantato dalla Regione.

9.14. PARTENARIATO PUBBLICO-PRIVATO E CONCESSIONI DI COSTRUZIONE E GESTIONE

Ad integrazione di quanto richiesto, ed a parziale modifica, della DGR 937/2010 ed in considerazione delle specifiche apportate in materia dal D.Lgs.50/2016, tutte le modifiche ai contratti di concessione che abbiano ripercussione sui costi dell'opera a carico del concedente o sui canoni devono evidenziare tramite matrice di responsabilità l'allocatione dei rischi nel rispetto delle condizioni contrattuali e richiedere il preventivo parere del NARS presso il Dipartimento per la Programmazione.

I contratti di partenariato ex art.180 D.Lgs.50/2016 ed i contratti ai sensi del D.Lgs.192/2005 e s.m.i., devono ricevere dalle amministrazioni aggiudicatrici idonea valutazione di ammissibilità, entro i termini previsti dal Titolo specifico del Codice, che delinei i profili economico-finanziari, tecnici, di inquadramento giuridico e di allocatione dei rischi informando la UO competente della DGW in materia economico-finanziaria e, solo in caso di utilizzo di investimenti in conto capitale, la UO competente in materia di investimenti.

10. SISTEMI INFORMATIVI E FLUSSI

10.1. SISTEMI INFORMATIVI

10.1.1 Completamento interventi di adeguamento dei sistemi informativi aziendali, in attuazione della L.R. 23/2015

La nuova realtà organizzativa definita dalla legge regionale n. 23 del 11 agosto 2015, ha determinato impatti significativi sui sistemi informativi sociosanitari sia per le componenti centrali sia per quelle territoriali. Difatti, oltre ai necessari interventi su tutti i sistemi e le funzionalità, conseguenti la costituzione dei nuovi soggetti giuridici in cui vengono ridistribuiti funzioni e strutture delle ex ASL e AAOO, le finalità della legge impongono, in coerenza con i principi di uniformazione/omogeneizzazione dei sistemi informativi, la diffusione e lo sviluppo omogeneo dei principali servizi applicativi a supporto dell'attività sociosanitaria regionale. Nel 2017 si valuteranno i diversi ambiti di ulteriore possibile integrazione tra le diverse banche dati e flussi esistenti (come ad esempio per la Cartella Sociale informatizzata).

Già dal 2016 si è dato avvio alle attività di evoluzione del sistema informativo centrale, con interventi di tipo strutturale (nuove codifiche interne ed esterne, riallocazione del personale e delle strutture, ridistribuzione degli assistiti tra i nuovi enti), di tipo funzionale (prescrizione dematerializzata, app....), di tipo architetturale (modifiche all'architettura SW/HW degli attuali sistemi, al fine di garantire da un lato la continuità di funzionamento, dall'altro la migrazione al nuovo assetto). In considerazione pertanto delle attività realizzate ed in corso di realizzazione per l'attuazione della L.R. 23/2015 è necessario rimodulare il tetto massimo di spesa per le attività di LI spa già deliberato, fissandolo in € 147.360.364, 00 (escluso il contributo di funzionamento). In particolare sono rivisti gli stanziamenti previsti sulle singole voci di spesa dell'incarico di gestione 57.318.472,66 della farmaceutica 9.335.403,64 dei provider 35.493.528,68 e del data center 3.219.501,26.

In particolare nel corso del 2017, si procederà all'adozione delle nuove codifiche da parte di tutte le ex AAOO che migreranno, come già avvenuto per le ex ASL, al nuovo assetto organizzativo (ASST). Inoltre, per gli enti interessati da "fusioni/scorpori", si procederà all'adeguamento dei sistemi informativi aziendali al fine di uniformare e omogeneizzare gli stessi.

Inoltre, sono stati realizzati i nuovi collegamenti con il Ministero della Salute e con il Ministero dell'Economia e delle Finanze mediante l'invio dei flussi informativi sulla base della nuova organizzazione e delle nuove codifiche.

Tutti gli enti pertanto dovranno aggiornare ed attuare nel 2017 i propri piani annuali di evoluzione definendo nel dettaglio gli interventi e i progetti informatici da realizzare nel corso dell'anno in attuazione degli adempimenti previsti dalla legge.

10.1.2 Investimenti in interventi e progetti informatici

In coerenza con il dettato normativo della L. 28 dicembre 2015, n.208 e della successiva circolare AGID 24 giugno 2016, n.2 saranno favoriti tutti gli interventi degli enti destinati a

garantire l'adesione alle iniziative regionali/nazionali in particolare quelle relative ai così detti servizi condivisi.

Inoltre, alla luce delle necessità rilevate presso gli enti per la completa attuazione e realizzazione degli obiettivi definiti dalla L.R.23/2015, è previsto un finanziamento complessivo in conto capitale che verrà definito con successivo provvedimento, finalizzato a supportare gli adeguamenti. Si estende quindi anche all'ambito ICT, l'impostazione esposta nell'allegato INVESTIMENTI in merito alla necessità di una "cornice programmatica" all'interno della quale valutare le singole proposte.

Sono da considerarsi ambiti prioritari l'adeguamento dell'infrastruttura aziendale interna (cablaggi, telefonia, apparati di sicurezza, reti interne) in particolare se dovuta all'attuazione della L.R.23/2015 e gli interventi funzionali alla riorganizzazione dell'accoglienza e accessibilità piuttosto che destinati alla condivisione delle informazioni tesi ad uniformare i sistemi informativi a livello regionale.

Le proposte saranno presentate dai singoli enti secondo modalità che saranno successivamente comunicate con apposita circolare e saranno valutate dalla Commissione Tecnica Regionale per la valutazione degli interventi e dei progetti informatici dei Sia (di cui infra).

Per le attività di LIsa del 2017 si precisa che eventuali nuove iniziative, da attivare a fronte di esigenze emergenti, potranno essere realizzate a fronte della cessazione di altri servizi/attività non più d'interesse della direzione e del sistema.

10.1.3 Costituzione di una Commissione tecnica regionale per la valutazione degli interventi e dei progetti informatici dei sistemi informativi aziendali

I progetti informatici di ATS e ASST dovranno perseguire obiettivi di omogeneizzazione e semplificazione al fine di raggiungere l'obiettivo di uniformare a livello regionale i sistemi informativi aziendali. In tale contesto per garantire **l'evoluzione uniforme del Sistema Informativo Regionale**, è in corso di formalizzazione presso la DG Welfare la costituzione di una "Commissione Tecnica per la valutazione degli interventi e dei progetti informatici dei sistemi informativi aziendali". Il tavolo avrà funzioni di indirizzo, controllo e valutazione delle soluzioni informatiche e degli interventi significativi sui sistemi informativi aziendali. Tra i componenti sono previsti i Responsabili della funzione di coordinamento interaziendale dei SIA (di cui alla DGR n. X/5513 del 2.8.2016) di ciascun territorio. In particolare, in raccordo con le strutture competenti della direzione generale Welfare dovrà approfondire:

- una visione di architettura che faccia da modello di riferimento per l'evoluzione dei sistemi informativi aziendali anche per le gare aggregate di sviluppo dei servizi condivisi (shared services).
- una piattaforma regionale dedicata alla gestione della Presa in Carico al fine di sostenere un modello integrato ospedale-territorio coerente con i principi della Legge 23/2015 ed a supporto delle nuove forme organizzative (AFT, UCCP, CreG, POT, PreSST) ed ai nuovi modelli di cura emergenti (governo del paziente cronico, gestione della prevenzione primaria e secondaria negli ambienti di vita e nei luoghi di lavoro,...). Tale soluzione dovrà essere in grado di interfacciare i vari attori della rete

per la gestione globale del processo di presa in carico sostenendo i nuovi processi di analisi Multidimensionale dei bisogni, di definizione dei Progetti Assistenziali Individuali, di ingegnerizzazione delle attività organizzative a supporto del percorso di cura (Centrale Operativa, Case Manager, figure professionali anche dell'area socio sanitaria e della fragilità in generale) pur garantendo l'autonomia dei singoli attori (MAP/Medici di continuità assistenziale PreSST, POT) e di monitoraggio di tutte le componenti legate alla nuova modalità di gestione tariffaria.

- il processo di implementazione di servizi di Telemedicina e Telemonitoraggio integrati a quanto sopra descritto in una logica di flessibilità delle prestazioni erogabili in prossimità territoriale.

10.1.4 Servizio centralizzato di Disaster Recovery Tier III per gli Enti Sanitari

Come in tutte le Pubbliche Amministrazioni al fine di garantire la continuità operativa è necessario prevedere un sistema di backup remoto dei dati anche in tutti gli Enti Sanitari pubblici regionali. La predisposizione di un servizio centralizzato di Disaster Recovery (DR) di categoria Tier III, a beneficio delle ASST / IRCCS e delle ATS, si inserisce quindi nel più ampio percorso intrapreso dalla Regione Lombardia di attuazione del circuito virtuoso del CAD, che consolida gli adempimenti imposti in tema di digitalizzazione, gestione documentale, attuazione della continuità operativa ICT e garanzia della sicurezza dei dati, sistemi e infrastrutture per la razionalizzazione dei Data Center.

Regione Lombardia ha definito in collaborazione con gli enti sanitari e Lispa un servizio centralizzato di DR Tier III operativo su scala regionale che intende erogare agli 11 Enti Sanitari che già hanno confermato nei Piani d'Evoluzione 2016 la volontà di aderirvi fin dal primo anno d'erogazione. Sarà possibile erogare il servizio attraverso il Data Center di Regione Lombardia collocato presso Lombardia Informatica e la rete geografica WAN "Extranet SISS", utilizzando quindi contratti già in essere di Lombardia Informatica.

La soluzione ipotizzata si concretizza nel trasferimento di dati dall'ultimo backup del sito primario di una ATS/ASST verso un sito di disaster recovery attraverso la rete geografica (WAN) e ciò consentirà di adempiere alle prescrizioni normative in tempi brevi, in condizioni di sostenibilità economica, nonché di far fronte alle esigenze raccolte direttamente dalle ex ASL/AO.

Si prevede l'erogazione del servizio attraverso due possibili soluzioni ("DR Base" e "DR Plus"), disponibili in "tagli" predefiniti, rappresentativi delle dimensioni del patrimonio di dati da proteggere. Per fare fronte alla crescita dei volumi di dati da proteggere nel tempo, sono previste opportune espansioni capacitive.

10.1.5 Servizi di Providing ex d.g.r.IX/1153/2010

Il Sistema Informativo Sociosanitario realizzato in Regione Lombardia si basa su di una architettura che prevede l'utilizzo di provider, per poter raggiungere i molteplici aderenti distribuiti sul territorio, ed in particolare:

- i Service provider, che forniscono servizi relativi all'attivazione ed alla manutenzione della "connessione applicativa" al SISS dell'aderente tramite interventi da remoto e presso l'aderente stesso;
- i Network provider che forniscono i servizi relativi all'attivazione ed alla manutenzione della "connessione di rete" dell'aderente al Centro di gestione Integrato.

Nel corso del 2010, con d.g.r.IX/1153 sono state assunte determinazioni dalla Giunta Regionale per garantire la prosecuzione dei servizi di providing, al fine di assicurare senza soluzione di continuità, le prestazioni necessarie al funzionamento dell'impianto complessivo del SISS, dando contestualmente mandato a Lombardia Informatica spa di svolgere le procedure ad evidenza pubblica per la selezione dei fornitori dei servizi detti.

I contratti sottoscritti con i fornitori sono sostanzialmente in scadenza, seppur sia prevista dalla stessa d.g.r.IX/1153/2010 e dai bandi di gara a suo tempo emessi la possibilità di proroga di 1 anno.

Pertanto, considerato che sono ancora in corso le attività per definire le caratteristiche dei servizi da acquisire, ed essendo fissato ad oggi quale termine finale per la durata dei servizi il 31.12.2016, è indispensabile prevedere la proroga dei contratti in essere, sia per i Service Provider che per i Network Provider dell'anno opzionale, già prevista dalla d.g.r. citata. La proroga dovrà contemplare la possibilità di risoluzione anticipata (cioè prima della fine dell'anno opzionale) in caso di sottoscrizione "anticipata" di contratti di servizio/fornitura, affinché la proroga sia limitata al tempo strettamente necessario all'individuazione, tramite le procedure amministrative previste, dei fornitori a cui affidare il prosieguo dei servizi in oggetto e, comunque, non oltre il termine del 31 dicembre 2017.

In particolare per quanto concerne i servizi di Network Provider, si rileva sin d'ora che, in coerenza al dettato dell'art.1, comma 512 della Legge di Stabilità 2016, si valuterà prioritariamente l'approvvigionamento tramite Consip spa, essendo attiva una gara per i servizi di connettività.

Per i servizi di Service Provider, saranno assunte ulteriori determinazioni, viste le attività in corso di svolgimento per la definizione dei requisiti tecnico-economici del servizio e gli approfondimenti sulle modalità di acquisizione di detti servizi per il futuro.

10.1.6 Ricetta dematerializzata

In riferimento al DM del 2 novembre 2011 riguardante la dematerializzazione della ricetta cartacea ed al D.L. 179/2012 in cui si definiscono gli obblighi ed i livelli di diffusione della ricetta dematerializzata sul territorio nazionale, nel corso del 2016 si è consolidata su tutto il territorio lombardo la prescrizione dematerializzata in ambito farmaceutico.

L'obiettivo per il 2017 è di consolidare il processo di dematerializzazione anche sul fronte delle prescrizioni di visite ed esami.

Le ASST e ATS opereranno con la massima determinazione per portare a regime il processo di dematerializzazione della ricetta specialistica su tutto il territorio regionale, attivando ogni iniziativa utile verso tutti gli attori coinvolti al fine di garantire nel breve il raggiungimento dei livelli stabiliti dalla normativa.

Le ATS in particolare si faranno parte attiva nel coinvolgimento dei propri medici convenzionati e degli EEPa afferenti al proprio territorio.

Ai fini della completa dematerializzazione della ricetta cartacea, sono in corso le valutazioni per dare avvio ad una prima sperimentazione della ricetta dematerializzata farmaceutica da parte dei medici ospedalieri.

Infine, in coerenza con quelle che saranno le indicazioni da parte del Ministero potranno essere messe in atto azioni volte all'abbandono del promemoria cartaceo nella prescrizione dematerializzata.

10.1.7 Flusso 730 precompilato

In adempimento al D.Lgs. 175/2015, tutti gli enti erogatori di prestazioni sanitarie pubblici e privati, dovranno inviare il flusso delle spese sanitarie sostenute dai cittadini ai fini della predisposizione da parte di Agenzia delle Entrate del 730 precompilato.

10.1.8 Invio telematico dei certificati di malattia all'INPS

In adempimento al DPCM 26/03/2008 e DM 26/02/2010 tutti i medici certificatori, dipendenti o in regime di convenzione con il SSN sono tenuti a trasmettere, per via telematica, all'INPS i certificati di malattia dei lavoratori dipendenti sia del settore pubblico, sia del settore privato. In particolare il DM del 18/04/2012 ha definito le modalità tecniche per l'invio telematico anche delle Comunicazioni di Inizio Ricovero e dei certificati di malattia in sede di dimissione ospedaliera, avviati in Lombardia dal febbraio 2014.

Si sottolinea che l'obbligo di certificazione è previsto dal Codice deontologico medico - art. 24 *"Il medico è tenuto a rilasciare al cittadino certificazioni relative al suo stato di salute che attestino dati clinici direttamente constatati e/o oggettivamente documentati..."*. In sintesi, pertanto, l'obbligo di certificazione è a carico di tutti i medici (comprendendo anche gli specialisti ambulatoriali, i medici di Pronto Soccorso, i medici dei reparti di degenza) che abbiano verificato, tramite visita, l'incapacità lavorativa del paziente. L'inosservanza dell'obbligo comporta sanzioni, come previsto dall'art. 55 septies, comma 4, del d.lgs. n. 165 del 2001, introdotto dall'art. 69 del d.lgs. n. 150 del 2009.

10.1.9 Servizi condivisi interaziendali

Da tempo Regione Lombardia con il supporto di Lombardia Informatica e la proficua collaborazione di enti sanitari interessati a partecipare, ha avviato Gruppi di Lavoro con l'obiettivo di implementare servizi aggregati (Shared Services) a supporto degli enti stessi, quale opportunità di innovazione tecnologico-organizzativa e di razionalizzazione della spesa, valorizzando gli investimenti già effettuati all'interno del sistema sociosanitario regionale.

A partire dalle attività svolte dai citati gruppi di lavoro, ed in particolare al fine di uniformare a livello regionale i sistemi informativi è necessario prevedere la progettazione e realizzazione di servizi condivisi interaziendali, che consentirà anche un risparmio di costi a livello di sistema. Sarà necessario pertanto procedere con l'attivazione di gare aggregate.

Gli enti sanitari saranno quindi chiamati a formalizzare la propria adesione ai servizi condivisi che saranno via via attivati, e che prevedranno il coinvolgimento di LISPA/ARCA. Gli oneri complessivi dei servizi saranno da considerarsi a carico dei singoli enti.

In coerenza ai principi di omogeneizzazione/uniformazione dei sistemi informativi sarà possibile valutare ulteriori soluzioni aggregabili in risposta sia alle esigenze evolutive degli Enti Sanitari che per dare attuazione alle evoluzioni organizzative e di processo indotte dall'evoluzione di cui alla l.r. 23/2015, pertanto saranno attivati nel corso del 2017 ulteriori Gruppi di Lavoro per altri Shared Services.

10.1.10 Rete regionale di prenotazione

L'attuazione della d.g.r.X/2958 del 19.12.2014, avente ad oggetto il Progetto di Trasformazione della Rete Regionale di prenotazione, ha reso evidente la necessità di aggiornare la governance lì prevista, al fine di adeguarla alle evoluzioni in corso del servizio e del progetto stesso.

In particolare la programmazione annuale delle attività destinate alla trasformazione del Contact Center Regionale, secondo le linee d'azione già previste nella d.g.r. X/2958/2014, e sulla base delle proposte di innovazione che via via saranno avanzate dal fornitore/partner aggiudicatario della gara di vendita del Front Office, sarà formalizzata dalla D.G.Welfare, specificando i tetti economici. Al fine di semplificare la vigente procedura di programmazione annuale, la stessa sarà approvata con decreto dirigenziale e prevederà una pianificazione attuativa delle varie attività da svolgere.

Pertanto le previsioni di cui alla d.g.r.X/2958/2014 (cap.8 Governance – 8.1.1 Programmazione (Piano Annuale)) sono da considerarsi riviste sulla base di quanto sopra esposto.

In continuità con le attività già avviate nel corso del 2016, per il 2017 si procederà quindi ad approvare con decreto il piano di trasformazione 2016-2017 recante il programma, la pianificazione ed i relativi oneri delle attività da svolgere, quali ad esempio l'automazione della revoca delle prenotazioni, il maggiore utilizzo degli SMS (con funzioni di recall e revoca), la revisione della sezione Internet dedicata alla prenotazioni.

10.1.11 Piani d'intervento

Al fine di aggiornare i piani già predisposti nel corso del 2016, si ricorda l'obbligo in capo agli enti sanitari, di predisporre il Piano d'Intervento per la completa attuazione della l.r.23/2015, in cui saranno definiti, per ogni ente, gli obiettivi da raggiungere, anche in termini quantitativi, relativamente all'adeguamento del proprio sistema informativo anche in recepimento delle modifiche introdotte dal nuovo CAD (D.Lgs 26 agosto 2016 n.179) e dalle relative regole tecniche in corso di definizione.

I piani dovranno essere predisposti in modalità coordinata con le evoluzioni che interessano il sistema informativo sociosanitario di Regione Lombardia e dovranno essere presentati in

modo congiunto da tutti gli enti che insistono sulla medesima area territoriale corrispondente con le ATS. Per facilitare la redazione dei piani detti, verranno forniti agli enti appositi “format”.

I piani dovranno essere predisposti, in collaborazione con Lombardia Informatica, ed inviati entro il 28 febbraio 2017.

10.2. FLUSSI INFORMATIVI

10.2.1 Nuovo sistema di garanzia

E' in corso di approvazione il decreto interministeriale che istituisce il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) per la verifica dello stato di erogazione dei livelli essenziali di assistenza.

Il sistema si articola in un insieme di indicatori, definiti dal decreto stesso, relativi ai tre macro-livelli di assistenza:

- prevenzione collettiva e sanità pubblica;
- assistenza distrettuale;
- assistenza ospedaliera

che saranno monitorati in base all'efficienza, all'efficacia e all'appropriatezza clinica e alla sicurezza delle cure.

Il calcolo di ciascun indicatore sarà subordinato alla verifica del livello di copertura e di qualità dei flussi informativi; la fonte informativa di riferimento principale è il Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) del Ministero della salute.

Pertanto diventa prioritario l'obiettivo **dell'assolvimento del debito informativo verso la Regione** nei flussi correnti che dovranno assicurare la copertura del dato, la qualità dello stesso e la tempestività nell'invio e la **coerenza** complessiva tra i diversi flussi.

In particolare si chiede alle ATS di garantire una forte attenzione al rispetto delle scadenze e alla gestione dei processi di correzione degli errori rilevati dal sistema SMAF con riferimento ai diversi flussi inviati, e di monitorare la coerenza tra le anagrafiche delle strutture erogatrici, siano esse accreditate ovvero solo autorizzate, rispetto ai flussi di produzione sanitari e sociosanitari. Solo l'analisi e la correzione degli errori da parte delle ATS può infatti consentire alla Direzione di procedere all'elaborazione di indicatori utili alla lettura integrata dei dati a livello di sistema e di incrementare il volume e la qualità dei dati validi ai fini dell'invio dei flussi oggetto di debito informativo ministeriale.

10.2.2 Flussi sanitari

Si riportano di seguito alcune indicazioni per l'anno 2017.

- ✓ **Piena copertura dei flussi informativi rispetto alle anagrafiche trasmesse al Ministero della Salute:** le ATS dovranno verificare che per tutte le Strutture, sia accreditate che non accreditate SSR, presenti nella anagrafica dei “Flussi Informativi

Ministeriali” vi sia l’effettiva copertura rispetto a tutti i flussi informativi delle prestazioni erogate (SDO, Prestazioni Ambulatoriali, Pronto Soccorso, CEDAP, Aborti Spontanei Mod D/11, Interruzioni Volontarie della Gravidanza Mod D12, ecc.).

Si rammenta in proposito che la piena copertura rispetto ai flussi informativi costituisce un adempimento fondamentale per l’accesso alle risorse aggiuntive del Servizio Sanitario Nazionale da parte delle Regioni ed è un prerequisito per accedere alla valutazione degli indicatori riferiti agli adempimenti Lea secondo il nuovo modello di certificazione del Sistema di Garanzia.

- ✓ **Ricoveri ospedalieri (SDO):** nelle more della pubblicazione del decreto sul nuovo flusso SDO, nel 2016 la Regione ha già adottato il nuovo tracciato secondo le specifiche concordato tra le Regioni e il Ministero della Salute. Si conferma per il 2017 il tracciato già adottato nel 2016, salvo l’introduzione di possibili variazioni di piccola entità dovute a progressivi allineamenti richiesti dal Ministero stesso e concordate tra le Regioni. Inoltre, alcuni controlli verranno resi progressivamente più severi nel corso dell’anno; le modifiche saranno comunicate attraverso il canale SMAF
- ✓ **Certificati di assistenza al parto (CEDAP):** Il flusso rappresenta la più ricca fonte informativa sugli eventi Parto e Nascita che risultano peraltro rendicontati, con minore dettaglio, anche nel flusso delle Dimissioni Ospedaliere (SDO).
Considerato che:
 - la chiave identificativa del CEDAP corrisponde alla chiave della SDO (n. pratica della Madre)
 - sul CEDAP è presente, come campo opzionale, il n. SDO del/dei nato/i dal parto in oggetto
 - sulla SDO del nato è presente (con obbligatorietà dal 2° semestre 2016) il n. SDO della madresarà previsto il monitoraggio del flusso CEDAP rispetto al flusso SDO verificando:
 - la piena copertura delle rilevazioni (ad ogni CEDAP deve corrispondere una SDO di parto ed una o più SDO di nati)
 - la congruenza di alcune informazioni presenti su entrambi i flussi (ad esempio, per la madre, la modalità del parto cesareo/spontaneo e, per il nato, il sesso o la presenza di malformazioni)si confermano tutte le precedenti disposizioni riguardanti il flusso, salvo eventuali adeguamenti in allineamento ad eventuali nuove indicazioni ministeriali.
- ✓ **Cure Palliative:** in allineamento a quanto previsto per la ridefinizione della rete di cure palliative, sia residenziale che domiciliare, i flussi informativi SDO e STCP subiranno delle variazioni nel corso del 2017.

10.2.3 Flussi socio sanitari

Nel 2017 si confermano i flussi informativi per l’area sociosanitaria attraverso l’attuale sistema di acquisizione, controllo, restituzione errori presente in SMAF.

Per quanto riguarda il flusso consultori (CONS), il tracciato verrà adeguato per recepire l’aggiornamento del nomenclatore tariffario per via della messa a regime della sperimentazione ex DGR 3239/2012.

In conseguenza alla conclusione della sperimentazione “Post acuta domiciliare”, i flussi SIAD e FE4 ADI verranno aggiornati a seguito dell’introduzione dello specifico profilo.

In allineamento a quanto previsto per la ridefinizione della rete di cure palliative, sia residenziale che domiciliare, i flussi informativi SDOFAM, SIAD, FE1, FE4 subiranno delle variazioni nel corso del 2017.

Le indicazioni operative per l'esercizio 2017 saranno contenute nella circolare flussi 2017.

10.2.4 INTEGRAZIONE Sistema pagoPA

Il Codice dell'Amministrazione Digitale dispone che le Pubbliche Amministrazioni, avvalendosi di prestatori di servizi di pagamento, garantiscano ai privati di effettuare i pagamenti in loro favore attraverso l'utilizzo di carte di debito, di credito, prepagate o di altri strumenti di pagamento elettronico. A tal fine, l'Agenzia per l'Italia Digitale (AgID) mette a disposizione una piattaforma tecnologica (denominata pagoPa) per l'interconnessione e l'interoperabilità tra le pubbliche amministrazioni e i prestatori di servizi di pagamento abilitati. Regione Lombardia ha aderito al progetto tecnologico firmando una convenzione con AgID.

Anche la DG Welfare viene interessata al progetto tecnologico in quanto l'adesione di Regione Lombardia si estende automaticamente alle aziende del Sistema Regione, ivi comprese le ATS e le ASST in virtù dell'avvenuta integrazione del sistema CRS-MALL con le modalità di pagamento elettronico del sistema pagoPA.

Nel corso del 2016, infatti, è stata avviata una sperimentazione del sistema pagoPA presso le ASST Santi Paolo e Carlo, Vimercate e Lariana.

Nel 2017 verrà predisposto un piano di interventi che coinvolgerà in prima fase iniziale gli Enti Pubblici del SSL definito in raccordo con la U.O. Programmazione e Gestione Finanziaria della Presidenza. Tale piano concorrerà alla definizione dei piani di intervento di cui al paragrafo 1.11 del presente allegato.

10.2.5 Gestione dei cittadini stranieri e mobilità internazionale

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

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

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

Al fine di garantire un'assistenza sanitaria completa a questa fascia di cittadini particolarmente esposta ed a rischio, evitando in questo modo che l'accesso al SSR passi unicamente attraverso il pronto soccorso, viene prorogata al 31/12/2017 la scadenza della

sperimentazione, alle stesse condizioni e con le stesse modalità indicate nella nota H1.2014.0002151 del 21/01/2014, nelle more di un eventuale definizione del regime assistenziale più adeguato in termini di protezione della salute dei minori stranieri irregolari.

Per quanto concerne la mobilità internazionale, si richiama quanto ad oggi disposto sull'argomento.

10.2.6 ADESIONE AL SISS DELLE STRUTTURE SOCIO SANITARIE

La legge regionale 18 del 31/7/2007 e la successiva d.g.r. n. 5738/2007 introducono l'obbligatorietà di adesione e di utilizzo del Sistema Informativo Socio Sanitario (SISS) da parte di tutti gli operatori del SSL.

Le unità d'offerta accreditate e contrattualizzate sono chiamate a provvedere all'erogazione delle prestazioni a contratto nell'ambito organizzativo definito dalla L.R. n. 23/15. Di conseguenza, anche le strutture sociosanitarie, all'atto della sottoscrizione del contratto, entrano a far parte del Sistema Informativo Socio Sanitario regionale (SISS) secondo le modalità definite dalla Giunta regionale, nel rispetto di quanto stabilito all'art. 21 della LR 23/15.

Ad eccezione dei livelli di adesione già raggiunti, la richiesta di utilizzo dei servizi SISS per le unità d'offerta sociosanitarie rimane, fatte salve successive disposizioni regionali, non obbligatoria, ma legata alle esigenze dell'Ente Gestore, con particolare riferimento alla progressiva implementazione della ricetta dematerializzata. In tale caso l'ente Gestore dovrà presentare la richiesta di attivazione dei servizi all'ATS di riferimento che procede alla validazione e all'avvio delle relative procedure. Saranno successivamente fornite specifiche istruzioni operative al riguardo.

10.3 COMUNICAZIONE ISTITUZIONALE

La comunicazione istituzionale si conferma anche per il 2017 strumento fondamentale di supporto all'utenza per far conoscere e valorizzare l'offerta dei servizi sanitari e sociosanitari disponibili e le relative modalità di fruizione.

Con particolare riferimento alla legge regionale n. 23/2015 di evoluzione del servizio sociosanitario lombardo e al suo percorso attuativo, la comunicazione dovrà agire in primo luogo valorizzando l'identità e le funzioni dei nuovi soggetti istituiti dalla legge in una logica "di sistema".

Le azioni informative degli enti sanitari, realizzate di volta in volta attraverso gli strumenti idonei a raggiungere i diversi target di riferimento, dovranno inoltre contribuire in modo sostanziale a riorientare il cittadino nel mutato quadro di erogazione di servizi, come disegnato dalla già citata legge.

Nella realizzazione di prodotti di comunicazione, si ricorda la necessità di aderire alle convenzioni centrali di ARCA per la fornitura di servizi di comunicazione, per assicurare attraverso un unico fornitore il più alto grado di coordinamento.

Per raggiungere omogeneità operativa sul territorio, si ribadisce inoltre la necessità che gli enti sanitari condividano con la Direzione Generale Welfare le proprie strategie di azione in materia. In ottica di sistema si richiama inoltre l'importanza che ogni ATS agisca un ruolo di integrazione funzionale dell'attività di comunicazione realizzata nel perimetro territoriale di riferimento, relazionandosi sia con i soggetti afferenti, sia del sistema pubblico (ASST, IRCCS) sia del privato accreditato.

Obiettivi strategici saranno in particolare:

- il rafforzamento dell'identità del sistema sociosanitario, anche attraverso la corretta applicazione del sistema di branding;
- assicurare all'utenza la massima informazione sui servizi offerti, con particolare riferimento alla web communication.

Il sistema di branding

L'approvazione dei nuovi marchi aziendali, avvenuta con la dgr 4702 del 29.12.15 (Sub Allegato 8), ha dato l'avvio ad una prima fase sperimentale di utilizzo degli stessi sui materiali di comunicazione, finalizzata a testare l'efficacia del nuovo sistema di branding in situazioni applicative reali, così da metterne a fuoco punti di forza e punti di debolezza.

Alla luce della numerosità e della complessità delle diverse casistiche di applicazione dei marchi (singoli e in forma associata) rilevate, si è ritenuto opportuno prolungare per tutto il 2016 tale fase di sperimentazione per raccogliere ogni possibile elemento informativo utile alla stesura di un brand book condiviso.

Avendo consolidato, dopo circa un anno di raccolta di casi, una buona base di documentazione, si prevede di dare l'avvio nel 2017 al percorso di redazione delle linee guida di applicazione dei nuovi marchi.

Per ottenere la massima condivisione operativa sarà in prima istanza attivato un laboratorio formativo con i comunicatori aziendali di ATS, ASST, IRCCS pubblici, finalizzato all'analisi delle *case histories* raccolte e all'individuazione di soluzioni condivise alle criticità applicative dei marchi sui principali strumenti di comunicazione. Successivamente si procederà alla realizzazione e alla formalizzazione di un vero e proprio brand book dell'identità visiva degli enti sociosanitari.

Il percorso formativo proporrà inoltre un approfondimento sul valore del marchio del Sistema Socio Sanitario Regionale come fattore di coesione e come garanzia di riconoscibilità da parte dell'utente della qualità dei servizi.

La web communication

Dando seguito ad un percorso già avviato nel 2016, si prevede di proseguire con l'attività di riallineamento dei siti aziendali a seguito dei cambiamenti organizzativi/funzionali introdotti dalla l.r. n. 23/2015, così da assicurare al cittadino il facile reperimento di ogni informazione necessaria all'accesso e alla fruizione dei servizi sanitari e sociosanitari.

Dovrà in particolare essere assicurata la piena operatività dei Tavoli di Lavoro sulla Web Communication, la cui istituzione su base territoriale di ATS è già stata richiesta nel 2016.

Ogni Tavolo, sulla base dell'analisi dei contenuti esistenti sui portali aziendali, dovrà produrre entro il primo trimestre 2017 un Programma annuale di aggiornamento dei contenuti, da condividere con Regione Lombardia. Lo stato di attuazione del Programma dovrà essere oggetto di periodico monitoraggio e rendicontazione finale.

Per il coordinamento generale dell'attività su base regionale saranno organizzati specifici momenti di confronto e allineamento presso la Direzione Generale Welfare.

11. PREVENZIONE VETERINARIA - PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE - MEDICINA LEGALE E NECROSCOPICA

11.1 INTERVENTI DI SEMPLIFICAZIONE: RACCORDO CON GLI SPORTELLI UNICI PER LE ATTIVITA' PRODUTTIVE

In conformità alle previsioni del D.p.r. n. 160/2010 *“Regolamento per la semplificazione e il riordino della disciplina sullo Sportello Unico per le Attività Produttive”* che identifica il S.U.A.P. quale soggetto pubblico di riferimento per i procedimenti aventi ad oggetto l'esercizio di attività produttive, la l.r. n. 11/2014 *“Impresa Lombardia: per la libertà di impresa, il lavoro e la competitività”* ha previsto specifici interventi di semplificazione a favore delle imprese con particolare riferimento al miglioramento dei livelli di servizio.

Sulla base di tale contesto normativo si innesta la necessità di potenziare il raccordo fra le ATS e i SUAP lombardi relativamente ai procedimenti d'interesse, operando una razionalizzazione dei processi e definendo modalità procedurali secondo standard di efficienza e di riduzione dei tempi.

Pertanto, nell'ottica di una maggiore semplificazione per le imprese e nell'ambito dell'attuazione della Direttiva 2006/123/CE (Direttiva Servizi) si provvederà ad effettuare una ricognizione dei procedimenti amministrativi di competenza del Dipartimento di igiene e prevenzione sanitaria e del Dipartimento veterinario e sicurezza degli alimenti di origine animale delle ATS al fine di rendere uniforme la gestione degli stessi e si adotteranno strumenti volti ad agevolare le relazioni fra le ATS e i SUAP, sviluppando sinergie atte a favorire il raccordo operativo sia a livello regionale, sia a livello locale. Saranno, inoltre, definite le modalità di attuazione dei recenti provvedimenti legislativi in materia di S.C.I.A. e di ricognizione dei regimi amministrativi.

Tali obiettivi verranno attuati dalle Direzioni Generali Welfare e Sviluppo Economico, in linea di continuità con il programma di lavoro già avviato per la diffusione del fascicolo informatico d'impresa, attraverso il coinvolgimento diretto dei Dipartimenti competenti e degli Sportelli Unici per le attività produttive.

11.2 VETERINARIA

11.2.1. PREMESSA

La riorganizzazione della Sanità Pubblica Veterinaria, codificata dalle leggi regionali n. 23 del 11/08/2015 e n. 15 del 29/06/2016, consentirà di migliorare l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie erogate dai Dipartimenti e Distretti Veterinari. Il nuovo quadro normativo riconduce le prestazioni sanitarie a cinque macro ambiti di attività profondamente interconnessi tra loro:

- Verifica della sicurezza degli alimenti di origine animale
- Prevenzione delle malattie animali
- Verifica dell'Igiene e sicurezza veterinaria a livello di produzione primaria a tutela dei consumatori
- Azioni sanitarie in sostegno della competitività e dell'export dei prodotti di o.a.
- Prevenzione del randagismo, tutela animali da compagnia e interventi assistiti con animali

I Dipartimenti dovranno assicurare la governance del sistema promuovendo l'uniformità di indirizzo tecnico-scientifico dei Servizi dipartimentali e dei Distretti veterinari, adottando una struttura organizzativa "a matrice" nella quale la dimensione tecnico-scientifica del Dipartimento e dei Servizi si integra con la dimensione operativa dei Distretti territoriali. Infatti solo perseguendo una razionale integrazione tra Dipartimento e Distretto è possibile un appropriato governo trasversale dei processi aziendali con riferimento sia alla qualità che all'economicità delle prestazioni erogate. Tale modalità organizzativa, che assicura una capillare presenza sul territorio dei Veterinari Ufficiali, consentirà di interagire con gli operatori economici lungo tutta la filiera agroalimentare in modo da garantire una maggiore efficacia delle misure di prevenzione sanitaria, anche promuovendo una maggiore corresponsabilizzazione dei medesimi Operatori sugli obiettivi della "legislazione alimentare".

Al fine di efficientare il sistema dei controlli ufficiali verrà attivato un processo di digitalizzazione delle attività di controllo con una progressiva dematerializzazione del processo di rendicontazione, in un'ottica di trasparenza e anche al fine di ridurre gli adempimenti burocratici a carico degli operatori sanitari.

Nell'ambito della programmazione aziendale dovrà essere data particolare attenzione all'impatto dei nuovi Lea sul processo di definizione degli obiettivi vincolanti e strategici.

11.2.2. GOVERNANCE DELLA SANITÀ PUBBLICA VETERINARIA

11.2.2.1 Azione

- Predisposizione del PIAPV al fine di attuare gli obiettivi vincolanti e strategici previsti dal PRISPV, secondo le modalità codificate dal Manuale e dall'U.O. Veterinaria.
- Attuazione del Piano di Coordinamento dei controlli con le altre autorità competenti e del piano di controllo integrato in materia di condizionalità sulle aziende zootecniche

beneficiarie di aiuti comunitari, in attuazione del protocollo sottoscritto in data 01/08/2013 e DGR1105/2013.

- Predisposizione del piano di audit interno per la valutazione dell'efficacia e dell'appropriatezza delle attività di controllo ufficiale e per la verifica del raggiungimento degli obiettivi programmati.

11.2.2.2 Modalità operative

Il dipartimento veterinario delle ATS:

- Predispone il Piano Integrato Aziendale della Prevenzione Veterinaria entro il 28/01/2017, prevedendo l'integrazione operativa tra le Aree funzionali dipartimentali;
- Uniforma le procedure aziendali, con particolare riferimento alle ATS che sono state oggetto di accorpamento;
- Garantisce la raccolta e la registrazione dei dati necessari all'elaborazione del set di indicatori di attività/processo, secondo le modalità codificate dall'U.O. Veterinaria, con lo scopo di dotare i DPV di uno strumento uniforme, trasparente, appropriato, operativo e flessibile per le attività di programmazione, monitoraggio e verifica dei risultati, da impiegare in via sperimentale per la successiva validazione;
- Assolve e rendiconta i debiti informativi necessari per il governo delle attività di competenza della sanità pubblica veterinaria tramite il Sistema Informativo Veterinario Integrato (SIVI) ;
 - Predispone e attua il programma di audit interno con il coinvolgimento delle strutture complesse Dipartimentali/Distrettuali;

11.2.3. VERIFICA DELLA SICUREZZA DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE

11.2.3.1 Azione 1

Miglioramento dell'efficacia, appropriatezza ed efficienza dei controlli ufficiali nelle seguenti aree di intervento:

- Organizzazione di controlli ufficiali sulle attività situate in zone marginali o comunque soggette a vincoli geografici
- Gestione delle NC rilevate nel corso dei controlli ufficiali
- Efficacia ed efficienza delle attività di controllo mediante campionamento ufficiale e sulle analisi in autocontrollo
- Sorveglianza in materia di contaminazioni ambientali sulle filiere agroalimentari
- Omogeneizzazione delle modalità di controllo ufficiale

- Gestione allerta mediante sistema i-RASFFS: attuazione delle misure di informazione rapida nel caso di riscontro di alimenti e/o mangimi non conformi ai requisiti regolamentari

11.2.3.2 Modalità operative 1

- Assicurare il raggiungimento degli alti standard di sicurezza previsti dalla vigente normativa regionale, nazionale e comunitaria con particolare riguardo alla tutela delle attività economiche tipiche delle aree montane e per le attività marginali. In particolare per gli alpeggi puntuale applicazione delle nuove linee guida condivise con il Ministero della Salute e le regioni dell'arco alpino in materia di buone prassi sulle produzioni lattiero-casearie all'alpeggio.
- L'efficacia e la completezza delle azioni correttive adottate devono essere verificate e documentate dal competente Servizio Veterinario entro un termine definito. L'attività di verifica può essere condotta sulla base della documentazione e delle registrazioni prodotte dallo stesso OSA o, in alcuni casi, richiedere un apposito sopralluogo.
- Procedura di campionamento ufficiale: corretta applicazione della procedura prevista nel manuale standard e secondo le vigenti normative di settore. Verifica delle procedure di autocontrollo, ed in particolare delle modalità di campionamento e degli esiti dei campionamenti effettuati in autocontrollo dall'industria alimentare al fine di valutarne la trasparenza e l'efficacia.
- Attuazione delle attività di monitoraggio e sorveglianza finalizzate a verificare il tenore di contaminanti ambientali nella filiera agroalimentare, in particolare si dovranno attuare i piani di monitoraggio per la ricerca di metalli pesanti, pcb, diossine e altri contaminanti.
- Predisporre, sperimentare e attuare modalità di controllo in équipe interdisciplinari e, laddove opportuno, multiprofessionali. Tale attività di controllo sarà indirizzata, prevalentemente sugli impianti riconosciuti. La verifica dell'efficacia delle modalità di controllo adottate avverrà mediante un'attività di benchmarking tra le équipe finalizzata alla valutazione delle performance ed a individuare le pratiche migliori per migliorare la qualità e l'efficacia dei servizi erogati.
- Gestione allerta alimenti – RASFF, dal 1° Novembre 2016 è previsto l'utilizzo da parte delle ATS del portale europeo iRASFF, per le notifiche che hanno un impatto extra-regionale, secondo le indicazioni già fornite dalla DG Welfare. Gestione Richiami al consumatore. Al fine di garantire l'informazione più completa ai consumatori, quando sono attivate le procedure di richiamo di prodotti non conformi, le ATS pubblicano sul portale NSIS del Ministero della Salute gli avvisi di richiamo predisposti dagli OSA, secondo il format ministeriale.

11.2.3.3 Azione 2

Controllo contaminazione filiera latte da parte di micotossine

Considerati i risultati del Piano Straordinario 2016 si rende necessario anche per il 2017 attuare le misure previste dai piani straordinari di controllo sul mais destinato all'alimentazione animale e sul latte e sui prodotti a base di latte.

Fondamentale per i Dipartimenti veterinari per il 2017 sarà gestire e controllare il fenomeno con il coinvolgimento di tutti gli operatori del settore a partire dalla produzione primaria sino alla trasformazione.

11.2.3.4 Modalità operative 2

- Adozione delle attività previste dal piano latte 2017 e loro rendicontazione con le scadenze previste
- Interventi di formazione e informazione sugli operatori della filiera al fine di renderli consapevoli e responsabili sulla corretta gestione delle procedure di autocontrollo.
- Coinvolgimento dei laboratori che effettuano le analisi in autocontrollo sulle corrette pratiche per una gestione trasparente degli esiti non conformi.

11.2.4. PREVENZIONE DELLE MALATTIE ANIMALI

11.2.4.1 Azione

Miglioramento dell'efficacia e dell'appropriatezza dei controlli ufficiali nelle seguenti aree di intervento

- Gestione delle NC rilevate presso gli allevamenti in corso dei controlli ufficiali
- Appropriatezza dei controlli in sanità pubblica veterinaria nei confronti della malattie infettive degli animali di interesse zootecnico al fine del mantenimento dello stato sanitario di indennità nei confronti delle principali malattie oggetto dei piani.
- Azioni finalizzate a promuovere l'adesione da parte degli allevatori ai piani regionali di controllo

11.2.4.2 Modalità operative

- L'efficacia e la completezza delle azioni correttive messe in atto dall'allevatore a seguito di una prescrizione devono essere verificate e documentate dal competente Servizio Veterinario entro un termine congruo, pari a 15 giorni di calendario dal termine imposto all'allevatore per la risoluzione della NC stessa. L'attività di verifica può essere condotta sulla base delle evidenze documentali prodotte dall'allevatore o, in alcuni casi, richiedere un apposito sopralluogo.
- I DPV devono erogare l'attività di controllo secondo le modalità stabilite dalle specifiche norme nazionali e/o regionali. Le qualifiche sanitarie degli allevamenti nei confronti delle diverse malattie sono vincolate da una parte all'esito dei controlli svolti, dall'altra al rispetto delle modalità di esecuzioni previste dagli specifici Piani, ovvero frequenza e numerosità campionaria. In particolare, per le malattie degli animali nei

cui confronti la Lombardia è indenne, la corretta attuazione dei controlli e la loro puntuale registrazione nel sistema informativo regionale sono elementi fondamentali per il mantenimento di tale stato sanitario.

- La partecipazione degli allevatori ai piani regionali ad adesione volontaria richiede la consapevolezza dei vantaggi di tipo sanitario e commerciale che ne derivano; pertanto i DPV, anche con il coinvolgimento delle organizzazioni professionali della produzione primaria e della trasformazione, devono provvedere ad effettuare attività di divulgazione e formazione, rivolte ad allevatori e veterinari liberi professionisti, volte ad incentivare la partecipazione anche ai piani regionali ad adesione volontaria.

11.2.5. GESTIONE DEL FARMACO E BENESSERE ANIMALE.

11.2.5.1 Azione 1

Dematerializzazione nella prescrizione di farmaci veterinari e nella registrazione dei trattamenti. L'utilizzo della ricetta elettronica in medicina veterinaria e la dematerializzazione di alcuni adempimenti previsti nella registrazione dei trattamenti permetterà di fatto controlli sempre più appropriati e al passo con le nuove sfide della sanità veterinaria e semplificazioni amministrative sostanziali per gli operatori del settore alimentare.

Dopo la fase di avvio effettuata nel corso del 2016 in collaborazione con il Ministero della Salute i Dipartimenti Veterinari dovranno implementare l'utilizzo delle funzionalità previste per i veterinari impegnati in ambito zootecnico e operanti in Lombardia, per i grossisti autorizzati alla vendita diretta/farmacie e per gli allevatori.

11.2.5.2 Modalità operative 1

I Dipartimenti di Prevenzione Veterinari delle ATS dovranno attivare e attuare le azioni previste dall'attivazione delle nuove funzionalità secondo la tempistica codificata dalla regione.

11.2.5.3 Azione 2

Verifica dell'impatto sull'animale delle condizioni di allevamento dettate dalle pertinenti disposizioni normative sul benessere animale.

Verrà sviluppato un progetto con i Dipartimenti Veterinari delle ATS e con la collaborazione del Ministero della salute, Università e Centro nazionale di riferimento sul benessere animale con l'obiettivo di realizzare un "sistema di controllo" che consenta di rilevare le non conformità alle disposizioni normative e di misurare l'impatto sull'animale delle condizioni di allevamento.

In prima istanza saranno affrontati l'allevamento intensivo del suino pesante e del pollo da carne, che hanno un forte impatto sia sull'animale che sulla opinione pubblica

11.2.5.4 Modalità operative 2

Applicazione di linee guida sul “sistema di controllo” (metodo e check list), esecuzione dei controlli sul campione identificato dalla UO Veterinaria e relativa puntuale rendicontazione. Formazione degli operatori del controllo ufficiale sul “sistema di controllo”

11.2.5.5 Azione 3

Applicazione del D.Lgs. n. 26/2014 in materia di protezione degli animali utilizzati ai fini scientifici

Nel 2017 si completa l'entrata in vigore del D.Lgs. n.26/2014 e pertanto si ritiene opportuno procedere alla verifica del possesso dei requisiti previsti e all'adeguamento delle autorizzazioni sanitarie degli allevatori e dei fornitori.

11.2.5.6 Modalità operative 3

Esecuzione, nel corso dei controlli previsti dal Piano regionale della sperimentazione 2017, delle verifiche del possesso dei requisiti necessari per il rilascio delle autorizzazioni e aggiornamento dell'autorizzazione prevista.

11.2.6. AZIONI SANITARIE IN SOSTEGNO DELLA COMPETITIVITÀ E DELL'EXPORT DEI PRODOTTI DI O.A.

11.2.6.1 Azione 1

Sostegno all'export di prodotti di origine animale

Il mantenimento dei requisiti stabiliti per l'inserimento nella lista degli stabilimenti abilitati costituisce condizione necessaria e imprescindibile perché lo stesso impianto possa esportare, direttamente o indirettamente, le proprie merci verso alcuni Paesi terzi. Gli stabilimenti iscritti in una o più “lista di Paesi terzi”, come tali, possono essere soggetti a verifica da parte delle Autorità del Paese in questione e del Ministero della Salute, in quanto Autorità garante dei rapporti con i Paesi terzi. Nel caso in cui gli ispettori dei Paesi terzi dovessero riscontrare gravi carenze presso gli impianti autorizzati all'esportazione verso il proprio Paese, potrebbero adottare misure restrittive del commercio anche a carico degli altri stabilimenti in lista non soggetti a verifica, con grave nocimento per l'intero sistema Italia e perdita di credibilità per le Autorità sanitarie del nostro Paese

11.2.6.2 Modalità operative 1

- Programmazione e conduzione degli interventi di supervisione sugli impianti inseriti in una o più liste di stabilimenti approvati per l'esportazione verso Paesi terzi
- Predisposizione e attuazione di un sistema di controlli in grado di fornire le garanzie richieste dai Paesi terzi di sbocco delle derrate di origine animale originarie o provenienti dalla Lombardia

11.2.6.3 Azione 2

Mantenimento dell'indennità nei confronti delle malattie infettive e diffusive degli animali di interesse zootecnico

Le azioni di tutela del patrimonio zootecnico regionale, finalizzate anche a favorire in modo armonizzato l'export delle nostre produzioni verso Paesi Terzi, devono garantire lo stato di indennità nei confronti di malattie infettive e diffusive degli animali, con particolare riferimento a quelle che risultano vincolanti per questi flussi commerciali. E' noto infatti che la notifica di alcune malattie (es influenza aviaria; Peste suina; malattia vescicolare; trichina) determina da parte di alcuni Paesi Terzi l'immediata adozione di restrizioni, fino al blocco delle importazioni.

11.2.6.4 Modalità operative 2

- L'elevato livello di indennità conseguita dal territorio regionale nei confronti della malattia di Aujeszky nel corso degli ultimi due anni va mantenuto al fine di ottenere dalla Commissione Europea il riconoscimento ufficiale del piano regionale di eradicazione.
- In questo anche il controllo e il monitoraggio sanitario della fauna selvatica, che risulta spesso ospite definitivo, intermedio, o reservoir di talune di questa malattie ha un ruolo nella tutela sanitaria del patrimonio zootecnico e va quindi mantenuto.
- Autovalutazione del grado di adeguatezza del piano aziendale delle emergenze epidemiche e formazione degli operatori all'uso degli strumenti informatici regionali per la gestione delle emergenze.

11.2.7. PREVENZIONE DEL RANDAGISMO E TUTELA ANIMALI DA COMPAGNIA

11.2.7.1 Azione

Attuazione "Piani triennali degli interventi in materia di educazione sanitaria e zoofila, di controllo demografico della popolazione animale e di prevenzione del randagismo 2015-2017"

Con Decreto n. 11538/2015: Impegno e contestuale liquidazione di risorse finanziarie per l'attuazione del "Piano regionale triennale degli interventi in materia di educazione sanitaria e zoofila, di controllo demografico della popolazione animale e di prevenzione del randagismo 2015-2017", di cui alla DGR n. X/3611 del 21/05/2015, sono stati

approvati, impegnati e liquidati i “Piani triennali degli interventi in materia di educazione sanitaria e zoofila, di controllo demografico della popolazione animale e di prevenzione del randagismo 2015-2017”, trasmessi da ciascuna ATS.

La costituzione delle nuove ATS, nel modificare l’assetto organizzativo dei Dipartimenti Veterinari, determina l’esigenza di rivedere gli interventi già approvati, al fine di rispondere ad esigenze di uniformità nell’applicazione del Piano e di efficienza nell’uso delle risorse rispetto ai nuovi accorpamenti territoriali; nella revisione dei piani già approvati dalle ATS, saranno possibili solo delle variazioni nell’ambito del medesimo intervento. Inoltre, tenuto conto anche delle modifiche amministrative e organizzative intercorse nelle nuove ATS, che possono avere causato uno slittamento dei termini per l’adozione dei provvedimenti attuativi degli interventi la scadenza per la realizzazione degli interventi previsti dai “Piani” viene posticipata al 31 dicembre 2018.

11.2.7.2 Modalità operative

Le ATS adottano con atto aziendale le modifiche al precedente atto che recepiva le prescrizioni di cui al combinato disposto della DGR n. 3611/2015 e del Decreto n. 11538/2015. Qualora si dovessero rendere necessarie modifiche sostanziali (es. spostamento di risorse da un intervento ad un altro), andrà richiesta approvazione alla Regione. Il termine entro cui le ATS rendicontano alla Regione sui risultati conseguiti, tenuto conto anche degli indicatori individuati dal “Piano” regionale sarà il 31 gennaio 2019.

11.2.7.3 Azione 2

Esecuzione del Regolamento di attuazione della legge regionale n. 33/2009 così come modificata dall’art.2 della legge regionale n.15 del 29/06/2016

11.2.7.4 Modalità operative 2

Le ATS provvedono ad attuare le disposizioni regionali relative alla:

- Registrazione in Anagrafe AA delle strutture di ricovero degli animali d’affezione già in esercizio, per le quali non era prevista autorizzazione, previa verifica dei requisiti
- Verifica del mantenimento dei requisiti delle strutture di ricovero degli animali d’affezione e della corrispondenza dei soggetti presenti con i dati nell’Anagrafe degli Animali d’Affezione, sulla base di un piano che tenga conto dei dati presenti in anagrafe e dei risultati di precedenti controlli.

11.3.PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE

11.3.1. ATTUAZIONE DELLA LR 23/2015 NELL'AREA PREVENZIONE

11.3.1.1 Vaccinazioni

L'attivazione di quanto previsto dal decreto n. 3682 Del 28/04/2016 "Organizzazione dell'offerta vaccinale alla luce della l.r. n.23/2015" dovrà avvenire nel rispetto dei piani inviati da ATS –ASST in risposta alla nota Protocollo G1.2016.0024665 del 19/07/2016 "attivazione del percorso per l'organizzazione in ASST e in ATS dell'attività vaccinale alla luce della l.r. 23/2015 e del decreto 3682/2016" e relativi indirizzi definiti dalla DG Welfare.

Le risorse economiche per l'attività di vaccinazione sono allocate presso le ATS che attraverso la contrattazione annuale le allocherà a sua volta presso le ASST di riferimento. Si definisce inoltre che in merito all'acquisto dei vaccini le ATS avranno, soprattutto in una prima fase del passaggio delle vaccinazioni alle ASST, un ruolo non solo di controllo ma anche supporto alle ASST valutando e correggendo ove necessario la definizione dei fabbisogni utili alla realizzazione della gara unica Regionale. Pertanto per il 2017 gli acquisti da parte delle ASST dovranno ricevere un vaglio da parte delle ATS.

La DG Welfare predisporrà gli strumenti per l'attivazione di audit nell'ambito dell'attività vaccinale e intensificherà, per il primo semestre, la richiesta di debiti informativi (in tema di realizzazione inviti, organizzazione sedute vaccinali, coperture) verso le ATS/ASST per il monitoraggio del corretto passaggio delle vaccinazioni in ASST.

Stante quanto sopra, visto il ruolo di **governance** dell'attività vaccinale sul proprio territorio, **si chiede alle ATS** di aggiornare la DG Welfare attraverso gli indicatori riportati in tabella con le seguenti scadenze: 10 gennaio, il 10 febbraio ed il 10 marzo, 10 aprile.

Gli indicatori sono stati divisi in 2 tipologie: di processo e sentinella

Gli indicatori di processo monitorano l'attivazione del passaggio organizzativo delle funzioni e del personale in ASST.

Gli indicatori sentinella servono a controllare la presenza/l'assenza di non conformità gravi dal punto di vista organizzativo e pertanto devono essere rendicontate con cadenza mensile fino al 10 aprile.

Le ATS nel rendicontare alla DG Welfare tali indicatori dovranno contestualmente darne notizia alle ASST del proprio territorio.

| INDICATORI DI PROCESSO | | |
|---|----|----|
| Tutto il personale per cui si è programmato il trasferimento alla ASST per la funzione delle vaccinazioni è stato trasferito (sia da un punto di vista amministrativo sia funzionale)? | SI | NO |
| Indicare la data del primo incontro del tavolo tecnico formalizzato ATS-ASST per monitorare lo sviluppo/le criticità del trasferimento delle attività e del personale | | |
| Tutti gli operatori in ASST e in ATS hanno la possibilità di utilizzare in relazione alle loro funzioni il software vaccinale? (es. profilazione utenti, aggiornamento carte siss, postazioni operative etc) | SI | NO |
| I riferimenti di tutti i centri vaccinali sono stati aggiornati in relazione alla nuova organizzazione? (n° di telefono, indirizzi mail su siti web, e lettere di invito etc) | SI | NO |

| | | |
|--|--------------------------------------|----|
| L'ambulatorio vaccinale dei viaggiatori internazionali opera a regime nell'ambito della nuova organizzazione ASST? | SI | NO |
| La ATS ha fornito indicazioni a tutte le ASST per l'identificazione delle coorti da vaccinare e relativi modalità controllo della correttezza/completezza delle anagrafiche? | SI | NO |
| Tutte le ASST del territorio hanno realizzato il loro primo lotto di inviti per la chiamata alla vaccinazione esavalente? | SI | NO |
| E' stato aggiornato il sistema di gestione di reclami con il tema vaccinazioni da parte dell'utenza in ASST ? | SI | NO |
| E' stato attivato in ATS un sistema di monitoraggio delle coperture vaccinali che vagli sia i primi inviti sia la corretta tempistica del richiamo per le seconde /terze dosi? | SI | NO |
| INDICATORI SENTINELLA | | |
| Quale è il n° di sedute vaccinali non effettuate (o con rispondenze basse) per errori in programmazione/invito/postelizzazione? | n° _____ | |
| Quale è il n° di sedute vaccinali non effettuate rispetto al programmato? (oltre al numero indicare le motivazioni) | n° _____ 1) 2) | |
| Le coperture (ovvero n° vaccinazioni eseguite) di gennaio 2017 sono coerenti con quelle di analogo territorio per gennaio 2016? (da compilare a febbraio 2017) | SI | NO |
| Le coperture di febbraio (ovvero n° vaccinazioni eseguite) 2017 sono coerenti con quelle di analogo territorio per febbraio 2016? (da compilare a marzo 2017) | SI | NO |
| Le coperture (ovvero n° vaccinazioni eseguite) di marzo 2017 sono coerenti con quelle di analogo territorio per marzo 2016? (da compilare a aprile 2017) | SI | NO |
| Il numero di segnalazione di eventi avversi nel periodo gennaio – marzo 2017 è coerente con quanto registrato nello stesso periodo del 2016? (da compilare a aprile 2017) | SI | NO |
| Il tempo di attesa per la prenotazione delle vaccinazioni internazionali nel periodo gennaio – marzo 2017 è coerente con quello dello stesso periodo 2016? | SI | NO |
| INFORMAZIONI AGGIUNTIVE | | |
| Indicare il n° di ambulatori vaccinali aggiuntivi realizzati presso le ASST per soggetti a rischio | | |
| Indicare il n° di ambulatori vaccinali aggiuntivi realizzati presso le ASST per l'offerta universale | | |

**11.3.2. REALIZZAZIONE DEI PROGRAMMI DEL PIANO REGIONALE PREVENZIONE (PRP):
INDICAZIONI ATTIVITÀ 2017.**

11.3.2.1 Promozione di stili di vita e ambienti favorevoli alla salute per la prevenzione dei fattori di rischio comportamentali delle cronicità.

Il Piano Regionale della Prevenzione 2015 – 2018 declina le azioni di sistema per la prevenzione della cronicità secondo il modello *biopsicosociale*, solidamente sostenuto da evidenze e modelli notoriamente dall'OMS, che guarda ai "processi di salute" delle persone nel loro intero ciclo di vita e nei diversi setting ove questi si sviluppano.

E' con questa chiave di lettura che anche per le attività di prevenzione è necessario procedere allo sviluppo locale dei programmi regionali in essere ("Scuole che Promuovono Salute - SPS", "Aziende che Promuovono Salute- WHP", "Percorso nascita", "Comunità locali", "Prevenzione cronicità") a partire da una coerente ed attenta lettura della domanda secondo una stratificazione, che, nell'attuale fase, può essere descritta, utilizzando un "*modello sistemico*", secondo la seguente schematizzazione:

- a) "*Sistema popolazione generale, potenzialmente sana e senza dinamiche strutturate di domanda sanitaria*", al quale si rivolgono i programmi di comunità/popolazione, appunto finalizzati a prevenire/ridurre, nelle diverse fasce di età e nei diversi contesti (scuole, luoghi di lavoro, comunità locali) di vita, l'esposizione a fattori di rischio comportamentali e contestualmente e l'offerta di opportunità di *agire* stili di vita favorevoli alla salute aumentare
- b) "*Sottosistema popolazione con presenza di fattori di rischio (sovrappeso, sedentarietà, tabagismo, ecc.) e gradi diversi di disponibilità al cambiamento e di health literacy nonché assente o sporadica domanda sanitaria*", al quale, all'interno dei programmi di comunità, si rivolgono gli interventi targettizzati ed evidence based, tesi ad aumentare conoscenza sui fattori di rischio comportamentali e relative competenze per il loro superamento (ad esempio Gruppi di Cammino target specifici, counselling breve in setting opportunistici, diffusione delle informazioni sui servizi dedicati al trattamento del tabagismo, ecc.)
- c) "*Sottosistema popolazione con presenza di fattori di rischio (...) e Sottosistema popolazione con cronicità in fase iniziale, prevalentemente mono patologica*" al quale si rivolgono le azioni, previste nel PRP (Programma 6 "Prevenzione della cronicità") e recepite dalla DGR 4662/2015 "Indirizzi regionali per la presa in carico della cronicità e della fragilità in Regione Lombardia 2016-2018" che si sostanziano, nell'ambito della presa in carico individuale, in:
 - percorsi di diagnosi precoce
 - offerta di counselling motivazionale
 - educazione sanitaria (individuo, famiglia, care giver)

Questa lettura rende evidente che l'obiettivo generale dei programmi di comunità e dei percorsi di presa in carico individuale negli aspetti afferenti "prestazioni a carattere preventivo" (sopra citate al punto C e che andranno integrate nei PDTA), è un "guadagno di salute" capace di

- ritardare/ridurre la domanda "sanitaria"
- ritardare/ridurre/sostenere le fragilità (anche attraverso l'adozione di strumenti di Health Equity Audit nei programmi di comunità e la messa a sistema di criteri di

stratificazione che incrociano dati sanitari con fattori socio-economici individuali e collettivi che impattano sulla domanda/consumi),

- incidere complessivamente positivamente su benessere e qualità della vita di persone e comunità.

Per quanto attiene la programmazione e l'operatività 2017, nel confermarsì l'impianto degli indirizzi di cui alla dgr 4702/2015 e gli elementi metodologici di cui alla nota G1.2016.0004073 del 02/02/2016, la DG Welfare fornirà puntuali indicazioni di dettaglio.

11.3.2.2 Vaccinazioni

La DG Welfare, richiamato l'allegato 2 – Inquadramento economico, in tema di offerta vaccinale, definirà per l'attività 2017 le modalità di introduzione previste dalla offerta vaccinale dei nuovi LEA (CSR 3736 del 3/8/2016). Le indicazioni verranno espresse attraverso la definizione di un nuovo "Piano Regionale di Prevenzione Vaccinale" che recepirà gli indirizzi LEA e dell'emanando "Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2016-2018". In tal senso sono di riferimento le espressioni della "Commissione tecnico-scientifica per la programmazione e verifica delle vaccinazioni" di cui al decreto 1322 del 26/02/2015 che si avvarrà del modello decisionale EtD (Evidence to Decision EtD framework) sviluppato in Regione Lombardia.

Stante quanto sopra, sentita la "Commissione tecnico-scientifica per la programmazione e verifica delle vaccinazioni", si definisce che, in relazione alla gravità della patologia e alla presenza di una offerta di vaccinazione per la vaccinazione antimeningococco C, per i nati nel 2017, nell'ambito del nuovo piano di prevenzione vaccinale, verrà prioritariamente proposta l'offerta per la vaccinazione antimeningococco B secondo modalità operative/organizzative che verranno successivamente esplicitate.

Non sono previste offerte di ATS e ASST in tema di vaccinazioni oltre a quanto esplicitamente indicato negli atti di indirizzo regionale ed in particolare nel Piano Regionale di Prevenzione Vaccinale che definisce, in coerenza con il piano nazionale, sia la tipologia di offerta sia le modalità di erogazione di profilassi vaccinale (compresa quella in co-pagamento) in Regione Lombardia.

L'attivazione delle gare centralizzate per l'acquisto dei vaccini utili alla realizzazione del Piano Regionale di Prevenzione Vaccinale è regolata come segue:

- 1) In coerenza con il Piano Regionale di Prevenzione Vaccinale sono definite le specifiche dei vaccini per cui si prevede l'acquisto. Tale attività è in carico della DG Welfare che, sentito il parere della Commissione regionale vaccini, integra con ulteriori specifiche tecniche quanto definito nel Piano Regionale di Prevenzione Vaccinale
- 2) In relazione al punto 1 ed in seguito ad autorizzazione della DG Welfare, la centrale unica acquisti (ARCA) attiva la richiesta del fabbisogno vaccinale, gestisce la gara, monitora la progressiva erosione vigilando sulla coerenza degli acquisti con i fabbisogni espressi e gestisce i rapporti con le ATS e aggiorna in tal senso la DG Welfare
- 3) le ATS definiscono i fabbisogni per il proprio territorio raccogliendo e validando le richieste da parte delle ASST ed inviandole ad ARCA
- 4) ARCA, previa autorizzazione della DG Welfare, attiva la procedura di gara

- 5) le ASST procedono, in coerenza con i fabbisogni espressi, all'acquisto dei vaccini da erogare

11.3.2.3 Malattie infettive

I capisaldi della programmazione nell'ambito della sorveglianza, controllo e prevenzione delle malattie infettive in Lombardia sono il mantenimento e rafforzamento della sorveglianza anche attraverso l'integrazione con dati di laboratorio, il sostegno e la diffusione di pratiche basate su prove di efficacia, la sensibilizzazione e la formazione degli stakeholder e attori coinvolti e il miglioramento della comunicazione a tutti i livelli.

In continuità con gli anni precedenti gli obiettivi 2017 di ATS e ASST sono la tempestività/completezza delle segnalazioni di tutti i nuovi casi di patologia infettiva con particolare attenzione a nuovi casi di morbillo, rosolia, HIV, malattie invasive batteriche e tubercolosi. Si raccomanda ove necessario l'invio di campioni biologici ai laboratori di riferimento come da indicazioni della DGR 3190/2015. In particolare alle ASST è chiesto di consolidare l'utilizzo delle segnalazioni online.

La tabella di seguito aggiorna per quanto riguarda i laboratori di riferimento la DGR 3190/2015.

| MALATTIA INFETTIVA | SEGNALAZIONE/NOTIFICA/SISTEMA | ACCERTAMENTI CON FINALITÀ PREVENTIVE E LABORATORI DI RIFERIMENTO |
|---------------------------|--|---|
| SALMONELLOSI NON TIFOIDEE | Le segnalazioni vanno inserite in MAINF; vanno obbligatoriamente compilate tutte le schede.Regione provvede ad assolvere al debito informativo con il Ministero. | <p>Per la sierotipizzazione di casi singoli o focolai presso rimane valido quanto definito dalla DGR 3190/2015</p> <p>Accertamenti ulteriori in casi particolari (definiti da ATS di diagnosi): Laboratorio Enterobatteri Patogeni U.O.C. Microbiologia ASST Santi Paolo e Carlo Presidio Ospedaliero San Carlo Borromeo via Pio II, 3 20153 MILANO telefono laboratorio: 02. 4022 2471 e-mail: cepis@unimi.it</p> <p>Presso l'ISS è attivo ENTERNET - Rete Internazionale di Sorveglianza per le infezioni Enteriche da Salmonella e da VTEC 0157 (www.simi.iss.it/Enternet/index.asp), cui i Laboratori sono invitati ad aderire. Referente per la nostra Regione: Laboratorio Enterobatteri Patogeni U.O.C. Microbiologia (vedi sopra)</p> |

| | | |
|------------|--|---|
| LISTERIOSI | Le segnalazioni vanno inserite in MAINF (comprese le forme di meningite da listeria che non debbono essere dunque registrate come meningiti batteriche); vanno obbligatoriamente compilate tutte le schede. La Regione provvede ad assolvere al debito informativo con il Ministero. | Invio dei ceppi per tutti i casi (sia correlati che non correlati con la gravidanza): Laboratorio Enterobatteri Patogeni Accertamenti ulteriori in casi particolari (definiti da ATS di diagnosi): Laboratorio Enterobatteri Patogeni U.O.C. Microbiologia ASST Santi Paolo e Carlo Presidio Ospedaliero San Carlo Borromeo via Pio II, 3 20153 MILANO telefono laboratorio: 02. 4022 2471 e-mail: cepis@unimi.it |
|------------|--|---|

Per il 2017 si prevede, richiamato quanto definito nell'allegato 2 – Inquadramento economico, in tema di laboratori di riferimento delle malattie infettive, di definire che per i seguenti laboratori (in coerenza con quanto definito dalla DGR 3190/2015) sarà possibile valorizzare l'attività di sanità pubblica sia in merito alla attività di preparedness sia in merito al supporto alla diagnosi:

- per la Tubercolosi il Laboratorio di Microbiologia e Virologia AO Niguarda, Piazza Ospedale
- per la Listeria e le Salmonellosi (Accertamenti ulteriori in casi particolari definiti da ASL di diagnosi): il Laboratorio Enterobatteri Patogeni ASST Santi Paolo e Carlo (sostituisce nella DGR 3190/2015) Laboratorio Enterobatteri Patogeni Dipartimento di Scienze della Salute – Polo Universitario San Paolo – AO San Paolo)
- per le Meningo encefaliti virali - West Nile, Zika, Chikungunya, Dengue e altre arbovirus: Laboratorio ASST Fatebenefratelli Sacco e IRCCS San Matteo Pavia
- Morbillo e Rosolia (laboratori in fase di riconoscimento da parte di ISS): Università degli Studi di Milano Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute
- per le Malattie Invasive Batteriche tipizzazione dei ceppi derivanti da infezioni invasive (meningiti, sepsi, polmoniti): Laboratorio Microbiologia Fondazione Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena – Milano

Per questa attività la rendicontazione economica avverrà attraverso l'elaborazione da parte delle ASST del conto economico trimestrale (CET) nel quale si chiede di compilare la nota integrativa come da istruzioni della stessa.

11.3.2.4 Screening

La l.r. n. 23/2015 conferma il ruolo di *governance* (ovvero invito e sensibilizzazione del paziente e controllo del percorso fino alla diagnosi) in capo alle ATS e di erogazione in capo agli erogatori (ovvero accoglienza del paziente, realizzazione e rendicontazione delle prestazioni effettuate, e ove necessario realizzazione degli approfondimenti).

Per l'anno 2017, in coerenza con il programma 5 del Piano Regionale di Prevenzione 2015-2018 si prevede di sostenere la crescita della popolazione coinvolta nei programmi di screening (obiettivo LEA), e l'introduzione dello screening per la cervice uterina con il test per HPV DNA test, anche richiamando quanto definito nell'allegato 2 – Inquadramento economico.

Per lo screening della cervice uterina si prevede di attivare il percorso in coerenza con quanto verrà definito da successivi indirizzi regionali (Linee Guida Regionali e definizione dei Laboratori di riferimento); l'acquisto del materiale per l'esecuzione dei test avverrà con gara unica centralizzata.

Per lo screening mammografico sarà necessario garantire il controllo della qualità delle prestazioni erogate, in particolare attraverso l'analisi della casistica dei cancri di intervallo e dei cancri in stadio avanzato; in tal senso le ASST dovranno garantire piena collaborazione dei propri professionisti (radiologi, tecnici di radiologia, anatomo patologi) alle ATS nei percorsi per l'analisi dei casi di cancri di intervallo e dei cancri screen detected avanzati. Al fine di migliorare la qualità delle mammografie dovranno essere monitorati i volumi di mammografie di screening lette (di riferimento è 5000 letture/anno per radiologo) e ove necessario attivare percorsi di razionalizzazione.

I Centri screening e le Breast Unit (definite con DGR 5119/2016) attivano momenti di collaborazione al fine di rendere complementari le rispettive attività, in particolare:

- i Centri screening attivano percorsi di razionalizzazione degli approfondimenti di secondo livello orientandoli verso l'esecuzione nelle Breast Unit,
- le Breast Unit attivano percorsi di orientamento nei programmi di screening della domanda di prevenzione spontanea delle donne in età target per lo screening.

In merito allo screening colon rettale è richiesto alle ATS di attivarsi per l'analisi del percorso casa-laboratorio del kit per l'esecuzione del fobt al fine di garantire la tracciabilità nelle diverse fasi del percorso (punto di consegna del campione da parte dell'utenza, punto di raccolta dei campioni, invio al laboratorio di analisi).

Si specifica che le ASST dovranno mettere a disposizione dei programmi di screening opportuni volumi di prestazioni per garantire una adeguata copertura della popolazione e collaborare nella rendicontazione delle stadiazioni dei cancri screen detected .

In merito ai flussi informativi le ATS si dovranno attivare per garantire una gestione delle banche dati anagrafiche che garantiscano ai programmi di screening la visione di tutti i propri residenti ed assistiti, inoltre le ATS dovranno controllare la qualità dei dati di invio a flusso individuale per l'anno 2016 : ovvero la coerenza dei dati rendicontati con flusso individuale con quelli rendicontati in maniera aggregata, e l'implementazione dell'invio degli esclusi pre-invito nel flusso individuale come da successive indicazioni regionali.

Per quel che riguarda il ruolo di stewardship regionale nel 2017 si proseguirà il percorso di audit con la metodologia precede proceed, ciò anche per favorire la continuità operativa nell'ambito del processo di riassetto territoriale delle attività.

11.3.2.5 Salute e ambiente

Nell'ambito del Programma P.10 del PRP 2008-2015, denominato "INTEGRAZIONE SALUTE E AMBIENTE", nel fare il quadro degli obiettivi e delle azioni volte ad incrementare la capacità di lettura e di intervento sistemico sul territorio delle Amministrazioni e degli Enti locali attraverso l'integrazione delle informazioni ambientali con quelle per la tutela della salute dei cittadini, si chiede alle ATS di farsi parte attiva al fine di:

- svolgere azione di promozione ed assistenza ai Comuni dei loro territori al fine di incrementare l'adozione delle misure di prevenzione del rischio gas radon in ambienti indoor, in coerenza con le linee di indirizzo di cui al decreto Direttore Generale Sanità, ora Welfare, del 21 dicembre 2011, n. 12678, sulla base degli esiti del monitoraggio condotto nel 2016 (di prossima diffusione);
- contribuire, nell'ambito delle procedure di valutazione ambientale di opere/progetti ricadenti sul proprio territorio alla formazione del giudizio di compatibilità da parte

dell'Autorità Competente, nel rispetto dei contenuti di cui alla d.g.r. 4792 dell'08 febbraio 2016.

Inoltre, poiché nel corso 2016 è giunto a termine il progetto “Tools for Health Impact Assessment Valutazione di Impatto sulla Salute (VIS) Linee Guida e strumenti per valutatori e proponenti” - facente parte del Programma 2013 del Centro Nazionale per il Controllo delle malattie (CCM), del quale la D.G. Welfare è stata parte attiva – la UO Prevenzione, in collaborazione con la DG AESS, organizzerà momenti di confronto e formazione specifica rivolti alle ATS con l'obiettivo di riqualificare il ruolo e di valorizzare l'apporto degli operatori della sanità pubblica, all'interno delle procedure di valutazione preventiva, onde consolidare la rete dei referenti regionali con competenze sanitarie sul tema. La capacità delle ATS di esprimere in Commissione Valutazione Impatto Ambientale (VIA) richieste di integrazione sostanziali agli aspetti di salute pubblica sarà elemento valorizzato attraverso lo specifico indicatore (ddg 9607 del 03.10.2017).

11.3.2.6 Tutela della salute e sicurezza del lavoratore; prevenzione e controllo rischio amianto

Fermo restando l'obiettivo di controllare per i Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro delle ATS il 5% delle imprese attive presenti sul territorio, ai fini del soddisfacimento del relativo LEA, nell'ambito del PRP 2015-2018, Programma P.9 “TUTELA DELLA SALUTE E SICUREZZA DEL LAVORATORE”, di cui il Piano regionale 2014-2018 per la tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro (D.g.r. 20 dicembre 2013 - n. X/1104) è esplicitazione, proseguono le attività delle ATS e delle ASST sede di UO OML per il raggiungimento dell'obiettivo specifico di emersione delle malattie professionali, misurato attraverso uno specifico indicatore sentinella la cui fonte dati è il Sistema Informativo Regionale della Prevenzione – area Person@ - Ma.P.I.

Dopo il rilascio ai medici ospedalieri della funzionalità telematica per la segnalazione degli elementi essenziali dei casi di mesoteliomi, tumori naso-sinusali e tumori del polmone e della vescica, ai medici del lavoro delle ATS e delle ASST sede di UO OML che ne verificano l'origine professionale – attività che si protrae secondo il programma P.12 “PREVENZIONE E CONTROLLO RISCHIO AMIANTO” - nel 2017 sarà rilasciata analoga funzionalità ai medici di medicina generale per la segnalazione di patologie da sovraccarico biomeccanico (prima tra le patologie denunciate di origine professionale).

L'incremento dei casi (mesoteliomi, tumori naso-sinusali e tumori del polmone e della vescica, patologie da sovraccarico biomeccanico) inseriti in Ma.P.I., esito delle azioni di stimolo (incontri, comunicazioni, seminari, ecc.) all'invio delle segnalazioni e denunce, realizzate nei confronti dei medici ospedalieri e dei medici di medicina generale dalle ATS e dalle ASST sede di UO OML, sarà l'elemento valorizzato ai fini del soddisfacimento dell'obiettivo.

Le ATS proseguono gli interventi di assistenza alle scuole del loro territorio per lo sviluppo di competenze in materia di salute e sicurezza sul lavoro (SSL) nei curricula scolastici, in stretta collaborazione con gli Uffici Scolastici Territoriali e con le sedi provinciali INAIL, nonché in sinergia con il partenariato economico-sociale all'interno dei Comitati Provinciali di Coordinamento art. 7 D.Lgs 81/08.

In particolare, in coerenza con il Protocollo approvato con dgr 5192 del 23.5.2016 e sottoscritto in data 6.10.2016 tra DG Welfare, INAIL Lombardia e USR Lombardia, e secondo le ulteriori indicazioni rese dalla UO Prevenzione, le ATS, in occasione della realizzazione di percorsi di alternanza scuola-lavoro per gli studenti delle classi III degli istituti di secondo grado, curano che la formazione generale ex art. 37 D.Lgs 81/08 sia

tradotta in competenze dalla scuola nella scuola, poi verificate e certificate all'impresa ospitante.

11.3.2.7 Piano dei controlli sulle sostanze chimiche

Nell'ambito del programma P.11: "PIANO DEI CONTROLLI SULLE SOSTANZE CHIMICHE" le ATS sono chiamate a realizzare gli interventi previsti dal relativo Piano Nazionale delle attività di controllo sulle sostanze chimiche. Il Piano Nazionale per il controllo dei fitosanitari resta un ambito di riferimento specifico, con indicatori propri riferiti agli utilizzatori, rivenditori ed importatori. Con riguardo all'amianto, il servizio Gestione Manufatti in Amianto, Ge.M.A. – area Relazione Annuale art. 9 L. 257/92, sarà aggiornato con nuovi campi in coerenza all'Accordo CSR n. 5 del 20.01.2016. Le ATS sono chiamate ad assistere, ove necessario, le imprese utilizzatrici, assicurando che la totalità dei Piani di lavoro trasmessi on-line trovi collocazione nella relazione consuntiva.

11.3.2.8 Sicurezza alimentare e tutela del consumatore

Le ATS provvederanno alla programmazione delle attività in modo da garantire:

- La partecipazione al processo di Audit sulle Autorità Competenti Locali in materia di alimenti non di origine animale (SIAN) ai sensi del Reg CE 882/2004, in coerenza con il decreto dirigenziale 11493 del 17/12/2015.
- L'effettuazione di audit interni/verifiche dell'efficacia dei controlli ufficiali eseguiti come previsto da Accordo Stato – Regioni 07/02/2013 con rendicontazione alla UO Prevenzione secondo il format che verrà fornito. Con l'occasione si procederà anche all'aggiornamento in funzione delle innovazioni introdotte con la l.r. 23/2015 delle istruzioni / procedure operative per il controllo ufficiale ai sensi del Reg. (CE) 882/2004.
- Il mantenimento della formazione degli operatori del controllo ufficiale secondo quanto previsto dall'Accordo Stato – Regioni 07/02/2013, con rendicontazione alla UO Prevenzione secondo il format che verrà fornito. Effettuazione di formazione a cascata all'interno dell'ATS in caso di partecipazione a corsi organizzati da Ministero e Regione. La partecipazione a corsi CE – BTSF dovrà avvenire in raccordo con la UO Prevenzione, garantendo altresì la partecipazione alla realizzazione di eventi formativi a livello regionale.
- Il Programma integrato controlli da inviarsi alla UO Prevenzione entro il 28/02/2017, dovrà evidenziare per l'area di sicurezza alimentare il mantenimento dell'attività dell'anno precedente e la quota di controlli congiunti con le altre Autorità Competenti.
- La rendicontazione dei controlli effettuati nel 2016 dovrà essere inserita in Impres@ entro il 28/02/2017 e, limitatamente ai controlli analitici degli alimenti, nei database nazionali (NSIS VIG, NSIS Pesticidi, Cruscotto CROGM) secondo le frequenze e le modalità stabilite dal Ministero della Salute. Le analisi degli alimenti inserite nei database nazionali potranno non essere inserite in Impres@.

Si richiama che l'attività di controllo ufficiale ai sensi del Reg. (CE) 882/2004 deve essere attuata secondo quanto previsto dal Manuale degli Standard e in coerenza con il documento "Indirizzi regionali per il controllo ufficiale degli alimenti non di origine animale, dei materiali destinati al contatto con gli alimenti e delle acque destinate al consumo umano" (DGR n. 3993 del 04/08/2015) ed eventuali altri atti di indirizzo regionali.

11.3.2.9 Performances: monitoraggio e valutazione dell'attività di prevenzione

Per le aree afferenti al Dipartimento di Igiene e Prevenzione sanitaria - DIPS la valutazione degli obiettivi per il 2017 avverrà tramite il valore di sintesi di ogni area nell'ambito della

valutazione delle “Performances delle attività di Prevenzione” secondo le indicazioni che verranno fornite dalla DG Welfare – UO Prevenzione.

Inoltre per l'area della Sicurezza Alimentare le ATS provvederanno alla programmazione delle attività in modo da garantire:

- La completa attuazione di quanto previsto dal piano regionale per il controllo delle micotossine in alimenti.
- L'attuazione di quanto previsto nel Piano di campionamento regionale per gli alimenti di origine vegetale e MOCA e le indicazioni relative ai controlli delle acque destinate al consumo umano (D.Lgs 31/2001, case dell'acqua, radioattività).

11.3.2.10 Gestione allerta alimenti – RASFF

Fermo restando il mantenimento dell'attività in essere, mediante l'utilizzo e la compilazione dell'applicativo regionale, in relazione agli indirizzi europei e nazionali operativi dal 1° Novembre 2016, è previsto l'utilizzo da parte delle ATS del portale europeo iRASFF, per le notifiche che hanno un impatto extra-regionale, secondo le indicazioni già fornite dalla DG Welfare.

11.3.2.11 Gestione Richiami al consumatore

Al fine di garantire l'informazione più completa ai consumatori, quando sono attivate le procedure di richiamo di prodotti non conformi, le ATS pubblicano sul portale NSIS del Ministero della Salute gli avvisi di richiamo predisposti dagli OSA, secondo il format ministeriale.

11.3.2.12 Malattie Infettive, Infezioni/Malattie Sessualmente Trasmesse (IST/MTS)

Le ATS nell'ambito della riorganizzazione dovranno rivedere le procedure interne della sorveglianza delle malattie infettive per garantire una piena e rapida presa in carico delle diverse fasi (dalla ricezione della segnalazione, all'eventuale intervento, alla segnalazione a Regione o a Ministero e ISS). In tal senso la ATS potrà definire protocolli di intesa con le ASST per garantire l'attivazione per la somministrazione di attività di profilassi in caso di necessità.

In Regione Lombardia i dati dell'infezione di HIV mostrano un totale di 815 casi segnalati nel 2015 per una incidenza pari a 8,1 nuovi casi di positività da HIV ogni 100.000 residenti. Fino al 2000 la Lombardia registrava più di mille nuovi casi di AIDS ogni anno, con il trascorrere del tempo si è potuto assistere ad una progressiva diminuzione delle infezioni: i dati di oggi riferiscono di un tasso di incidenza pari a 2 nuovi casi per 100.000 residenti, circa 200 casi all'anno.

Inoltre in tema di Infezioni a Sessualmente Trasmesse (IST) i dati derivanti dalle sorveglianze sentinella mostrano a livello italiano negli ultimi anni un significativo aumento delle segnalazioni di condilomi ano-genitali e dell'infezione da Clamidia Trachomatis collocandola anche a livello nazionale tra le IST più frequenti. Per quanto riguarda la sifilide in Lombardia sono stati segnalati una media di 314 casi/anno.

Con nota 6493 del 22/02/2016 Regione Lombardia ha attivato una mappatura delle sedi dei centri che svolgono attività MTS/CRH sul proprio territorio. Visti i cambiamenti nell'epidemiologia delle IST e del sistema sanitario regionale si ritiene opportuna un'evoluzione degli indirizzi regionali.

Nel 2017 saranno aggiornate le indicazioni per l'attività della rete dei Centri IST (CHR/MTS) delle ASST che effettuano presa in carico e diagnosi delle IST e con definizione di standard

di attività. In sintesi i centri IST dovranno possedere sia competenze clinico-diagnostiche sia di sanità pubblica al fine di garantire non solo una presa in carico dei bisogni del paziente ma anche azioni mirate alla prevenzione e al controllo delle IST.

L'attività di prevenzione e di promozione della salute in tema HIV / IST sarà pertanto oggetto di raccordo tra i Centri IST (CHR/MTS) delle ASST ed i Dipartimenti di Igiene e di Prevenzione Sanitaria della ATS. In particolare l'ATS svolge i compiti di:

- raccolta, analisi, reporting e diffusione dei dati;
- governance e programmazione delle attività di promozione della salute e di prevenzione, anche attraverso attività di formazione e comunicazione.

11.3.2.13 Laboratori di Prevenzione

Proseguirà l'attività di razionalizzazione dei Laboratori di Prevenzione, avviata con DGR 4441/2012 e proseguita con DGR 1103/2013 e DGR 4761/2016, nell'ottica della LR 23/2015 e con il coordinamento della UO Prevenzione, in coerenza con quanto indicato negli obiettivi 2016 in merito alla riorganizzazione dei laboratori multisede.

Le attività non riconducibili al supporto analitico ai Dipartimenti di Igiene e Prevenzione sanitaria dovranno progressivamente essere ricondotte, nell'ottica della riorganizzazione della rete dei LP e del SSR, alla rete dei laboratori clinici, accreditati per tali analisi (es. attività di tossicologia - ricerca di droghe d'abuso - in capo ai SERT ora collocati in ASST). L'acquisto di nuova strumentazione e/o l'implementazione da parte dei Laboratori di Prevenzione di nuove metodiche sviluppabili per combinazione matrice/analita dovrà essere preventivamente concordata con la DG Welfare – UO Prevenzione.

A fronte dell'evoluzione del SSR, i LP dovranno lavorare sempre più in rete in particolare per quanto riguarda:

- pre-accettazione dei campioni di alimenti e acque potabili, al fine di facilitare la rendicontazione in NSIS;
- effettuazione di gare aggregate con aggiudicazione ad una global service delle manutenzioni delle apparecchiature e degli strumenti di laboratorio.

11.3.2.14 Unità Operative Ospedaliere di Medicina del lavoro

Le Unità Operative Ospedaliere di Medicina del lavoro (UOOML) rappresentano un patrimonio specifico dell'organizzazione socio-sanitaria lombarda, unico nella realtà della sanità e della prevenzione in Italia. Regione Lombardia ne ha previsto il riordino del ruolo e delle attività, già con DGR n. X/2989 del 23.12.2014. Oggi, con la legge regionale n. 23/2015, ad esse è affidato il ruolo di Servizi Specialistici di ASST e di IRCCS pubblici che forniscono supporto clinico e specialistico ai Dipartimenti di Igiene e Prevenzione sanitaria delle ATS e garantiscono prestazioni specialistiche, valutazioni a soggetti terzi, pubblici e privati, in tema di identificazione e controllo di fattori di rischi esogeni (ambiente, occupazione, stili di vita, ...) e di diagnosi precoce e prevenzione dei quadri patologici ad essi correlati.

Nell'ambito dei lavori di aggiornamento della d.g.r. n° VI/46797 del 3 dicembre 1999 che le aveva istituite, con nuovo provvedimento regionale, lo stanziamento di fondi regionali per le funzioni non tariffabili svolte dalle UOOML consentirà di:

- valorizzare le medesime funzioni quali attività istituzionali legate a specifico interesse pubblico,
- avviare un percorso di accompagnamento alla corretta ripartizione per singole UOOML,
- assicurare un bilancio equo tra attività stimata e successiva attribuzione dei fondi alle ASST,

istituire un flusso di rendicontazione delle attività erogate da ogni ASST sede di UOOML.

11.3.3. AREA PREVENZIONE VALORIZZAZIONI ECONOMICHE

Fermo restando quando destinato al Fondo Sanitario Regionale in base alla emananda Legge di Stabilità 2017, per le attività afferenti all'area della prevenzione, sulla base dei nuovi LEA attualmente in corso di approvazione, i settori interessati sono:

11.3.3.1 area vaccini

- i nuovi LEA prevedono l'accoglimento della nuova offerta presente nell'intesa S/RPPA sul Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale - PNPV 2016-2018, la cui reale applicazione prevede ulteriori passaggi di confronto tra ministero e regioni che dovrà concretizzarsi con successiva intesa ed aggiornamento del Piano Regionale di Prevenzione Vaccinale - PRPV. Le risorse aggiuntive per la sua attuazione (solo acquisto vaccini) sono state calcolate da MEF e Ministero Salute e per la Regione Lombardia in una prima fase in 51.342.945 euro.

Tale quota è complementare a quanto già definito ovvero costi previsti dall'attuale calendario vaccinale regionale (D.G.R. IX/ 4475/2012), incrementati nel 2016 con la quota di 7.300.000 euro per l'offerta ai soggetti selezionati sulla base di status/patologie (D.G.R. X/3993/2015).

11.3.3.2 area malattie infettive

- in continuità con i precedenti anni l'attività laboratoristica di supporto alla sorveglianza della malattie infettive garantita dalla rete dei laboratori clinici e universitari di riferimento (come più avanti elencati) è valorizzata fino ad un massimo di 500.000 euro.
- In coerenza con quanto previsto nel Piano Regionale della Prevenzione (D.G.R. X/3654/2015 aggiornato con DGR X/4702/2015), tenuto conto degli indirizzi del Consiglio Regionale con Deliberazione 27 luglio 2016 n. X/1133, successivamente alla emanazione dal parte della DG Welfare delle Indicazioni in tema di sorveglianza, prevenzione e controllo, sarà prevista la possibilità di effettuare gli accertamenti sierologici per le malattie a trasmissione sessuale (in analogia con quanto previsto per la diagnosi di sieropositività HIV) presso i centri MTS della ASST. In relazione ai soli beni e servizi è ipotizzabile una valorizzazione per i laboratori di ASST ove presente un centro MTS fino ad un massimo di 500.000 euro.

11.3.3.3 area screening

- in coerenza con quanto previsto nel Piano Regionale della Prevenzione (D.G.R. X/3654/2015 aggiornato con DGR X/4702/2015), tenuto conto degli indirizzi del Consiglio Regionale con Deliberazione 27 luglio 2016 n. X/1153, successivamente alla emanazione da parte della DG Welfare dell'aggiornamento delle linee guida per lo screening mammografico e screening colon rettale, si prevede un ampliamento dell'offerta attiva alle donne di età 45-49 e 70-74 delle mammografie di screening e ai soggetti di età 70-74 per la ricerca del sangue occulto nelle feci; è ipotizzabile un costo fino ad un massimo di 14.000.000 euro (va considerato che, ancorché su accesso spontaneo, tali prestazioni sono già erogate a totale carico SSR).
- in coerenza con quanto previsto nel Piano Regionale della Prevenzione nel corso del 2017 si prevede l'avvio dello screening per il carcinoma del collo dell'utero mediante HPV-DNA Test rivolto alle donne di età 34-64 anni. Tenuto conto che in regione

Lombardia alcuni territori offrono già screening con chiamata attiva mediante Pap test, mentre nei restanti è particolarmente elevata l'accesso spontaneo al Pap test, si ipotizza una riconversione dei costi in essere, con un incremento fino a 5.000.000 euro in relazione all'acquisto dei nuovi test che avverrà comunque con gara centralizzata ARCA

11.3.3.4 area promozione salute e prevenzione fattori di rischio comportamentali

- in coerenza con quanto previsto ne Piano Regionale della Prevenzione (D.G.R. X/3654/2015 aggiornato con DGR X/4702/2015) e declinato anche nei nuovi LEA, che prevede lo sviluppo di specifiche azioni, anche a carattere intersettoriale, nell' ambito dei Piani Integrati Locali di Promozione della Salute – PIL si confermano le risorse economiche “Attività PIL” suddivise come già in dgr 4702/2015:

- o euro 60.000 ATS Bergamo
- o euro 60.000 ATS Brescia
- o euro 60.000 ATS Brianza
- o euro 60.000 ATS Insubria
- o euro 40.000 ATS Montagna
- o euro 60.000 ATS Padana
- o euro 40.000 ATS Pavia
- o euro 140.000 ATS Milano

Per la ATS di Milano, inoltre, in relazione alle funzioni di supporto alla attività regionale per 1) coordinamento Piani Integrati Locali di Promozione e sviluppo Reti di promozione della salute, 2) coordinamento e attività Programmi Life Skills Training e Unplugged , si confermano rispettivamente l'assegnazione annuale di euro 85.000 e di euro 100.000 (quest'ultimo importo comprensivo dell'importo di euro 60.000 già previsto per l'anno scolastico 2016-2017 nell'ambito delle risorse assegnate con DDG n. 7250 del 22/07/2016)

11.3.3.5 area malattie professionali

- Nell'area di tutela dei lavoratori (Piano regionale 2014-2018 per la tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, D.g.r. 20 dicembre 2013 - n. X/1104 e del Piano Regionale di Prevenzione (PRP) 2015-2018 – Programma 9 “Tutela della salute e sicurezza dei lavoratori”, le ATS e le UOOML presso le ASST sono chiamate al raggiungimento dell'obiettivo specifico di emersione delle malattie professionali. Dopo il rilascio della funzionalità telematica ai medici ospedalieri per la trasmissione degli elementi essenziali dei casi di mesoteliomi, tumori naso-sinusali e tumori del polmone e della vescica, ai medici del lavoro di ATS e ASST che ne verificano l'origine professionale, nel 2017 sarà rilasciata analoga funzionalità ai medici di medicina generale per la segnalazione di patologie da sovraccarico biomeccanico (prima tra le patologie denunciate di origine professionale). Tale elemento può essere considerato all'interno del percorso di definizione delle diverse categorie per la presa in carico del soggetto affetto da patologie croniche e pertanto verrà valutata la partecipazione di tale voce nella definizione del tariffario della “presa in carico del soggetto cronico”

11.3.3.6 Introiti derivanti dalla attività di controllo

Si richiama che gli introiti derivanti:

- dalla irrogazioni di ammende/sanzioni a seguito delle attività di controllo in materia di sicurezza e salute sul lavoro - DLgs 81/08;
- quanto dovuto ai sensi del DLgs 194/08, per quanto riguarda gli OSA che trattano alimenti non di origine animale
- dalla irrogazioni di sanzioni per violazione al Regolamento (CE) n. 1907/2006 REACH – Registration, Evaluation, Autorizathion of Chemicals e al Regolamento (CE) n. 1272/2008 CLP – Classification, Labelling, and Packaging,

dovranno essere versati dalle ATS a Regione Lombardia, secondo le modalità che verranno specificatamente comunicate ed utilizzati per ulteriore attività di prevenzione svolta dai DIPS, nel rispetto delle norme sopra citate e in coerenza con gli specifici programmi del PRP di “Tutela della salute e sicurezza dei lavoratori”, di “Piano dei controlli sostanze chimiche”, “Sicurezza alimentare per la tutela del consumatore”, secondo le indicazioni che parimenti saranno fornite dall’UO Prevenzione.

11.4 MEDICINA LEGALE

11.4.1. INDIRIZZI PER LA PIENA ATTUAZIONE DELLA LR 23/2015 NEL CAMPO DELLA MEDICINA LEGALE E NECROSCOPICA

L’evoluzione del sistema sociosanitario regionale lombardo ex LR 23/2015 richiede un’articolata riorganizzazione del complesso delle attività medico-legali, prima divise in ospedaliere e territoriali, prevedendone l’unificazione e la conseguente disponibilità di competenze specialistiche aggiuntive della disciplina al servizio delle neocostituite ASST. Al fine di realizzare appieno quanto sopra e di ottimizzare le risorse umane e strumentali, si richiede alle ASST di:

- a) prevedere una gestione unitaria delle prestazioni medico legali di rilevanza territoriale e ospedaliera, all’interno di un’unica articolazione organizzativa di Medicina Legale, nel cui contesto venga adeguatamente rappresentato il necessario presidio del supporto tecnico specialistico medico legale nella gestione del contenzioso da attività sanitarie, in stretto coordinamento con le funzioni aziendali di Risk Management ed Avvocatura;
- b) provvedere a realizzare l’organizzazione in forma dipartimentale interaziendale delle UU.OO. di Medicina Legale, finalizzata ad assicurare l’unitarietà e l’omogeneità delle funzioni di “governance”, mediante il coordinamento tecnico-scientifico e funzionale del complesso di tutte le attività medico-legali, territoriali ed ospedaliere, assegnate alle singole UU.OO. nel rispetto di quanto previsto dalle linee guida regionali per l’adozione dei POAS (deliberazione della Giunta Regionale n. X/5513 del 02/08/2016). Tale strutturazione dipartimentale deve essere funzionale all’elaborazione di soluzioni alle problematiche emergenti nei singoli contesti organizzativi, evitando in particolare la frammentazione di singole articolazioni organizzative in precedenza afferenti alla medesima ASL, nell’ottica della qualità delle prestazioni medico legali, anche mediante l’elaborazione e la diffusione di indirizzi operativi condivisi a livello interaziendale.

Per le finalità di cui sopra risulta di strategica rilevanza l’evoluzione di un sistema di raccolta e organizzazione delle prestazioni (accertamenti medico legali in forma monocratica o collegiale, medicina necroscopica, istruttoria medico legale delle richieste di indennizzo ex

legge 210/92, contenzioso da attività sanitaria), nella prospettiva della “cartella medico-legale”, intesa quale strumento gestionale informatico finalizzato ad ottimizzare i percorsi dell'utente e garantire la completezza dei dati a disposizione del SSR.

La raccolta organizzata dei dati relativi agli accertamenti di medicina legale pubblica è finalizzata a raggiungere una sinergia di percorsi accertativo-valutativi e l'allestimento di protocolli frutto dell'attività di monitoraggio e confronto sistematico a livello interaziendale, grazie allo sviluppo di appositi sistemi di indicatori e alla realizzazione di un tavolo tecnico regionale, che consenta monitoraggio e benchmarking delle attività.

11.4.2. EVOLUZIONE DEL SISTEMA SANITARIO: INDICAZIONI IN MERITO ALLE ATTIVITÀ MEDICO-LEGALI

A supporto della fase attuativa della l.r.23/2015 di seguito si forniscono indicazioni relative alla attività medico-legali, ora afferenti alla ASST

11.4.2.1 Attività medico legali nella ATS

Con riferimento alla necessità per le ATS di avere garantita al proprio interno, in particolare in seno al Comitato Valutazione Sinistri, la funzione tecnica medico-legale di supporto nel contenzioso da attività sanitarie e nelle attività connesse alla gestione del rischio, pare opportuno prevedere la possibilità di attivare in tali casi modalità di collaborazione e di utilizzo sinergico delle risorse umane, nelle forme di convenzioni/protocolli d'intesa con le ASST sede di unità organizzative di Medicina Legale.

11.4.2.2 Garanzia di terzietà dei giudizi dei collegi medici

In conseguenza della nuova articolazione organizzativa del Sistema SocioSanitario regionale, è possibile che i Collegi Medici costituiti presso le ASST si trovino a dover valutare dipendenti della stessa Azienda, configurandosi in tali fattispecie possibili profili di conflitto di interesse o comunque dubbi in relazione alla necessaria garanzia di terzietà nel giudizio.

Risulta, quindi, opportuno che - al verificarsi di tali situazioni - la competenza alla valutazione del caso sia demandata ad altro organo collegiale, istituito presso altra Azienda socio-sanitaria territoriale sede di Struttura Complessa di medicina legale. Potranno essere attivati, a tale fine, specifici protocolli d'intesa tra ASST, che prevedano reciprocità di intervento in tutti i casi in cui si configurino problematiche relative alla terzietà dei giudizi.

11.4.2.3 Personale medico specialista in medicina del lavoro operante in commissioni medico-legali

Tra i compiti e le funzioni medico-legali che la legge di riforma sanitaria ha attribuito alle ASST, rientrano attività accertative svolte all'interno di collegi o commissioni medico-legali, nella cui composizione è prevista la specifica competenza in materia di medicina del lavoro.

A titolo esemplificativo sono di seguito indicate alcune tipologie di commissioni e collegi:

- Commissioni di accertamento della condizione di invalidità, handicap e disabilità, in particolare relativamente al collocamento lavorativo mirato dei disabili ai sensi della L. 68/1999

- Collegi Medici per l'accertamento della inidoneità psicofisica al servizio dei dipendenti pubblici, per il riconoscimento della inabilità lavorativa, per il cambio mansione, la proroga assenze per malattia in casi previsti dai CCNL, ecc.

L'apporto dello specialista in medicina del lavoro in tali casi era assicurato, prima della riforma, per il tramite dei servizi PSAL dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL, ora rimasti all'interno delle ATS.

Risulta pertanto indispensabile, richiamando quanto già previsto dalle regole di sistema 2016, prevedere che nella revisione organizzativa del settore e nella conseguente ricostituzione dei nuovi collegi/commissioni, sia garantita la disponibilità del personale specialista in medicina del lavoro necessario al loro funzionamento.

Laddove tale personale non fosse reperibile all'interno delle ASST, appare opportuno prevedere che lo stesso possa essere fornito dalle ATS, attraverso la stipula di apposite convenzioni o mediante altro strumento organizzativo (protocollo d'intesa o altro) ritenuto idoneo allo scopo.

Quanto sopra, di fatto, non comporta alcun aggravio dei carichi lavorativi afferenti alle singole figure, nonché al sistema sanitario regionale nel suo complesso.

Inoltre, rientrando l'attività in commento tra i compiti istituzionali del Sistema SocioSanitario, appare evidente che tale utilizzo sinergico delle risorse umane non dovrà comportare neppure aggravii di spesa, intendendosi con ciò precisare che la partecipazione agli organismi collegiali non potrà comportare, per i competenti specialisti dipendenti sia da ASST che da ATS, compensi economici aggiuntivi nella forma di gettoni di presenza.

11.4.2.4 Certificazioni monocratiche

Si richiama la competenza esclusiva dei servizi di medicina legale delle ASST nell'assicurare le prestazioni certificative di natura medico-legale. Conseguentemente tali attività non rientrano nelle competenze delle Agenzie di Tutela della Salute (ATS).

Le modalità finora previste (convenzioni tra ATS e ASST) erano finalizzate a garantire la funzionalità del sistema nel periodo di transizione della legge di evoluzione del sistema socio sanitario lombardo.

Stante il prolungarsi di tale periodo ed in considerazione che quota parte del personale che effettuava in ATS tali attività è in fase di passaggio da ATS a ASST unitamente alla attività di vaccinazione, si ritiene di prorogare tale possibilità fino al 30/6/2017.

Durante tale periodo lo stabilizzarsi delle assegnazioni consentirà di valutare i reali fabbisogni in riferimento alla domanda espressa dai singoli territori.

11.4.2.5 Medicina necroscopica

In premessa si richiama che con il termine "polizia", nel linguaggio amministrativo, si intende indicare il complesso di attività svolte da una pubblica autorità con poteri non solo di controllo e vigilanza, di autorizzazione, di programmazione, di regolamentazione, di definizione di norme e procedure, di verifica, di tutela, di espletamento di funzioni, più o meno ampie, fino a giungere alla gestione di attività, di opere, di servizi.

Nello specifico, il termine di polizia mortuaria riguarda il complesso di attività che si rendono necessarie in conseguenza della morte di una persona, sia nell'immediato del post-mortem, sia per quanto riguarda le pratiche funerarie (inumazione, tumulazione, cremazione), sia per

quanto riguarda l'accoglimento nei cimiteri, cioè nei luoghi appositamente deputati alla raccolta dei cadaveri fino al completamento dei naturali processi di trasformazione e molto frequentemente anche oltre.

Con riferimento alle competenze del SSR previste dal regolamento di polizia mortuaria, si evidenzia come rientrano tra le competenze dei servizi di medicina legale l'organizzazione e le attività relative alla funzione di medico necroscopo. Costituiscono invece competenze afferenti alla ATS – Dipartimento di Igiene e prevenzione sanitaria, le attività di polizia mortuaria, con particolare riferimento a quelle relative a vigilanza, formulazione di pareri sull'impatto sanitario di insediamenti e infrastrutture, progetti di bonifica, piani cimiteriali nonché sui piani di governo del territorio, trasporto funebre per l'estero con trattamento antiputrefattivo, ed ogni altra attività che esula dalla medicina necroscopica.

12 ATTIVITA' DI CONTROLLO SUGLI EROGATORI

12.1. AGENZIA DI CONTROLLO DEL SERVIZIO SOCIOSANITARIO LOMBARDO E ATS: COMPETENZE E RESPONSABILITÀ

L'art.11, comma 4, lettera a) della l.r. 23/15 affida all'Agenzia di controllo del servizio sociosanitario lombardo il compito di "*predisporre e proporre*" alla GR che lo approva, il piano annuale dei controlli e dei protocolli (operativi).

Con l'approvazione, avvenuta, il Piano diventa una fonte regolatoria di rango regionale e dunque sostituisce il documento (Piano controlli).

La stessa norma legislativa poi precisa: "*la funzione di controllo delle strutture territoriali delle ATS dev'essere svolta integrandosi e coordinandosi con il contenuto dei medesimi*" (piani e protocolli).

Premesso quanto sopra, le ATS dovranno continuare a predisporre il proprio piano aziendale, territoriale, che dovrà necessariamente tener conto di quanto contenuto nel piano proposto dalla Agenzia di controllo ed approvato dalla Giunta Regionale.

L'art.11, infine, precisa che: "*..... le strutture delle ATS preposte ai controlli dei soggetti erogatori del SSL si intendono, esclusivamente per l'esercizio di tale attività, funzionalmente collegate con l'Agenzia di controllo, che ne coordina l'attività verificando la corretta applicazione dei protocolli da parte delle ATS*".

Quanto sopra va inteso nel senso che le ATS continuano ad essere titolari della funzione di controllo nel loro ambito territoriale ed i NOC aziendali, pur essendo coordinati, per il controllo sugli erogatori, dall'Agenzia di controllo, continuano a dipendere, gerarchicamente, dalle loro aziende.

Ne discende quindi che l'Agenzia di controllo deve relazionarsi, non solo coi NOC (per coordinarne l'attività) ma anche, e in primis, con le direzioni delle ATS.

L'Agenzia di controllo deve, per legge, verificare "*la corretta applicazione dei protocolli*" da parte delle stesse ATS, in capo alle quali è ancora intestata la funzione di controllo.

12.2. INDICAZIONI PER LE ATS

12.2.1 Programmazione dei controlli

Le ATS (Art. 3, LR n. 23/2015) esercitano le proprie funzioni di "*vigilanza e controllo sulle strutture e sulle unità d'offerta sanitarie, sociosanitarie e sociali, come previsto dall'articolo 10 del d.lgs. 502/1992, secondo le cadenze previste dai propri piani di controllo annuali e da quelli previsti dall'agenzia di controllo di cui all'articolo 11*" della LR n. 23/2015.

Il Piano dei Controlli, già previsto dalla DGR n. VII/15324/2003 e richiamato nel citato Art. 3 della LR n. 23/2015, è il principale strumento di programmazione di cui le ATS dispongono per declinare nel concreto le linee di intervento a supporto della funzione di verifica, monitoraggio e controllo.

Pertanto le ATS entro il 30 aprile 2017 predispongono ed inviano alla DG Welfare e all'ACSS, esclusivamente in formato elettronico, il Piano dei Controlli relativo all'esercizio 2017.

12.2.2 Attività di indirizzo: Gruppo di Lavoro Regionale per l'Autorizzazione, l'Accreditamento, l'Appropriatezza e la Codifica delle Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie

Con il DDG n. 9535 del 29.09.2016 è stato ridefinito il metodo di gestione e di riscontro dei quesiti che erano posti tramite lo strumento Interpello, inizialmente, e per mezzo del Gruppo di Lavoro Accreditamento, Appropriatezza e Controllo successivamente (cfr. DDG n. 4304 del 13.05.2011).

È stato costituito un Gruppo di Lavoro (GdL) permanente tra la DG Welfare ed i referenti delle ATS e dei soggetti erogatori pubblici e privati accreditati, in ambito sanitario e sociosanitario, che affronta con cadenza mensile le questioni poste di maggiore rilevanza in tema di autorizzazione, accreditamento, appropriatezza e codifica delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie.

Le risposte ed i chiarimenti forniti dal Gruppo di Lavoro sono resi noti al territorio per il tramite dei referenti incaricati e sono pubblicati sul sito web della DG Welfare "*Normativa e Pubblicazioni/ Normativa e Documenti/Catalogazione/GDL Appropriatezza e Accreditamento*", sono da considerarsi pareri vincolanti tramite i quali vengono chiariti i dubbi relativi all'interpretazione o all'applicazione di normative o disposizioni amministrative già vigenti, garantendo così una applicazione omogenea sul territorio regionale della funzione di controllo delle ATS.

Il Gruppo in oggetto lavorerà per l'Esercizio 2017 e fino al termine della presente legislatura con le modalità definite dal citato Decreto n. 9535/2016.

12.3. INDIRIZZI PER I CONTROLLI DELLE PRESTAZIONI SANITARIE

Di intesa con l'Agenzia di Controllo del Sistema Socio Sanitario Lombardo (ACSS), viene confermata la necessità che per l'anno 2017 le direzioni strategiche delle ATS diano la massima priorità, in termini di programmazione e di risorse dedicate, all'attuazione delle disposizioni progressivamente introdotte dalla Giunta Regionale con le Regole di Sistema annuali, come raccolte e sistematizzate, fino all'anno 2011, con la DGR n. IX/2734/2011 ("*Testo unico delle regole di gestione del sistema sociosanitario regionale*"), nonché come enunciate con le successive deliberazioni in riferimento agli anni di Esercizio 2012, 2013, 2014, 2015 e 2016: DGR nn. IX/2633/2011, IX/2946/2012, IX/3976/2012, IX/4334/2012, IX/4605/2012, IX/4716/2013, X/301/2013, X/1185/2013, X/2633/2014, X/2989/2014, X/3993/2015, X/4376/2015 e X/4702/2015.

In particolare, in riferimento all'incremento della quota dei controlli introdotta già dalle Regole per il 2013 (DGR n. IX/4334/2012, incremento dall'originario 10% all'attuale 14%) ed al fine di garantire la sostenibilità delle attività conseguenti, si chiede alle direzioni strategiche delle ATS di considerare prioritarie queste attività destinando alle stesse un numero adeguato di operatori.

Si ricorda altresì l'obbligo di utilizzo del canale informativo del debito del NOC delle ATS su piattaforma SMAF, per l'invio degli esiti delle attività di controllo sulle prestazioni sanitarie di ricovero ed ambulatoriali: le stesse andranno comunicate, come di consueto, con cadenza mensile, entro il giorno 10 del mese successivo a quello in cui è stata svolta l'attività. I responsabili delle ATS dovranno comunque comunicare prontamente alla Direzione Generale Welfare e all'ACSS ogni evento di particolare rilevanza in merito ai controlli.

Si ribadisce altresì l'obbligo di invio dell'elenco aggiornato dei componenti del NOC delle ATS, all'inizio dell'Esercizio 2017 (entro il 31 marzo 2017) e successivamente ad ogni eventuale modifica degli stessi componenti.

Si ricordano di seguito, tra le altre, alcune delle indicazioni fornite dalla DGR n. VIII/4799/2007:

- la non obbligatorietà del preavviso della visita ispettiva a suo tempo definito in 48 ore “lavorative” dalla DGR n. VII/8078/2002;
- il superamento di quanto previsto dalla DGR n. VII/12692/2003 alla voce “calendarizzazione dei controlli”, dando la priorità alla verifica delle attività erogate nel corso dell'Esercizio di cui non sono state ancora saldate le attività che si individua con il periodo che va dal 1° gennaio di un anno al 28 febbraio dell'anno seguente;
- la non sospensione del controllo a seguito di “interpello” alla Direzione Generale Welfare, così come previsto dalla Circolare n. 37/SAN/2003 e con le modalità introdotte dal DDGS n. 4304 del 13.05.2011, privilegiando, nel caso di contestazione, l'interpretazione conservativa della modalità di codifica proposta dalla ATS;
- l'obbligatorietà dell'estensione del campione a tutta la casistica di riferimento, nel caso di rilevazione di errori ripetuti che superino la soglia statistica di significatività;
- l'attuazione, come previsto dalla LR n. 8/2007, della sovra-territorialità della funzione di controllo prevedendo la possibilità che le ATS verifichino le prestazioni a favore di propri residenti erogate da strutture ubicate presso altre ATS, superando la previsione del DDG n. 1375/05 e della DGR n. VIII/3776/2006 in tema di controlli tra territori vicini.

Si ritiene altresì qui utile ribadire quanto chiarito con la DGR n. VIII/4799/2007 anche in tema di rapporti tra Regione, ATS ed Erogatori e di compiti specifici degli stessi.

La Regione Lombardia, sulla base delle risorse disponibili, stabilisce i tetti di spesa annuali per le varie attività di assistenza ed attribuisce ad ogni ATS la quota di competenza, onde consentire ad esse di acquistare, controllare e pagare le prestazioni rientranti nel proprio ambito assistenziale. Le prestazioni sanitarie rese in regime di ricovero ed ambulatoriale, vengono acquistate dalle ATS sulla base di contratti (o convenzioni) di erogazione, per nome e per conto del Sistema Sanitario Lombardo, stipulati con strutture accreditate, sia di diritto pubblico che privato. Le regole cui fanno riferimenti i suddetti contratti in tema di tipo e di volumi di prestazioni, di remunerazione e di modalità di pagamento sono definite annualmente dalla stessa Regione Lombardia: viene così a determinarsi un servizio pubblico (di cui fanno parte Regione, ATS ed Erogatori pubblici e privati) non obbediente a criteri ordinari di mercato bensì a criteri universalistici di erogazione, tendenzialmente gratuita, di prestazioni assistenziali con remunerazione (a tariffa o a funzioni predefinite) a carico dell'erario. Il contratto (o convenzione) che l'ATS stipula con la struttura accreditata è dunque un contratto di diritto pubblico (concessione), i cui elementi costitutivi non determinano una relazione paritetica tra i soggetti: in quest'ambito l'Erogatore viene infatti qualificato dalla giurisprudenza quale concessionario di pubblico servizio.

L'Erogatore, nell'espletamento delle proprie funzioni, si impegna a partecipare agli obiettivi del SSL, rivestendo, con riferimento all'attività svolta, la qualifica di pubblico ufficiale o di incaricato di pubblico servizio. In questo senso l'Erogatore è tenuto quindi al rispetto del

quadro normativo regionale e nazionale di riferimento in tema di erogazione e di remunerazione delle prestazioni sanitarie nonché dei vincoli impostigli dalla Pubblica Amministrazione sullo stesso tema; ciò anche in riferimento alle modalità di controllo esercitato dalle ATS per tramite del NOC delle ATS e agli effetti della detta attività di controllo sul valore lordo della produzione delle prestazioni sanitarie erogate nel periodo di validità contrattuale.

In sintesi:

- la Regione programma, finanzia e indirizza;
- le ATS, enti pubblici strumentali delle Regioni per l'attuazione delle politiche regionali in materia di tutela della salute, acquisiscono, tramite i contratti, le prestazioni, le verificano e le pagano;
- le strutture sanitarie, pubbliche e private, titolari di accreditamento e di contratto con l'ATS, le erogano nel rispetto delle regole fissate dalla Pubblica Amministrazione e dei vincoli contrattuali.

Di seguito si dettagliano i contenuti in tema di “Controlli”.

12.3.1 Indicazioni operative

In riferimento a specifiche richieste in merito, si ritiene doveroso chiarire che la previsione a suo tempo definita circa la non ammissibilità di controlli ripetuti sulla stessa pratica di ricovero o ambulatoriale (controllo doppio) aveva significato non perentorio, finalizzato esclusivamente all'obiettivo di promuovere un ordine ed un'eshaustività dell'attività di controllo da ottenersi prioritariamente nel corso di un unico episodio ispettivo.

Ne risulta quindi che in casi particolari, in cui emergessero elementi nuovi e rilevanti che rendessero necessario verificare ipotesi di opportunismo nelle modalità di rendicontazione, risulta all'opposto doveroso riesaminare pratiche già controllate.

12.3.1.1 Controlli prestazioni di ricovero

Si conferma la necessità, per l'anno 2017, che almeno il 14% delle attività di ricovero siano soggette a controlli. Una quota fino a 7 punti percentuali (fino al 3% di qualità documentale e fino al 4% di congruenza ed appropriatezza generica) dei 14 sopra previsti potrà essere riferita ad attività di autocontrollo effettuate a cura dei soggetti erogatori secondo le modalità di selezione del campione e di successiva verifica dell'autocontrollo da parte delle ATS, stabilite dalle DGR nn. VIII/10077/09, IX/621/10 e X/1185/2013.

Per i restanti 7 punti percentuali si conferma la priorità da riservarsi, da parte delle ATS, alla selezione di tipo mirato della casistica per le conseguenti verifiche di congruenza.

Nel merito delle modalità di effettuazione e di trasmissione delle citate tipologie di controllo e delle relative tempistiche, sono integralmente riconfermate, anche per quest'Esercizio, le disposizioni vigenti per le verifiche di esclusiva pertinenza delle ATS nonché i contenuti di cui alle Regole 2014 (DGR n. X/1185/2013 - Allegato 3, Sub-Allegato B “*Controlli*” - e DGR n. X/2313/2014 - Allegato A, Cap. 2 “*Attività di controllo: precisazioni in merito alla DGR n. IX/4334 del 26.10.2012*”) per le attività di autocontrollo da parte degli Erogatori, come da sintesi riportata di seguito:

1. Autocontrollo qualità documentale (3%)

dai dimessi dal 1° gennaio 2017

ATS:

- campionamento casuale (numerosità = 3% produzione 2016) su gennaio-marzo 2017;
- invio ad Erogatori elenchi cartelle cliniche campionate.

Erogatore:

- invio esiti autocontrollo solo in ATS (NO correzioni in Regione su campione) entro il 30 settembre 2017.

ATS:

- campionamento quota parte del 3% iniziale, per verifica di concordanza;
- in concordanza, no sanzionamento per errore;
- in discordanza, estensione a intero campione autocontrollo e sanzionamento per errore (se decurtazione economica $\geq 5\%$);
- invio esiti quota parte controllo ATS ed autocontrollo Erogatore in Regione entro 10.03.18.

2. Autocontrollo congruenza (4%)

dai dimessi dal 1° gennaio 2017

Erogatore:

- Piano di Controllo aziendale (invio in ATS entro 31 gennaio 2017);
- campionamento mirato o casuale o misto (numerosità = 4% produzione 2016) su gennaio-giugno 2017;
- invio mensile in ATS elenchi cartelle cliniche campionate;
- invio esiti autocontrollo solo in ATS (NO correzioni in Regione su campione) entro il 30 settembre 2017.

ATS:

- segnalazione criticità Piano di Controllo aziendale (es. mancato rispetto quadro normativo regionale);
- campionamento quota parte del 4% iniziale, per verifica di concordanza;
- in concordanza, no sanzionamento per errore;
- in discordanza, estensione a intera produzione disponibile e sanzionamento per errore (se decurtazione economica $\geq 5\%$);
- invio esiti quota parte controllo ATS ed autocontrollo Erogatore in Regione entro 10.03.18.

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

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

12.3.1.2 Controlli prestazioni di specialistica ambulatoriale

Per le attività di specialistica ambulatoriale si ribadisce, per il 2017, una percentuale di controllo pari ad almeno il 3,5% delle pratiche, da effettuarsi, come di consueto, nei tempi e con le modalità previste dalle Regole di sistema, integralmente riconfermate con il presente atto.

12.4. INDIRIZZI PER I CONTROLLI SULLE UNITÀ D'OFFERTA SOCIO SANITARIE

Il sistema dei controlli deve concorrere a promuovere l'efficacia, l'efficienza, la qualità, l'appropriatezza e l'economicità delle prestazioni e dei servizi erogati ed è orientato a dare la certezza ai propri cittadini fragili e alle loro famiglie che una costante vigilanza ed un attento monitoraggio non solo sono essenziali per verificare che la qualità dei servizi sia conforme alle regole definite, ma sono anche utili per monitorare la relazione tra la domanda, nelle sue molteplici manifestazioni, e la rete delle unità d'offerta così come oggi è configurata.

Pertanto le ATS nella stesura del Piano dei controlli 2017 devono attenersi ai seguenti principi/indicazioni:

- centralità della persona: porre al centro dell'attività di vigilanza e controllo sulle unità di offerta della rete sociosanitaria il benessere degli utenti dei servizi e delle loro famiglie;
- qualità della rete degli erogatori: proseguire l'attività di vigilanza sulle unità d'offerta sociosanitarie al fine di garantire il pieno rispetto degli standard di esercizio e di accreditamento;
- qualità e appropriatezza delle prestazioni erogate, con riferimento all'assistenza diretta al singolo utente, attraverso l'esame della documentazione sociosanitaria, che comprende sia la verifica delle caratteristiche cliniche e psico-sociali del bisogno che ha determinato l'accesso al sistema sociosanitario sia la coerenza tra i bisogni della persona e le prestazioni assicurate: proseguire l'attività di controllo sulle prestazioni e sui servizi erogati al fine di garantirne efficacia, efficienza e sicurezza come definito dalla D.G.R. n. 1765/14.
- correttezza dei flussi di rendicontazione delle prestazioni erogate.

È inoltre compito delle ATS effettuare i controlli sul rispetto dell'adempimento degli obblighi contrattuali dei soggetti gestori.

Le funzioni di vigilanza e controllo si esercitano sui soggetti gestori e sulle unità d'offerta della rete sociosanitaria, pubbliche e private, indipendentemente dallo status erogativo (abilitate all'esercizio, accreditate, contrattualizzate) e in tutte le eventuali situazioni ove, per la tipologia di utenza e per i servizi offerti, si presuppone vengano svolte attività sociosanitarie in assenza di corretta abilitazione all'esercizio.

L'attività di vigilanza e controllo svolta dalle ATS è oggetto di rendicontazione alla DG Welfare attraverso le schede di monitoraggio semestrale da trasmettere entro il 31/07/2017 per il primo semestre ed entro il 31/01/2018 per il secondo semestre.

12.4.1 Attività di verifica dei requisiti di esercizio e di accreditamento

12.4.1.1 Attività di verifica dei requisiti connessa alla presentazione di SCIA e istanza di accreditamento

Verifica dei requisiti soggettivi: in attuazione a quanto previsto dalla D.G.R. n. 2569/14, le ATS devono garantire le verifiche di legge delle autocertificazioni/dichiarazioni sostitutive prodotte in relazione alle SCIA e alle istanze di accreditamento, mediante richiesta alle pubbliche amministrazioni certificanti degli stati/fatti/qualità oggetto di autocertificazione secondo le modalità definite dal DPR 445/2000 s.m.i.

Verifica dei requisiti organizzativi e gestionali e dei requisiti strutturali e tecnologici: le ATS devono garantire le verifiche sul possesso dei requisiti di esercizio e di accreditamento nel 100% delle SCIA e delle istanze di accreditamento presentate. Le verifiche devono essere effettuate tramite analisi documentale e visita in loco ed esitare in una precisa e puntuale attestazione del possesso di ogni singolo requisito.

12.4.1.2 Attività di vigilanza sul mantenimento dei requisiti di esercizio e di accreditamento

Si conferma per le ATS l'indicazione di verificare periodicamente il mantenimento dei requisiti strutturali e tecnologici e di quelli organizzativi e gestionali, generali e specifici, delle unità d'offerta sociosanitarie in esercizio. Per il 2017 tali verifiche devono essere effettuate su almeno il 50% delle unità di offerta presenti sui rispettivi territori delle ATS.

Per le unità d'offerta con sedi di erogazione secondarie, devono essere verificate, per la parte strutturale, tutte le sedi secondarie delle unità d'offerta campionate.

Le verifiche sul mantenimento dei requisiti di esercizio e di accreditamento devono essere effettuate senza preavviso.

12.4.1.3 Attività di vigilanza sul mantenimento dei requisiti soggettivi di esercizio e accreditamento

In attuazione a quanto previsto dalla D.G.R. n. 2569/14, le ATS devono effettuare le verifiche di legge delle autocertificazioni/dichiarazioni sostitutive di certificazione che i soggetti individuati dalla stessa D.G.R. sono tenuti a presentare entro il mese di gennaio di ciascun anno e, in caso di nuove nomine, entro un mese dalla nomina.

12.4.2 Attività di controllo sull'appropriatezza delle prestazioni erogate

Per il controlli sull'appropriatezza delle prestazioni, sono confermati sia il sistema degli indicatori di appropriatezza assistenziale previsto dalla D.G.R. n. 1765/14, sia il relativo metodo di rilevazione costituito dalle check-list regionali di verifica.

La programmazione per l'anno 2017 dovrà garantire il controllo sull'appropriatezza delle prestazioni erogate su almeno il 50% delle unità di offerta sociosanitarie in esercizio presenti sui rispettivi territori delle ATS, individuate in modo da assicurare la trasversalità rispetto a tutte le tipologie di unità d'offerta.

Devono, inoltre, essere programmati ulteriori controlli nelle unità d'offerta in cui siano state riscontrate criticità nel corso dell'anno 2016.

Per le unità d'offerta individuate secondo i criteri di cui sopra, nel 2017 deve essere garantito il controllo di appropriatezza sulle seguenti percentuali di fascicoli:

- prestazioni erogate in regime residenziali e semiresidenziali: è soggetto a controlli almeno il 15% dei fascicoli, calcolato sul numero di utenti rendicontati nel 2016. Il campione dei fascicoli da sottoporre a controllo potrà riguardare utenti in carico nel 2016 e/o nel 2017:
 - al fine di garantire la verifica di un congruo numero di fascicoli per ciascuna unità d'offerta controllata, per le prestazioni erogate in regime residenziale e semiresidenziale da RSD, CDD e CSS, la percentuale è aumentata al 30% dei fascicoli, calcolato sul numero di utenti rendicontati nel 2016. Il campione dei fascicoli da sottoporre a controllo potrà riguardare utenti in carico nel 2016 e/o nel 2017;
 - al fine di garantire la verifica di un congruo numero di fascicoli per ciascuna unità d'offerta controllata, per le prestazioni erogate in regime residenziale e semiresidenziale dalle strutture di Cure Intermedie, la percentuale è ridotta al 10% dei fascicoli, calcolato sul numero di utenti rendicontati nel 2016. Il campione dei fascicoli da sottoporre a controllo potrà riguardare utenti in carico nel 2016 e/o nel 2017;
- prestazioni erogate in regime ambulatoriale e domiciliare: è soggetto a controlli il 5% dei fascicoli, calcolato sul numero di utenti rendicontati nel 2016. Il campione dei fascicoli da sottoporre a controllo potrà riguardare utenti in carico nel 2016 e/o nel 2017:

- al fine di garantire la verifica di un numero omogeneo di fascicoli per ciascuna unità d'offerta controllata, per i Consultori Familiari, è soggetto a controlli il 5% dei fascicoli, calcolato sul numero di nuovi utenti che abbiano ricevuto prestazioni sociosanitarie ad alta integrazione nell'anno 2016. Il campione dei fascicoli da sottoporre a controllo riguarda nuovi utenti che abbiano ricevuto prestazioni sociosanitarie ad alta integrazione nel 2016 e/o nel 2017;
- al fine di garantire la verifica di un numero omogeneo di fascicoli per ciascuna unità d'offerta controllata, per le prestazioni erogate in regime ambulatoriale e domiciliare dalla strutture di riabilitazione è soggetto a controlli il 3% dei fascicoli, calcolato sul numero di utenti rendicontati nel 2016. Il campione dei fascicoli da sottoporre a controllo potrà riguardare utenti in carico nel 2016 e/o nel 2017.

Per tutte le tipologie di unità d'offerta, fatti salvi i casi in cui il numero dei fascicoli oggetto di campionamento sia inferiore a 30 e i casi in cui vi siano motivate ragioni, la percentuale di fascicoli soggetti a controllo per ciascuna unità d'offerta non può di norma superare il 50% dei fascicoli, calcolato sul numero di utenti rendicontati nel 2016.

Il campionamento dei fascicoli è effettuato sia in modo casuale, che mirato, riportando nel Piano le rispettive proporzioni e gli indicatori prescelti per la definizione della casistica mirata.

I controlli dovranno essere eseguiti da personale assegnato ai servizi preposti all'attività di vigilanza e controllo.

Fatti salvi i casi in cui sia necessario, per motivate ragioni, l'esecuzione di visite senza preavviso, i controlli di appropriatezza sono effettuati con preavviso all'ente gestore nella giornata lavorativa antecedente la visita.

Il preavviso è finalizzato a permettere all'ente gestore di organizzare le presenze di personale in modo da minimizzare l'impatto dell'attività di controllo sull'erogazione dei servizi all'utenza e deve limitarsi a comunicare l'unità d'offerta oggetto di controllo, senza dare informazioni sui fascicoli campionati per il controllo.

Fatti salvi i casi in cui sia necessario per motivate ragioni l'esecuzione di verifiche presso la ATS, i controlli di appropriatezza sono effettuati con visita all'interno della unità d'offerta, al fine di verificare direttamente lo svolgimento delle attività e dell'assistenza agli utenti e per cogliere tutti gli elementi capaci di meglio orientare l'attività del controllo di appropriatezza contestualizzandolo all'interno dell'effettivo operare della struttura. Nel corso della visita all'interno degli spazi della struttura gli operatori della ATS possono procedere ad individuare altri utenti per il controllo di appropriatezza, facendosi consegnare dai responsabili presenti i relativi fascicoli.

In ogni caso, nel corso delle visite di controllo presso le unità d'offerta, le equipe di vigilanza possono chiedere di accedere anche a ulteriori fascicoli rispetto a quelli campionati.

Per quanto riguarda i controlli di appropriatezza delle prestazioni erogate in regime di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), occorre tenere presente la peculiarità del percorso per l'accesso a questa unità d'offerta così come definito dal paragrafo 6 dell'Allegato 3 alla D.G.R. n. 2569/14 in merito ai controlli in itinere ed ex post.

In caso di incoerenze emerse dall'analisi documentale, gli operatori dell'ATS possono decidere di approfondire, con la persona assistita o con i suoi familiari, l'appropriatezza delle modalità di valutazione dei bisogni e di erogazione delle prestazioni rispetto al progetto individuale e dal programma/piano assistenziale personalizzato predisposto dall'équipe della struttura.

I soggetti gestori possono attivare procedure di autocontrollo, al fine di monitorare i propri processi assistenziali e migliorare la qualità delle prestazioni. L'autocontrollo effettuato dai gestori non rientra nel computo delle percentuali di verifica in capo alle ATS.

12.4.3 Attività di vigilanza e controllo sulle sperimentazioni di unità d'offerta e sulle misure innovative

Il Piano dei controlli deve prevedere anche le verifiche sulle sperimentazioni di unità d'offerta innovative, approvate dalla Regione e sulle misure innovative introdotte in applicazione alla D.G.R. n. X/116/2013.

Per le modalità e le percentuali di verifica si applicano le regole previste per le altre unità d'offerta.

I requisiti e gli standard sono quelli specifici definiti per la sperimentazione o la misura verificata.

12.5. ATTIVITÀ DI VIGILANZA SULLA RETE DELLE UNITÀ D'OFFERTA SOCIALI

Le ATS mantengono le funzioni di vigilanza e controllo anche sulle unità d'offerta della rete sociale.

Il Piano di vigilanza e controllo contiene l'analisi della rete delle unità d'offerta sociali presenti alla data del 01.01.2017 nonché quella relativa all'attività di vigilanza esercitata nel 2016, la puntuale descrizione della dotazione di personale adibito alle funzioni di vigilanza e i relativi percorsi formativi previsti, la dotazione degli strumenti informatici a supporto dell'attività di vigilanza e la rendicontazione sull'utilizzo delle risorse attribuite (ai sensi del ddg n.11036/2015).

Il Piano deve essere trasmesso alla DG Reddito di Autonomia e Inclusione Sociale via pec entro il 31 gennaio 2017 con specifico atto deliberativo del Direttore Generale ATS.

L'attività di vigilanza svolta dalle ATS è oggetto di rendicontazione alla DG Reddito di Autonomia e Inclusione Sociale attraverso le schede di monitoraggio semestrale.

12.5.1 Attività di verifica dei requisiti

Le ATS dovranno garantire le verifiche sul 100% delle Comunicazioni Preventive di Esercizio pervenute.

Per garantire il principio di periodicità del controllo su tutte le unità d'offerta, le verifiche per il mantenimento dei requisiti dovranno essere effettuate su almeno il 50% delle unità di offerta sociali, a carattere non temporaneo, in esercizio presenti sui rispettivi territori delle ATS.

12.6. TRASPARENZA E PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

Si raccomanda ai Direttori Generali ed ai Responsabili della Trasparenza e Prevenzione della Corruzione una particolare attenzione al recepimento ed alla concreta attuazione, nei contesti specifici di riferimento e con gli strumenti disponibili, delle misure ed indicazioni fornite dall'Autorità Nazionale Anticorruzione nella deliberazione n. 831 del 3 agosto 2016 "*Determinazione di approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2016*" e nell'Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione (di seguito PNA) di cui alla

determinazione n. 12 del 28 ottobre 2015 allo “scopo di favorire una maggiore capacità di contrasto da parte delle istituzioni sanitarie dei fenomeni corruttivi nel breve/medio periodo”.

Nella fase di attuazione del Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) nei loro Piani triennali di prevenzione della corruzione (di seguito PTPC), in particolare a partire dalla formazione dei PTPC per il triennio 2017-2019, le amministrazioni dovranno tener conto delle rilevanti modifiche legislative intervenute recentemente, con particolare riferimento al D.Lgs. 25 maggio 2016, n. 97 in tema di revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza e al decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50 sul Codice dei contratti pubblici.

Fondamentale è l'individuazione della figura più adeguata al ruolo di RPCT, avuto riguardo alle indicazioni sopra richiamate che approfondiscono requisiti soggettivi, aspetti “di competenza”, aspetti “organizzativi”, criteri di esclusione, fattori di rischio che possono influenzare l'azione del RPCT e la centralità della formazione del RPCT e delle figure di supporto. Resta intesa in ogni caso la presupposta condizione di assoluta integrità del soggetto da nominare. Il RPCT deve essere una figura di garanzia per l'istituzione sanitaria e non un incarico di natura fiduciaria.

Altrettanto fondamentale, vista la centralità ad essa attribuita dal PNA, è l'applicazione sistematica dell'analisi dei rischi come strumento di partenza per l'individuazione delle aree/processi maggiormente a rischio e di misure specifiche e contestualizzate per il contrasto della corruzione.

Come previsto da ANAC, l'analisi e valutazione dei rischi dovrà essere completata entro l'anno 2017, con particolare riguardo alle aree obbligatorie (tra cui l'ambito dei rischi che afferiscono ai “contratti pubblici” nelle diverse e specifiche fasi) ed alle aree ulteriori tra cui l'affidamento degli incarichi.

Tra le diverse misure che le amministrazioni hanno a disposizione in materia di prevenzione della corruzione, il PNA annovera anche la rotazione del personale, in una logica di necessaria complementarietà con le altre misure di prevenzione della corruzione specie laddove possano presentarsi difficoltà applicative sul piano organizzativo. Pur riconoscendone le criticità di applicazione in sanità, ANAC individua il principio di rotazione quale “*obiettivo effettivo, documentabile e pertanto verificabile*”, da “*costruire attraverso la messa a punto di meccanismi aziendali orientati verso questa direzione*”.

Accogliendo le raccomandazioni dell'Autorità, si invitano le amministrazioni a rafforzare le misure relative alla trasparenza nei propri PTPC, anche oltre il rispetto di specifici obblighi di pubblicazione già contenuti in disposizioni vigenti, in considerazione del ruolo fondamentale di tale misura per la prevenzione della corruzione.

In materia di trasparenza si raccomanda il rispetto del termine dell'obbligo di adeguamento fissato dal d.lgs. 97/2016 (sei mesi dalla data di entrata in vigore del decreto correttivo medesimo: 23 dicembre 2016), sia con riferimento agli obblighi di trasparenza sia all'accesso civico generalizzato.

Un esplicito richiamo merita l'osservanza degli adempimenti relativi alla trasparenza, anche in relazione al combinato disposto degli artt. 14, 15 e 22 del d.lgs. n. 33/2013, visto il divieto di erogazione di somme a qualsivoglia titolo a beneficio degli enti inadempienti in tutto o in parte rispetto agli obblighi pubblicitari, con riguardo sia ai procedimenti di impegno che per quelli di liquidazione della spesa.

Da proseguire il lavoro intrapreso a seguito della DGR n. X/4878 del 07.03.2016 che disciplina l'attuazione degli adempimenti e delle misure di tutela dei dipendenti che segnalano illeciti (Whistleblower) per gli enti di cui all'all. A1 della l.r. 30/2006, assicurando a far data dall'anno 2017 l'invio della rendicontazione semestrale indicata nel provvedimento regionale.

Si raccomanda infine una particolare attenzione allo sviluppo della formazione, quale leva importante per la prevenzione della corruzione incidendo sul cambiamento della cultura, da programmare ed inserire nei PTPC, con precisa individuazione dei relativi obiettivi, destinatari ed indicatori per verificarne gli esiti.

13. ULTERIORI DISPOSIZIONI

L'attività di ottimizzazione degli spazi fisici già avviata attraverso l'emanazione della DGR n. 325 del 27/6/2013 - Approvazione del Titolario di classificazione e Massimario di scarto lombardo (di concerto con l'Assessore Cantù) e dei Decreti attuativi successivi di aggiornamento di Titolario e massimario di scarto della documentazione del Servizio Sanitario e Sociosanitario regionale, ha permesso di conferire allo scarto legale durante l'anno 2015 oltre 500 Km di archivio per un peso di oltre 25.000 tonnellate di materiale da parte degli enti pubblici del SSSR. Per procedere nell'azione di razionalizzazione degli spazi e di tutela del patrimonio documentale si richiama quanto previsto dal Codice Dell'Amministrazione Digitale (CAD) e da tutti i decreti attuativi - sulla formazione da parte degli enti del SSSR di originali digitali con particolare riguardo a decreti, delibere e determine del Direttore Generale e dei dirigenti degli Enti (si intende con l'osservanza di tutte le disposizioni previste in ordine a fascicolazione elettronica, possibilità di generare contrassegno elettronico, conservazione a norma) e sulla conversione degli originali cartacei prodotti dai cittadini/assistiti/imprese/operatori in documenti informatici secondo le modalità di cui al dpcm 13.11.2014 recante Regole tecniche sul documento informatico (articolo 10).

Al fine di proseguire nella suddetta attività gli enti del SSSR ordinano, classificano, gestiscono e conservano il patrimonio documentale secondo la normativa vigente con particolare riguardo a:

- Circolare 41 del 14/12/2015 del Ministero dei beni e delle Attività culturali e del turismo" Prot. n. 17755 34.04.00/9 "Autorizzazione alla distruzione di originali analogici riprodotti secondo le regole tecniche di cui al DPCM 13.11.2014 e conservati secondo le regole tecniche di cui al DPCM 3.12.2013";

in riferimento ai principi di razionalizzazione degli spazi da dedicare agli archivi indicati da Corte dei Conti - Sez. Centrale di controllo sulla gestione delle amministrazioni dello stato "GLI ARCHIVI DI DEPOSITO DELLE AMMINISTRAZIONI STATALI E LA SPENDING REVIEW".

13.1 ALIENAZIONE EX OSPEDALE DI BORMIO

Come anticipato con la nota prot. G1.2016.0031816 del 5 ottobre 2016 indirizzata ad ATS Montagna e ASST della Valtellina e dell'Alto Lario, si dispone in capo ad ASST della Valtellina e dell'Alto Lario, qualora lo ritenesse ancora necessario, la prosecuzione della pratica per l'alienazione dell'ex Ospedale di Bormio, alla medesima assegnato con decreto della DG Welfare n. 5210 del 7 giugno 2016.

13.2 SVILUPPO PROGRAMMA MIGLIORAMENTO E PIATTAFORMA PRIMO

Il Programma Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione (Pr.I.M.O.) approvato con D.G.R. N. X/3652 del 05.06.2015 per l'anno 2017 sarà sviluppato con le seguenti finalità:

- migliorare la qualità e la sicurezza dell'assistenza sanitaria;
- promuovere un sistema di verifica della qualità e sicurezza del paziente presso le strutture sanitarie per la messa a regime di un modello di sviluppo integrato che permetta una valutazione complessiva a livello regionale;
- monitorare il miglioramento continuo della qualità e sicurezza del paziente attraverso indicatori;
- potenziare i processi di presa in carico all'interno delle strutture di ricovero.

Le indicazioni e le modalità per l'implementazione e l'inserimento del PIMO nella piattaforma informatica PrIMO saranno date, in analogia al programma delle attività organizzato dal gruppo di lavoro "Supporto allo sviluppo del programma Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione, entro il mese di febbraio 2018.

13.3 AREE DI SVILUPPO

INDICATORI ICA-SEPSI

Regione Lombardia dal 2004 ha impostato un sistema, denominato INF-OSP, per la registrazione degli isolamenti batterici su una piattaforma informatica gestita da LISPA. Il sistema nel tempo è stato modificato introducendo migliorie sia negli aspetti organizzativi che in quelli informatici. Ad oggi i dati inseriti, fase post analitica del lavoro delle Microbiologie, permettono di ottenere dati epidemiologici regionali e locali.

Nel corso del 2017 saranno pubblicate tabelle degli andamenti delle segnalazioni delle sorveglianze ritenute prioritarie per ogni Ente confrontati con il dato regionale; la disponibilità di questi dati garantisce un sistema di monitoraggio e sorveglianza del fenomeno di elevata qualità ed accuratezza. Le azioni previste per assicurare il buon funzionamento del sistema informatico di rilevazione degli isolamenti sono:

- Mantenere un alto livello di attenzione nell'inserimento dei dati in INF-OSP
- Definire dimensioni e caratteristiche del problema (indicatori)
- Indirizzare gli interventi (obiettivi PIMO)
- Monitorare i progressi (azioni di miglioramento-audit)

Per la gestione delle sepsi ospedaliere, all'interno del Programma Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione, è stato definito il percorso consolidato con un sistema di indicatori.

Il percorso è stato sviluppato partendo dalla necessità di fornire una risposta di "sistema" alla sepsi, per l'elevata incidenza di questa entità nosologica, solo recentemente riconosciuta come la componente costitutiva più significativa rispetto alle altre condizioni cliniche a cui si associa, e per la sua elevata letalità.

Il sistema di monitoraggio è costruito con flussi informativi di sistema utilizzando il database delle schede di dimissione ospedaliera (SDO), in quanto ha un elevato grado di affidabilità, e il database dei germi sentinella (sistema di rilevazione degli isolamenti INF-OSP).

Le azioni previste per assicurare l'implementazione di uno strumento di sorveglianza epidemiologica della sepsi sono:

- Mantenere un alto livello di attenzione nell'inserimento dei dati SDO e INF-OSP
- Organizzare il set-up come definito nel documento **“Gestione delle infezioni correlate all'assistenza - sepsi del Programma Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione”**
- Definire dimensioni e caratteristiche del problema (indicatori)
- Indirizzare gli interventi (obiettivi PIMO)
- Monitorare i progressi (azioni di miglioramento-audit)

13.4 INDICATORI PS

Per la gestione delle attività di Pronto soccorso all'interno del Programma Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione, è stato definito il percorso consolidato con un sistema di indicatori. La sezione “Cruscotto Pronto Soccorso” è proposta all'interno della sezione “PORTALE DI GOVERNO” del DWH Regionale e vuol essere uno strumento per le Aziende e la Regione in cui le analisi dei dati sono elaborate seguendo la medesima ratio. Il sistema di monitoraggio è costruito con flussi informativi di sistema utilizzando il database delle schede di dimissione ospedaliera (SDO), la codifica delle prestazioni e delle diagnosi, il flussi informativo di PS (6-SAN).

Le analisi proposte consentono di analizzare tutti i campi della 6 San ed il collegamento dell'evento di Pronto Soccorso con l'evento di Ricovero: percorso dall'accesso in PS alla dimissione.

Le azioni previste per assicurare l'implementazione di uno strumento di analisi delle attività di Pronto Soccorso sono:

- Mantenere un alto livello di attenzione nell'inserimento dei dati nel flusso 6SAN
- Organizzare il set-up come definito nel documento **“Gestione del Pronto Soccorso nel Programma Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione”**
- Definire dimensioni e caratteristiche del problema indicatori per :
 - analisi dei tempi di attesa prima della presa in carico, analisi dei tempi di permanenza ed analisi dei tempi di accesso
 - analisi delle code in Pronto soccorso
 - raggruppamento le diagnosi in CSS
- Indirizzare gli interventi (obiettivi PIMO)
- Monitorare i progressi (azioni di miglioramento-audit)

13.5 INDICAZIONI INTERNAL AUDITING

A seguito dell'istituzione della funzione Internal Auditing e dell'adozione del regolamento / manuale, il Responsabile Internal Auditing (RIA) dovrà essere dotato di personale e risorse

adeguate a garantire l'assolvimento dei propri compiti, secondo gli standard di qualità riconosciuti dalla pratica professionale.

Entro il 31 gennaio 2017, il Responsabile IA trasmetterà la Pianificazione annuale dell'attività di audit che dovrà essere eseguita nell'anno. Le attività di audit pianificate potranno altresì utilmente comprendere aspetti inerenti l'applicazione delle misure anticorruzione. La pianificazione per gli anni successivi dovrà essere inviata entro il 15 dicembre dell'anno precedente.

Entro il 28 febbraio 2017 il RIA dovrà trasmettere una relazione di monitoraggio sullo stato di attuazione delle attività di audit effettuate nell'anno 2016, così come per gli anni successivi. A partire dall'anno 2017, il RIA dovrà inoltre procedere all'invio di una relazione semestrale di monitoraggio delle attività di audit effettuate al 30/06, entro il mese successivo alla scadenza. Il Responsabile IA trasmette tempestivamente, alla struttura di audit regionale, gli aggiornamenti relativi a collocazione organizzativa, procedure, dotazione della funzione Internal Auditing.

La trasmissione della pianificazione annuale dell'attività di audit e delle relazioni di monitoraggio dovrà essere effettuata sia alla Direzione Generale Salute, utilizzando l'apposita area della piattaforma informatica PRIMO (l'area riservata di detto portale fungerà altresì da piattaforma tecnologica per la condivisione di materiali ed esperienze tra i Responsabili IA della Rete), sia alla Struttura Audit, mediante l'invio alla casella email: audit@regione.lombardia.it.

L'intero programma di miglioramento, la valutazione delle performance e la qualità dei dati sono attività che vedranno un ulteriore sviluppo nel corso del 2017 e un'evoluzione in linea con l'applicazione della L23/15.

13.6 AREA DI GOVERNO DELLA CUSTOMER SATISFACTION

In attesa di specifiche disposizioni che saranno introdotte dalla Giunta Regionale si conferma, parallelamente alla raccolta dei consueti flussi relativi alla qualità del servizio sanitario percepita dal cittadino, la raccolta dei questionari di gradimento dei servizi di assistenza specialistica territoriale presso le strutture erogatrici nelle more di ulteriori indicazioni in merito alla sistematizzazione dell'intero flusso di Customer Satisfaction all'interno del Sistema regionale.

13.7 CHIARIMENTI IN TEMA DI CONSENSO INFORMATO

In relazione al consenso informato, con la DGR n. 1765/2014 e la successiva nota prot. n. G1.2015.0022069 del 23/12/2015, Regione Lombardia ha inteso fornire chiarimenti in ordine agli adempimenti previsti dalla normativa nazionale e regionale. A tal proposito è utile ricordare che le precedenti DGR n. 3540/2012 e n. 4980/2013 sono state abrogate rispettivamente con le DGR n. X/2569/2014 e n. X/1765/2014.

Si riassumono di seguito le principali indicazioni di merito, già contenute nei provvedimenti citati.

Il consenso informato, inteso quale espressione della consapevole adesione al trattamento sanitario, ha le seguenti caratteristiche:

- 1) personale
- 2) manifesto
- 3) specifico
- 4) preventivo ed attuale
- 5) revocabile
- 6) consapevole
- 7) informato

Si evidenzia, innanzitutto, che un valido consenso informato deve essere specifico e attuale, e che, pertanto, non ha valore giuridico richiedere la firma di moduli generici, in cui “ora per allora”, sia sottoscritto un imprecisato consenso per cure o procedure che potrebbero, in futuro, essere messe in atto. Tali moduli non dovrebbero, pertanto, essere richiesti in modo routinario all’ingresso dalle unità di offerta sociosanitarie.

Rispetto alla sottoscrizione del consenso, si evidenzia che il titolare del bene giuridico tutelato è unicamente la persona che riceve la proposta diagnostico/terapeutica, che è, pertanto, anche l’unica legittimata ad esprimere il consenso per gli specifici atti sanitari proposti, fatta salva la presenza di un tutore, di un curatore o di un amministratore di sostegno che abbia, tra le deleghe, anche tale ambito.

In assenza di un specifica nomina, i prossimi congiunti ed i caregiver di riferimento non hanno titolarità per esprimere il consenso in rappresentanza del utente e, conseguentemente, la loro firma non potrà essere considerata sostitutiva della firma del diretto interessato, anche qualora questi non sia in grado di esprimere un consenso compiuto.

Il personale sanitario, che è comunque titolare di una posizione di garanzia verso l’utente che si sostanzia nell’obbligo di informare e tutelare la salute, in assenza di figure legittimate ad esprimere il consenso in luogo dell’interessato, è tenuto a:

- 1) assicurare al utente l’assistenza dovuta;
- 2) riportare nella documentazione socio sanitaria gli interventi attuati;
- 3) informare i famigliari/carviger di riferimento, nell’ambito della condivisione per Piano Assistenziale e nei limiti previsti dalla normativa nazionale e regionale.

Con la circolare nota protocollo G1.2015.0022069 del 23/12/2015 è stato anche chiarito il percorso più idoneo da seguire nei casi in cui la capacità decisionale degli utenti sia compromessa.

In tali casi i soggetti gestori dovranno attivare con gradualità, ed in funzione del livello di compromissione fisica-cognitiva, i percorsi finalizzati alla protezione delle persone prive in tutto o in parte di autonomia (TITOLO XII codice civile).

In primo luogo, le unità di offerta dovranno informare la famiglia sulle diverse modalità previste dalla normativa per attivare i vari istituti finalizzati alla protezione giuridica dell’utente, fornendo i riferimenti dell’Ufficio di Protezione Giuridica (di seguito UPG) competente per territorio, cui è possibile rivolgersi.

Successivamente, in funzione della progressione della compromissione cognitiva, le unità di offerta dovranno informare l’UPG competente per territorio al fine di attuare, con il coinvolgimento dei familiari, i percorsi istituzionali più adeguati;

Da ultimo, le unità di offerta potranno procedere con una segnalazione al pubblico ministero o con il ricorso al giudice tutelare, nelle modalità e con i requisiti definiti dalla normativa vigente.

In tutti i casi la documentazione sociosanitaria dovrà documentare le azioni intraprese.

Si richiama l’attenzione delle ATS al fine di assicurare la piena adesione a tutte le indicazioni sopra richiamate nell’esecuzione dei controlli di competenza.

Vista la mancanza di una normativa organica in materia la DG Welfare in collaborazione con la DG Reddito d'autonomia e Inclusione Sociale attiverà un gruppo di lavoro per la raccolta e l'individuazione delle migliori prassi.

13.8 CONTROLLI SULLE AUTOCERTIFICAZIONI. (DPR. 445/2000)

L'estensione dell'istituto delle autocertificazioni e delle dichiarazioni sostitutive dei certificati amministrativi in qualunque campo (appalti, concorsi, erogazione contributi o benefici economici di qualunque tipo.....) non solleva le amministrazioni dall'effettuare i controlli rispetto alla veridicità delle dichiarazioni rese dagli interessati. Le stesse devono pertanto verificare, dal punto di vista sostanziale, che la dichiarazione sostitutiva corrisponda all'effettivo possesso dei requisiti.

L'art. 71 del DPR 445/2000, infatti, prevede che le amministrazioni procedenti sono tenute ad effettuare idonei controlli, anche a campione, e in tutti i casi in cui sorgono fondati dubbi, sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive di cui agli articoli 46 e 47.

Natura dei controlli. Il comma 1 dell'articolo 71 dispone con assoluta chiarezza che le amministrazioni procedenti sono tenute ad effettuare i controlli sulle dichiarazioni sostitutive di cui agli articoli 46 e 47. La norma dispone pertanto, un comportamento obbligatorio e cogente: le amministrazioni sono obbligate ad effettuare i controlli sulle dichiarazioni: non si tratta di una facoltà, ma di un dovere d'ufficio, che completa l'iter procedimentale anche se il controllo interviene dopo che il provvedimento sia già stato emanato.

Modalità di effettuazione dei controlli. Il comma 1 dell'articolo 71 stabilisce che i controlli debbano essere idonei. Ciò sta a sottolineare che l'attività di riscontro e verifica posta in essere dalle amministrazioni debba essere:

- 1) tale da attestare effettivamente, esaustivamente e con certezza la fondatezza di quanto dichiarato dal cittadino;
- 2) acquisita stabilmente nel fascicolo relativo alla pratica;
- 3) in forma scritta o in formato elettronico, ai sensi del testo unico, trattandosi di prova documentale;
- 4) proveniente dall'autorità competente ad attestare la conformità al vero delle dichiarazioni.

Il comma 2 prevede due diverse modalità per l'effettuazione dei controlli.

In primo luogo, è possibile procedere attraverso gli accertamenti d'ufficio chiedendo all'amministrazione certificante la trasmissione dei certificati o degli altri atti oppure, qualora

possibile, consultando direttamente gli archivi dell'amministrazione certificante, per via telematica.

Il comma 2 del medesimo articolo prevede che i controlli possano essere effettuati altresì richiedendo alla amministrazione certificante, anche attraverso strumenti informatici o telematici, conferma scritta della corrispondenza di quanto dichiarato con le risultanze dei registri da questa custoditi.

Le verifiche possono inoltre essere di due tipi:

a) controllo puntuale su singoli casi, sollecitato in particolare da dubbi sulla veridicità dei contenuti delle stesse. Per l'esecuzione di questo tipo di controllo, la sollecitazione al controllo non deve determinarsi su basi incerte, ma deve derivare da raffronti con "indicatori di rischio", ossia con elementi in grado di far presupporre l'incoerenza o la non veridicità delle informazioni e dei dati conferiti. Ad esempio, in relazione alle dichiarazioni sostitutive di certificazione, costituiscono indicatori di rischio gli esiti di un confronto tra banche-dati da cui emergano elementi di incoerenza (informazioni differenti per procedimenti analoghi ecc.), come pure le rilevanti imprecisioni contenute nella dichiarazione, tali da far supporre la volontà del dichiarante di rendere all'Amministrazione solo dati parziali e comunque tali da non consentire un'adeguata e completa valutazione. Per quanto attiene invece alle dichiarazioni sostitutive di atti di notorietà il controllo può essere disposto quando si rilevi indeterminatezza della situazione descritta e contemporanea impossibilità di raffrontarla a documenti od a elementi di riscontro, oppure lacunosità rispetto agli elementi richiesti. La scelta delle dichiarazioni da sottoporre a controllo puntuale può essere inoltre effettuata in linea generale sulla base di tipologie predeterminate di dichiarazioni.

b) controllo a campione su un numero determinato di dichiarazioni, attuato in base a criteri definiti dall'amministrazione. Diversamente da quanto avviene per i controlli puntuali, il presupposto fondamentale per l'effettuazione di controlli a campione è la definizione di una base, sufficientemente indicativa per il riscontro della correttezza di quanto dichiarato all'Amministrazione; che nel procedimento in parola può essere identificata nel 10% delle candidature risultate idonee.

Si tratta di due tipologie di controllo tra loro complementari.

Pertanto:

- lo sviluppo di controlli puntuali rispetto a dichiarazioni sostitutive presentate per determinati procedimenti non esclude che rispetto al particolare ambito di attività siano

realizzati anche controlli a campione, secondo una strategia di interrelazione tra le due soluzioni;

- l'Amministrazione deve sviluppare i controlli in modo da evitare duplicazioni (controlli effettuati due volte sulle medesime dichiarazioni), assicurando inoltre la reale efficacia di quelli effettuati.

Gli uffici e servizi dell'Amministrazione possono procedere a verifiche e controlli incrociati di dati e informazioni anche mediante confronto con dati e informazioni riguardanti il soggetto interessato acquisiti da altri settori regionali per differenti attività istituzionali.

La scelta delle istanze contenenti dichiarazioni sostitutive da sottoporre a controllo a campione può essere effettuata :

- con sorteggio riferito al numero di istanze da sottoporre a controllo;
- con sorteggio definito su basi di individuazione numeriche (ad es. una pratica ogni cinque presentate);

Rilevazione delle attività di controllo.

Al fine di consentire una rilevazione dell'attività di controllo il responsabile del procedimento comunica gli esiti dei controlli effettuati al Direttore Generale.

False dichiarazioni o attestazioni (artt.75 e 76 D.P.R. 445/2000)

Qualora in sede di controllo siano rilevati elementi di falsità nelle dichiarazioni sostitutive rese da un soggetto all'Amministrazione, ai sensi dell'art. 76 T.U. si applicano gli articoli del codice penale e delle leggi speciali in materia.

Fermo restando l'obbligo di denuncia all'Autorità giudiziaria, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, ai sensi dell'art.75 T.U. il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato, pertanto l'Amministrazione ha l'obbligo di attivarsi in tal senso.

13.9 NOMINE DI COMPETENZA DELL'ENTE

Con riferimento ai procedimenti di nomina di competenza di ciascuna Amministrazione si rammenta che ai sensi di legge (in particolare art. 15 D.Lgs. 39/2013) il Responsabile del piano anticorruzione deve curare che nell'Amministrazione siano rispettate le disposizioni del richiamato decreto legislativo sulla inconferibilità e incompatibilità degli incarichi. A tal fine il responsabile contesta all'interessato l'esistenza o l'insorgere di situazioni di inconferibilità e di incompatibilità.

Tali verifiche da parte del RPC devono essere disposte anche qualora la nomina dovesse avvenire sulla base di designazioni provenienti da soggetti esterni.

Con particolare riferimento ai Collegi Sindacali si richiama l'orientamento ANAC n. 75/2014 che stabilisce, proprio con riferimento ad un'azienda sanitaria, che: *“Le disposizioni in tema di inconferibilità e incompatibilità degli incarichi di cui al d.lgs. n. 39/2013 non si applicano ai componenti di un organo collegiale di vigilanza e controllo interno sull'attività di un ente, in quanto le suddette disposizioni attengono ad incarichi di livello o di funzione dirigenziale”*.

13.10 DIRETTORI AMMINISTRATIVI, SANITARI E SOCIO SANITARI

Le procedure previste per la formazione degli elenchi degli idonei a ricoprire la carica di direttore amministrativo sanitario e sociosanitario delle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche lombarde prevedono che i candidati presentino apposita domanda alla Direzione Generale Welfare - Regione Lombardia con allegato Curriculum vitae da redigersi nelle forme di dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000.

In sede di presentazione della domanda i candidati autocertificano, tra l'altro:

- di essere in possesso del diploma di laurea magistrale o diploma equipollente o equivalente;
- di essere in possesso dei requisiti richiesti per l'iscrizione nell'elenco degli idonei alla nomina a direttore amministrativo sanitario e sociosanitario delle strutture sanitarie e sociosanitarie;
- di trovarsi o non trovarsi in stato di quiescenza.

Nel curriculum vitae vengono autocertificate le esperienze professionali che, se qualificate, vengono prese in considerazione ai fini dell'inserimento nei rispettivi elenchi.

Nelle delibere di nomina dei direttori generali la Giunta ha espressamente statuito che ciascun direttore generale debba verificare in capo ai candidati che intende nominare quali direttore amministrativo, sanitario e sociosanitario, la sussistenza e il mantenimento dei requisiti che hanno determinato l'inserimento degli stessi nei rispettivi elenchi degli idonei anche con riferimento alle cause di inconferibilità previste dalla normativa vigente.

Tale verifica deve avvenire tramite l'acquisizione di tutta la documentazione a conferma delle dichiarazioni rilasciate dagli stessi nel curriculum vitae redatto sotto forma di autocertificazione ai sensi del DPR 445/2000.

Si invitano le strutture sanitarie a prestare la massima attenzione oltre che alla normativa vigente in tema di inconferibilità e incompatibilità anche alle indicazioni provenienti da ANAC.

