

Allegato 4 – POLO OSPEDALIERO

4.1. ACCREDITAMENTO SANITARIO

Il sistema di accreditamento rappresenta uno dei cardini fondamentali del sistema sociosanitario lombardo e si configura come garanzia di qualità e di sicurezza per i pazienti e gli utenti dei servizi. Tale sistema si basa non solo su un insieme di requisiti che devono sussistere al momento dell'avvio della messa in esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie e che devono persistere per tutta la durata dell'attività, ma anche sull'attività di vigilanza e controllo svolta dalle ATS.

Gli ultimi anni, in particolare a partire dal 2020 con l'emergenza pandemica, hanno tuttavia messo in evidenza che, a fronte di situazioni eccezionali e pur salvaguardando la necessità di garantire il massimo livello di sicurezza dei pazienti e del personale, il sistema ha bisogno di flessibilità e strumenti in grado di rispondere prontamente ai bisogni.

Tale necessità risulta maggiormente amplificata dall'evoluzione che sta interessando tutto il Servizio Sanitario Nazionale e dalle difficoltà con cui lo stesso si sta confrontando a fronte di opportunità sempre nuove:

- La carenza di figure professionali;
- Il potenziamento delle strutture territoriali;
- La formazione e la sinergia con il mondo universitario;
- Le nuove tecnologie digitali;
- I nuovi modelli organizzativi;
- L'insorgenza di nuovi bisogni cui dare risposte tempestive.

Tutto questo in un momento in cui il Legislatore nazionale ha introdotto novità importanti in tema di accreditamento e contrattualizzazione delle strutture erogatrici private che non potranno più rappresentare una situazione immutabile, ma dovranno sempre più incentrate la propria attività al continuo perseguimento della qualità e della appropriatezza per poter continuare a rimanere nel sistema.

Quanto sopra impone una profonda riflessione e rivisitazione dei requisiti di accreditamento, in particolare per ciò che attiene ai requisiti organizzativi, alle modalità e ai controlli.

In primo luogo, si dovrà introdurre un sistema che, in coerenza con il continuo monitoraggio del contesto epidemiologico sui vari territori, consenta tempestivamente di adottare azioni di flessibilità permettendo di rispondere in modo adeguato per far fronte ad esigenze specifiche. Tale sistema dovrà prevedere, anche per periodi limitati, la flessibilità di attivazione e disattivazioni di strumenti proporzionati al livello di criticità, al pari di quanto già previsto nei piani di risposta alle epidemie.

A partire dal 2024 si avvierà pertanto, un profondo aggiornamento del sistema di accreditamento in linea con il mutato contesto del sistema.

4.1.0.1. Revisione del sistema di accreditamento

Recepimento delle linee guida elaborate dall'Organismo Tecnicamente Accreditante (OTA) in ordine alle modalità di verifica dei requisiti per le ATS quale strumento per un'autovalutazione e individuazione di aree di miglioramento per le strutture erogatrici.

4.1.0.2. Attività ambulatoriale

Viene dato mandato alle ATS di verificare la congruenza tra le branche specialistiche ambulatoriali a contratto e l'effettiva erogazione delle prestazioni, e di proporre eventuali aggiornamenti anche a seguito della introduzione del nuovo nomenclatore nazionale previsto dal Decreto del 23 giugno 2023 del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze "Definizione delle tariffe dell'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica" approvato, previa intesa in Conferenza Stato Regioni nella seduta del 19 aprile (Atto Rep. n. 94 /CSR), e pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale il 4 agosto 2023, di cui alla DGR XII/1239 del 30 Ottobre 2023.

4.1.0.3. Attività di degenza

Introduzione della possibilità di utilizzo di posti letto non attivi potrà essere consentito solo in particolari situazioni che dovranno essere motivate prevedendo la richiesta di nulla osta da parte della ATS alla DG Welfare.

4.1.0.4. Proroga delle riclassificazioni della terapia intensive e semi intensive

Entro il 31 marzo 2024 di provvederà alla Modifica di due requisiti di accreditamento della Degenza Semi intensiva A e Semi Intensiva B, con conseguente proroga del termine ultimo per la riclassificazione delle terapie intensive e Semi Intensiva A e B..

4.1.0.5. Proroga delle riclassificazioni della terapia intensiva neonatale

Il termine per la riclassificazione della terapia intensiva neonatale è prorogato al 31.12.2024.

4.1.0.6. Proroga dei requisiti strutturali generali e specifici Strutture Sanitarie

Riallineamento dei termini per il possesso dei requisiti strutturali generali e specifici al 24.04.2028 anche in ottemperanza a quanto previsto dal D.L. 29.12.2022, n. 198 "Disposizioni urgenti in materia di termini legislativi" che ha modificato i termini per gli adeguamenti antiincendio.

4.1.0.7. Radiologia interventistica e radiologia al domicilio

Costituzione di un gruppo di lavoro per la predisposizione dei requisiti che dovranno essere approvati entro il 2024.

4.1.0.8. Riabilitazione

Con la delibera n. XI/7860 del 31.01.2023 "Implementazione della Rete regionale di Riabilitazione: approvazione dei requisiti di accreditamento per la degenza di neuroriabilitazione e per la degenza di riabilitazione di unità spinale" e s.m.i. è stata intrapresa la riclassificazione del codice 75-, verrà istituito un tavolo di lavoro al fine di definire l'appropriatezza dei ricoveri. Si veda l'allegato 3 "Area Cura e Riabilitazione"

4.1.0.9 Aggiornamento requisiti di Medicina dello Sport.

Verrà attivata la procedura per il riordino dell'attività di Medicina dello sport con il riordino dei requisiti di accreditamento.

4.1.0.10 Accreditamento Salute Mentale

Si ricorda che il parere dell'organismo di coordinamento della salute mentale (OCSM) è un requisito necessario ma non vincolante nel caso di accreditamento di una nuova attività nell'ambito della Psichiatria e della NPIA (DGR n. VIII/8501 del 26/11/2008 allegato 11)

4.2. SERVIZI DI MEDICINA DI LABORATORIO

4.2.0.1. Riorganizzazione complessiva dei Servizi di Medicina di Laboratorio

L'intervento già avviato nel 2022 con la DGR n. XI/6330/2022, si articolerà nei seguenti interventi di efficientamento organizzativo e quali-quantitativo:

- implementazione e consolidamento della attività analitiche per l'analisi di sequenze geniche mediante "sequenziamento massivo parallelo" ossia "Next Generation Sequencing" (NGS) ai sensi della DGR n. XI/6989/2022, con l'attuazione della rete e relativo coordinamento. Per l'ASST Fatebenefratelli Sacco, è prevista una proroga di 10 mesi sui tempi di realizzazione del progetto che è stata approvata all'unanimità dal Comitato Regionale dei Servizi di Medicina di Laboratorio (CReSMeL) nella riunione del 08.11.2023.
- Attuazione e messa a regime del progetto di potenziamento della rete informatica dei Servizi di Medicina di Laboratorio, ai sensi della DGR n. XI/7672/2022, secondo la seguente tempistica: primo trimestre del 2024 - avvio della fase pilota; entro la fine del 2024 - completo interfacciamento con l'Order Manager Regionale (OMRe) di tutti i Laboratori Clinici pubblici e privati accreditati e contrattualizzati con finanziamento dedicato. La DG Welfare provvederà con propri successivi atti, ad individuare i Laboratori Clinici per la fase pilota e alla riparazione del fondo di finanziamento per ciascun Laboratorio Clinico pubblico e privato accreditato e contrattualizzato.
- Istituzione e coordinamento della Rete della Medicina di Laboratorio pubblica con il supporto del Gruppo di Lavoro nominato con Decreto della DG Welfare n. 11490/2023, che ha il compito di individuare i criteri di realizzazione, i tempi e le modalità di attuazione della rete dell'offerta della Diagnostica di Laboratorio Pubblica e di coordinarne l'implementazione.
- Aggiornamento della DGR n. VIII/9097 del 13.03.2009 "Determinazioni in merito alla ricerca di sostanze stupefacenti e psicotrope nei materiali biologici e al dosaggio dell'etanolo".

4.2.0.2. Modifiche/integrazioni a precedenti provvedimenti regionali in materia di Medicina di Laboratorio

- DGR n. XI/6989/2022: si introduce la deroga di 10 mesi sui tempi di raggiungimento dell'obiettivo di 5.000 campioni analizzati con NGS per la ASST Fatebenefratelli Sacco - Deroga approvata all'unanimità dal Comitato Regionale dei Servizi di Medicina di Laboratorio (CReSMeL) nella riunione del 08/11/2023.
- DGR n. XI/7044/2022 del 26.09.2022: sono introdotte le seguenti integrazioni o correzioni di meri errori materiali:
 - I Laboratori Clinici in Strutture Socio-Sanitarie classificate Unità d'offerta Sociosanitaria Cure Intermedie Residenziali ai sensi della DGR n. X/3383 del 10.04.2014 sono equiparati ai Laboratori Clinici in Struttura di Ricovero e Cura e pertanto si applicano le medesime soglie sui volumi di attività o analitica (produzione)/anno eseguita in sede escluse le prestazioni erogate tramite "service".
 - Per i Servizi di Medicina di Laboratorio solo autorizzati per i seguenti tipi: Laboratorio Clinico di Base, Clinico Generale, Specialistico di Patologia Clinica e Specialistico di Microbiologia e Virologia Clinica viene rimodulata la soglia minima sui volumi di attività analitica (produzione) a 100.000 prestazioni/anno eseguite in sede.
 - Per i Laboratori Clinici Specialistici di Immunoematologia si specifica che, quando non sono sede di Centro Lavorazione e Validazione (CLV), la soglia sul volume minimo di attività analitica produzione/anno, è indicativa per aree disagiate e comunque in funzione dei fabbisogni della rete trasfusionale.
 - Per i Servizi di Medicina di Laboratorio solo autorizzati si sospende l'applicazione del requisito: "tre anni di documentata esperienza di attività post laurea per il biologo".
 - Rettifica del tempo di adeguamento del seguente requisito "Se l'articolazione è in Struttura di Ricovero e Cura, in presenza di Pronto Soccorso o di Punto Nascita è garantita l'operatività 24 ore su 7 giorni anche col ricorso alla pronta disponibilità per gli esami richiesti in regime di urgenza" in coerenza ai requisiti strutturali ed organizzativi specifici, ponendolo a 24 mesi.
 - Rettifica del mero errore materiale che prevede che possano essere riconosciuti dei Laboratori Ultra specialistici solo autorizzati. Questi Laboratori, per i quali sono richieste elevate competenze e specializzazione, possono esistere solo con lo status di Accreditati.
 - Sospendere in ASAN l'utilizzo delle seguenti Unità Organizzative (UO) per i Laboratori Clinici esternalizzati codice 129, 130, 131 e 133 e di mantenere solo le seguenti:
 - codice UO in ASAN 127- Laboratorio esternalizzato - Clinico di Base;
 - codice UO in ASAN 128- Laboratorio esternalizzato - Clinico Generale con aree specialistiche;
 - codice UO in ASAN 132- Laboratorio esternalizzato - Specialistico di Anatomia Patologica.
 - Rettifica del mero errore materiale riportato per il Laboratorio Specialistico di Anatomia Patologica con l'area di diagnostica molecolare somatica, la figura del bioinformatico deve essere disponibile: nel caso in cui il laboratorio esegua test di profilazione genomica estesa [es. comprehensive genomic profiling (CGP)], basate su tecnologie innovative es. il sequenziamento massivo parallelo ovvero Next Generation Sequencing (NGS).

- Uniformare la declinazione del titolo di specialista, quando previsto obbligatoriamente, per i Dirigenti ovvero il Medico, il Biologo, il Chimico, che è sempre equipollente o affine alla disciplina ai sensi della normativa vigente, tranne per la figura Direttore/Responsabile per cui è prevista la sola equipollenza e la documentata esperienza così come da normativa vigente per gli incarichi pubblici di Direttore di Struttura Complessa.

4.2.0.3. Attività collegate Olimpiadi 2026

Istituzione di una rete laboratoristica territoriale/ospedaliera per tutte le attività inerenti allo svolgimento delle Olimpiadi invernali 2026 compreso il prelievo il trasporto e lo stoccaggio di materiale biologico per le attività antidoping e per quanto generato nei vari presidi sanitari dedicati alle olimpiadi.

4.2.0.4. Centri/ Punti prelievo.

Ai sensi della DGR n. XI/7044/2022 e s.m.i, i Centri/ punti prelievo dipendono sempre da un Laboratorio Clinico e non possono esistere come entità indipendenti. Nel caso in cui si verifichi la condizione di “Punti prelievo” che afferiscono a Laboratori Clinici con sede extra Regione, questi possono essere solo autorizzati e il Laboratorio a cui afferiscono deve garantire il completo assolvimento di tutti i requisiti previsti dalla DGR n. XI/7044/2022 e s.m.i., al fine di assicurare i medesimi standard di qualità delle prestazioni erogate dai Laboratori Clinici con sede in Regione. La DG Welfare provvederà a definire le modalità di verifica e registrazioni delle attività sanitarie. Con il presente provvedimento, si introduce il temporaneo blocco di apertura di nuovi Punti Prelievo nel territorio della regione Lombardia da parte di Laboratori Clinici con sede extra regionale, fino alla definizione delle modalità di verifica dei requisiti autorizzativi e conseguente aggiornamento del Registro Regionale ASAN.

4.2.0.5. Armonizzazione del referto di Laboratorio – codice LOINC

Approvazione, con provvedimento della DG Welfare, del documento con il quale saranno declinate le modalità e i tempi di attuazione del percorso di armonizzazione dei referti. Il Gruppo di Lavoro – di cui al Decreto della DG Welfare n. 11490/2023 - ha elaborato i contenuti minimi del corpo del referto per i seguenti ambiti: Patologia Clinica, Microbiologia e Virologia ed Immunoematologia.

4.2.0.6. Aggiornamento del Decreto DG Sanità n. 32856 del 19/12/2000 “Linee guida su “Controllo di Qualità Interno nel Servizio di Medicina di Laboratorio”

Approvazione, con provvedimento della DG Welfare, del documento con il quale saranno declinate le modalità e i tempi di attuazione del percorso di implementazione della gestione del Controllo Qualità Interno (CQI). Il Gruppo di Lavoro – di cui al Decreto della DG welfare n. 11490/2023 - ha predisposto l’istruttoria tecnica che definisce i contenuti minimi della gestione del CQI.

4.2.0.7. Applicazione della Telepatologia in ambito della Medicina di Laboratorio

Il Gruppo di Lavoro nominato con Decreto della DG welfare n. 11490/2023, provvederà alla predisposizione dell’istruttoria tecnica per i percorsi di telemedicina nell’ambito della Medicina di Laboratorio con particolare attenzione alle applicazioni della digital pathology, e delle applicazioni di sistemi di automated imageprocessing systems ecc.

4.2.0.8. Appropriata Diagnostica

Aggiornamento, in coerenza del DM Salute del 23.06.2023, dei seguenti allegati alla DGR n. XI/7044/2022:

- Sub Allegato 1 - “Elenco prestazioni di base e specialistiche della Medicina di Laboratorio e criteri di appropriatezza”,
- Sub Allegato 4 “Tempi massimi di refertazione e criteri di pesatura delle prestazioni al fine del conteggio”.

4.2.0.9. Aggiornamento del Decreto DG Sanità n. 252/2013 “Indicazioni in merito alle attività dei Servizi di Medicina di Laboratorio riguardo le attività di POCT (Point Of Care Testing)”.

Completamento e attuazione della revisione – avviata nel 2023 - del Decreto DG Sanità n. 252/2013.

4.2.0.10. Elenco degli Esperti Tecnici di Medicina di Laboratorio

Istituzione e gestione dell’albo degli Esperti Tecnici di Medicina di Laboratorio, ossia professionisti adeguatamente formati che su richiesta delle ATS, potranno affiancare le ATS stesse nei percorsi di verifica di autorizzazione ed accreditamento istituzionale dei Laboratori Clinici. Il Centro Regionale di Coordinamento della Medicina di Laboratorio con il supporto del CRESMEL provvederà a definire i criteri formativi e di qualifica degli Esperti Tecnici ai fini dell’istituzione e regolamentazione dell’elenco.

4.2.0.11. Rete regionale delle Anatomie Patologiche in funzione della Medicina dei trapianti.

- Istituzione e regolamentazione della Rete delle Anatomie Patologiche a supporto della Rete Trapianti regionale. Nel 2023, con Decreto della DG welfare n. 8886 del 14.06.2023, è stato nominato il Gruppo di Lavoro per l’armonizzazione e standardizzazione delle valutazioni istopatologiche rese alla Rete regionale e nazionale trapianti.
- implementazione della Digital Pathology con l’obiettivo di predisporre le necessarie istruttorie tecniche.

4.2.0.12. Istituzione del Molecular Tumor Board regionale

- Attuazione del DM Salute del 30/05/2023 “Istituzione dei Molecular tumor board e individuazione dei centri specialistici per l’esecuzione dei test per la profilazione genomica estesa next generation sequencing (NGS)” e relativo Allegato Tecnico. Con nota prot. G1.2023.0041530 del 13.10.2023 è stato nominato un apposito Gruppo di Lavoro (GdL) ai fini della realizzazione operativa e regolamentazione funzionale del Molecular Tumor Board Regionale e delle sue articolazioni territoriali (MTB-R).
- Formulazione della proposta operativa da parte del GdL entro marzo 2024 per la realizzazione del Molecular Tumor Board Regionale.
- Supporto, da parte del GdL, all’attuazione del Molecular Tumor Board Regionale fino alla sua piena operatività.
- Il sistema informativo gestionale (piattaforma operativa e database) del MTB-R sarà sviluppato nell’ambito della piattaforma regionale di telemedicina finanziata con PNRR sulla scorta dell’indicazioni del GdL in accordo con Unità Organizzativa Sistemi Informativi e Sanità Digitale della DG Welfare.

4.2.0.13. Centro Regionale di Coordinamento della Medicina di Laboratorio

Sostegno finanziario al Centro quantificato fino a un massimo di euro 1.700.000,00 come previsto dalla DGR n. XI/7010/2022. Detto finanziamento comprende i rimborsi verso la Regione Toscana previsti dalla DGR n. XI/7666 del 28.12.2022 e i rimborsi provenienti dalla Regione Liguria verso Regione Lombardia di cui alla DGR n. XI/7668 Seduta del 28.12.2022 ed eventuali successive integrazioni.

4.2.0.14. Borse di Studio per Scuole di Specialità afferenti alla Medicina di Laboratorio per Non Medici

Conseguentemente al turn over generazionale e alla crisi vocazionale dei medici verso la Medicina di Laboratorio, considerato che è stimata una richiesta di circa 600 operatori per i prossimi 5/10 anni, Regione Lombardia ha la necessità di sostenere gli Atenei di Regione per la formazione di specialisti “non medici” al fine di sostenere la continuità di offerta della diagnostica della Medicina di Laboratorio sul territorio Lombardo.

Pertanto le risorse finanziarie stanziare annualmente con atto di Giunta ai sensi del art. Art. 33 bis (Contratti di formazione specialistica aggiuntivi)(284) della Legge Regionale l.r. 33 e s.m.i., che non sono utilizzate nella stipula dei contratti aggiuntivi regionali, rispetto a quelli di cui al Titolo VI, Capo I, del d.lgs. 368/1999 per incentivare la formazione specialistica dei medici e favorirne la permanenza nelle strutture pubbliche e private accreditate del servizio sanitario regionale, saranno destinate agli Atenei di Regione per l'erogazione delle borse di Studio per i “non medici” nell'ambito delle Medicina di Laboratorio.

I beneficiari come per i medici si impegnano, mediante sottoscrizione di apposita clausola contrattuale, a prestare servizio presso il SSR per un periodo minimo complessivo di almeno tre anni nei cinque anni successivi al conseguimento della specializzazione.

La Regione finanzia proporzionalmente, in funzione del numero di posti in Scuola di Specialità messi a disposizione, le Università pubbliche al fine dell'attivazione, da parte loro, di borse di studio per Specialità nell'ambito della Medicina di Laboratorio.

Per l'anno accademico 2022-2023 sono assegnati 1.300.000 euro stanziati con DGR XI / 6916 del 12.09.2022 e DGR n. XI /7145 del 17.10.2022 non utilizzati per i contratti formativi dei medici che equivalgono a 16 contratti di formazione per intero ciclo formativo per un non medico.

4.2.0.15. Teaching Hospital oculistico- Istituto Oftalmico Milano

Nel corso del 2024 saranno completate le attività di avvio del Teaching hospital istituito presso l'istituto oftalmico di Milano (Asst FBF-Sacco) secondo il piano predisposto dalla Asst.

4.3. AZIENDE OSPEDALIERE

Entro sei mesi dall'approvazione della presente delibera dovrà essere predisposto un progetto sperimentale per identificare le nuove aziende ospedaliere– così come disciplinato dal comma 18 dell'art 7 della L.R. 33 del 30.12.2009 il quale prevede che “La Regione, nell'ambito di un piano di riordino complessivo della rete d'offerta, istituisce nuove aziende ospedaliere (AO) secondo i requisiti previsti dalla normativa vigente.” .

Al fine della realizzazione dell'evento olimpico viene prevista la sperimentazione di cooperazione tra la ASST Niguarda e la ASST Valtellina e in particolare il Presidio Ospedaliero Morelli di Sondalo

dell'ASST Valtellina e Alto Lario e con AREU per le funzioni di emergenza urgenza territoriali. Per ciò che riguarda l'evento "Milano Cortina 2026: Olimpiadi e Paralimpiadi Invernali" si rimanda alla specifica sezione del presente provvedimento.

4.4. IRCCS

Con il Decreto legislativo n. 200 del 23 dicembre 2022 (G.U. n. 302 del 30 dicembre 2022) è stata adottata la riforma che innova la disciplina inerente agli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, intervenendo su vari aspetti. Nel corso del 2024 verrà data applicazione ai contenuti del D.L.

4.5. CHIRURGIA ROBOTICA

Con provvedimento specifico, entro il primo semestre 2024 saranno definiti i criteri specifici per la programmazione e realizzazione delle strutture individuate quali centri per la chirurgia robotica.

4.6. RISK MANAGEMENT

Lo sviluppo dei piani annuali di risk management deve necessariamente tener conto dell'andamento degli eventi avversi, degli eventi sentinella, del contenzioso e di tutti gli elementi di ingresso definiti critici per l'organizzazione con una logica di risk assessment. Lo sviluppo delle iniziative che saranno dal 2024 avviate dal Centro regionale del rischio sanitario e sicurezza del paziente, nei confronti degli enti del sistema, saranno allineate agli standard contenuti dal WHO Global Safety Action Plan 2021-2030 con avvio progressivo delle iniziative in coerenza con gli obiettivi contenuti nel documento ed in sinergia con la sub area rischio clinico della Commissione Salute ed AGENAS. Nel 2024 saranno avviati progetti di coinvolgimento dei rappresentanti dei pazienti su alcuni temi specifici elencati nelle sezioni successive. Nel corso dell'anno sarà altresì sviluppata la funzione dell'Agenzia di Controllo del servizio sociosanitario lombardo di cui all'art. 11, comma 4, lett. i bis, della l.r. 33/2009.

4.6.0.1. Sicurezza in area ostetrica e perinatale

Ogni ASST dovrà mantenere l'attività di gestione del rischio clinico relativa al processo di travaglio/parto attraverso lo sviluppo della segnalazione dei triggers materno/fetali all'interno dei CEDAP e l'analisi attraverso audit strutturati con la declinazione delle azioni di miglioramento conseguenti da rendicontare nei piani annuali di rischio. Si ricorda che gli eventi trigger che presentassero caratteristiche tali da risultare eventi sentinella devono, inoltre, essere segnalati anche in SIMES.

Proseguirà l'attività regionale relativamente all'analisi dei dati sulla sorveglianza della mortalità materna e dei near miss ostetrici in collaborazione con ISS (progetto near miss ostetrici ItOSS). Anche per l'anno 2024 proseguirà il progetto di valutazione esterna fra pari "peer review" in area materno infantile, che prevede la candidatura volontaria dei punti nascita del SSR nell'ottica di perseguire obiettivi di sicurezza e miglioramento dell'appropriatezza clinica e organizzativa attraverso l'adesione alle buone pratiche.

Con decreto della DG Welfare n. 7917 del 26.05.2023 sono state approvate le indicazioni operative in merito alla sorveglianza attiva della mortalità perinatale che gli Enti pubblici e i privati accreditati dotati di punto nascita devono considerare al verificarsi di un evento. Il documento oltre ad illustrare

il modello organizzativo di sorveglianza della mortalità perinatale, specifica le modalità operative di classificazione ed invio al Centro regionale del rischio sanitario e sicurezza del paziente presso delle segnalazioni a cui seguiranno audit di primo e/o secondo livello da parte del gruppo regionale (rinnovato con il decreto 1453 del 07.10.2022), qualora lo stesso ne ravveda la necessità. Le azioni correttive che emergono a seguito dell'analisi degli eventi vanno rendicontate nelle iniziative inerenti alla sicurezza in area ostetrica e perinatale.

Nell'ambito della DGR n. XII/1141 del 16.10.2023 (art.1 comma e) è stato previsto lo sviluppo di specifici progetti di simulazione in ambito ostetrico con l'interessamento della funzione del risk management per la scelta degli scenari da rappresentare in linea con la casistica degli eventi avversi e sentinella occorsi negli ultimi anni. Il Centro Regionale per la Gestione del Rischio Sanitario e la Sicurezza del Paziente di comune accordo con AREU e i componenti del gruppo di Lavoro regionale Rischio in Sala Parto svilupperanno un progetto formativo di avvio del percorso.

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

Nell'anno 2024 sono previste iniziative di risk management nell'ambito delle strutture territoriali in linea con le modifiche apportate dalla Legge regionale n. 22/2021.

Alla luce di quanto contenuto nel DM del 19.12.2022 che definisce nuovi requisiti di autorizzazione e accreditamento per le strutture sanitarie e sociosanitarie di nuova istituzione, è avviato un percorso di definizione degli elementi di evidenza dei requisiti inerenti alla sicurezza e la qualità delle cure. Il Centro Regionale per la Gestione del Rischio Sanitario e la Sicurezza del Paziente avvierà nel corso del 2024, attraverso il coinvolgimento dei risk manager delle ATS, un sistema di accompagnamento delle UdO sociosanitarie afferenti ai territori di competenza su queste tematiche anche attraverso formazione e check-list di verifica.

In particolare, le iniziative vedranno in primis il coinvolgimento diretto dei Risk Manager delle ATS, in continuità con il Centro Regionale per la Gestione del Rischio Sanitario e la Sicurezza del Paziente con la finalità di facilitare l'analisi delle attività di risk management messe in atto dalle UdO socio-sanitarie residenziali attraverso la valutazione dell'esito dei questionari distribuiti nel corso dell'anno 2023 e con l'obiettivo di evidenziare possibili ambiti di criticità e conseguentemente di facilitare azioni di miglioramento -all'interno delle suddette UdO- attraverso l'implementazione di strumenti di risk management nei seguenti ambiti:

- Gestione eventi inattesi ed incident reporting
- Gestione sicura del farmaco
- Gestione delle infezioni correlate all'assistenza ed antibiotico resistenza
- Violenza su operatori
- Possibili altre aree di miglioramento evidenziate dalle singole ATS in sede di analisi dei dati dei questionari

Le ATS provvederanno altresì ad implementare:

- attività di risk management nei dipartimenti di prevenzione
- gestione sicura del farmaco in collaborazione col Servizio Farmaceutico

- attivare percorsi di analisi del rischio o specifiche progettualità che considerino i processi legati all'attività di screening, anche alla luce degli audit "Precede-Proceed" già svolti nel 2023 dall'Agenzia dei Controlli del Sistema Sociosanitario lombardo (ACSS).

Per quanto riguarda le attività territoriali delle ASST:

- Preso atto del passaggio alle Aziende del Dipartimento delle Cure Primarie, dovranno essere implementate le attività di Risk Management già intraprese dalle ATS in questo settore.
- Alle Cure Primarie, transitate alle ASST, dovranno essere garantiti gli stessi strumenti per la gestione del Rischio Sanitario implementati nell'Azienda con particolare riguardo alle segnalazioni di Incident Reporting (di cui alla legge 24/2017), nonché alle segnalazioni degli episodi di violenza a cura degli operatori sanitari e sociosanitari previsti dalla Lr 15/2020, con l'adesione alle iniziative promosse da ACSS in tema di monitoraggio di tali eventi.
- In merito alle case di Comunità è previsto venga analizzato il sistema della presa in carico dei pazienti con cronicità in queste strutture

Nell'ambito dei servizi dei poli territoriali afferenti alle ASST si chiede che venga avviato un percorso di gestione del rischio inserito nei progetti del piano annuale del rischio riguardante:

- l'avvio dei nuovi Distretti (Case di Comunità e Ospedali di Comunità)
- lo sviluppo della telemedicina.

4.6.0.3. Sviluppo della gestione del "full risk based thinking" (ERM)

A seguito dell'implementazione del modello di Enterprise Risk Management (ERM) applicato in via sperimentale nel corso del 2022 su 7 Strutture Sanitarie "pilota", è stato approvato nell'anno 2023 con decreto regionale il modello ERM- che permette alle organizzazioni, attraverso un'analisi dei processi con specifici strumenti di gestione, di creare valore nel lungo periodo, individuando le criticità all'interno dei processi analizzati e favorendo conseguentemente l'individuazione degli obiettivi strategici e operativi atti al loro miglioramento.

Il Risk Manager, nell'applicazione del modello, ha il ruolo di stimolare e supportare le direzioni aziendali/unità operative (risk owner) nelle fasi di analisi e valutazione dei rischi e superando l'attuale visione "a silos" dei rischi aziendali, ha il compito di aggregare gli esiti delle analisi condotte dai risk owner al fine di rappresentare i rischi in una visione univoca e prioritizzata, supportando così il Comitato di Gestione del Rischio aziendale nell'intraprendere le azioni di competenza.

Nel corso del 2024 tutte le aziende sanitarie pubbliche saranno progressivamente chiamate a svolgere una prima fase operativa di adozione sistematica del modello ERM sui processi già analizzati dal gruppo board delle strutture pilota e per promuovere tale implementazione, i Risk Manager saranno chiamati a partecipare a specifici momenti formativi.

4.6.0.4. Gestione delle Crisi e Continuità Operativa (linee di indirizzo)

Nel corso dell'anno 2024 ai Risk Manager saranno fornite indicazioni per la gestione delle crisi e per la visione integrata della resilienza organizzativa in sanità anche attraverso incontri di condivisione/formazione e adozione di idonei strumenti di "business continuity" e "crisis management". Si rende pertanto necessario, che le ASST, in coerenza con le linee di indirizzo regionali adeguino con logica sistemica e di collegamento in primis con i piani di emergenza pandemica e successivamente con gli altri piani di emergenza previsti dalla normativa (PEI, PEMA, F,

etc.) specificando in questo nuovo contesto il ruolo del risk manager e di tutti gli attori necessari nell'ambito della unità di crisi.

4.6.0.5. Prevenzione infezioni correlate all'assistenza e Sepsi

Il Gruppo di Lavoro regionale dedicato, di cui al Decreto DG Welfare n. 3604 del 18.03.2022, ha predisposto una raccomandazione specifica che sarà diffusa a tutte le aziende sanitarie volta a definire le strategie integrate per la gestione della Sepsi nell'adulto, che aggiorna il precedente Decreto DG Welfare n. 7517/2013. Tale raccomandazione agevolerà la realizzazione di PDTA aziendali contestualizzati alla realtà locale e indica i possibili sistemi di allerta precoce previsti dalle Linee Guida 2021 della "Surviving Sepsis Campaign", così come un programma di miglioramento continuo che includa lo screening dei soggetti a rischio e procedure codificate di trattamento, nonché un programma di formazione dedicato.

Allo scopo, sarà messa a disposizione una specifica Scheda di Audit che faciliterà e standardizzerà la revisione della documentazione clinica, al fine di valutare l'aderenza della gestione dei casi di sepsi al PDTA aziendale, in un campione di cartelle cliniche selezionate.

Inoltre, sarà inviata, nel secondo semestre dell'anno, una specifica Check List Logistico-Organizzativa modificata che permetterà di valutare lo stato di implementazione e avanzamento delle indicazioni regionali sulla gestione della sepsi adulto.

Si chiede pertanto:

- la conduzione di audit da una lista di campionamento definito presente sul portale di governo, includendo eventuali casi di sepsi ostetrica, utilizzando la suddetta Scheda Audit;
- di aderire alla compilazione della nuova Check list Logistico-Organizzativa aggiornata che sarà trasmessa nel secondo semestre 2024;
- di partecipare alle iniziative formative proposte a livello regionale e conseguentemente programmare la specifica formazione a livello locale.

Si precisa inoltre che saranno condivisi i dati relativi alla survey del 2023 svolta sui Laboratori di Microbiologia relativa alla valutazione sull'appropriatezza alla gestione delle emocolture e che tale survey sarà riproposta alla fine del 2024 quale indicatore utile a valutare applicazione delle indicazioni contenute nel nuovo documento sulla gestione sepsi dell'adulto.

Si chiede ai risk manager che hanno aderito alla Carta per la qualità e sicurezza delle cure di FIASO-Cittadinanza Attiva, di farsi parte attiva nell'ambito del coordinamento delle attività previste dalla "Carta" anche attraverso lo sviluppo di specifici audit sul campo in coerenza con gli standard contenuti nel documento e con il coinvolgimento dei rappresentanti dei pazienti. Le risultanze saranno oggetto di condivisione con il Centro regionale del rischio sanitario e sicurezza del paziente.

4.6.0.6. Sistema di monitoraggio delle attività di Risk Management

Nella nuova area dedicata al Risk Management all'interno del Portale di Governo, che attualmente presenta gli indicatori sulla sinistrosità, nel corso del 2024 sarà attivata un'apposita sezione dedicata agli indicatori di patient safety che verranno resi fruibili in una nuova veste grafica al fine di migliorarne il monitoraggio.

Si sta procedendo inoltre allo sviluppo di un sistema di incident reporting regionale che permetterà a tutte le Strutture pubbliche di segnalare, tra l'altro, near miss, eventi avversi, cadute accidentali, atti di violenza nei confronti di operatori nonché esiti di audit. Il flusso delle segnalazioni proveniente

dalle Strutture erogatrici pubbliche al Centro regionale del rischio sanitario e sicurezza del paziente sarà utilizzato ed integrato con un nuovo sistema di flussi informativi orientati alla misura della rischiosità e per soddisfare il debito informativo previsto verso l'Osservatorio Nazionale delle Buone Pratiche per la Sicurezza del Paziente (in ottemperanza alla legge 24/2017 e legge 113/2020; legge regionale 15/2000 atti di violenza).

4.6.0.7. Formazione dei risk manager/Network di Risk Management

Durante l'anno 2024 in collaborazione con Accademia Polis verranno avviati corsi di formazione e incontri con i Risk Manager e gli attori del sistema per le seguenti tematiche:

- Sepsis: formazione su revisione PDTA e check list redatta dal gruppo regionale sepsi
- Rischio ostetrico e materno infantile: formazione ai risk manager e ai clinici sulla gestione del rischio chiesto anche da componenti del comitato nascita
- Corso per Risk Manager e componenti CVS: corso avanzato (3-4 moduli)
- Corso per Ascolto e Mediazione di conflitti per la formazione di nuovi mediatori
- FAD sulle attività di risk management ed auditing connesse alle infezioni correlate all'assistenza come previsto dalla DGR XII/86 del 03.04.2023
- Formazione di risk management rivolte alle UdO sociosanitarie

Si svolgeranno come di consueto, i Network trimestrali di Risk Management al fine di aggiornare la rete dei Risk Manager con le attività introdotte a livello regionale favorendo inoltre lo scambio di buone pratiche.

4.6.0.8. Gestione del contenzioso/copertura assicurativa RCT/RCO

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

- Le procedure pubbliche riguardanti la copertura assicurativa RCT/RCO verranno effettuate attraverso la Centrale d'Acquisto Regionale presso ARIA.
- I Comitati Valutazione Sinistri devono essere adeguatamente strutturati ed organizzati per la valutazione e gestione dei sinistri. Le Direzioni Strategiche dovranno mettere a sistema le modalità di gestione del contenzioso sanitario in ottemperanza al Decreto della DG Welfare n. 15406 del 27.10.2022, con il quale sono state revisionate le linee di indirizzo per l'armonizzazione della gestione dei sinistri, contenenti le indicazioni per le direzioni strategiche ed i comitati di valutazione dei sinistri, a cui ogni ASST, IRCCS e ATS dovrà fare riferimento. Inoltre, nell'ottica di migliorare la gestione della segnalazione dei sinistri, le stesse saranno richieste nel corso dell'anno
- La promozione a livello aziendale di specifiche attività per migliorare i processi di ascolto/mediazione dei conflitti, possibilmente sfruttando la rete regionale di mediatori, attivando scambi di mediatori nel caso di necessità di comporre équipe di ascolto e mediazione dei conflitti. A tal fine, sarà inoltre ricostituito un gruppo di lavoro regionale che promuoverà attività per rinforzare la rete dei mediatori.

4.6.0.9. Rischio nutrizionale

La prevenzione del rischio nutrizionale, cioè della possibilità di eventi avversi correlabili all'alimentazione/nutrizione, rientra a pieno titolo nelle attività per la sicurezza delle persone assistite nelle strutture sanitarie e sociosanitarie e rappresenta attualmente uno dei rischi più

sottovalutati in ambito assistenziale. La valutazione del rischio nutrizionale consiste nell'identificazione di caratteristiche associabili a eventi avversi correlati. L'identificazione si basa sulla costruzione di processi assistenziali appropriati, procedure definite e azioni di rilevazione di parametri semplici, non invasive, non costose, ma di rilevante impatto clinico e assistenziale.

Allo scopo, è stata completata una analisi specifica, in collaborazione con la Regione Toscana ed il gruppo Gestione rischio e sicurezza in sanità (GReSS) dell'Ordine TSRM-PSTRP, al fine di monitorare lo stato di consapevolezza e di gestione di tale rischio. Saranno presentati i dati di assessment e si costituirà un gruppo di Risk Manager ed esperti di riferimento volto alla predisposizione di specifiche indicazioni per la gestione del rischio nutrizionale.

Erano già stati presentati i materiali condivisi dalla due regioni che verranno riproposti unitamente alle linee di indirizzo messe a punto dal GdL.

Si invitano i Risk Manager interessati direttamente al progetto o che hanno già buone pratiche sul tema a darne comunicazione alla mail: rischiosanita@regione.lombardia.it

4.6.0.10. Raccomandazioni Ministeriali

Si evidenzia l'importanza di portare a regime l'implementazione delle raccomandazioni ministeriali, laddove fosse ancora parziale, nonché di aggiornare le procedure e protocolli anche ai fini del monitoraggio annuale promosso da AGENAS, il cui esito determina il raggiungimento del parametro LEA punto Rischio Clinico AS.1 – Monitoraggio dell'implementazione delle raccomandazioni Ministeriali. Per lo sviluppo di ulteriori temi specifici e per la definizione dei piani aziendali di risk management si rimanda alle “Linee Operative regionali di Risk Management” che annualmente vengono predisposte dalla DG Welfare.

Le indicazioni che devono essere seguite da ASST/IRCCS/ATS sono contenute nelle Linee Operative di Risk Management che annualmente vengono definite dal Centro Regionale per la Gestione del Rischio Sanitario e la Sicurezza del Paziente.

4.7. RETI CLINICO-ASSISTENZIALI ED ORGANIZZATIVE

Proseguirà nel 2024 la promozione e lo sviluppo delle reti di offerta ospedaliera, sia nell'area delle patologie tempo dipendenti, sia nei settori di elevata specializzazione, delineandone indirizzi, contenuti e confini nell'ambito di atti programmatori settoriali e specifici. Sarà sviluppato un “modello ospedaliero a rete” che colleghi tra loro le diverse Strutture, ciascuna nell'ambito del proprio ruolo, favorendo l'integrazione di discipline prettamente ospedaliere con i servizi territoriali e domiciliari che saranno incrementati per soddisfare quanto più possibile i bisogni di salute della totalità dei pazienti.

Nell'ambito della Rete Oncologica Lombarda (ROL), saranno avviate, in particolare, le attività della Rete dei Tumori Rari anche in seguito all'Accordo Stato/Regioni n. 213/CSR del 21 settembre 2023 sul documento “Processo normativo e attuativo per la definizione dell'assetto della Rete Nazionale Tumori Rari” che qui si recepisce.

4.7.0.1. Telecardiologia

Si dà mandato alle Aziende/Enti (ASST, IRCCS di Diritto Pubblico, Erogatori Privati accreditati) che prevedono Strutture Complesse di Cardiologia nella loro organizzazione, di attivare percorsi aziendali integrati in ambito telecardiologico, in grado di integrare l'offerta tra ospedale e servizi territoriali, garantendo continuità nella presa in carico, nei seguenti ambiti identificati dalla DG Welfare:

- Scompenso cardiaco,
- Monitoraggio Remoto nel follow-up clinico di dispositivi cardiaci per le alterazioni del ritmo,
- Teleriabilitazione domiciliare post cardiocirurgica,
- Ipertensione.

I modelli organizzativi di tali attività verranno pubblicati dalla DG Welfare nel corso del 1° trimestre 2024 e dovranno essere recepiti dalle Aziende/Enti attraverso progetti aziendali, i quali dovranno essere sviluppati, presentati e implementati entro la fine del 2024.

Si demanda ad un successivo atto della DG Welfare l'approvazione delle tariffazioni regionali previste per la remunerazione di tali attività.

4.7.0.2. Rete procreazione medicalmente assistita (PMA)

La DGR n. XII/1141 del 16/10/2023 ha disposto la messa a sistema dell'attività della "Banca regionale di crioconservazione e distribuzione dei gameti da donazione" confermando la ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda di Milano sede della Banca in quanto, anche a seguito della sperimentazione, la stessa possiede ed ha affinato la necessaria esperienza tecnica e capacità professionale per consentire sul territorio regionale le procedure di PMA di tipo eterologo.

Per assicurare le attività della Banca sono messe a disposizione per il 2024 fino ad un massimo 2 ml/Euro.

Nel corso del 2024 sarà definita, inoltre, una complessiva revisione e razionalizzazione organizzativa relativa all'erogazione di prestazioni di PMA di tipo eterologo ed omologo.

4.7.0.3. Rete ostetrico-ginecologica e neonatale

Nel corso del 2024 si procederà con l'implementazione di quanto previsto dalla DGR n. XII/1141 del 2023 "Linee di intervento per lo sviluppo ed efficientamento del percorso nascita in Lombardia finalizzato a favorire la natalità e la tutela della salute riproduttiva".

Proseguendo il modello organizzativo sul paradigma Hub e Spoke con l'obiettivo specifico di identificare i Centri Hub con definizione di parametri di monitoraggio al fine di garantire sempre più la sicurezza della mamma e del neonato.

4.7.0.4. Rete ginecologica ospedaliera-territoriale

È prevista l'implementazione di quanto contenuto nel Decreto della DG Welfare n. 5607/2022, ed inoltre verrà attivato, nel primo semestre 2024, un Convegno rivolto a tutti gli Enti sanitari al fine di dare compiuta diffusione ed implementazione ai provvedimenti a sostegno della natalità.

4.7.0.5. Rete cure palliative

È previsto il potenziamento ulteriore dell'offerta di Cure palliative in attuazione dell'art. 1, comma 8, della L. n. 197/2022, al fine di pervenire alla graduale copertura del 90% del Bisogno di Cure Palliative entro il 2029.

- Efficientamento del modello organizzativo della Rete regionale di Cure palliative attraverso:
 - la promozione dell'utilizzo dello Strumento (sub-allegato "E" ex DGR n. XI/1046/2018) aggiornato, ai fini dell'avvio della valutazione della condizione clinica del malato da parte delle Reti Locali di Cure Palliative e conseguente potenziamento dell'offerta di Cure palliative,
 - il monitoraggio dei percorsi di Cure palliative domiciliari, anche in attuazione della DGR n. XII/850/2023, al fine di favorire l'appropriatezza delle cure ed il raggiungimento degli obiettivi definiti dal PNRR Missione 6, in termini di incremento del numero di pazienti over 65 affetti da malattia cronica presi in carico e della durata media dei percorsi,
 - la promozione della continuità, equità e sostenibilità delle cure, Ospedale-Territorio anche nel contesto di interventi condotti in Emergenza/Urgenza:
 - a livello ospedaliero, le équipe di Cure palliative assicurano il governo clinico dei pazienti con bisogni di CP processando in modo tempestivo, a livello sovra distrettuale, coordinano e integrano nei diversi livelli di assistenza, in collaborazione con le COT, i PUA, l'ADI complessa e l'Assistenza Primaria. Inoltre, si procederà con il monitoraggio delle attività ambulatoriali e consulenziali di CP ai fini del consolidamento e storicizzazione del dato,
 - a livello territoriale, sia attraverso lo sviluppo dell'attività consulenziale a favore di RSA/RSD da parte degli erogatori di Cure palliative per il livello residenziale (Hospice), nell'ambito del budget assegnato, sia attraverso lo sviluppo di forme di integrazione ed azioni sinergiche tra équipe specialistiche di CP e MMG, ADI Complessa e IFoC.
 - nell'ambito di interventi con caratteristiche di urgenza/emergenza a favore di pazienti con bisogni di CP, saranno adottati protocolli e procedure mirate ad interfacciare la Rete di Cure palliative e la Rete dell'Emergenza-Urgenza.
- Realizzazione di percorsi formativi con particolare riguardo ai criteri di valutazione precoce dei bisogni di CP in attuazione al Piano degli eventi formativi rivolti al personale del SSR. Si procederà alla formazione:
 - dei professionisti dell'équipe specialistiche delle RLCP in coerenza con l'Acc. n. 87/CSR del 10 luglio 2014,
 - di tutti i professionisti che a vario titolo sono coinvolti nella fase di transizione delle condizioni di salute del malato cronico, complesso e fragile, verso bisogni di cure palliative (MMG; Specialisti di Branca, IFoC; Medici e Infermieri delle ADI, delle RSA/RSD, AREU),
 - dei volontari delle RLCP in coerenza all'Intesa n. 103/CSR del 09/07/2020.

4.7.0.6. Rete di terapia del dolore e cure palliative pediatriche Promozione dello sviluppo della Rete di Terapia del Dolore e Cure Palliative Pediatriche (RTD-CPP)

- Analisi dell'offerta in ambito di TD-CPP, anche attraverso l'identificazione del bisogno, delle modalità organizzative ed erogative.

- Individuazione, tra i membri dell’Organismo di Coordinamento Regionale di Cure Palliative, di uno specifico Organismo di TD e CPP di esperti in materia che potrà essere integrato con ulteriori figure in possesso di comprovato expertise del settore.
- Evoluzione del modello organizzativo della Rete di Terapia del Dolore e Cure palliative Pediatriche, con previsione di implementazione del livello residenziale pubblico (Hospice pediatrico) per il quale si destinano fino a 2 milioni di Euro, e aggiornamento dei Centri di Riferimento di cui alla DGR n. VIII/11085/2010 in aderenza all’Accordo CSR n. 30/2021, tenuto conto della programmazione regionale con riguardo alla Rete Materno-infantile e alla identificazione dei Poli Materno infantili e dei Centri di eccellenza per patologie specifiche del minore identificati a livello regionale.
- Definizione dei livelli organizzativi (nodi della rete) per rendere operativa la Rete Regionale TD-CPP (ipotizzando più Centri di Riferimento Regionale di TD-CPP, oltre a Centri periferici di primo livello).
- Promozione delle opportune sinergie con le Reti dell’adulto di Terapia del Dolore (Accordo n. 119/CSR del 27.07.2020) e di Cure palliative (Accordo n. 118/CSR del 27.07.2020).
- Avvio del monitoraggio, a cadenza periodica, sullo stato di avanzamento di realizzazione della rete e, più in generale dell’offerta di cura in questo ambito, al fine di valutare nel tempo la presa in carico dei minori secondo il bisogno rilevato ed apportare le eventuali necessarie azioni migliorative.
- Programmazione e definizione di formazione specifica per gli operatori che svolgono attività nella rete delle CPP, in aderenza all’Accordo n. 30/CSR del 25 marzo 2021 concernente “Accreditamento della rete di terapia del dolore e cure palliative pediatriche”.

4.7.0.7. Rete terapia del dolore

È prevista l’attuazione progressiva delle Rete di Terapia del dolore in coerenza all’Accordo n. 119/CSR del 2020. Ed inoltre il monitoraggio dell’offerta di cura e della presa in carico del paziente ai fine di:

- Identificare e consolidare le Reti Locali di Terapia del Dolore,
- Promuovere e rafforzare sinergie tra i nodi della rete.

Formazione: nel corso del 2024 in attuazione al Piano degli eventi formativi rivolti al personale del SSR, si procederà alla realizzazione dei percorsi formativi a favore dei professionisti della Rete di Terapia del dolore.

4.7.0.8 Rete oncoematologica pediatrica

Analisi della offerta e delle modalità organizzative e cliniche della attuale struttura oncoematologia in regione Lombardia e le sue implicazioni a livello nazionale.

Entro il primo semestre 2024 predisposizione della riorganizzazione della rete oncoematologia pediatrica.

4.7.0.9 Rete gastroenterologica

Alla luce dei provvedimenti di giunta adottati nel corso degli anni entro il primo semestre 2024 è ormai imprescindibile la messa a regime della rete gastroenterologica.

4.7.0.10. Attività di emergenza urgenza ospedaliera

Con la DGR n. XI/6893 del 5.09.2022 Regione Lombardia è intervenuta sul flusso dei pazienti in Pronto Soccorso e sulla ricettività dei reparti di area medica, al fine di garantire l'adempimento a quanto previsto dall'Accorso Stato-Regioni del 1.09.2019 secondo cui il tempo che intercorre fra l'accesso in Pronto Soccorso e il ricovero nelle aree di degenza, debba essere inferiore alle 8 ore.

La DG Welfare ha istituito l'Osservatorio regionale per i ricoveri in area medica e ne ha nominato i componenti.

Nel corso del 2023, di concerto con l'Osservatorio Regionale per i ricoveri in area medica, Regione Lombardia:

- ha strutturato il flusso informativo di indicatori che tutti gli IRCCS pubblici e le ASST sede di PS dovranno trasmettere mensilmente alle ATS, a cui è affidato il compito di raccogliarli, analizzarli e trasmetterne le risultanze alla DG Welfare e all'Osservatorio per gli opportuni interventi: nel corso del 2024, sulla base delle risultanze dei monitoraggi condotti durante l'anno 2023, verrà approntato un cruscotto informatizzato, a disposizione della DG Welfare, delle ATS e delle strutture pubbliche e private accreditate, sede di Pronto Soccorso, con l'obiettivo di monitorare in tempo reale la situazione nei Pronto Soccorso e rilevare eventuali criticità nel percorso del paziente acuto di area medica.
- ha istituito un gruppo di lavoro che ha elaborato un documento finalizzato a dettagliare il "Modello regionale delle competenze funzioni e responsabilità del Bed Manager": si allega al presente (Appendice 4.1) quale linea guida a cui tutti gli enti, pubblici e privati accreditati e a contratto, sede di Pronto Soccorso devono far riferimento nello sviluppo della funzione di bed management aziendale.

Con la DGR XII/787 del 31.07.2023 Regione Lombardia ha adottato il "Piano di riordino delle strutture, delle attività e dei ruoli del personale medico nell'ambito della rete emergenza urgenza": nel corso del 2024 proseguiranno le attività volte a darne piena attuazione. Sarà obiettivo di ogni Direttore Sanitario e della Direzione generale delle ASST, l'attuazione compiuta della DGR XII/787 del 31.07.2023. Nel caso o di non caso di mancata attuazione della DGR XII/787 del 31.07.2023 entro il 2024, la DGW Si riserva di affidare la gestione operativa del Pronto Soccorso ad AREU.

Al fine di migliorare l'accoglienza presso i punti di pronto soccorso le direzioni generali delle ASST, devono istituire un punto di contatto e dei servizi di accoglienza (stewardship) per i pazienti in attesa e per i famigliari. Le Asst invieranno un report di monitoraggio, predisposto dalla DGW a cadenza mensile per la valutazione dell'avanzamento. Sono previste attività di monitoraggio diretto ed in loco, e di mystery shopping al fine di valutare il miglioramento del servizio.

4.7.0.10. Rete regionale del trauma maggiore

Con la DGR XII/211 del 03.05.2023 è stata riorganizzata la rete regionale del trauma maggiore con l'obiettivo di ottimizzare il flusso dei pazienti vittime di trauma maggiore e di riorganizzare la rete trauma regionale secondo il modello del Sistema Integrato per l'Assistenza al Trauma Maggiore (SIAT); con il DDG 7631 del 23.05.2023 è stato istituito l'"Osservatorio regionale per il trauma maggiore": durante l'attività del primo semestre l'Osservatorio ha preso in carico e valutato le richieste di alcuni enti finalizzate a rivedere il loro ruolo e/o afferenza all'interno della rete trauma per sopraggiunte variazioni organizzative.

Facendo seguito al lavoro istruttorio condotto dall'Osservatorio si rivede la composizione dei SIAT secondo le seguenti tabelle:

SIAT ORIENTALE (della Val Camonica-Franciacorta e dell'Area Padana)	
CTS	<i>Spedali Civili di Brescia (ASST degli Spedali Civili di Brescia)</i>
CTZnch	<i>Fondazione Poliambulanza di Brescia Ospedale "Carlo Poma" (ASST di Mantova) Ospedale di Cremona (ASST di Cremona)</i>
CTZ	<i>Ospedale di Chiari (ASST Franciacorta) Ospedale di Esine (ASST Valcamonica) Ospedale Maggiore di Crema (ASST di Crema)</i>
PST	<i>Ospedale di Manerbio (ASST del Garda) Ospedale di Desenzano del Garda (ASST del Garda) Ospedale Civile "Destra Secchia" di Borgo Mantovano (ASST di Mantova) Ospedale di Oglio Po (ASST Cremona)</i>
OTT	<i>Ospedale di Montichiari (ASST degli Spedali Civili di Brescia) Ospedale di Gardone V.T. (ASST degli Spedali Civili di Brescia) Istituto Clinico Sant'Anna di Brescia Istituto Clinico Città di Brescia Istituto Clinico San Rocco di Brescia Ospedale S. Pellegrino di Castiglione delle Stiviere</i>
SIAT CENTRALE (Valtellina, Orobie e Bergamasca)	
CTS	<i>Ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo (ASST Papa Giovanni XXIII)</i>
CTZnch	<i>Ospedale E. Morelli di Sondalo (ASST della Valtellina e dell'Alto Lario) Ospedale Moriggia Pelascini di Gravedona</i>
CTZ	<i>Ospedale di Sondrio (ASST della Valtellina e dell'Alto Lario) Ospedale "Bolognini" di Seriate (ASST di Bergamo Est) Ospedale "Treviglio Caravaggio" (ASST di Bergamo Ovest)</i>
PST	<i>Ospedale "M.O.A. Locatelli" di Piario (ASST di Bergamo Est) Ospedale Humanitas Gavazzeni di Bergamo</i>
OTT	<i>Policlinico San Pietro Policlinico San Marco di Zingonia Ospedale Santissima Trinita' di Romano di Lombardia (ASST Bergamo Ovest)</i>
SIAT NORD-OCCIDENTALE (Insubria e Brianza)	
CTS	<i>Ospedale di Circolo di Varese (ASST dei Sette Laghi) Ospedale San Gerardo di Monza (Fondazione IRCCS S. Gerardo dei Tintori)</i>
CTZnch	<i>Ospedale di Legnano (ASST Ovest Milanese) Ospedale Sant'Anna di Como (ASST Lariana) Ospedale Alessandro Manzoni di Lecco (ASST di Lecco)</i>

CTZ	-----
PST	<i>Ospedale Luigi Confalonieri di Luino (ASST dei Sette Laghi)</i> <i>Ospedale Causa Pia Luvini di Cittiglio (ASST dei Sette Laghi)</i> <i>Ospedale Luigi Galmarini di Tradate (ASST dei Sette Laghi)</i> <i>Ospedale di Gallarate (ASST della Valle Olona)</i> <i>Ospedale Sant'Antonio Abate di Cantù (ASST Lariana)</i> <i>Ospedale di Vimercate (ASST Brianza)</i> <i>Ospedale di Merate (ASST di Lecco)</i> <i>Ospedale di Carate Brianza (ASST Brianza)</i>
OTT	<i>Istituto Clinico Mater Domini di Castellanza</i> <i>Ospedale di Magenta (ASST Ovest Milanese)</i> <i>Ospedale di Busto Arsizio (ASST della Valle Olona)</i> <i>Policlinico di Monza</i> <i>Ospedale E. Bassini di Cinisello Balsamo (ASST Nord Milano)</i> <i>Multimedica di Sesto San Giovanni</i> <i>Ospedale di Desio (ASST Brianza)</i>

Le afferenze CTZnch, PST, OTT sono definite dalla prossimità territoriale come descritto nella seguente tabella:

CTS OSPEDALE DI CIRCOLO DI VARESE (ASST DEI SETTE LAGHI)	
CTZnch	<i>Ospedale di Legnano (ASST Ovest Milanese)</i> <i>Ospedale Sant'Anna di Como (ASST Lariana)</i>
PST	<i>Ospedale Luigi Confalonieri di Luino (ASST dei Sette Laghi)</i> <i>Ospedale Causa Pia Luvini di Cittiglio (ASST dei Sette Laghi)</i> <i>Ospedale Luigi Galmarini di Tradate (ASST dei Sette Laghi)</i> <i>Ospedale di Gallarate (ASST della Valle Olona)</i> <i>Ospedale Sant'Antonio Abate di Cantu' (ASST Lariana)</i>
OTT	<i>Istituto Clinico Mater Domini di Castellanza</i> <i>Ospedale di Magenta (ASST Ovest Milanese)</i> <i>Ospedale di Busto Arsizio (ASST della Valle Olona)</i>
CTS OSPEDALE SAN GERARDO DI MONZA (FONDAZIONE IRCCS S. GERARDO DEI TINTORI)	
CTZnch	<i>Ospedale Alessandro Manzoni di Lecco (ASST di Lecco)</i>
PST	<i>Ospedale di Vimercate (ASST Brianza)</i> <i>Ospedale di Merate (ASST di Lecco)</i> <i>Ospedale di Carate Brianza (ASST Brianza)</i>
OTT	<i>Policlinico di Monza</i> <i>Ospedale E. Bassini di Cinisello Balsamo (ASST Nord Milano)</i> <i>Multimedica di Sesto San Giovanni</i> <i>Ospedale di Desio (ASST Brianza)</i>

SIAT SUD-OCCIDENTALE (Area Metropolitana e Ticino-Lomellina)

CTS	<i>Ospedale di Niguarda (ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda) Policlinico San Matteo di Pavia (Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo)</i>
CTZnch	<i>IRCCS Ospedale San Raffaele Ospedale San Carlo (ASST Santi Paolo e Carlo) Policlinico di Milano (Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico) Ospedale Fatebenefratelli e Oftalmico (ASST Fatebenefratelli Sacco) IRCCS Humanitas di Rozzano</i>
CTZ	<i>Ospedale Luigi Sacco (ASST Fatebenefratelli Sacco) Ospedale San Paolo (ASST Santi Paolo e Carlo) IRCCS Policlinico San Donato Ospedale Maggiore di Lodi (ASST Lodi)</i>
PST	<i>IRCCS Ospedale Galeazzi - Sant'Ambrogio Ospedale Uboldo di Cernusco SN (ASST Melegnano e Martesana) Ospedale di Melzo (ASST Melegnano e Martesana) Ospedale Vizzolo Predabissi (ASST Melegnano e Martesana) Ospedale G. Salvini di Garbagnate (ASST Rhodense) Ospedale di Rho (ASST Rhodense) Ospedale Civico di Codogno (ASST Lodi) Ospedale Civile di Voghera (ASST di Pavia) Ospedale Civile di Vigevano (ASST di Pavia) Ospedale dei bambini Vittore Buzzi (PST Pediatrico)</i>
OTT	<i>Ospedale Gaetano Pini (ASST Gaetano Pini) Ospedale C.T.O. (ASST Gaetano Pini) Istituto Clinico Città Studi</i>

Le afferenze CTZnch, PST, OTT sono definite dalla prossimità territoriale come descritto nella seguente tabella:

CTS OSPEDALE DI NIGUARDA (ASST GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO NIGUARDA)	
CTZnch	<i>Zona EST Milano: IRCCS Ospedale San Raffaele Zona OVEST Milano: Ospedale San Carlo (ASST Santi Paolo e Carlo) Zona CENTRO-SUD Milano: Policlinico di Milano (Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico) Ospedale Fatebenefratelli e Oftalmico (ASST Fatebenefratelli Sacco)</i>
CTZ	<i>Ospedale Luigi Sacco (ASST Fatebenefratelli Sacco) Ospedale San Paolo (ASST Santi Paolo e Carlo) IRCCS Policlinico San Donato</i>
PST	<i>IRCCS Ospedale Galeazzi - Sant'Ambrogio Ospedale di Melzo (ASST Melegnano e Martesana) Ospedale G. Salvini di Garbagnate (ASST Rhodense) Ospedale di Rho (ASST Rhodense) Ospedale dei bambini Vittore Buzzi (PST Pediatrico)</i>
OTT	<i>Ospedale Gaetano Pini (ASST Gaetano Pini) Ospedale C.T.O. (ASST Gaetano Pini) Istituto Clinico Città Studi Ospedale Vizzolo Predabissi (ASST Melegnano e Martesana) Ospedale Uboldo di Cernusco SN (ASST Melegnano e Martesana)</i>

CTS POLICLINICO SAN MATTEO DI PAVIA (FONDAZIONE IRCCS POLICLINICO SAN MATTEO)	
<i>CTZnch</i>	<i>IRCCS Humanitas di Rozzano</i>
<i>CTZ</i>	<i>Ospedale Maggiore di Lodi (ASST Lodi)</i>
<i>PST</i>	<i>Ospedale Civico di Codogno (ASST Lodi) Ospedale Civile di Voghera (ASST di Pavia) Ospedale Civile di Vigevano (ASST di Pavia)</i>

4.7.0.11 Rete materno neonatale

Regione Lombardia, proseguendo nel percorso di favorire il percorso nascita a seguito della delibera DGR 1141/2023, Linee di intervento per lo sviluppo ed efficientamento del percorso nascita, valutando l'attuale livello di attuazione e realizzazione e in base alle nuove esigenze emergenti potrà provvedere, entro il 2024, all'aggiornamento delle rete per l'assistenza materno neonatale di cui alla DGR XI/2396

4.8. ATTIVITÀ DI CONTROLLO

4.8.0.1. Attività di controllo della Agenzia di Controllo del Sistema Socio Sanitario Lombardo

L'Agenzia di Controllo del Sistema Socio-Sanitario Lombardo a supporto della Direzione Generale Welfare, sentita l'ATS territorialmente competente, procede a verifiche mirate su singoli eventi in ordine al rispetto alla normativa nazionale e regionale in tema di erogazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie da parte delle Aziende pubbliche e degli erogatori privati accreditati. L'Agenzia procede altresì alle suddette verifiche su richiesta della DGW. L'agenzia, nelle verifiche di competenza si avvale dei NOC di una ATS diversa rispetto a quella dove è territorialmente situata la struttura oggetto di verifica: in ogni caso l'esito delle verifiche è trasmesso alla Direzione generale Welfare.

4.8.0.2. Programmazione dei controlli delle Agenzie di Tutela della Salute

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 redatti in linea con 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, così come previsto dalla DGR n° XI/7315 del 14/11/2022, predispongono ed inviano entro il 28 febbraio 2024, alla DG Welfare e all'ACSS, con invio elettronico, il Piano dei Controlli relativo all'esercizio 2024. L'ACSS può chiedere integrazioni o modifiche del suddetto piano, che devono essere recepite entro 30 giorni.

4.8.0.3. Sottogruppo tecnico sulla verifica dell'appropriatezza e della codifica delle prestazioni Sanitarie

Anche per il 2024 le ATS, così come da regolamento, sono chiamate ad inoltrare i quesiti che ritengono meritevoli di un approfondimento facendo da tramite anche per quelli ricevuti dagli erogatori. Parimenti le associazioni di categoria degli erogatori privati provvederanno ad inoltrare i quesiti ricevuti dai propri associati.

L'ACCS collabora con la DG Welfare al fine di garantire l'uniformità di applicazione delle regole di accreditamento sul territorio regionale.

4.8.0.4. Indirizzi per i controlli delle prestazioni sanitarie

Viene confermata la necessità che, per l'anno 2024, 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.

In particolare, in riferimento alla quota dei controlli prevista e pari al 12.5%, al fine di garantire la sostenibilità delle attività conseguenti, le direzioni strategiche delle ATS devono considerare prioritarie queste attività destinando alle stesse un numero adeguato di operatori.

Nulla è variato rispetto all'obbligo di invio dell'elenco aggiornato dei componenti del NOC delle ATS, all'inizio dell'Esercizio 2024 (entro il 31 gennaio 2024) e successivamente ad ogni eventuale modifica degli stessi componenti sia alla DG Welfare che all'ACSS.

Di seguito si dettagliano i contenuti in tema di "Controlli".

Per il 2024, nel confermare quanto contenuto nel DM del 10/12/2009 "Controlli sulle cartelle cliniche" e le quote minime di attività in esso individuate, si dispone quanto segue:

- l'esercizio di controllo ad opera dei NOC delle ATS deve essere programmato e si svolgerà dal 1° gennaio 2024 fino al 31 dicembre 2024;
- la chiusura del debito informativo su piattaforma SMAF per le suddette attività di controllo (prevista per l'esercizio 2024 entro il 10/01/2025) potrà usufruire di un ulteriore mese per eventuali correzioni di errori, e dovrà pertanto concludersi entro e non oltre il 10/02/2025;
- Il volume dei controlli sulle prestazioni di ricovero è determinato in almeno il 12,5% così suddiviso:
 - fino al 6,5% (di cui 3% di qualità documentale e 3,5% di congruenza ed appropriatezza generica, potrà essere riferita ad attività di autocontrollo da effettuare a cura dei soggetti erogatori secondo le modalità di selezione del campione e di successiva verifica dell'autocontrollo da parte delle ATS, stabilite dalla DGR n. X/1185/2013;
 - per il restante 6% si conferma la selezione di tipo mirato della casistica per le conseguenti verifiche di congruenza.
 - riguardo alle prestazioni di specialistica ambulatoriale, si conferma la percentuale di controllo pari ad almeno il 3,5% delle pratiche, da effettuarsi, con le modalità previste dalle "Regole di sistema".

All'ACSS è garantito l'accesso alla piattaforma SMAF e a tutti i dati e database necessari gestiti allo svolgimento delle proprie attività da Aria Spa, in qualità di azienda in house della Regione Lombardia, finalizzati.

Nel merito delle modalità di effettuazione e di trasmissione dei controlli sulle prestazioni sanitarie di ricovero e di specialistica ambulatoriale e delle relative tempistiche, sono definite, per l'esercizio

2024, le disposizioni per le attività di autocontrollo da parte degli Erogatori, come da sintesi riportata di seguito.

4.8.0.5. Autocontrollo qualità documentale Ricoveri (3%)

Dimessi dal 1° gennaio 2024

ATS

- Campionamento casuale (numerosità = 3% produzione 2023) su gennaio-marzo 2024.
- Invio ad Erogatori elenchi cartelle cliniche campionate.

Erogatore

- Invio esiti autocontrollo solo in ATS (no correzioni in Regione su campione) entro il 30 giugno 2024.

ATS

- Campionamento quota parte del 3% iniziale, per verifica di concordanza.
- In concordanza, no sanzionamento per errore.
- In discordanza, estensione a intero campione autocontrollo e sanzionamento per errore (se decurtazione economica $\geq 5\%$).
- Invio esiti quota parte controllo ATS ed autocontrollo Erogatore in Regione entro il 10.01.25 (con possibilità di correggere errori fino al 10.02.25).

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

Dimessi dal 1° gennaio 2024

Erogatore

- Piano di Controllo aziendale (invio in ATS entro 15 febbraio 2024).
- Campionamento mirato o casuale o misto (numerosità = 3,5% produzione 2022) su gennaio-aprile 2024.
- Invio mensile in ATS elenchi cartelle cliniche campionate.
- Invio esiti autocontrollo solo in ATS (NO correzioni in Regione su campione) entro il 30 giugno 2024.

ATS

- Segnalazione criticità Piano di Controllo aziendale.
- Campionamento quota parte del 3,5% iniziale, per verifica di concordanza.
- In concordanza, no sanzionamento per errore.
- In discordanza, estensione a intera produzione disponibile e sanzionamento per errore (se decurtazione economica $\geq 5\%$).
- Invio esiti quota parte controllo ATS ed autocontrollo Erogatore in Regione entro il 10/01/25 (con possibilità di correggere errori fino al 10/02/25).

Le Strutture sanitarie di ricovero e cura dovranno provvedere, entro il 15 febbraio p.v., ad inviare, alla ATS di riferimento, un Piano di Controllo aziendale in cui siano esplicitati i criteri di campionamento e le modalità organizzative utilizzate per quanto riguarda l'autocontrollo di congruenza delle prestazioni di ricovero.

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

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

4.9. NEGOZIAZIONE AREA SANITARIA

La DGW istituirà nel mese di gennaio un gruppo di lavoro permanente sulla negoziazione a cui parteciperanno i funzionari delle ATS che seguono il processo di monitoraggio del budget e negoziazione, ciò al fine di omogenizzare e condividere il processo su tutto il territorio lombardo, rivedendo la predisposizione della scheda di budget e formulando una proposta di attuazione dell'art. 15 co.12-bis della L.R. 33/2009 che prevede quanto segue “gli enti unici di più strutture presenti anche su territori di ATS differenti e in raccordo con queste ultime, sottoscrivono, previa autorizzazione della direzione generale Welfare e in attuazione degli indirizzi annuali di programmazione, un contratto unico regionale con l'ATS dove insiste la sede legale dell'ente unico”.

Le eventuali proposte che emergeranno dal tavolo di lavoro, che dovrà consegnare le proprie elaborazioni entro e non oltre il 30 giugno 2024, verranno rese ufficiali con atto dirigenziale e andranno ad integrare quanto previsto dalla presente delibera in tema di negoziazione.

Nell'ambito del percorso di negoziazione delle attività sanitarie la definizione dei budget di struttura verrà fatta partendo dai valori presenti nei contratti sottoscritti entro il 30.06.2023, adeguati alle sentenze del TAR n. 78/2022, n. 581/2022 e n. 1859/2022, senza considerare le eventuali rimodulazioni non storicizzabili disposte nel corso del 2023, tenuto necessariamente conto dei vincoli discendenti dalla normativa nazionale in tema di monitoraggio della spesa e di quelli di acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza sanitaria ospedaliera e ambulatoriale, così come previsto all'art. 15 del DL 6 luglio 2012, n. 95 “*Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini (nonché misure di rafforzamento patrimoniale delle imprese del settore bancario)*” convertito con modificazioni dalla Legge 7 agosto 2012, n. 135 e s.m.i.

La procedura per la negoziazione e la sottoscrizione dei contratti con tutti gli Erogatori di prestazioni sanitarie, prevede la sottoscrizione del contratto definitivo entro il 30 aprile 2024, verranno rivisti lo schema di contratto e la scheda di budget.

I contratti del 2023 sono prorogati fino alla sottoscrizione dei contratti 2024 questo per permettere l'erogazione delle prestazioni e il riconoscimento degli acconti agli erogatori pubblici e privati.

In caso di trasformazione di posti letto di degenza ordinaria in posti tecnici (BIC, MAC, dialisi) e/o in caso di variazione del setting assistenziale di alcune prestazioni, le ATS possono procedere alla rimodulazione e all'adeguamento dei valori di budget (ricoveri e specialistica ambulatoriale) a parità di risorse complessivamente contrattualizzate con la struttura/ente unico richiedente la

trasformazione. Si rimane comunque in attesa dell'impatto derivante del nuovo nomenclatore tariffario.

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

I posti letto necessari per onorare gli impegni contrattuali annualmente negoziati dagli erogatori con le ATS sono i posti letto accreditati e a contratto (DGR n. XI/1046/2018 e s.m.i.). Limitatamente all'anno 2024, a parziale deroga di quanto previsto all'ultimo punto della premessa del contratto tipo, di cui al sub-allegato A, il numero dei pazienti ricoverati in regime ordinario non può superare il numero totale dei posti letto a contratto considerando la media quadrimestrale. I ricoveri dovuti a situazioni di emergenza/urgenza, adeguatamente documentati, potranno determinare una presenza di pazienti superiore al numero dei posti letto autorizzati. Per i ricoveri in regime di day hospital-day surgery, il numero dei pazienti ricoverati non può superare il doppio del numero complessivo dei posti letto autorizzati per ricoveri a ciclo diurno.

Anche per l'anno 2024 rimangono possibili le rimodulazioni di budget già previste negli esercizi precedenti per le risorse contrattualizzate con la medesima struttura e per gli enti unici, finanziando eventuale attività di ricovero (relativamente ad altre strutture appartenenti al medesimo ente unico), cure sub-acute ed ambulatoriali in iperproduzione con lo spostamento di risorse da ricovero e cura. Tali operazioni sono da considerarsi non storicizzabili.

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

Le rimodulazioni potranno essere chieste dagli erogatori alle ATS oppure proposte da ATS agli erogatori e concordate con gli stessi. A tale riguardo, il soggetto erogatore può inviare, entro e non oltre il 31 ottobre dell'anno in corso, l'eventuale segnalazione dell'esigenza di modificare il budget alla ATS di riferimento. Le istanze pervenute dagli erogatori oppure le proposte delle ATS agli erogatori stessi dovranno essere trasmesse entro e non oltre il 15 novembre 2024 alla DGW unitamente ad una propria valutazione. Per le istanze di rimodulazione che riguardano diversi ambiti territoriali, la valutazione deve essere svolta e condivisa da tutte le ATS coinvolte. Successivamente, entro il 30 novembre 2024, la Direzione Generale Welfare provvederà a comunicare l'eventuale approvazione delle rimodulazioni alle ATS territorialmente competenti.

ATS potrà valutare, previo assenso da parte della DG Welfare, di destinare le quote non assegnate agli enti erogatori (derivate dal non raggiungimento delle soglie minime e/o obiettivi di quota variabile) ad una successiva specifica contrattualizzazione con l'eventuale coinvolgimento degli erogatori privati anche solo accreditati.

4.9.0.1. Attività di ricovero e cura

Per l'anno 2024 si prevede la determinazione del budget unico di struttura a partire dal valore contrattualizzato 2023, adeguati alle sentenze del TAR n. 78/2022, n. 581/2022 e n. 1859/2022, senza considerare le eventuali rimodulazioni, non storicizzabili, disposte nel corso del 2023; tale budget pertanto è riferito a tutta la produzione, a prescindere dalla residenza degli assistiti trattati, fatta

eccezione per i cittadini stranieri (individuati con l'onere degenza "7" e l'onere degenza "9" erogato a favore di STP) per i quali le prestazioni erogate restano disciplinate da normativa specifica.

Al fine di garantire l'equilibrio economico del Servizio sanitario regionale unitamente al rispetto dei vincoli del DL 95/2012, per gli erogatori privati accreditati e a contratto vengono individuati all'interno del budget unico due tetti per singolo erogatore: parte del budget di struttura per lombardi e parte del budget di struttura per fuori regione. La somma dei valori dei singoli tetti di struttura, per cittadini lombardi e per cittadini fuori regione, rappresentano, separatamente, i tetti di spesa complessivi di sistema.

Gli eventuali risparmi rispetto ai due tetti di spesa invalicabili a livello di sistema, come sopra definito, a consuntivo potranno essere oggetto di redistribuzione a copertura parziale dell'iperproduzione, in proporzione all'iperproduzione stessa. Tali operazioni non sono storicizzabili.

Analogamente, eventuali superamenti al limite complessivo di sistema, come sopra definito, oppure al limite previsto dall'art. 15 del DL 6 luglio 2012, n. 95 "Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini (nonché misure di rafforzamento patrimoniale delle imprese del settore bancario)" convertito con modificazioni dalla Legge 7 agosto 2012, n. 135 e s.m.i., a consuntivo, determinano un abbattimento di sistema.

Bassa complessità

Per le prestazioni di bassa complessità (ossia tutta la produzione che non rientri nella definizione di Alta Complessità e non siano ricoveri erogati da IRCCS), si conferma quanto previsto nelle regole di sistema per l'anno 2023 (tetto di sistema sulla bassa complessità per fuori regione) al fine di garantire il rispetto di quanto previsto nella Legge n. 208/2015, comma 574, in tema di adozione di misure volte a ridurre le prestazioni inappropriate di bassa complessità erogate da strutture private.

Alta complessità e attività IRCCS

Richiamato il principio sancito nella legge 208/2015 comma 574 di valorizzazione del ruolo dell'alta specialità all'interno del territorio nazionale, prevedendo la possibilità di programmare l'acquisto delle prestazioni di alta specialità e di quelle erogate dagli IRCCS, non si applica, anche per l'anno 2024, quanto introdotto con DGR XI/2013/2019 in termini di tetto per alta complessità e attività IRCCS.

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

Si precisa che la negoziazione delle ATS con gli erogatori di diritto privato prevede anche sulla base di indicazioni definite della Direzione Generale Welfare, una quota obiettivi definita fino ad un massimo del 7% del tetto di struttura per cittadini lombardi, per reindirizzare il mix di erogazione delle strutture sulla base di specifiche valutazioni in merito alle prestazioni di ricovero che presentano criticità in termini di liste di attesa nel rispetto di criteri di appropriatezza e di qualità delle prestazioni erogate. Il mix di erogazione ed i relativi volumi negoziati dalle ATS con gli Enti Erogatori pubblici e privati saranno contenuto fondamentale del Piano Operativo per il recupero delle liste di attesa 2024.

Relativamente alle prestazioni di ricovero, le quote non riconosciute a causa del mancato raggiungimento degli obiettivi contrattuali da parte degli erogatori privati, rimangono nelle

disponibilità di ATS che, previo nulla osta della DG Welfare, potrà impiegarle in ulteriori attività erogative.

Ai sensi dell'art. 1 c. 492 della L. n. 178 del 30 dicembre 2020, a decorrere dal 2024, Regione Lombardia provvederà alla sottoscrizione degli accordi bilaterali con le regioni di confine per il governo della mobilità sanitaria interregionale di cui all'articolo 1, comma 576, della legge 28 dicembre 2015, n. 208..

In sede di consuntivo 2024, in continuità con gli anni precedenti, si procederà ad un abbattimento applicato alla produzione di ricoveri per fuori regione, definito al fine di garantire l'invarianza economica tra tariffario regionale (incrementato in applicazione a quanto previsto dalle deliberazioni n. XI/3915 e n. XI/4049) e quello stabilito per la mobilità (tariffario DM 18/10/2012).

Sintesi della negoziazione per le attività di ricovero

- Il sistema di negoziazione con gli erogatori di diritto privato prevede per tutti i ricoveri:
 - un budget complessivo di struttura a prescindere dalla residenza dei cittadini, esclusi i cittadini stranieri (individuati con l'onere degenza "7" e l'onere degenza "9" erogato a favore di STP);
 - un tetto di struttura per le attività erogate a favore di residenti lombardi, con riconoscimento al singolo erogatore fino al 100% del valore del tetto lombardi contrattualizzato nel 2023 al netto delle rimodulazioni;
 - un tetto di struttura per le attività erogate a favore di residenti fuori regione, con riconoscimento al singolo erogatore fino al 100% del valore del tetto per fuori Regione contrattualizzato nel 2023 al netto delle rimodulazioni;
 - in linea con i principi enucleati dalla sentenza del Consiglio di Stato n. 3775 del 14.04.2023, successivamente all'avvenuta compensazione della mobilità regionale, qualora dovessero rendersi disponibili ulteriori risorse, il budget assegnato per le prestazioni da erogare ai pazienti fuori regione potrà essere soggetto ad ulteriori congruaggi positivi per le strutture sanitarie che abbiano prodotto un volume di prestazioni superiore allo stesso;
 - fermo restando il budget assegnato ai pazienti fuori regione, con successivo provvedimento verranno disciplinati gli eventuali effetti economici conseguenti alla sottoscrizione di accordi bilaterali con le regioni di confine per il governo della mobilità sanitaria interregionale di cui all'articolo 1, comma 576 della legge n. 208 del 28 dicembre 2015;
 - un tetto di struttura per le attività di bassa complessità (esclusa produzione IRCCS) erogata a favore di residenti fuori regione, con riconoscimento al singolo erogatore fino al 100% del valore contrattualizzato nel 2023; le strutture private accreditate e a contratto possono compensare l'eventuale ipoprodotto di prestazioni a bassa complessità con prestazioni ad alta complessità, fermo restando il tetto complessivo per i fuori regione. Tali operazioni non sono storicizzabili;
 - il 7% del budget dei lombardi deve essere vincolato al grado di raggiungimento di specifici obiettivi definiti da ATS anche in accordo con la DG Welfare;
 - gli erogatori potranno richiedere a budget unico invariato, in corso di esercizio, all'ATS territorialmente competente, una rimodulazione delle quote economiche del tetto previsto per i cittadini fuori regione verso il tetto previsto per i cittadini lombardi fino ad un massimo

del 3%. Con successivo provvedimento saranno individuate le modalità per l'eventuale applicazione di tale previsione

- Il sistema di negoziazione con gli erogatori di diritto pubblico prevede per tutti i ricoveri, a prescindere dalla residenza dei cittadini, un budget complessivo di struttura, esclusi i cittadini stranieri (individuati con l'onere degenza "7" e l'onere degenza "9" erogato a favore di STP).

4.9.0.2. Prestazioni ambulatoriali

Il valore del budget di struttura per l'anno 2024, dedicato alle attività di specialistica ambulatoriale, sarà calcolato come il valore del contratto 2023 stipulato entro il 30.06.2023 incrementato dell'1% al netto delle risorse non storicizzabili.

Dal 2024 l'attività di prevenzione, con particolare riferimento a screening (infettivologici, oncologici, metabolici, SNE etc.), tamponi per diagnosi covid o altre malattie infettive, vaccini, medicina sportiva, attività di sorveglianza infettivologica (ad esempio quella effettuata in PS) verrà scorporata, anche ai sensi della messa a regime del nuovo nomenclatore ex DPCM 2017, dal budget storico della specialistica ambulatoriale e verrà gestita a livello contrattuale con un proprio budget ed un proprio specifico tetto, riconducendo le risorse dalla macro area 1 (ricoveri e specialistica ambulatoriale) alla macro area 8 (prevenzione).

Il budget è riferito a tutta la produzione, a prescindere dalla residenza degli assistiti trattati, fatta eccezione per i cittadini stranieri (individuati con l'onere degenza "7" e l'onere degenza "9" erogato a favore di STP) per i quali le prestazioni erogate restano disciplinate da normativa specifica.

Al fine di garantire l'equilibrio economico del Servizio Sanitario Regionale ed il rispetto dei limiti di spesa di cui al DL 95/2012 e s.m.i., per gli erogatori privati accreditati e a contratto vengono individuati all'interno del budget due tetti per singolo erogatore: un budget di struttura per lombardi e un budget di struttura per fuori regione. La somma dei valori dei singoli tetti di struttura, per cittadini lombardi e per cittadini fuori regione costituisce il budget complessivo di struttura.

Nell'ambito del sottotetto per lombardi, ogni ATS dovrà prevedere per gli erogatori Pubblici e Privati delle soglie contrattuali minime di garanzia per raggruppamenti di prestazioni. Si raccomanda per il calcolo delle soglie contrattuali l'utilizzo del nuovo nomenclatore tariffario.

Le soglie minime di garanzia da definire fanno riferimento ai volumi del 2022 delle seguenti voci:

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

Nel caso in cui venissero raggiunte le soglie minime di garanzia secondo quanto contrattualmente definito dalle singole ATS, (da questo calcolo è escluso lo SCREENING che segue gli indirizzi di programmazione definiti con il Dipartimento di Prevenzione delle singole ATS), le prestazioni che

concorrono al raggiungimento delle soglie minime saranno riconosciute senza regressione tariffaria tra il 97% e il 106%.

Rimangono invariate le regressioni previste per le altre prestazioni: tra il 97% e il 103% regressione fino al 30% (60% per la branca di laboratorio) e tra il 103% e il 106% regressione fino al 60% per tutte le prestazioni.

Differentemente, nel caso non vengano saturati le soglie minime, con la tipologia ed i volumi di prestazioni negoziati con l'ATS, le condizioni contrattuali rimarranno le medesime dell'annualità 2023: tra il 97% ed il 103%, sarà applicata una regressione tariffaria massima del 30% (60% per la branca di laboratorio analisi) e tra il 103% ed il 106% sarà applicata una regressione tariffaria massima del 60% (60% per la branca di laboratorio analisi).

L'attività programmata e negoziata potrà essere ridefinita nel corso dell'anno, qualora i competenti organi regionali ne ravvedano la necessità in ottica di sistema, ovvero a seguito di circostanziata e motivata richiesta da parte dell'erogatore, che dovrà essere sottoposta al vaglio dell'ATS territorialmente competente.

Ogni ATS dovrà vincolare per gli erogatori Privati una quota del budget LOMBARDI, pari al 10% ad obiettivi individuati dalle stesse ATS.

Cinque punti percentuali sul 10% previsto dovranno essere riservati a un obiettivo di incremento dei volumi rispetto al 2022 (al netto di quanto riconosciuto con risorse aggiuntive) delle prestazioni del gruppo PNGLA per residenti LOMBARDI:

- incremento del 10% per le prime visite
- incremento del 5% ecografia/endoscopia/TC/RM/altra diagnostica (tipologia O e Z).

La valutazione del raggiungimento di tale target terrà conto di criteri di gradualità.

Le prestazioni aggiuntive rispetto al 2022 saranno finanziate oltre al 106% e fino al 110% senza applicare le regressioni tariffarie.

Con successivo provvedimento verrà disciplinato il finanziamento delle eventuali risorse aggiuntive per la riduzione dei tempi di attesa che verranno assegnate a Regione Lombardia ai sensi della Legge 213/2023.

Al fine di garantire la tutela sanitaria dell'attività sportiva e della valenza che la stessa riveste in termini preventivi nell'ambito della sanità pubblica, tenuto conto dell'andamento osservato nel corso degli anni della crescente domanda di prestazioni certificative di idoneità agonistica, in conformità a quanto previsto dal DM 18.02.1982, riferite alla fascia di popolazione più giovane, si ritiene di dover riservare a livello regionale risorse fino a un valore massimo di 2 milioni di euro, destinate a integrare, nel corso del 2024, le quote contrattuali delle strutture di Medicina dello Sport.

Al fine di poter dare continuità ai servizi erogati e garantire agli aventi diritto le prestazioni a carico del SSR, entro il 30.09.2024 le ATS, sulle base dei monitoraggi delle attività, formuleranno le specifiche richieste di integrazione di budget alla DG Welfare che esprimerà il proprio parere entro il 15.10.2024. Si ricorda che con decorrenza dall'esercizio 2022, la produzione ambulatoriale viene remunerata senza applicazione degli sconti di cui alla lett. o), comma 796, art. 1), Legge n. 296/2006 (legge Finanziaria per il 2007).

Si conferma per il 2024 la quota di risorse di specialistica ambulatoriale da riservare per garantire l'erogazione delle prestazioni previste nei PAI di pazienti presi in carico del paziente cronico (ad

esclusione delle prestazioni afferenti alla branca di laboratorio analisi, nonché escludendo le strutture che erogano quasi esclusivamente tali prestazioni) pari ad almeno il 2% del tetto di struttura di specialistica ambulatoriale per cittadini lombardi. Le risorse contrattuali da destinare alle prestazioni di pazienti presi in carico, come sopra definite, sono calcolate escludendo le prestazioni di screening e di medicina dello sport, nonché escludendo le strutture che erogano esclusivamente tali prestazioni. Tale quota rappresenta un di cui della voce "Attività di specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale, comprensive delle attività di Pronto Soccorso non seguite da ricovero (Quota 97%)" per cittadini lombardi. La quota suddetta del 3% sarà oggetto di specifico monitoraggio da parte della DGW al fine di garantire una corretta presa in carico del paziente cronico.

4.9.0.3. Emodialisi domiciliare assistita (HDDA)

Visti i risultati del modello di emodialisi domiciliare assistita (HDDA) disegnato sulla base dell'esperienza vissuta in Regione Lombardia a seguito dell'avvio del "Progetto sperimentale biennale" iniziato nel 2020 e conclusosi lo scorso 30 novembre 2023 da parte di 5 ASST: Rhodense (capofila), Ovest Milanese, Sette Laghi, Papa Giovanni XXIII e Lodigiana. Il progetto, "Studio di fattibilità della Emodialisi domiciliare assistita: sostenibilità dal punto di vista economico ed organizzativo", contenuto nel decreto della Direzione Generale Welfare della Regione Lombardia N° 16762 del 16.11.2018 (recante "Approvazione della graduatoria finale dei progetti di innovazione in ambito sanitario e socio sanitario di cui al bando ex decreto n. 2713 del 28/02/2018 e contestuale assegnazione del finanziamento agli enti capofila"), si valuta la possibilità di proseguire con questo tipo di attività nel corso del 2024, estendendola ad ulteriori zone della regione.

4.9.0.4. Attività diagnostica per Covid-19

Si conferma che le prestazioni di diagnostica per Covid-19 rientrano nel budget dell'attività specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale, nel limite massimo delle risorse del FSR disponibili ed entro il tetto di spesa massimo previsto dal DL 95/2012

Si precisa che per l'attività di diagnostica covid non è più previsto il confronto tra 28/san e flusso esiti.

4.9.0.5. Prestazioni di cure sub-acute

Valore di riferimento: contratto 2023 al netto delle rimodulazioni. Nella definizione del budget si deve tener conto, in accordo con la DGW, degli incrementi di attività avvenuti nel corso del 2023.

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

Considerata la necessità di mantenere in essere la rete delle degenze extra ospedaliere per subacuti attivate durante la pandemia, le ATS, in caso di necessità e previa comunicazione alla DGW, possono contrattualizzare con contratto ordinario i reparti di degenza per subacuti a suo tempo attivati tramite la sottoscrizione di contratti di scopo, purché già accreditati e a condizione che siano ancora attivi alla data di approvazione della presente deliberazione.

4.9.0.6. Nuove Reti Sanitarie

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

4.9.0.7. Sperimentazione STAR

Prosegue la sperimentazione STAR fino alla messa a contratto e attivazione degli Ospedali di Comunità, naturale evoluzione della sperimentazione STAR, che cesserà indipendentemente dall'esito della procedura stessa.

4.9.0.8. Modalità di definizione degli acconti

In merito all'erogazione degli acconti, dopo la sottoscrizione del contratto definitivo 2024, si procederà in base al monitoraggio dell'attività erogata dell'ultimo mese disponibile al momento del pagamento dell'acconto (per singola linea produttiva):

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

Dal 1° gennaio 2024 fino alla sottoscrizione del contratto definitivo, invece, si procederà:

- al pagamento di un acconto mensile del 95% del budget 2023 (al netto di eventuali rimodulazioni non storicizzabili) rapportato a 12 mesi, per gli erogatori la cui produzione supera il valore del 90% del medesimo budget rapportato a 12 mesi;
- il pagamento di un acconto mensile pari al 90% del budget 2023 (al netto di eventuali rimodulazioni non storicizzabili) rapportato a 12 mesi, per gli erogatori la cui produzione non supera il valore del 90% del medesimo budget rapportato a 12 mesi.

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

4.10. NEGOZIAZIONE, PRENOTAZIONE, EROGAZIONE E RENDICONTAZIONE DELLE PRESTAZIONI CORRELATE ALLA SORVEGLIANZA

L'attività di sorveglianza delle malattie infettive prevede la necessità di attivare indagini diagnostiche dedicate a casi o contatti ovvero attività di profilassi.

È pertanto necessario che ATS ogni anno quantifichi i volumi necessari e le relative attività che possono essere suddivise in:

- attività di competenza della SC MPC per cui ATS richiede supporto sistematico (vedi paragrafo sopracitato) degli erogatori: caratteristica per la richiesta del supporto è la distanza geografica tra sede ATS e territorio da sorvegliare, numerosità personale SC MPC ATS inferiore agli standard;
- attività di competenza di ASST e IRCCS pubblici per le quali è necessario specialista o indagini diagnostiche avanzate;
- attività correlate a cluster/eventi epidemici.

4.10.0.1. Negoziazione

Al fine di evitare un appesantimento burocratico tramite l'attivazione di apposite convenzioni tra ATS ed erogatori, annualmente nella definizione dei contratti è da inserire un allegato anche quanto previsto per la sorveglianza delle malattie infettive.

L'allegato deve contenere:

- tipologia di prestazioni richieste;
- numero e frequenza prevista (anche stagionale) delle prestazioni richieste;
- modalità di prenotazione della prestazione;
- tempi minimi per l'esecuzione e la refertazione della prestazione;
- modalità di comunicazione degli esiti ad ATS e al paziente;
- modalità di prenotazione;
- situazioni epidemiche per cui si chiede attivazione di ASST.
- in considerazione delle specificità connesse alla sorveglianza della Tuberculosis, con particolare riferimento al fenomeno dell'Urban TB, e della particolarità fragilità sociale del target, occorre considerare, oltre ai volumi delle prestazioni necessarie, anche la facilità di accesso, evitando la frammentazione del percorso di presa in carico (one stop shop TB). È fondamentale, inoltre, garantire servizi idonei a ottenere elevati livelli di compliance, prevedendo anche collaborazioni con le associazioni del terzo settore.

4.10.0.2. Allegato negoziazione attività di sorveglianza malattie infettive

Per l'anno XXXX

La legge regionale 22/2021 conferma il ruolo di governance della sorveglianza delle malattie infettive in capo alle ATS e di erogazione e rendicontazione delle prestazioni effettuate sino alla diagnosi, in capo agli Erogatori. L'attività di sorveglianza delle malattie infettive rientra nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e la struttura erogatrice si impegna a garantire il percorso diagnostico come da indicazioni fornite da ATS e di seguito riportate.

Requisiti generali per gli erogatori

Possono erogare attività tutte le strutture pubbliche e private accreditate a contratto dell'area di ATS che già ricomprendono tali prestazioni (o analoghe, es tampone) nella propria erogazione e per le quali hanno personale formato sia sulla prestazione sia in merito al sistema di sorveglianza delle malattie infettive (SMI).

Valorizzazione

Le prestazioni sono finanziate con quota parte del budget per le attività di specialistica ambulatoriale e valorizzate secondo le tariffe previste dal flusso ambulatoriale.

Debito informativo

L'Erogatore si impegna a rendicontare le prestazioni nel tracciato record del flusso ambulatoriale, con utilizzo del codice identificativo Q nel campo "Tipo prestazione", posizione ticket 90, Esenzione P01 e comunque secondo le regole dettate dalla Direzione Generale Welfare. E' in capo all'Erogatore l'assolvimento del debito informativo nei confronti della ATS

attraverso la restituzione e registrazione degli esiti delle prestazioni e la corretta compilazione di SMI

Tipologia di prestazione

Codice prestazione	Tipologia prestazione	Numero prestazioni previste	Indicazioni sulla stagionalità territorialità	Modalità e tempistiche prenotazione
	Tamponi per aviaria			
	Mantoux tubercolosi			
	Altri test esecuzione rapida			
	Quantiferon tubercolosi			
	Altri test esecuzione rapida			
	Viste dermatologiche (scabbia, esantemi)			
	Radiografie			
	Visite pneumologiche			
	coprocultura			
	Sierologia			
	PCR			
	colture			
	...			

Nelle more dell'implementazione di SMI gli esiti saranno trasmessi a

ORGANIZZAZIONE PROFILASSI VACCINALE (di seguito sono riportati esempio da includere /escludere o modificare a seconda delle esigenze locali)

La ASST si impegna a garantire profilassi vaccinale con le seguenti modalità organizzative

- nell'ambulatorio x dalle ore y alle ore z da lun a ven
- nell'ambulatorio x1 dalle ore y alle ore z da lun a ven
- nei giorni festivi o comunque al di fuori dell'orario di servizio con le seguenti modalità (è prevista anche la possibilità di ruotare tra ASST):

MODALITA' DI SUPPORTO PER NECESSITA' DI PROFILASSI O TESTING (di seguito sono riportati esempio da includere /escludere o modificare a seconda delle esigenze locali)

La ASST si impegna a garantire attività di testing o profilassi farmacologica in caso

- > di cluster con coinvolgimento di oltre > 100 persone
- > per i territori non raggiungibili altrimenti da ATS anche per singoli casi
- >

Per l'attivazione di tale supporto di riferimento è mail... tel... ; al di fuori degli orari di servizio il numero da contattare è

4.11. ATTIVITA' DI SCREENING ONCOLOGICI

La legge regionale 22/2021 conferma il ruolo di governance, invito, sensibilizzazione del cittadino e controllo del percorso sino alla diagnosi, in capo alle ATS e di erogazione, accoglienza, realizzazione e rendicontazione delle prestazioni effettuate sino alla diagnosi, in capo agli Erogatori.

L'attività di prevenzione secondaria dei tumori della mammella, del colon retto e della cervice uterina rientra nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e la struttura erogatrice si impegna a garantire il percorso diagnostico di primo e secondo livello come dà indicazioni fornite da ATS e di seguito riportate. L'Erogatore collabora con l'ATS ai programmi di screening concorrendo al raggiungimento degli obiettivi di interesse regionale, così come previsto dalle vigenti regole di sistema. L'erogatore è responsabile della garanzia di un numero di sedute di screening adeguato al raggiungimento degli obiettivi di copertura della popolazione secondo gli standard di adempimento del LEA. Si recepisce quanto previsto dal Decreto N. 3711 del 03/04/2017 della Direzione Generale Welfare "Aggiornamento fasce età target dei programmi di screening oncologici per la prevenzione del tumore della mammella e del colon retto" e dalla DGR "Prevenzione del tumore della cervice uterina – aggiornamento delle indicazioni regionali".

REQUISITI GENERALI PER GLI EROGATORI

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

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

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

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

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

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

VALORIZZAZIONE

Le prestazioni di screening sono finanziate con quota parte del budget per le attività di specialistica ambulatoriale, siano esse di I o II livello e valorizzate secondo le tariffe previste dalla Circolare 28/San e sue successive integrazioni e dalla DGR “Prevenzione del tumore della cervice uterina – aggiornamento delle indicazioni regionali”

DEBITO INFORMATIVO

L'Erogatore si impegna a rendicontare gli esami di I e II livello nel tracciato record della Circolare 28/SAN e nei flussi CONS, con utilizzo del codice identificativo S nel campo “Tipo prestazione”, posizione ticket 90, e comunque secondo le regole dettate dalla Direzione Generale Welfare.

E' in capo all'Erogatore l'assolvimento del debito informativo nei confronti della ATS attraverso la restituzione e registrazione degli esiti delle prestazioni di screening e degli approfondimenti ad esso conseguenti nel software gestionale, trascrizione del quadro istologico con indicazione del percorso conseguente, stadiazione in caso di diagnosi di neoplasia, e in ogni caso conclusione dell'episodio di screening tramite indicazione sulla scheda software del percorso successivo raccomandato per il paziente

TIPOLOGIA DI PRESTAZIONI

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

Prestazioni di I livello:

Codice Prestazione	Descrizione	Linea Screening
87.37.1	Mammografia bilaterale	mammografico
90214	Ricerca del sangue occulto fecale	Colon retto
91.48.4	Prelievo citologico	Cervice uterina
91.38.5	Es. citologico cervico vaginale [PAP test]	Cervice uterina
91.24D	HPV screening_triage citologico	Cervice uterina

Prestazioni di II livello:

Codice Prestazione	Descrizione	Linea Screening
87.37.2	Mammografia monolaterale (approfondimento)	mammografico
87.73.1	Ecografia bilaterale della mammella	mammografico
87.73.2	Ecografia monolaterale	mammografico
85.11.1	Biopsia eco-guidata della mammella	mammografico
85.11.3	Biopsia mininvasiva vacuum assisted sotto guida stereotassica	mammografico
85.11.2	Biopsia mininvasiva vacuum assisted sotto guida ecografica	mammografico
91.39.1	Citologico ago aspirato sede unica	mammografico
91.39.6	Citologico ago aspirato sedi multiple	mammografico
91.39.7	Citologico ago aspirato ecoguidato sedi multiple	mammografico
91.46.5	Istocitopatologico mammella (biopsia stereotassica)	mammografico
88.92.9	Risonanza magnetica nucleare (RM) della mammella, senza e con contrasto; Bilaterale	mammografico
88.92.6	Risonanza magnetica nucleare (RM) della mammella monolaterale senza mdc	mammografico

Allegato 4 – AREA POLO OSPEDALIERO

Codice Prestazione	Descrizione	Linea Screening
88.92.7	Risonanza magnetica nucleare (RM) della mammella monolaterale senza e con mdc	mammografico
88.92.8	Risonanza magnetica nucleare (RM) della mammella bilaterale senza mdc	mammografico
88.92.9	Risonanza magnetica nucleare (RM) della mammella, senza e con contrasto; Bilaterale	mammografico
89.7	Prima visita	mammografico
40.19.1	Agobiopsia linfonodale eco-guidata	mammografico
45.23.1	Colonscopia – ileoscopica retrograda	Colon retto
45.25	Colonscopia con endoscopio flessibile	Colon retto
48.24	Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile	Colon retto
45.42	Polipectomia endoscopica dell'intestino crasso	Colon retto
45.43.2	Mucosectomia endoscopica del colon	Colon retto
91.41.3	Es. Istocitopatologico app. digerente: biopsia endoscopica –sede unica	Colon retto
91.41.4	Es. Istocitopatologico app. digerente: biopsia endoscopica-sedi multiple	Colon retto
91.42.1	Es. Istocitopatologico app. digerente: Polipectomia endoscopica – sedi multiple	Colon retto
91.42.2	Es. Istocitopatologico app. digerente: Polipectomia endoscopica – singola	Colon retto
88.01.3	TAC dell'addome inferiore	Colon retto
88.01.4	TAC dell'addome inferiore senza e con contrasto	Colon retto
70.21	Colposcopia	Cervice uterina
67.19.1	Biopsia mirata della portio a guida colposcopica	Cervice uterina
91.44.3	ES. Istocitopatologico app. urogenitale: Biopsia cervicale e endometriale	Cervice uterina
91.46.3	ES. Istocitopatologico app. urogenitale: Biopsie cervicali (Sedi multiple)	Cervice uterina
91.44.4	ES. Istocitopatologico app. urogenitale: Biopsia cervice uterina	Cervice uterina
91.46.4	ES. Istocitopatologico app. urogenitale: Polipectomia endocervicale	Cervice uterina
68.12.1	Isteroscopia (Escluso: Biopsia con dilatazione del canale cervicale)	Cervice uterina
67.12	Biopsia endocervicale [isteroscopia]	Cervice uterina
91.46.6	ES. Istocitopatologico app. urogenitale: Conizzazione	Cervice uterina
68.161	Biopsia del corpo uterino; Biopsia endoscopica [isteroscopia] dell'endometrio; Escluso: Biopsia con dilatazione del canale cervicale	Cervice uterina
70.291	Biopsia vaginale	Cervice uterina
91.455	Istologia vaginale	Cervice uterina
88.797	Ecotransvaginale	Cervice uterina
91.484	Prelievo cervicale secondo livello	Cervice uterina
91.249	HPV-DNA secondo livello	Cervice uterina
91.385	Pap test secondo livello	Cervice uterina
67.32	Cauterizzazione del collo uterino	Cervice uterina

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

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

Codice Prestazione	Descrizione	Linea Screening
89.07	consulto d'équipe	Mammella/colon
91.49.2	prelievo di sangue venoso	Mammella/colon
90.62.2	emocromo	Mammella/colon
90.16.3	creatinina	Mammella/colon
90.75.4	PT	Mammella/colon
90.75.5	TT	Mammella/colon
90.76.1	PTT	Mammella/colon

Per quanto attiene alle prestazioni di prevenzione effettuate al di fuori dei programmi organizzati di ATS per ciascuna linea di screening e rendicontate nel campo "Tipo prestazione" con T = PREVENZIONE, l'Erogatore presenta alla ATS entro il 30.03.2023 un progetto per il contenimento delle mammografie eseguite in prevenzione a favore del programma di screening per la fascia 45-74 anni.

FORMAZIONE

Al fine di promuovere processi di formazione continua degli operatori di screening, l'Erogatore si impegna a favorire la massima partecipazione anche agli audit clinici in materia di screening oncologici organizzati da ATS. Attività di formazione necessaria affinché il personale sia coinvolto nei percorsi di screening sarà individuata da ATS, l'Erogatore si impegna a favorire la massima partecipazione del proprio personale.

ULTERIORI SPECIFICHE:

Principi generali:

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

In caso di rifiuto da parte del paziente, con abbandono del percorso di approfondimento diagnostico, l'ente Erogatore acquisisce e mantiene agli atti la sottoscrizione della rinuncia, con registrazione nel software di screening. In caso di mancata presenza da parte del paziente, con abbandono del percorso di approfondimento diagnostico, l'ente Erogatore provvede alla registrazione nel software di screening.

Screening carcinoma Mammella:

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

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

Per il percorso di approfondimento di secondo livello a ciascuna donna viene fornita copia dell'esito degli accertamenti, dei referti diagnostici e relazione conclusiva con indicazione dell'organizzazione dell'iter diagnostico terapeutico successivo, qualora si rendesse necessario.

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

- Tempo di refertazione (N° di giorni tra esecuzione della mammografia di screening ed inserimento dell'esito negativo nel software gestionale di screening): 90% dei casi entro 21 giorni di calendario.

- Tempo di attesa per approfondimento (numero di giorni tra la data di effettuazione del test di screening e la data di effettuazione dell'approfondimento): 90% dei casi entro 28 giorni di calendario.
- Tasso di richiamo al secondo livello per primi esami: <7% accettabile, <5% desiderabile
- Tasso di richiamo al secondo livello per esami successivi: <5% accettabile, <3% desiderabile
- Partecipazione all'analisi dei cancri di intervallo relativi allo screening mammografico mettendo a disposizione le proprie professionalità (90% dei lettori) e la documentazione clinica ed iconografica.
- Chiusura del secondo livello nel software screening con inserimento di tutti gli esami effettuati entro 15 giorni dal referto: $\geq 90\%$ delle cartelle
- Inserimento nel gestionale di screening delle mancate presenze agli esami di approfondimento =100% entro i 7 giorni dalla data dell'esame

Screening carcinoma Colon Retto:

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

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

A ciascun soggetto viene fornita copia dell'esito degli accertamenti, dei referti diagnostici e relazione conclusiva con indicazione dell'organizzazione dell'iter diagnostico terapeutico successivo, qualora si rendesse necessario.

Sulla base di specifici accordi viene garantita la fornitura gratuita all'assistito del farmaco per la preparazione alla colonscopia.

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

- Tempo d'attesa per colonscopia (numero di giorni che intercorrono tra la data del referto del test di screening e la prima data resa disponibile per la colonscopia) ≤ 30 giorni di calendario in almeno il 90% dei casi. Vengono esclusi i cambi di appuntamento o i ritardi nell'individuazione della data da parte del paziente.
- Proporzione di coloscopie complete > 85% accettabile, 90% desiderabile.
- Chiusura del secondo livello nel software screening con inserimento di tutti gli esami effettuati entro 15 giorni dall'esecuzione della colonscopia oppure dalla data dell'ultimo referto per coloscopie operative: $\geq 90\%$ delle cartelle

Screening del carcinoma della cervice uterina

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

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

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

Chiusura del secondo livello nel software screening con inserimento di tutti gli esami effettuati entro 30 giorni dall'esecuzione della colposcopia oppure dalla data dell'ultimo referto istologico: $\geq 90\%$ delle cartelle

Per il percorso di approfondimento di secondo livello a ciascuna donna viene fornita copia dell'esito degli accertamenti, dei referti diagnostici e relazione conclusiva con indicazione dell'organizzazione dell'iter diagnostico terapeutico successivo, qualora si rendesse necessario.

ATS	SCREENING						
	Cervico carcinoma 1° livello	Cervico carcinoma 2° livello	Colon-Retto 1° livello	Colon-Retto 2° livello	Mammografico 1° livello	Mammografico 2° livello	Totale complessivo
BERGAMO	388.183	21.152	428.064	760.160	381.9200	628.290	604.5049
PRIVATO	3.091	1.088		393.120	121.0189	184.210	179.1698
PUBBLICO	385091	20.064	428.064	367.040	260.9011	444.080	425.3350
BRESCIA	1.255.525	156.800	504.000	1.440.000	446.4565	905.320	872.6210
PRIVATO		28.800		512.000	163.7755	332.020	251.0575
PUBBLICO	1.255.525	128.000	504.000	928.000	282.6810	573.300	621.5635
BRIANZA	1176.860	30.080		864.000	363.8957	1.099.800	680.9697
PRIVATO				232.000	127.4308	131.300	163.7608
PUBBLICO	1.176.860	30.080		632.000	236.4649	968.500	517.2089
INSUBRIA	1314121	120.160	546.000	796.000	400.9808	698.100	748.4189

PRIVATO	5.075	0		276.000	95.5731	166.400	140.3206
PUBBLICO	1.309.046	120.160	546.000	520.000	305.4077	531.700	608.0983
MILANO	1.456.605	134.400	1.050.000	1.553.600	854.7735	1.597.050	14.339.390
PRIVATO	12.325	30.400		569.600	260.2460	482.950	3.697.735
PUBBLICO	1.444.280	104.000	1.050.000	984.000	594.5275	1.114.100	10.641.655
MONTAGNA	306.450	32.000	140.700	340.800	134.6100	319.800	2.485.850
PRIVATO				20.800	8.0766	18.200	119.766
PUBBLICO	306.450	32.000	140.700	320.000	126.5334	301.600	2.366.084
PAVIA	84.100	40.000	168.000	291.200	170.5509	221.000	2.509.809
PRIVATO	17.400			147.200	72.4202	98.800	987.602
PUBBLICO	66.700	40.000	168.000	144.000	98.1307	122.200	1.522.207
VALPADANA	760.840	52.800	256.200	648.000	243.6441	529.750	468.4031
PRIVATO	7.830			171.200	88.8426	48.750	1.116.206
PUBBLICO	753.010	52.800	256.200	476.800	1.548.015	481.000	3.567.825
Totale complessivo	6.742.684	587.392	3.092.964	6.693.760	29.968.314	5.999.110	53.084.224

4.12. INTRODUZIONE TRACCIATO SDO REVISIONE TARIFFE RICOVERI

4.12.0.1. Introduzione tracciato SDO per definizione tariffe ricoveri rete punti nascita

Nel corso del 2024 viene istituito un flusso specifico che conterrà le informazioni necessarie per differenziare le tariffe per i ricoveri della rete dei Punti nascita della Regione.

All'interno della cartella clinica di una paziente ricoverata in un reparto di Ostetricia e Ginecologia dovranno essere rilevate le seguenti informazioni:

1. Età gestazionale
2. Tipo di gravidanza (Singola, gemellare bicoriale, monocoriale biamniotica, gravidanza monocoriale monoamniotica, gravidanza trigemina o multifetale)
3. Patologie vascolari da gemellarità
4. Disordini ipertensivi con insorgenza ≤ 34 settimane
5. Restrizione di crescita fetale ≤ 34 settimane
6. Minaccia parto pretermine tra $\geq 22 \leq 34$ settimane
7. Rottura prematura delle membrane amniocoriali (PROM) tra $\geq 22 \leq 34$ settimane
8. Preclampsia severa, eclampsia
9. Sindrome HELLP (emolisi, ipertransaminasemia e piastrinopenia)
10. Placenta previa centrale
11. Placenta con accretismo
12. Patologia fetale (strutturale, genetica, infettiva, disfunzionale)

13. Monitoraggio fetale intensivo in gravidanza monocoriale monoamniotica o multifetale

14. Patologie preesistenti o rilevate in gravidanza

Tali informazioni verranno sintetizzate e trasferite in un tracciato (SDO7.txt) che le ricolleggi ai corrispondenti record SDO1 e SDO2 trasmessi.

Questi record concorrono alla determinazione della tariffa ed in caso di mancata compilazione verrà assegnata la tariffa minima delle tre previste per ognuno dei DRG in elenco.

370	Parto cesareo con CC
372	Parto vaginale con diagnosi complicanti
374	Parto vaginale con sterilizzazione e/o dilatazione e raschiamento
375	Parto vaginale con altro intervento eccetto sterilizzazione e/o dilatazione e raschiamento
379	Minaccia di aborto
382	Falso travaglio
383	Altre diagnosi preparto con complicazioni mediche

Si precisa che la differenziazione tariffaria derivante dall'applicazione delle differenziazioni scaturite dall'applicazione di questo tracciato avrà inizio dall'esercizio 2025 a partire dalle osservazioni dell'anno 2024.

A partire dalle dimissioni del 1° gennaio 2024 anche il tracciato Cedap verrà integrato con una sezione di informazioni nella quale saranno raccolte informazioni di Medicina Materno Fetale che le Strutture dovranno compilare al momento della dimissione del paziente.

4.12.0.2. Aggiornamento delle tariffe dei ricoveri sulla base della rilevazione dei costi

Si dettaglia per l'anno 2024 la correzione di errori materiali presenti nella DGR n. XII/285 del 15/05/2023 che non hanno comunque inficiato il calcolo delle tariffe per l'anno 2023 dal momento che le informazioni erano correttamente inserite nei sistemi regionali:

- DRG 007 e 008 vengono così modificati:

CODICE	DESCRIZIONE	Tipo Tariffa
007	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso con CC	N
	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso con CC + Tipo Tar. = "E" (con inserimento neurostimolatore sacrale. Tipo SDO4 = 34) usando codice d'intervento: 8694, 8695, 8696, 8697, 8698	E
008	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC	N
	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC + Tipo Tar. = "E" (con inserimento neurostimolatore sacrale. Tipo SDO4 = 34) usando codice d'intervento: 8694, 8695, 8696, 8697, 8698	E

- DRG 499 e 500 vengono così modificati:

Allegato 4 – AREA POLO OSPEDALIERO

CODICE	DESCRIZIONE	Tipo Tariffa
499	Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale con CC	N
	Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale con CC + Tipo Tar = "P" (Inserzione di protesi intrsomatica nelle vertebre usando codice intrvento 8451 e Tipo SDO4 = 29C Gabbie intersomatiche o Cage spinali)	P
500	Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale senza CC	N
	Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale senza CC + Tipo Tar = "P" (Inserzione di protesi intrsomatica nelle vertebre Tipo SDO4 = 29C) usando codice intrvento 8451)	P

- DRG 528 dell'allegato 1 viene così riformulato:

CODICE	DESCRIZIONE	Tipo Tariffa
528	Interventi vascolari intracranici con diagnosi principale di emorragia	A
	Interventi vascolari intracranici con diagnosi principale di emorragia + Tipo Tar. ="C" (isolamento di aneurismi mediante inserimento endovascolare di diversi di flusso o dispositivi intrasacculari a filo intrecciato Tipo SDO4 = 27B o 27C) usando codice Intervento 3972	C

- DRG 545 dell'allegato 1 viene così riformulato:

CODICE	DESCRIZIONE	Tipo Tariffa
545	Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio	N
	Revisione di sostituzione dell'anca + Tipo Tar. ="A" (revisione completa di protesi dell'anca Tipo SDO4 = 01A+01B+01C+01D) usando codice intervento 0070 o 8153	A
	Revisione di sostituzione dell'anca + Tipo Tar. ="B" (revisione parziale di protesi dell'anca Tipo SDO4 = 01A o 01D) usando codice intervento 0071, 0072 o 0073	B
	Revisione di sostituzione del ginocchio + Tipo Tar. ="D" (revisione parziale di protesi del ginocchio Tipo SDO4 = 04A o 04B) usando codice intervento 0081 o 0082 o 0084	D

- DRG 557 e 558 dell'allegato 1 vengono modificati come di seguito riportato:

CODICE	DESCRIZIONE	Tipo Tariffa
557	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore	N
	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore + Tipo Tar = "A" (con inserzione di uno o più stent medicati Tipo SDO4 = 02B oppure 02H)	A
558	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore	N
	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore + Tipo Tar = "A" (con inserzione di uno o più stent medicati Tipo SDO4 = 02B oppure 02H)	A

Si precisa che le occorrenze dei DRG in oggetto non riportate sono da intendersi non modificate.

- Nell’Allegato 3 vi è la presenza di un doppio codice 28A. La modifica apportata consiste nell’attribuire alla protesi “Sistema impiantabile di monitoraggio elettrocardiografico (loop recorder)” il codice 28B.

28A	Sistema impiantabile di monitoraggio emodinamico della pressione arterio-venosa
28B	Sistema impiantabile di monitoraggio elettrocardiografico (loop recorder)

Secondo quanto riportato nella DGR n XII/285 del 15/05/2023 avente ad oggetto “Aggiornamento tariffe Drg ricoveri ospedalieri - "Determinazioni in merito alla remunerazione di alcune prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti- aggiornamento dell'allegato 1 della DGR n. XI/5924 del 07/02/2022”” anche nell’anno 2024 verrà effettuata una revisione delle tariffe determinate a fronte della rilevazione dei costi di acquisto attraverso il flusso regionale SDO4.

4.12.0.3. Miglioramento qualità di rilevazione SDO4

Con la Deliberazione n° XII / 285 Seduta del 15/05/2023 sono state ulteriormente modificate le tariffe dei DRG ed il complesso della rilevazione SDO4 per dispositivi ad alto costo.

Gli aggiornamenti annuali (DGW) e la modifica del repertorio e della CND (Ministero della Salute) costringono ad un aggiornamento continuo della tabella di controllo Tipologia Protesi e CND che esclude record non correttamente rendicontati mediante i meccanismi di calcolo delle tariffe differenziate.

L’aggiornamento delle **tabelle di associazione** viene realizzato ogni 3-4 mesi (ad aprile, a giugno ed a settembre) cercando di mantenere allineati sistemi di rilevazione contenuto nel flusso dei dispositivi consumati.

Alle Aziende con il numero di errori più elevato viene fornito un **report di ritorno** per segnalare errori casuali che potranno essere corretti prima della chiusura dei flussi migliorando la qualità della rilevazione.

Tali operazioni rivestono una particolare importanza in quanto, a partire dal 2024, verrà effettuato un aggiornamento delle specifiche del tracciato a seguito del quale tutti gli errori evidenziati non saranno più considerati semplici alert ma determineranno la non valorizzazione del record.

4.13. MODELLO FUNZIONI NON TARIFFABILI DA RIVEDERE ANCHE ALLA LUCE DEGLI IMPEGNI ASSUNTI (DGR RELATIVA ALLE FUNZIONI NON TARIFFATE ANNO 2022)

Nella Delibera n. XII / 179 del 27/04/2023 ad oggetto “Determinazioni in merito alla remunerazione di alcune funzioni non coperte da tariffe predefinite svolte dalle aziende ed enti sanitari pubblici e privati accreditati per l’anno 2022” veniva ribadito che, a partire dal mese di ottobre 2022, era stato attivato un confronto con il Ministero della Salute in merito alle funzioni 9, 11, 16.

Nel corso dell’anno 2024 Regione Lombardia procederà ad una revisione dell’impianto delle funzioni non tariffabili, tenuto anche conto che l’ultimo aggiornamento delle medesime risale all’ anno 2019 e che gli accadimenti di questi ultimi anni hanno portato alla necessità di nuove determinazioni. In particolare, verrà rivista la funzione non tariffabile del P.S. per un riconoscimento ad hoc anche in base all’individuazione di indicatori specifici. Inoltre, nella determinazione delle funzioni si terrà conto del mantenimento delle attività costante per tutta la durata dell’anno.

4.14. CONTROLLO DI GESTIONE

Nel 2024 cessa definitivamente la rilevazione dei costi legati all'emergenza covid. Al bisogno saranno attivate come negli anni precedenti rilevazioni ad hoc, sia nell'ambito del flusso che extra-flusso per la rilevazione di costi connessi a fenomeni specifici, come ad esempio l'emergenza ucraina.

Nel 2024, anche alla luce della completa implementazione delle indicazioni di cui alla L.R. 22/2021 e della messa a regime del modello territoriale ex DM 77/2022, dovrà essere data particolare attenzione alle rendicontazioni relative alle nuove articolazioni territoriali. L'aggiornamento delle LG del flusso di contabilità analitica a partire dall'1/1/2023 e le indicazioni fornite nelle stesse relativamente alle modalità di codifica di distretti e case di Comunità potrà consentire nel 2024 di disporre di informazioni complete ed esaustive relativamente a:

- Case di Comunità e servizi attivati nelle stesse, potendo riconoscere il tipo di servizio sia dal cdc_std che dal codice della struttura (cudes) intra Casa della Comunità;
- Ospedali di Comunità
- COT, PUA e servizi correlati
- ADI e risorse PNRR a finanziamento
- Consultori
- Servizi garantiti sui distretti e specifici costi per linee di attività

In vista di un ritorno all'ordinarietà si tratterà nel 2024 di riattivare i tavoli di confronto in presenza soprattutto per il riavvio del monitoraggio ed eventuale aggiornamento degli indicatori di performances pubblicati sul portale. In particolare, nel 2024 potrebbero avviarsi tavoli per la costruzione e successiva implementazione di indicatori di monitoraggio relativi ai servizi territoriali. Particolare attenzione verrà quindi posta su tali rendicontazioni e si svilupperanno report di controllo che consentano agli enti di poter intercettare e correggere errori nella gestione delle anagrafiche e nella rendicontazione di costi e ricavi sulle articolazioni territoriali.

Le aziende, quindi, nell'ambito del proprio sistema di controllo direzionale, dovranno rafforzare il processo di programmazione strategica, verificare costantemente la coerenza tra quanto programmato e quanto realizzato e perseguire gli obiettivi di efficientamento della spesa, razionalizzazione nell'utilizzo dei fattori produttivi e controllo dei fabbisogni. Ciò dovrà avvenire attraverso strumenti quali la programmazione interna aziendale (budget), la contabilità analitica, gli indicatori di performance e report specifici di monitoraggio dei consumi orientati al bench marking tra enti.

Come in passato anche nel 2024, la Direzione Generale Welfare proseguirà l'attività di raccolta e analisi puntuale di tali strumenti, al fine di segnalare alle aziende eventuali errori e condividere proposte per migliorare la qualità del dato complessivo e potenziare l'efficacia degli strumenti di raccolta dati, nonché fornire sia a Regione Lombardia che alle aziende del S.S.R. strumenti di valutazione e monitoraggio del trend dei costi, della correlata produzione e della performance.

Come avvenuto negli anni precedenti per quanto attiene al **modello CP** (Conti di Presidio), che costituisce debito informativo nei confronti del Ministero della Salute ai sensi del Decreto 24 Maggio 2019, dal flusso di contabilità analitica sarà resa disponibile sul portale di governo una prima bozza sulla base della quale gli enti potranno formulare il modello definitivo apportando, come da linee guida regionali, quelle modifiche che rendono più leggibile il dato per il Ministero, senza però stravolgere l'impostazione desunta dal flusso di contabilità analitica, per il quale è richiesta, a consuntivo, la maggiore attendibilità possibile rispetto agli effettivi accadimenti contabili e gestionali.

Relativamente al **modello LA** lo stesso dovrà essere fornito in concomitanza con il CE consuntivo (quale allegato al bilancio di esercizio), eventualmente modificando la riarticolazione sui vari livelli di assistenza sulla base delle indicazioni fornite a seguito della valutazione del modello LA provvisorio elaborato sui dati del IV CET. Relativamente al modello LA si richiama alla maggiore attenzione possibile nella compilazione del format definitivo così da non generare errori casuali che non erano presenti nel modello LA provvisorio. A partire dal consuntivo 2023 nel modello LA degli enti dovrà essere compilato il livello 48888 TOTALE COSTI PER ATTIVITA' DI RICERCA per tutti gli enti che registrano a ricavo contributi per ricerca, a prescindere dall'ente finanziatore, e non solo, come in passato per gli IRCCS.

Al fine di garantire la qualità dei flussi informativi nei confronti del Ministero della Salute, è imprescindibile che la contabilità analitica sia affidabile nel rappresentare la situazione aziendale nei diversi presidi e articolazioni territoriali (intesi come aggregazioni di strutture identificate come CUDES nei flussi regionali) e nei nuovi livelli di assistenza/linee di attività (case di Comunità, COT, Ospedali di Comunità), in coerenza con le indicazioni provenienti dai referenti regionali e ferma restando la quadratura con i valori di contabilità generale. In particolare, le aziende dovranno evitare di utilizzare impropriamente i centri di costo comuni e di quadratura e dovranno valorizzare correttamente eventuali scambi di prestazioni o servizi tra presidi e i costi delle attività territoriali, con particolare attenzione al personale ospedaliero eventualmente prestato ad esse a tempo parziale.

4.14.0.1. Nuove linee guida controllo di gestione privati

Si ribadisce l'obbligo di trasmissione della contabilità analitica per centro di costo per tutte le strutture ospedaliere private come previsto dalla DGR XI / 2014 del 31/07/2019.

La mancata trasmissione dei dati richiesti comporta l'esclusione delle strutture dal processo di calcolo degli standard di costo per le FNT e di conseguenza una preclusione all'accesso alle risorse disponibili.

Sono esentate dalla trasmissione della contabilità analitica le strutture non ospedaliere (Aeu, Istituto Mario Negri, RSA) che accedono alle risorse sulla base di valutazioni già predefinite.

Nel corso del 2024 si procederà ad una revisione delle linee guida COAN ospedali privati sulla base delle modifiche introdotte nella COAN ospedali pubblici (allineamento) e sulla base delle indicazioni emerse nelle riunioni di coordinamento dello scorso semestre (aggiornamento).

La pubblicazione delle linee guida prevista per maggio 2024 verrà applicata a partire dall'esercizio 2025.

La richiesta del dettaglio analitico dei costi viene estesa anche alla componente ricerca.

4.15 MOBILITA' SANITARIA INTERNAZIONALE: Sistema ASPE – fatture a credito

Tra le fatture che nel sistema ASPE vengono trasmesse dal Ministero della Salute vi sono quelle a credito che sono state contestate dalle istituzioni degli altri paesi UE (Mancanza dell'attestato di diritto/TEAM, ecc).

Le ATS hanno 90 gg di tempo dal ricevimento della contestazione per effettuare la verifica del motivo e, eventualmente, integrare con la documentazione mancante.

È, quindi, evidente che il mancato controllo e riscontro di queste contestazioni impedisce il riconoscimento degli oneri derivanti dalle prestazioni sanitarie erogate e, oltre a provocare un

evidente danno economico, rende vana la complessa attività di fatturazione attiva. Le ATS, a tal proposito, devono effettuare le dovute attività di controllo e risposta alle contestazioni sulle fatture attive ed ovviamente verificare le fatture passive e, nel caso in cui ne riscontrassero i presupposti, la conseguente attivazione delle contestazioni.

4.16 MALATTIE RARE

In attuazione della legge n. 175/2021, del “*Piano nazionale malattie rare 2023-2026*” e del documento per il “*Riordino della rete nazionale delle malattie rare*”, verranno attivati specifici tavoli di lavoro regionali - in collaborazione con i Presidi della Rete regionale delle malattie rare ed i loro specialisti, con le Associazioni dei pazienti e con il Centro di coordinamento regionale delle malattie rare - per il riordino della Rete regionale delle malattie rare, l’individuazione di percorsi dedicati per la parte riabilitativa la definizione di percorsi assistenziali, con trattamenti farmacologici e non farmacologici.

Si provvederà a consolidare la nuova piattaforma informatica dedicata al Registro Lombardo delle Malattie Rare.

Si ricordano le seguenti disposizioni previste dalla DGR n. 7600 del 20/12/2017:

“(...) tutti i nuovi casi di malattia rara esente dovranno essere inseriti nel Registro Lombardo Malattie Rare, mediante l’applicativo informatico dedicato (Rete Malattie Rare – RMR – CRS-SISS). La redazione del certificato di diagnosi di malattia rara, ai fini del riconoscimento del diritto all’esenzione, del Piano Terapeutico e del Piano riabilitativo, dovranno essere effettuate esclusivamente mediante detto applicativo informatico e verranno firmate digitalmente. La redazione del certificato e del piano terapeutico o riabilitativo potrà avvenire in forma cartacea solo nel caso di problemi tecnici nell’utilizzo dell’applicativo, attivando contestualmente i percorsi interni aziendali per una tempestiva soluzione al problema. Tutti i Presidi della Rete Malattie Rare dovranno individuare un Referente informatico per il Registro Lombardo Malattie Rare”.

4.16.0.1 Centro di coordinamento malattie rare

Al fine di sostenere l’importante attività svolta dal centro di Centro di Coordinamento della Rete per le malattie rare della Regione Lombardia garantendo puntualità ed efficienza rispetto alle funzioni svolte si rivede il contributo annuo stabilito dalla DGR 1247 del 23.03.2023 portandolo a 280.000€ annui per il periodo il 2023-2025.

4.17 GIOCHI OLIMPICI INVERNALI MILANO – CORTINA 2026

Nell’ambito delle attività propedeutiche alla preparazione della manifestazione sportiva “GIOCHI OLIMPICI INVERNALI MILANO – CORTINA 2026” il Presidente di Regione Lombardia ha individuato, con nota prot. n. A1.2023.0448694 del 26/09/2023, quale proprio Medical Care Manager il Dott. Alberto Zoli.

Al fine di assicurare l’avvio, l’implementazione e il raggiungimento di tutti gli obiettivi di carattere sanitario previsti a supporto dei Giochi Olimpici, si dispone che il Medical Care Manager regionale si avvalga:

- dell’ASST GOM Niguarda, in quanto “Ospedale Olimpico”, quale struttura pubblica di riferimento, per gli aspetti organizzativi, di supporto ed esecutivi, alla quale dovranno essere assegnate, a partire dall’esercizio 2024, adeguate risorse aggiuntive sia economiche (correnti e in conto capitale) sia di personale;

- della collaborazione dell'ASST Valtellina e Alto Lario per il Presidio Ospedaliero Morelli di Sondalo e per le altre funzioni erogate e garantite sul territorio di riferimento dall'ASST stessa;
- della collaborazione dell'Agenzia Regionale Emergenza Urgenza per le funzioni e le attività di emergenza urgenza territoriale
- degli Enti del SSL sia di altri Soggetti, pubblici e privati, per la realizzazione e il raggiungimento di tutti gli obiettivi di salute previsti a favore della popolazione target di riferimento per la manifestazione sportiva.

Per garantire il raggiungimento delle finalità sopra indicate il Medical Care Manager della Lombardia dovrà presentare alla Direzione Centrale PNRR, Olimpiadi e digitalizzazione e alla Direzione Generale Welfare, entro 90 giorni dall'approvazione del presente provvedimento, un progetto, aggiornabile su base semestrale, nel quale devono essere indicate tutte le azioni necessarie e le risorse sia economiche (correnti e in conto capitale) sia di personale.

Nelle more della presentazione e approvazione del sopra citato progetto, al fine di garantire al Medical Care Manager di poter da subito avviare ed effettuare tutte le necessarie attività e svolgere le conseguenti funzioni, sono assegnate ad ASST GOM Niguarda, a titolo di anticipo su quanto verrà riconosciuto in seguito alla validazione del progetto presentato dal Medical Care Manager, le seguenti specifiche risorse aggiuntive previste nel quadro economico 2024, che verranno assegnate all'inizio dell'esercizio 2024 con specifico decreto:

- € 400.000 di cui metà per spesa corrente e metà in conto capitale
- € 600.000 per personale delle dirigenze e del comparto il cui fabbisogno sarà indicato nel sopra citato progetto.

Per la parte di prevenzione si rimanda all'allegato 1.

4.18. SISTEMA REGIONALE TRAPIANTI

In linea con la pianificazione regionale e nazionale, lo sviluppo del Sistema Regionale Trapianti lombardo procederà nel 2024-2026 nelle seguenti linee di indirizzo e azioni di governance.

Avviamento e conduzione di un nuovo modello organizzativo, riportato in Allegato, che rende possibile il supporto da parte delle strutture HUB (COP di secondo livello) sia alle strutture più piccole sia del privato accreditato, sotto la guida di un coordinamento regionale di procurement attivo nei processi e nell'organizzazione dei percorsi. Di pari verrà valutata la possibilità di riorganizzare il sistema del finanziamento del programma di donazione.

4.18.1. Procurement

- Inserimento della funzione operativa del CRT in AREU mediante la creazione del Coordinamento Regionale del Procurement (CRP), che dovrà essere adeguato in termini di staff.
- Dipendenza funzionale dei Coordinamenti Ospedalieri di Procurement dal CRP, in termini operativi e di rendicontazione dei costi del personale. Il personale dei COP rimarrà

dipendente della propria ASST/IRCCS e incardinato nei rispettivi POAS, in staff alla Direzione sanitaria o alla Direzione Medica di Presidio.

- Attivazione dei COP di Secondo Livello su tutta l'area di competenza, con possibilità di intervento nelle strutture sanitarie afferenti (strutture più piccole del sistema pubblico e privato accreditato)
- Realizzazione dei Collegi di Accertamento Morte (CAM) nel sistema privato accreditato mediante collaborazione degli ospedali pubblici dell'area sotto la guida del COP di Secondo Livello.
- Realizzazione di un percorso di ECMO Team mobile per rendere possibile la donazione nel donatore a cuore fermo controllato in centri non dotati di risorsa ECMO.
- Istituzione del Sistema Premiante per il riconoscimento dell'attività svolta dal personale che lavora fuori orario di lavoro per rendere possibili i processi di donazione (attività svolta fuori orario di lavoro dai COP, dal personale del comparto e della dirigenza medica per realizzare i processi di donazione) e per attività di CAM/ECMO/Prelievo di tessuti da parte delle banche dei tessuti).
- Revisione del sistema di rimborso delle funzioni non tariffabili inerenti all'attività di donazione con affidamento ad AREU della quota necessaria per pagamento del personale del CRP e dei COP, delle attività Extra-orario, della realizzazione delle CAM e dell'ECMO Mobile e del finanziamento agli ospedali per i costi sostenuti per la realizzazione di percorsi di donazione.

4.18.2. Banca Regionale dei Tessuti

- Creazione di una unica Banca Regionale dei Tessuti e degli Organi, con sede presso l'ASST GOM Niguarda.
- Mandato ad AREU per presentare e coordinare il progetto di unificazione delle banche dei Tessuti e a predisporre entro sei mesi l'atto costitutivo della Banca Regionale dei Tessuti e degli Organi.
- Collegamento a questa delle strutture delle Banche esistenti e progressiva integrazione di spazi, processi e personale.
- Realizzazione progressiva di una equipe unica di prelievo per la donazione multite ssuto, con successiva estensione al prelievo dei reni da donatore cadavere.
- Realizzazione, presso la banca stessa, del centro regionale per la perfusione del rene, in grado di effettuare in modo centralizzato la perfusione di tutti i reni della regione.

Ai Direttori Generali delle ASST/IRCCS sarà assegnato per il 2024 l'obiettivo dell'adeguamento organizzativo necessario per l'attuazione nella propria struttura del Programma Regionale di Procurement di Organi e Tessuti 2024-2026, in termini di staff assegnato ai Coordinamenti Ospedalieri di Procurement (COP). Saranno inoltre assegnati obiettivi di efficienza relativi al procurement di cornee, multite ssuto e di organi.

4.18.3. Trapianti

1. Elaborazione e avvio del "Programma Regionale di Trapianto di organi solidi 2024-2026", articolato sui seguenti aspetti:

- individuazione delle linee organo-specifiche per la gestione delle insufficienze d'organo con indicazione al trapianto, su bacino di utenza ATS;
 - definizione dei livelli di gestione del candidato al trapianto di rene da donatore vivente, con attribuzione di obiettivi target alle strutture nefrologiche di provenienza degli assistiti con IRC (ASST/IRCCS, Privato accreditato) e alle strutture di trapianto attive;
 - monitoraggio degli esiti dei trapianti eseguiti;
 - progetto di transizione verso un sistema di accreditamento della rete trapianti attraverso un percorso di presa in carico degli assistiti con insufficienza d'organo/neoplasia con indicazioni al trapianto di fegato, con qualificazione dei requisiti di rete (strutture periferiche, strutture di trapianto, su base ATS, UOC Trapianti Lombardia/NITp);
2. Elaborazione e avvio del programma regionale perfusione organi, che preveda la gestione centralizzata della perfusione del rene presso la banca regionale dei tessuti e degli organi e del polmone presso il centro trapianti polmone della Fondazione IRCCS Policlinico di Milano;
 3. Proposta di approvazione con apposito provvedimento regionale del “Programma Regionale Trapianto di Cellule Staminali Emopoietiche (CSE) 2024 – 2026”, articolato sui seguenti aspetti:
 - definizione dei livelli di gestione integrata del candidato al trapianto di CSE (rete ematologica per autologo, allogenico, CAR T);
 - definizione dei requisiti quali-quantitativi delle strutture coinvolte;
 - monitoraggio degli esiti dei trapianti di CSE eseguiti.
 4. Revisione dei criteri quali quantitativi

Ai fini di garantire le attività inerenti il “Centro regionale per i trapianti” per l’esercizio 2024, è garantito alla Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano, un finanziamento fino a un massimo presuntivo di € 2.850.000,00 come indicato nella DGR n. XI/6150 del 21/03/2022. Si precisa che la previsione dell’ammontare massimo delle risorse indicate, deriva dalla stima dei costi necessari a coprire i fabbisogni per le attività in cui si articola il funzionamento del Centro, desunti dalle spese esposte nelle annuali rendicontazioni presentate dalla Fondazione, agli atti della DG Welfare.

4.19. RETE TRASFUSIONALE

Al fine di garantire e mantenere elevati standard di qualità e sicurezza del Sistema Trasfusionale regionale, gli indirizzi prioritari per il 2024 sono definiti e attuati dalle ASST/IRCCS sede di SIMT, sulla base delle indicazioni e con il coordinamento della Struttura Regionale di Coordinamento per le attività trasfusionali (SRC) presso AREU, nell’ottica dell’autosufficienza regionale e nazionale, della sicurezza trasfusionale, della standardizzazione e armonizzazione dei sistemi qualità delle Strutture trasfusionali e nel rispetto dei principi etici della donazione gratuita, nonché del contributo alla sostenibilità del sistema sanitario pubblico. In tale ottica appare strategica anche l’attenzione programmatoria al potenziamento dell’attrattività della Disciplina di Medicina Trasfusionale, mantenendone e rafforzandone il peculiare carattere, ormai storicamente consolidato, di Disciplina multispecialistica con competenza in ambiti specifici di attività: clinico-assistenziali, di diagnostica di laboratorio, nonché di raccolta e produzione di emocomponenti e loro assegnazione clinica o

distribuzione per produzione di medicinali plasmaderivati, nell'ambito del processo sanitario che va dalla vena del donatore alla vena del paziente (“vena-vena”).

Tali ambiti specifici di competenza attingono alle Discipline equipollenti nel campo dell'ematologia, immunologia, immunoematologia, nonché patologia clinica e biochimica clinica; ossia gli ambiti di formazione delle Specializzazioni da cui provengono i Dirigenti Sanitari operanti nelle Strutture di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale degli Ospedali. La formazione e qualificazione specialistica effettiva nella Disciplina di Medicina Trasfusionale, tuttavia, può essere acquisita solo sul campo, nelle more della istituzione di una Scuola di specializzazione dedicata.

In tale peculiare contesto l'attrattività è condizione necessaria e strategica per sostenerne il ricambio generazionale, in particolare dei medici, quale condizione necessaria per la durabilità del sistema trasfusionale stesso.

Infatti, le attività svolte dalla Rete Trasfusionale lombarda, producono vantaggi per il SSR legati alla sicurezza trasfusionale e alla particolare “operatività organizzativa a processi integrati” nel rispetto dei criteri di specifiche competenze professionali e livelli di efficienza organizzativa.

Tale operatività si realizza sia internamente alla Rete Trasfusionale, sia trasversalmente, con l'erogazione diretta o indiretta di una gamma articolata di prestazioni e prodotti nell'ambito di numerosi processi sanitari ospedalieri e territoriali, con impatto oltre che sulla sicurezza trasfusionale, tra l'altro anche sull'accesso dei pazienti alle cure e sulla sorveglianza sull'appropriatezza trasfusionale negli ambiti di competenza.

Altrettanto strategica appare altresì l'organizzazione della Rete Trasfusionale in Dipartimenti di Ematologia e Medicina Trasfusionale (DMTE), coordinati dalla SRC presso AREU, funzionale alla visione unitaria di tutte le attività della Medicina Trasfusionale, pur nella adattabilità dei profili di ciascuna Struttura di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale (SIMT) in relazione alle esigenze della Rete Ospedaliera.

Di seguito sono indicati gli obiettivi di programmazione regionale in cui si concentrerà nel 2024 l'azione delle Direzioni di ASST/IRCCS sede di SIMT, sulla base delle indicazioni e con il coordinamento della SRC presso AREU con l'indicazione dei relativi interventi prioritari, relativamente ai quali, ove necessario, la SRC richiederà opportuna documentazione di riscontro.

4.19.1 Contributo all'autosufficienza e sostenibilità del sistema sanitario regionale, attraverso i prodotti del sangue.

Le Direzioni aziendali delle ASST/IRCCS supportano e sostengono i Servizi Trasfusionali (SIMT) di competenza che operano lungo tutta la filiera della raccolta e produzione dei prodotti trasfusionali, inclusi i medicinali plasmaderivati ottenuti dal plasma dei donatori volontari di sangue ed emocomponenti; in particolare:

- osservano gli impegni di raccolta, sia per il sangue che per il plasma da aferesi monocomponente, con particolare riguardo in tutti i periodi dell'anno agli adeguamenti almeno mensili dei programmi quali-quantitativi di raccolta in relazione ai fabbisogni trasfusionali;
- incrementano la raccolta del plasma da aferesi monocomponente, tenendo conto tra l'altro che l'orientamento del donatore alla donazione di plasma in aferesi monocomponente, ferma restando la disponibilità volontaria del donatore, si avvale tra gli altri anche di criteri specifici sia clinici, sia di riequilibrio temporaneo della scorta delle unità di globuli rossi con gruppo sanguigno eccedente rispetto alla domanda clinica trasfusionale.
- introducono modifiche organizzative, ove necessario, con ampliamento degli orari di servizio, con la finalità nei Centri di Raccolta di facilitare l'accesso dei donatori per la donazione programmata per appuntamento, nonché nei Centri di Lavorazione e Validazione (CLV) dei DMTE per garantire anche le successive fasi di lavorazione e qualificazione biologica degli emocomponenti;
- nel contingente periodo storico, in considerazione delle difficoltà a reperire con i concorsi a tempo indeterminato medici orientati alla Disciplina di Medicina Trasfusionale, utilizzano l'area a pagamento per incentivazioni economiche del personale dipendente nei SIMT, e/o acquisiscono medici in libera professione per la raccolta, qualificati secondo vigente normativa (Rif. ASR del 25.07.2021 Rep. Atti n. 149/CSR);
- implementano in modo sistematico tecnologie informatiche, quali l'RFID, nelle fasi di raccolta e produzione, anche per supportare efficienza e tracciabilità di operazioni ripetitive massive;
- provvedono, nell'ottica della sicurezza trasfusionale, all'integrazione bidirezionale diretta con il software gestionale trasfusionale regionale (Emonet) degli analizzatori per immunoematologia e per gli esami di competenza dei CLV connessi alla qualificazione biologica degli emocomponenti donati e al controllo sanitario dei donatori;
- collaborano con il SIA di AREU/SRC al potenziamento delle integrazioni informatiche intra-DMTE e inter-DMTE e all'evoluzione del software gestionale trasfusionale, per supportare le esigenze della Rete Trasfusionale ed eventuali imprevisti default locali a carico del CLV, con conseguente necessità di movimentazione di unità e campioni biologici per garantire la continuità produttiva, secondo le indicazioni e il coordinamento della SRC.
- con il supporto di ARIA e con la collaborazione del SIA di AREU/SRC, ove di competenza, procedono all'integrazione del software gestionale trasfusionale con il fascicolo sanitario per la consegna del referto direttamente ai donatori;
- le ASST/IRCCS sede di Istituto di Cellule e Tessuti, indipendentemente dalla presenza del SIMT, sulla base delle indicazioni della SRC implementano la codifica internazionale ISBT per i prodotti cellulari a scopo trapiantologico, quali cellule staminali emopoietiche (CSE) e CAR-T e ove previsto dalla vigente normativa.
- La Conferenza Tecnico Scientifica dei DMTE, con il coordinamento della SRC presso AREU, predispone uno studio per la valutazione comparativa della donazione differita versus donazione diretta (non differita) ai fini delle valutazioni costo benefico e delle valutazioni di opportunità strategica per il sistema trasfusionale regionale.

4.19.2 Sicurezza trasfusionale al letto del paziente.

Le Direzioni aziendali delle ASST/IRCCS supportano e sostengono i Servizi Trasfusionali (SIMT) e i Reparti clinici di competenza, al fine di evitare eventi/incidenti gravi riconducibili ad un errore

trasfusionale ABO, correlato a erronea identificazione del paziente e/o della gestione delle unità consegnate al di fuori del Servizio Trasfusionale, in particolare:

- implementano nell’ambito dei Servizi Trasfusionali e dei Reparti clinici di competenza, tutte le misure formative, organizzative e tecnologiche necessarie per rafforzare l’efficienza e la sicurezza in tutte le fasi del processo trasfusionale;
- vigilano sulla formazione e qualificazione degli Operatori sanitari, che effettuano in Reparto il processo clinico-assistenziale relativo alla trasfusione, dal momento della prescrizione al momento dell’erogazione, nonché sulla corretta applicazione delle procedure per la sicurezza del paziente prescritte dalla vigente normativa trasfusionale;
- implementano in modo sistematico tecnologie informatiche di supporto alla identificazione e tracciabilità nonché al work-flow, previsto dalla vigente normativa sulla sicurezza trasfusionale, in riferimento alla check-list trasfusionale al letto del paziente, quali la richiesta trasfusionale informatizzata (Emoward, modulo di Emonet) e la tecnologia RFID per la tracciabilità al letto del paziente mediante palmari; la registrazione dell’avvenuta trasfusione mediante integrazione informatica con il software gestionale trasfusionale.
- utilizzano frigoemoteche sotto controllo remoto del SIMT nelle strutture sanitarie ove la consegna delle unità da trasfondere non possa essere gestita direttamente dal Servizio Trasfusionale di riferimento, in assenza di operatori sanitari qualificati per l’assegnazione e consegna delle unità;

4.19.3 Appropriatelyzza trasfusionale in emocomponenti e medicinali plasmaderivati, nonché estensione dell’implementazione dei programmi di Patient Blood Management (PBM).

Le Direzioni aziendali delle ASST/IRCCS:

- attivano misure atte a rafforzare l’appropriatezza trasfusionale, che riguarda sia gli emocomponenti che gli emoderivati. Infatti, l’appropriatezza trasfusionale è funzionale alla sicurezza clinica dei pazienti per la minore esposizione al rischio trasfusionale; inoltre, contribuisce all’autosufficienza e alla sostenibilità economica del sistema sanitario;
- estendono e rendono sistematica l’attivazione dei programmi di PBM nel territorio regionale. Infatti, il PBM, rivolto a pazienti candidati a interventi chirurgici elettivi, punta a ridurre il rischio trasfusionale tramite una gestione ottimale della risorsa sangue del paziente; inoltre, i dati della letteratura scientifica evidenziano anche un miglioramento degli esiti clinico-terapeutici (“outcome” del paziente).

4.19.4 Attrattività della Medicina Trasfusionale attraverso il rafforzamento delle competenze maturate storicamente dalla Disciplina di Medicina Trasfusionale.

Le Direzioni Aziendali di ASST e IRCCS:

- implementano nell’ambito dei Servizi Trasfusionali di competenza, tutte le misure formative, organizzative e tecnologiche necessarie per potenziare l’attrattività della disciplina di Medicina Trasfusionale, anche attraverso il sostegno al rafforzamento dei profili di competenza multidisciplinare maturati storicamente;
- concordano con AREU/SRC eventuali modifiche organizzative che impattano sui profili di attività o sull’inquadramento della struttura organizzativa trasfusionale nei POAS;
- assicurano che il Direttore del SIMT sia sempre un Medico che ha le caratteristiche previste dalla vigente normativa trasfusionale per la “Persona Responsabile del Servizio Trasfusionale”,

nel rispetto del Dlgs 20 dicembre 2007, n. 261, Art. 6; la Persona Responsabile infatti assume in buona sostanza, anche ove sia previsto un Responsabile di SSD, le stesse funzioni, responsabilità gestionali e le autorità previste per un Direttore di Struttura complessa, con la gestione diretta delle risorse ponderate a valenza strategica. Pertanto, in assenza di tale figura l'ASST/IRCCS sede di SIMT stipula una convenzione con l'Azienda sede di DMTE per la Direzione del proprio SIMT da parte del Direttore del SIMT sede del DMTE.

Ai fini di garantire le attività inerenti alla Banca del sangue raro per l'esercizio 2024, è garantito alla Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano, un finanziamento fino a un massimo presuntivo di € 1.300.000,00, come indicato nella DGR n. XI/5803 del 29.12.2021. Si precisa che la previsione dell'ammontare massimo delle risorse indicate, deriva dalla stima dei costi necessari a coprire i fabbisogni per le attività in cui si articola il funzionamento della Banca del sangue raro, desunti dalle spese esposte nelle annuali rendicontazioni presentate dalla Fondazione, agli atti della DG Welfare.

Allegato 4 – AREA POLO OSPEDALIERO

ACRONIMO	SIGNIFICATO
ACSS	Agenzia Controlli del Sistema Sociosanitario
ADI	Assistenza Domiciliare Integrata
ADT	Ammissione, Dimissione, Trasferimento
AGC	Cellule ghiandolari atipiche
AGENAS	Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Digitali
AGUS	Cellule Ghiandolari Atipiche di Significato Indeterminato
APCs	Article Processing Charges
AREU	Agenzia Regionale Emergenza Urgenza
ASL	Azienda Sanitaria Locale
ASST	Azienda Socio Sanitaria Territoriale
ATS	Agenzia Tutela della Salute
BIC	Blocco Operatorio Chirurgico
BM	Bed Manager
CAM	Collegi di Accertamento Morte
CAR-T	Terapie Cellulari Advanced (cellule T modificate geneticamente)
CC	Con Complicanze
CDC_STD	Codice della Struttura di Destinazione
CEDAP	Cartella di Dimissione dell'Assistito in Parto
CEDAP	Cartella Elettronica Dell'Assistito in Pronto Soccorso
CND	Classificazione Nazionale dei Dispositivi medici
COP	Coordinamento Ospedaliero di Procurement
CReSMeL	Comitato Regionale dei Servizi di Medicina di Laboratorio
CRP	Coordinamento Regionale del Procurement
CRT	Coordinamento Regionale Trapianti
CSE	Cellule Staminali Emopoietiche
CSR	Conferenza Stato-Regioni
CTS	Centro Trauma System
CTZ	Centro Territoriale di Zona
CUDES	Codice Unico di Distretto Elettronico Sanitario
CVS	Commissione Valutazione del Servizio
D.L.	Decreto Legge
DAPSS	Direzione Aziendale del Personale Sanitario e Socio-Sanitario
DG	direzione Generale
DGR	Deliberazione della Giunta Regionale
DH	Day Hospital
DM	Decreto Ministeriale
DMTE	Dipartimenti di Ematologia e Medicina Trasfusionale
DPCM	Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri
DRG	Diagnosis Related Group
ECMO	Oxygenation Extracorporeal Membrane
ERM	Enterprise Risk Management
FAD	Formazione a Distanza
FIASO	Federazione Italiana delle Associazioni delle Organizzazioni per la Sicurezza nei Servizi Sanitari

ACRONIMO	SIGNIFICATO
FNT	Fondi Nazionali Trasferiti
FRRB	Fondazione Regionale per la Ricerca Biomedica
FSR	Fondo Sanitario Regionale
GRess	Gestione rischio e sicurezza in sanità
GU	Gazzetta Ufficiale
HDDA	Emodialisi Domiciliare Assistita
HELLP	Emolisi, Ipertransaminasemia, e Piastrinopenia
HEMS	Helicopter Emergency Medical Service
HPV	Papillomavirus
IFoC	Infermiere di Famiglia e di Comunità
IRCCS	Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
ISS	Istituto Superiore di Sanità
ItOSS	Italian Obstetric Surveillance System
KPI	Key Performance Indicator
LEA	Livelli Essenziali di Assistenza
LG	Linee Guida
LOINC	Logistical Observation Identifiers Names and Codes
LR	Legge Regionale
MAC	Medicina Ambulatoriale Chirurgica
MMG	Medici di Medicina Generale
NGS	Next Generation Sequencing
NITp	Nucleo Interaziendale Trapianti
NOC	Nucleo Operativo di Controllo
NPI	Neuropsichiatria Infantile
OCSM	Organismo di Coordinamento di Salute Mentale
OMRe	Order Management Regionale
OTA	Organismo Tecnicamente Accreditante
OTT	Ospedale Territoriale di Tutela
PBM	Patient Blood Management
PDTA	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
PMA	Procreazione Medicalmente Assistita
PNGLA	Piano Nazionale Governo Liste d'Attesa
PNR	Piano Nazionale Ricerca
PNRR	Piano Nazionale Ripresa e Resilienza
POCT	Point Of Care Testing
PROM	Rottura Prematura delle Membrane
PST	Punto di Soccorso Territoriale
PT	Prothrombin Time
PTFP	Piano Triennale di Fabbisogno del Personale
PTT	Partial Thrombin Time
RCO	Responsabilità Civile dell'Organizzazione
RCT	Responsabilità Civile per Tutti
RFID	Radio Frequency Identification

Allegato 4 – AREA POLO OSPEDALIERO

ACRONIMO	SIGNIFICATO
RM	Risonanza Magnetica
ROL	Rete Oncologica Lombarda
RSA	Residenze Sanitarie Assistenziali
RTD-CPP	Rete di Terapia del Dolore e Cure Palliative Pediatriche
SC MPC	Struttura Complessa di Medicina Preventiva e del Collettivo
SDO	Scheda di Dimissione Ospedaliera
SIA	Sistema Informativo Aziendale
SIAT	Sistema Integrato per l'Assistenza al Trauma Maggiore
SIL	Lesione Intraepiteliale
SIMT	Servizio Trasfusionale
SMAF	Sistema di Monitoraggio e Archiviazione dei Fascicoli
SMI	Sorveglianza Malattie Infettive
SNE	Screening Neonatale Esteso
SOF	Sangue Occulto Fecale
SRC	Struttura Regionale di Coordinamento
SSL	Sistema Sociosanitario Lombardo
SSR	Sistema Sanitario Regionale
TAC	Tomografia Assiale Computerizzata
TD-CPP	Terapia del Dolore e Cure Palliative Pediatriche
TEAM	Tessera Europea di Assicurazione Malattia
TS	Trasporto Sanitario
TSS	Trasporto Sanitario Semplice
TT	Thrombin Time
UOC	Unità Operativa Complessa
UU.OO.	Unità Operative
WHO	World Health Organization

Appendice 4.1.

Modello regionale delle competenze, funzioni e responsabilità del Bed Manager

1. Denominazione e inquadramento generale della funzione

Il bed manager (BM) aziendale di IRCCS/ASST o di Enti privati accreditati a contratto gestisce i flussi dei pazienti in ospedale, dall'ingresso fino alla dimissione, siano essi programmati o in urgenza, e svolge una funzione della Direzione Aziendale, in particolare, della Direzione Sanitaria, tesa a facilitare e ad assicurare il coordinamento e l'integrazione tra logistica, aree produttive ospedaliere e percorsi diagnostico-terapeutici.

a) Profilo

Il ruolo del bed manager richiede necessariamente il possesso di un background di conoscenze/formazione clinico-assistenziali e, per questo motivo, il bed manager deve essere un sanitario che abbia maturato un'anzianità di servizio di almeno 3 anni all'interno della struttura in cui opera o che abbia svolto attività di bed management (anche in affiancamento/supporto del bed manager formalmente incaricato), certificata dalla Direzione Aziendale, per almeno 2 anni presso la stessa o altra struttura.

La consapevolezza dell'assetto organizzativo dell'azienda nel suo complesso e la piena conoscenza, nel particolare, della logistica dei reparti, dei servizi e dei professionisti che vi operano sono caratteristiche indispensabili per ricoprire al meglio il ruolo, oltre alla capacità di gestione dei conflitti e di *problem solving*.

In relazione al dimensionamento e all'organizzazione della struttura sanitaria, nel suo operato può avvalersi di uno staff multidisciplinare e multiprofessionale, all'interno della dotazione organica prevista nei PTFP.

b) Requisiti di accesso

Minimi:

Laurea triennale in ambito sanitario o titolo equipollente.

Anzianità di almeno 3 anni all'interno della struttura in cui opera o anzianità nell'attività di bed management di almeno 2 anni (anche in affiancamento/supporto del bed manager formalmente incaricato), certificata dalla Direzione Aziendale, per almeno 2 anni presso la stessa o altra struttura.

Esperienze gestionali-organizzative precedenti di almeno 2 anni e curriculum formativo da cui si evincono le competenze previste dal profilo.

Preferenziali:

Conoscenze degli strumenti di Risk Management.

Conoscenza dei processi aziendali programmatori ed erogativi.

Conoscenza dei PDTA clinico-assistenziali in uso presso la struttura in cui lavora e dei percorsi ospedale-territorio.

c) Relazioni gerarchiche e funzionali

Il bed manager riveste un ruolo chiave per le funzioni sanitarie di un'Azienda: afferisce alla Direzione Sanitaria, da cui riceve il mandato, e opera in sinergia con la Direzione Medica di Presidio Ospedaliero.

Collabora con la DAPSS, la Gestione Operativa, i Direttori di Dipartimento, i Direttori e Coordinatori delle UU.OO. delle Strutture Ospedaliere e Territoriali, i *case manager* e interagisce con i servizi di supporto logistico-amministrativi.

2. Responsabilità e funzioni**a) Principali attività e funzioni****Mission e aree di responsabilità:**

Gestisce l'assegnazione dei Pazienti ai posti letto disponibili Aziendali, rispettando l'indicazione dei clinici per identificare il setting più appropriato per la sua complessità clinica e assistenziale, riducendo i tempi di attesa di ricovero (e, in particolare, il boarding da Pronto Soccorso) e di dimissione dai reparti, attraverso un'adeguata integrazione con il team multidisciplinare che ruota attorno al paziente, perseguendo l'obiettivo del giusto paziente nel giusto percorso (definito dal clinico), nel giusto letto, nel giusto momento in relazione al contesto ed alle risorse disponibili.

ATTIVITA' NELLA GESTIONE DEI FLUSSI DEI PAZIENTI

- ✓ Governa la risorsa "posto letto" in funzione delle richieste di ricovero programmato e in urgenza (Pronto Soccorso, Ambulatori, Territorio) e di trasferimento tra Unità Operative.
- ✓ È parte attiva nel migliorare l'organizzazione e nell'efficiare la gestione dei posti letto aziendali in sinergia con i Direttori/Dirigenti e i Coordinatori delle UUOO di Pronto Soccorso e di Degenza, al fine di garantire il setting più appropriato per i pazienti ricoverati e da ricoverare.
- ✓ Collabora nella pianificazione e nel flusso degli ingressi programmati in relazione alla disponibilità di posti letto, agli slot di sala operatoria assegnati, alla disponibilità prevista di posti letto nelle aree intensive e semintensive, all'attività della fase pre-operatoria e allo stato di affollamento del Pronto Soccorso.
- ✓ Si interfaccia con il referente *infection control* ospedaliero nella gestione dei pazienti che necessitano di isolamento.
- ✓ Monitora l'indice di sovraffollamento di Pronto Soccorso e lo stato di saturazione dei letti delle Unità di terapia intensiva e semintensiva.
- ✓ Promuove il pieno utilizzo della rete ospedaliera regionale favorendo il flusso di trasferimenti tra HUB e SPOKE dei pazienti afferenti alle reti tempo-dipendenti o alle reti di patologia specialistica.
- ✓ Lavora in team con la Direzione Medica, la Direzione Professioni Sanitarie e Sociosanitarie e la Gestione Operativa al fine di distribuire i ricoveri tra le varie Unità operative, tenuto conto delle peculiarità e delle competenze presenti nelle singole unità e delle necessità dei pazienti da gestire. In particolare, monitora la distribuzione dei pazienti urgenti conformemente con la pianificazione dei posti letto che ogni reparto, giornalmente, deve mettere a disposizione sulla base delle indicazioni della Direzione medica di Presidio.

- ✓ Monitora le dimissioni effettuate dai reparti al fine di individuare eventuali aree di criticità e di favorirne, in maniera pro-attiva, la risoluzione.
- ✓ Lavora in sinergia con le funzioni aziendali preposte nell'individuare precocemente e monitorare i *bed blockers* e si interfaccia con il servizio dimissioni protette e/o con le Assistenti sociali, con le COT, con gli Ospedali di Comunità e i servizi territoriali per facilitarne il percorso.
- ✓ Promuove momenti di confronto multidisciplinari/multiprofessionali al fine di definire il percorso clinico-assistenziale dei casi più complessi.
- ✓ Fa parte dell'unità di crisi aziendale nella gestione di eventi straordinari o emergenziali.

ATTIVITA' DI MONITORAGGIO ED EVOLUZIONE ORGANIZZATIVA

- ✓ È di supporto alla Direzione Medica nella modifica dell'assetto ospedaliero in base alle indicazioni della Direzione Sanitaria.
- ✓ Analizza, in collaborazione con la Gestione Operativa e la Direzione Medica, i tempi di degenza media e di erogazione dei servizi (diagnostica, consulenze...) al fine di ottimizzare il tempo di rotazione dei letti.
- ✓ Promuove l'applicazione e revisione dei PDTA per gli ambiti di competenza.
- ✓ Propone nuovi modelli organizzativi o l'ottimizzazione degli esistenti al fine di migliorare la logistica delle degenze e dei servizi favorendo l'ottimizzazione dei flussi dei pazienti.
- ✓ Durante le fasi di attivazione del Piano di gestione di sovraffollamento o di maxiemergenza, per quanto di competenza e secondo quanto previsto dalle procedure interne, contribuisce alla soluzione della crisi.
- ✓ Supporta con le proprie competenze il confronto tra PS, UUOO di degenza e i servizi nell'ambito di incontri promossi dalla Direzione Sanitaria su tematiche inerenti all'appropriatezza di ricovero, al *boarding* e alla costruzione di percorsi adeguati al paziente da PS o di quanto emerge dalle analisi e monitoraggi dell'andamento aziendale.
- ✓ Propone iniziative di confronto con i servizi ed enti territoriali al fine di strutturare percorsi preferenziali e di ridurre il numero di accessi impropri al sistema di urgenza-emergenza.
- ✓ Si adopera per creare una cultura di responsabilità nella gestione della risorsa posto letto e per favorire un'apertura al cambiamento, il rispetto per l'individuo e un approccio etico nel lavoro di squadra.
- ✓ Traccia la sua attività in software aziendali (richieste, assegnazioni, rifiuti, cancellazioni, ecc..) al fine di produrre report e analisi finalizzati al miglioramento continuo dei processi e di supportare gli uffici preposti nella raccolta dei dati utili in funzione degli obiettivi regionali ed aziendali.
- ✓ Lavora in rete con gli altri Bed Manager del SSR e dei territori limitrofi.

3. Responsabilità inerenti alla comunicazione

- **Vedi figura allegata**

4. Strumenti a disposizione del Bed Manager

In pillole:

- **Piattaforma ospedaliera informatizzata** per la visione della capacità reale, potenziale e

prospettica dei letti, la loro gestione, la pianificazione e il monitoraggio del percorso intraospedaliero del paziente degente, rilevandone eventuali blocchi alla dimissione, la gestione della sanificazione delle stanze e dei trasporti.

- **Centralizzazione** delle richieste di utilizzo di posto letto per ricoveri da PS, da altro reparto, da altro Ente ospedaliero o territoriale e da domicilio.
- Disponibilità di una **dashboard** con KPI (Indicatori di *performance*).

Per un'efficace attività del bed management occorre fornire un flusso informativo al BM che sia quanto più possibile aggiornato in tempo reale e dettagliato. Gli strumenti tecnologici ed informatici che permettano la rilevazione automatica delle informazioni sono essenziali per ridurre la necessità di contatti diretti ripetuti tra il Bed Manager e i vari stakeholders. I dati raccolti devono essere facilmente fruibili per l'analisi e per il supporto operativo; è quindi necessario che venga approntato un cruscotto informatico integrato tra i dati clinico-assistenziali, di logistica ed eventualmente di altri servizi (trasporti, strutture del territorio, AREU...), di facile accesso e configurazione e che permetta anche l'esecuzione di analisi sui dati (diretta e/o tramite export di database), nonché la produzione di reportistica.

Può accedere alle informazioni clinico-assistenziali del paziente che deve essere ricoverato o trasferito, e deve fruire dei dati necessari a definire l'adeguato setting di cura richiesto dal clinico. Inoltre, è necessario che acceda ai sistemi gestionali di reparto per l'assegnazione del posto letto, per la visibilità costante delle dimissioni pianificate (data dimissione obiettivo, data dimissibilità clinica, data-ora dimissione) e per la registrazione/segnalazione di eventuali ostacoli alla dimissione intraospedalieri (colli di bottiglia o bottle neck) e/o extraospedalieri (elementi bloccanti la dimissione o bed blocker).

FABBISOGNO INFORMATIVO

Al fine di allocare il paziente nel giusto setting clinico-assistenziale e garantire la corretta gestione delle risorse disponibili, sono necessarie informazioni riguardanti:

Ingressi Urgenti

- Pronto Soccorso: pazienti proposti al ricovero con evidenza dell'anagrafica, del tempo di permanenza in PS, del tempo di attesa al ricovero (boarding), del motivo di ricovero/percorso clinico, del rischio infettivo, della necessità e tipologia di isolamento, della complessità e necessità clinico-assistenziale e fragilità (scale, scores ecc.).
- Ambulatori/DH (complicazioni di gestioni ambulatoriali e in regime diurno) con evidenza dell'anagrafica, del motivo di ricovero, del rischio infettivo, della necessità di isolamento e tipologia, della complessità e necessità clinico-assistenziale e fragilità.
- Trasferimento dall'esterno (altre aziende/presidi) con evidenza della provenienza, della destinazione, dell'anagrafica, del tempo attesa, del motivo, del rischio infettivo, della necessità di isolamento e tipologia, della complessità e necessità clinico-assistenziale e fragilità.

Ingressi Programmati

- Ordinari: Liste di attesa delle diverse Unità Operative con dettaglio della classe di priorità, data inserimento in lista e motivo di ricovero.

Ingressi Programmabili (differibili oltre le 48 ore)

- Trasferimenti da altro ente con evidenza della provenienza, dell'anagrafica, della destinazione, del tempo di attesa, del motivo, del rischio infettivo, della necessità di isolamento e tipologia, della complessità e necessità clinico-assistenziale e fragilità.

Trasferimenti interni

- Trasferimenti tra diversi reparti di degenza con evidenza dell'anagrafica, del livello di urgenza, dell'indicazione, del rischio infettivo, della necessità di isolamento e tipologia, della complessità e necessità clinico-assistenziale e fragilità.

I dati ottenuti devono essere fruibili in tempo reale e in maniera integrata su un applicativo che faciliti rapidamente il match tra la richiesta di posto letto e la risorsa adeguata disponibile.

L'interfaccia, che consiste in una rappresentazione dinamica e prospettica delle risorse posto letto aziendali/di presidio, deve permettere la lettura di informazioni dettagliate qualitative e quantitative come ad esempio:

Informazioni sulla tipologia delle risorse

- REPARTO/STANZA/POSTO LETTO caratteristiche strutturali (capienza, presenza di pressione positiva/negativa, disponibilità erogazione O2 ad alti flussi, ecc.) e dotazioni tecnologiche (presenza di monitor/telemetria/contenzioni/...);
- AREE INTENSITA' DI CURA intesa sia come disponibilità tecnologica che numero, profilo e competenze delle risorse umane disponibili;
- STATO REALE E PROSPETTICO DEL POSTO LETTO (libero/occupato/fermo tecnico/non disponibile con la motivazione. In caso di isolamento per rischio infettivo è necessario conoscere la tipologia di isolamento attivato e la via di trasmissione).

Nel sistema informatico devono essere altresì disponibili informazioni aggiuntive, come, per esempio, la disponibilità di ulteriori risorse posto letto prontamente attivabili, per consentire possibili interventi operativi da parte del BM in situazioni contingenti o organizzative particolari come:

- gestione fluida entro i posti letto attivi (ad es. nei settori polivalenti);
- riserva posti aggiuntivi da mettere a disposizione come ad esempio:
 - o posti letto in aree del Presidio normalmente non disponibili ma che possono essere attivati con personale aggiuntivo;
 - o posti letto allocati in discharge room/admission room;
- la presenza di pazienti degenti in unità operative differenti da quella che li ha in carico a causa della indisponibilità di posti letto al momento del ricovero. Nel dettaglio:
 - o pazienti provenienti da reparti di degenza, stabili con relativa previsione dei tempi di dimissione;
 - o pazienti provenienti direttamente da PS.

DIMISSIONI

- Pazienti con giorno dimissione già calendarizzato (con indicazione timing previsto della dimissione, provvisorio o confermato).
- Pazienti in dimissione per cui è stata richiesta la disponibilità di un posto presso cure

- intermedie / RSA / Riabilitazione/ Assistenza Domiciliare Integrata/ Cure Palliative (ecc).
- Pazienti in dimissione per cui è stata ipotizzata la disponibilità di un posto presso cure intermedie / RSA / Riabilitazione/ Assistenza Domiciliare Integrata/ Cure Palliative (ecc.) con indicazione del timing previsto.
 - Planning dei trasporti programmati e organizzazione dei servizi di supporto.

È imprescindibile, per avere contezza dei pazienti definiti bed blockers (pazienti che occupano i posti letto pur non avendo più necessità di ricovero) conoscere per ogni paziente il momento in cui è clinicamente dimissibile e l'eventuale motivazione della mancata dimissione (per valutare possibilità di intervento del BM in qualità di 'facilitatore' alla luce delle priorità analizzate).

Sistema di Monitoraggio (*cruscotto*)

Per consentire il governo dei processi, lo strumento informatico messo a disposizione del BM deve prevedere ulteriori informazioni provenienti dall'integrazione con altri applicativi aziendali (ADT, gestionale sala operatoria, gestionali interaziendali ecc) al fine di costruire cruscotti di analisi e di reportistica utili al governo dei processi gestiti dal BM stesso e a soddisfare il debito informativo nei confronti degli stakeholder.

Bibliografia/riferimenti normativi

- 1- Delibera n° XI/6893/22: "Approvazione del documento tecnico interventi per l'efficientamento del flusso dei pazienti dal Pronto soccorso"
- 2- D.M. 70/15:" Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera."
- 3- DDG Welfare 357/17: Linee di Indirizzo:" Il percorso del paziente in pronto soccorso e fast-track" - determinazioni.
- 4- BMC Health Services Research volume 22, Article number: 974 (2022): "Operations management solutions to improve ED patient flows: evidence from the Italian NHS".
- 5- Pellecchia C, Natali F. Il Bed Management: esperienza del Policlinico S. Orsola-Malpighi di Bologna. AICM Journal, Giornale Italiano di Case Management 2014.
- 6- Marsilio M, Angelo R. Lean e Value Based Management, Modelli e strumenti per la creazione di valore nelle aziende sanitarie 2020; 156-162.
- 7- Bacci A, Nardiello A. Lean Healthcare Management Casi ed esperienze per una Sanità chi si organizza 2021; 226-241.
- 8- Marsilio M. Prestini A. Il Management delle aziende sanitarie in tempo di crisi, Sfide e soluzioni gestionali e operative all'emergenza Covid-19 2020; 175-181.
- 9- <https://beta.jobs.nhs.uk/candidate/jobadvert/C9222-22-9890>
- 10- https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3143_allegato.pdf

Gruppo di lavoro:

Federico Castellone – ASST Lodi

Marco Ceretti – Fondazione Poliambulanza Brescia

Silvia Colombo – ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda

Matteo Così – Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo

Elena Ghezzi – ASST Cremona

Paola Girani – ASST Nord Milano

Gian Maria Ottaviani - ASST Spedali Civili di Brescia

Onorina Passeri - Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico

Umberto Donato Pastore – IRCCS San Gerardo Dei Tintori Monza

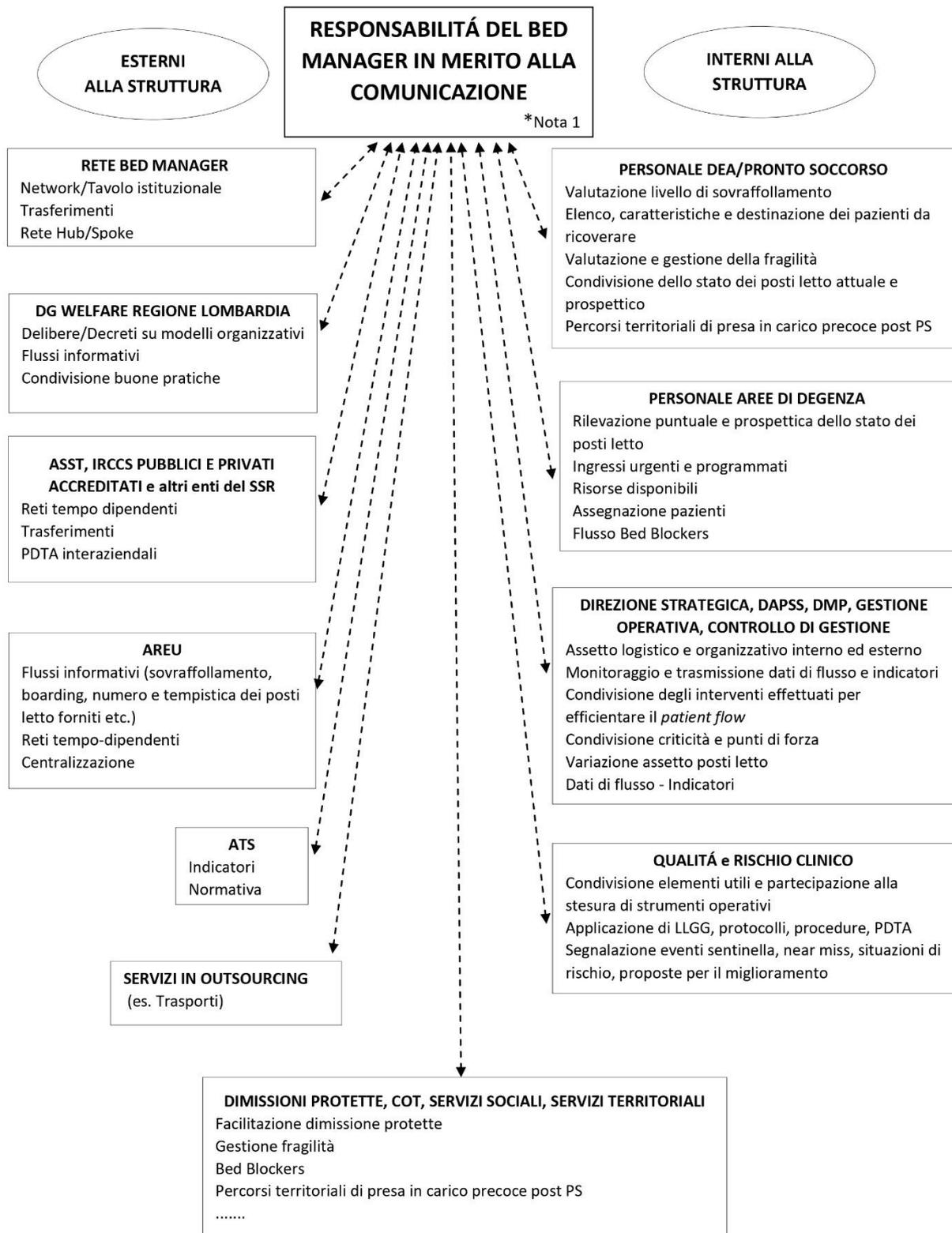
Andrea Patroni – ASST Valcamonica

Paolo Pausilli – Azienda Regionale Emergenza Urgenza (AREU)

Cristiano Perani – ASST Spedali Civili di Brescia

Coordinato da:

Davide Archi – UO Polo Ospedaliero DG Welfare



*Nota 1
Le responsabilità sono correlate alle funzioni svolte e all'assetto organizzativo interno dell'ente.