

<b>ULTERIORI DETERMINAZIONI IN ORDINE AGLI INDIRIZZI DI PROGRAMMAZIONE DEL SSR PER L'ANNO 2023</b>
--

**1. DETERMINAZIONI IN ORDINE ALL'IMPLEMENTAZIONE DI POSTI A CONTRATTO DIURNI E RESIDENZIALI DI NPI E DELLA SALUTE MENTALE ANCHE ATTRAVERSO IL PROCESSO DI RIENTRO DEGLI INSERIMENTI IN ATTO FUORI REGIONE**

L'incremento dei posti letto residenziali regionali a contratto derivante dall'applicazione delle indicazioni contenute nel presente atto unitamente alle indicazioni disposte con DGR 7752/2022 per le SRT-NPIA, è finalizzato ad aumentare le opportunità di inserimento residenziale nel territorio regionale favorendo la realizzazione del percorso terapeutico riabilitativo nel contesto di vita della persona con conseguente contenimento/riduzione del ricorso alla mobilità passiva.

**1.1 CONTRATTUALIZZAZIONE DI POSTI DI PSICHIATRIA E DI NPIA MEDIANTE UTILIZZO DI RISORSE DI FSR 43 SAN EVENTUALMENTE GIÀ LIBERE NELL'AMBITO DELLE ASSEGNAZIONI ALLE ATS**

Entro il 28 agosto 2023 le Direzioni Generali delle ATS procedono a comunicare alla DG Welfare, distintamente per l'area della salute mentale e della NPIA, l'importo della quota di 43 SAN di NPIA eventualmente già liberatasi per effetto dell'applicazione delle determinazioni assunte con DGR XII/7752/2023 e al paragrafo 7) dell'allegato 14) alla DGR XII/7758/2022, calcolandola al netto:

- di quella in atto già impegnata da ATS per inserimenti fuori regione;
- di quella prudenzialmente individuata da ATS per ulteriori e straordinari inserimenti fuori regione;
- di quella programmata con riferimento alla quota sanitaria per inserimenti in unità d'offerta sociale in Lombardia di accoglienza residenziale, prevista all'ultimo capoverso del paragrafo 7) dell'allegato 14) alla DGR XII/7758/2022.

Gli uffici della DG Welfare

- possono destinare la quota complessiva di risorse di 43 SAN eventualmente comunicata dalle ATS in relazione alla NPIA, fino all'80 % all'indizione di manifestazioni d'interesse per la contrattualizzazione di posti residenziali accreditati non a contratto alla data di adozione del presente provvedimento e fino al 20% a manifestazioni d'interesse per posti accreditati non a contratto in regime semiresidenziale alla data di adozione del presente provvedimento;
- possono destinare la quota complessiva di risorse di 43 SAN eventualmente comunicata dalle ATS in relazione alla psichiatria per l'80% all'indizione di specifiche manifestazioni d'interesse finalizzate alla contrattualizzazione di posti

residenziali accreditati non a contratto sul territorio alla data di adozione del presente atto e per il 20% all'indizione di specifiche manifestazioni d'interesse finalizzate, alla contrattualizzazione di posti semiresidenziali accreditati alla data di adozione del presente atto;

- procedono, nell'ambito delle quote di budget definite in applicazione delle determinazioni di cui ai punti precedenti, al relativo riparto per ATS rimodulando le quote di 43 san comunicate dalle ATS prive di posti accreditati non a contratto sui territori di ATS che ne sono dotate, secondo le proporzioni di cui alla tabella che segue e che riporta, distintamente per NPIA e Psichiatria, l'assetto della rete residenziale e semiresidenziale accreditata e non a contratto alla data del 30/06/2023;

NPIA		CD			SRT-NPIA			% posti di CD accreditati e non a contratto sul totale regionale	% posti di SRT-NPIA accreditati e non a contratto sul totale regionale
ATS		Numero Posti	A contratto	Solo Accreditati	Numero Posti	A contratto	Solo Accreditati non a contratto		
321	ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO	239	188	51	60	60	0	30,18%	-
322	ATS DELL'INSUBRIA	221	178	43	127	120	7	25,44%	26,92%
323	ATS DELLA MONTAGNA	20	13	7	0	0	0	4,14%	-
324	ATS DELLA BRIANZA	67	35	32	44	44	0	18,93%	-
325	ATS DI BERGAMO	25	20	5	10	10	0	2,96%	-
326	ATS DI BRESCIA	70	56	14	28	28	0	8,28%	-
327	ATS DELLA VAL PADANA	35	26	9	40	40	0	5,33%	-
328	ATS DI PAVIA	34	26	8	54	35	19	4,73%	73,08%
<b>TOTALE</b>		<b>711</b>	<b>542</b>	<b>169</b>	<b>363</b>	<b>337</b>	<b>26</b>	<b>100,00%</b>	<b>100%</b>

CD: Centro Diurno

SRT- NPIA: Servizio residenziale terapeutico di Neuropsichiatria infantile

PSICHIATRIA		CD			SRP			% posti di CD accreditati e non a contratto sul totale regionale	% posti di SRT accreditati e non a contratto sul totale regionale
ATS		Numero Posti	A contratto	Solo Accreditati	Numero Posti	A contratto	Solo Accreditati		
321	ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO	636	611	25	1493	1487	6	25,77%	3,16%
322	ATS DELL'INSUBRIA	261	231	30	963	861	102	30,93%	53,68%
323	ATS DELLA MONTAGNA	117	117	0	138	132	6	-	3,16%
324	ATS DELLA BRIANZA	236	236	0	383	339	44	-	23,16%
325	ATS DI BERGAMO	311	276	35	425	414	11	36,08%	5,79%
326	ATS DI BRESCIA	225	223	2	480	476	4	2,06%	2,11%
327	ATS DELLA VAL PADANA	161	156	5	292	291	1	5,15%	0,53%
328	ATS DI PAVIA	135	135	0	183	167	16	-	8,42%
<b>TOTALE</b>		<b>2082</b>	<b>1985</b>	<b>97</b>	<b>4357</b>	<b>4167</b>	<b>190</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

CD: Centro Diurno

SRT : Servizio residenziale terapeutico di Psichiatria

- comunicano tale riparto alle ATS che procedono all'indizione di specifiche manifestazioni d'interesse dirette alla contrattualizzazione di posti accreditati e non

a contratto presenti sui relativi territori alla data di adozione del presente provvedimento;

- provvedono al riallineamento tra le ATS delle assegnazioni di FSR tenendo conto degli importi comunicati dalle ATS in sede di decreto di assestamento o, in ogni caso, entro il decreto a consuntivo.

## **1.2 CONTRATTUALIZZAZIONE IN REGIONE DI POSTI DI PSICHIATRIA E NPIA MEDIANTE PROCESSI DI RIENTRO DI PAZIENTI IN CARICO A STRUTTURE DELLA SALUTE MENTALE UBICATE FUORI REGIONE**

Le ATS

- che non dispongono sul territorio di posti residenziali accreditati e non a contratto alla data di adozione del presente provvedimento;
- relativamente alla quota di FSR di 43 San in atto impegnata per remunerare ricoveri in corso fuori regione:

procedono a dare mandato alla ATS che dispone di posti residenziali accreditati e non a contratto e territorialmente più prossima alla residenza della persona, per l'indizione di manifestazioni d'interesse volte ad acquisire la disponibilità da parte dei relativi enti gestori ad accogliere persone inserite in strutture residenziali di NPIA o di psichiatria fuori regione sue residenti con contrattualizzazione dei relativi posti anche all'esito della positiva valutazione di appropriatezza da parte dei servizi territoriali di riferimento acquisita agli atti della ATS che procede all'esperimento della manifestazione d'interesse.

Le ATS che hanno utenti di NPIA o di psichiatria ricoverati fuori regione e che invece dispongono di posti accreditati e non a contratto sui relativi territori procedono direttamente ad esperire manifestazioni d'interesse volte a acquisire la disponibilità da parte degli enti gestori di posti residenziali ad accogliere gli utenti fuori regione suoi residenti con contrattualizzazione dei relativi posti anche all'esito della positiva valutazione di appropriatezza da parte dei servizi territoriali di riferimento acquisita agli atti della ATS che procede all'esperimento della manifestazione d'interesse.

## **2. ULTERIORI DETERMINAZIONI FINALIZZATE ALL'ATTUAZIONE DI QUANTO PREVISTO DALLA DGR XI/7758/2022**

Nell'ambito delle risorse già assegnate a budget, anche nell'ambito delle determinazioni di cui ai paragrafi 2) 3) e 4) della DGR XI/7778/2022 o anche di risparmi in area sanitaria non "intercompany", le ATS possono procedere, valutato il proprio fabbisogno a livello locale anche in funzione della migliore omogeneità del livello di copertura territoriale, tenendo conto delle caratteristiche orografiche del territorio e anche con particolare riferimento alla presa in carico della persona affetta da Alzheimer, all'indizione di specifiche manifestazioni d'interesse finalizzate alla contrattualizzazione nell'ambito della rete d'offerta sociosanitaria territoriale. Le ATS provvedono a comunicare ai competenti

uffici della DG Welfare le conseguenti rimodulazioni di budget, garantendo l'equilibrio finanziario a regime delle modifiche all'assetto contrattuale rispetto alle risorse già assegnate.

### **3. RICLASSIFICAZIONE DEGLI UTENTI STORICI IN SALVAGUARDIA EX DGR 5000/2007**

L'evoluzione dei bisogni degli utenti storici di cui alla DGR VIII/5000/2007 rende necessario procedere ad una rivalutazione del relativo profilo assistenziale, che prevede 867'/settimanali/ospite per il profilo base e 1127'/settimanali/ospite per il profilo differenziato, attraverso il percorso di relativa riclassificazione rispetto a quanto definito con la DGR richiamata.

Si prevede pertanto che:

- le unità RSD e i CDD che hanno in carico utenti storici ex DGR 5000 con profilo base e SIIDI compresa tra 1 e 4 (al netto dell'abbattimento conseguente al 65° anno d'età) procedono entro il mese di settembre alla relativa rivalutazione; se la riclassificazione comporta il passaggio al profilo differenziato, sarà conseguentemente adeguato lo standard (da 867'/sett/ospite a 1127'/sett/ospite);
- procedono alla rivalutazione anche le RSA e le unità d'offerta di cure intermedie che hanno in carico utenti ex DGR 5000; a tali utenti ex DGR 5000 si applicano gli standard e la tariffa base o differenziata oggi in vigore per utenti storici accolti in RSD.

Gli effetti delle determinazioni di cui ai punti precedenti si producono con decorrenza dal 1/10/2023. L'impatto economico derivante dalla loro applicazione è stimato fino a euro 2.200.000 di FSR a valere sulla macroarea 4) della DGR XI/7758/2022, di cui per euro 550.000 sull'esercizio 2023 e per euro 2.200.000 sull'esercizio 2024.

Per ogni utente rivalutato e per il quale si registra il passaggio dal profilo base al profilo differenziato, il budget è incrementato di un valore pari alla differenza tra la tariffa base in vigore fino al 30/9 e quella differenziata in vigore dal 1/10/2023.

In ogni caso, si procederà all'incremento del budget e/o dell'extrabudget tenuto conto dell'impatto della presente modifica sulla quota a budget/extrabudget della specifica UDO, secondo la tabella che segue:

UDO	DESCRIZIONE	Standard assistenziale	Utenti ex dgr 5000 al 31/03/2023	Tariffa complessiva in vigore	Di cui tariffa a budget	Di cui extrabudget	Tariffa complessiva dal 1/10/2023	Di cui tariffa a budget dal 1/10/2023	Di cui extrabudget dal 1/10/2023	Retta
RSA	DGR 5000 BASE	867	16	105,2	53,4	51,8	110	53,4	56,6	18,5
RSA	DGR 5000 DIFFERENZIATA	1127	32	120,2	53,4	66,8	126	53,4	72,6	18,5
RSD	DGR 5000 BASE	867	237	110	110	0	110	110	0	18,5
RSD	DGR 5000 DIFFERENZIATA	1127	363	126	126	0	126	126	0	18,5
CDD	DGR 5000 BASE	867	50	66,7	63,2	3,5	66,7	63,2	3,5	17,5
CDD	DGR 5000 DIFFERENZIATA	1127	107	70,2	63,2	7	70,2	63,2	7	17,5
int	DGR 5000 BASE	867	43	102	102	0	110	110	0	18,5
int	DGR 5000 DIFFERENZIATA	1127	37	117	117	0	126	126	0	18,5
			<b>885</b>							

**4. PRIME INDICAZIONI IN MATERIA DI RIMODULAZIONE DEI REQUISITI DELLE UNITA' DI OFFERTA SOCIO SANITARIE: NUOVE DETERMINAZIONI IN ORDINE AI CDI, RSD, CDD (centri diurni integrati per anziani, residenze sanitarie per persone con disabilità e centri diurni per persone con disabilità)**

In coerenza con quanto previsto dagli indirizzi di programmazione per l'anno 2023 in tema di revisione della rete socio sanitaria e della programmazione espressa al paragrafo 2.3.5 del PRS approvato con DCR XII/42/2023, al fine di dare avvio ad un processo graduale che interessi trasversalmente l'intero sistema della rete d'offerta socio sanitaria, vengono introdotte prime modifiche ai Centri Diurni Integrati (CDI), Centri Diurni Disabili (CDD) e Residenze Sanitarie assistenziali per persone con Disabilità (RSD), tenuto conto anche dell'evoluzione nel frattempo intervenuta nel sistema della rete dei servizi, nella tipologia di utenza target e nei profili professionali.

In particolare, nell'ottica dello sviluppo di un sistema di offerta flessibile e modulabile atto a sostenere una presa in carico personalizzata delle persone, si procede a modificare quanto previsto dall'attuale regolamentazione delle suddette unità di offerta relativamente al mix di figure professionali e, nello specifico:

**a) Centri Diurni Integrati per anziani- CDI**

La D.G.R. n. VII/8494 del 22/03/2002 "Requisiti per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento dei Centri Diurni Integrati" ha previsto un unico standard minimo di personale. Al fine di dare avvio al processo di revisione sopra richiamato, si modifica l'Allegato 1, punto 2.5 "Standard minimo di personale", determinando il superamento dell'attuale distinzione del minutaggio per figure professionali, disponendo di:

- confermare le figure professionali obbligatorie previste dalla DGR n. VII/8494/2002: Medico/Terapista della riabilitazione/Infermiere/animatore-educatore/OSS-ASA-OTA;
- confermare che le suddette figure professionali devono garantire una presenza settimanale nel CDI;
- introdurre un minutaggio minimo complessivo settimanale per ospite pari a 273 mm/sett/ospite, corrispondente alla somma dei minutaggi previsti per ciascuna figura professionale dalla DGR n. VII/8494/2002.

In merito alle figure professionali obbligatorie, considerata l'evoluzione normativa, si specifica quanto segue:

- il terapista della riabilitazione afferisce all'area delle professioni riabilitative che comprendono altre figure professionali (ad es. terapista occupazionale, logopedista). Pertanto, l'obbligo di tale figura può ritenersi assolto anche con la presenza di altre figure dell'area delle professioni riabilitative;
- la figura professionale dell'educatore è stata revisionata dalla Legge 205/2017 e smi, che distingue:

- educatore professionale sociosanitario che rientra tra le professioni della riabilitazione di cui all'ordine dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica e delle Professioni Sanitarie Tecniche, della Riabilitazione e della Prevenzione (TSRM- PSTRP);
- educatore professionale socio pedagogico e pedagogo che opera limitatamente agli aspetti socioeducativi.

L'introduzione del minutaggio complessivo settimanale per singolo utente permette una maggiore flessibilità nella definizione del mix delle figure professionali a garanzia di un'appropriata risposta ai bisogni in attuazione del progetto individuale. L'Ente gestore del CDI è quindi chiamato ad assicurare una coerenza tra la composizione e gestione dell'organico e i contenuti dei progetti individuali degli ospiti dell'unità di offerta.

#### **b) Centri Diurni per persone con disabilità – CDD**

La DGR VII/18334 del 23/7/2004 – “Definizione della nuova unità di offerta “Centro Diurno per persone con disabilità” (CDD): requisiti per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento” adotta, quale strumento di classificazione del livello di fragilità degli ospiti dell'unità di offerta, la scheda di rilevazione SIDI che classifica gli ospiti ed i carichi assistenziali espressi in minuti settimanali medi per ospite nelle seguenti cinque classi

Classe	Livello di fragilità	Misura del carico assistenziale (minuti settimanali medi per ospite)
1	ALTO	1.300
2	MEDIO ALTO	1.100
3	MEDIO	900
4	MEDIO BASSO	750
5	BASSO	600

La medesima DGR definisce lo standard gestionale per l'autorizzazione al funzionamento prevedendo la **presenza obbligatoria** di personale appartenente alle aree socioassistenziale, educativa, riabilitativa e infermieristica nelle percentuali che le strutture valuteranno più consone alle esigenze assistenziali degli ospiti, a cui può concorrere anche il personale medico e psicologico.

Al fine di dare avvio al processo di revisione sopra richiamato, si dispone la modifica dell'Allegato C “Standard di assistenza prescritti per l'autorizzazione al funzionamento e l'accreditamento delle RSD”, limitatamente alla parte relativa alla ripartizione percentuale della presenza delle diverse aree professionali, che viene sostituito e unificato sia per i minori sia per gli adulti, dal seguente:

#### Figure professionali:

In ogni CDD ai fini dell'accreditamento, gli Enti gestori, nell'ambito della propria flessibilità ed in relazione ai progetti individualizzati e fatta salva la presenza obbligatoria di personale appartenente alle aree socioassistenziale, educativa, riabilitativa e

infermieristica, devono garantire che lo standard di minuti settimanali per ospite sia raggiunto attraverso il rispetto dei seguenti rapporti:

1. 70% da operatori afferenti all'area educativa, riabilitativa, infermieristica e tutelare (ASA/OTA/OSS).

In merito alle aree obbligatorie, considerata l'evoluzione normativa, si specifica che la figura professionale dell'educatore è stata revisionata dalla Legge 205/2017 e smi, che distingue:

- educatore professionale sociosanitario che rientra tra le professioni della riabilitazione di cui all'ordine dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica e delle Professioni Sanitarie Tecniche, della Riabilitazione e della Prevenzione (TSRM-PSTRP);
  - educatore professionale socio pedagogico e pedagogista che opera limitatamente agli aspetti socioeducativi.
2. max il 30% da Medico/psicologo/operatori diversi che abbiano sostenuto corsi di formazione/aggiornamento/specializzazione in musicoterapia, arteterapia, danzaterapia e teatroterapia, oltre che esperti in lavori artigianali (maestri d'arte), diplomati ISEF o laureati in scienze delle attività motorie sportive (classe 33).

Fermo restando che la quota del 70% non può essere ridotta, ai fini del conseguimento dello standard la percentuale del 70% può incrementarsi assorbendo in tutto o in parte quella del 30% fino al raggiungimento del 100% e non viceversa.

Il progetto individuale, al fine del rispetto del minutaggio previsto dalla classificazione SIDi, definisce la composizione del mix delle figure professionali appropriato alla risposta al bisogno. Si intende pertanto che le figure professionali non devono necessariamente essere tutte presenti nei singoli progetti individuali ma che devono essere presenti tutte quelle figure funzionali a realizzare le attività e le prestazioni sociosanitarie previste dal progetto. L'Ente gestore del CDD è quindi chiamato ad assicurare una coerenza tra la composizione e gestione dell'organico e i contenuti dei progetti individuali degli ospiti dell'unità di offerta

Concorrono al raggiungimento del minutaggio settimanale, limitatamente ad una quota massima del 20%, anche i volontari in possesso di titoli previsti per l'erogazione delle prestazioni.

### **c) Residenze sanitario assistenziali per persone con disabilità - RSD**

La DGR VII/12620 del 07/4/2003 – “Definizione della nuova unità di offerta Residenza sanitario assistenziale per persone con disabilità (RSD)” – adotta quale strumento di classificazione del livello di fragilità degli ospiti della RSD la scheda di rilevazione SIDi che classifica gli ospiti ed i carichi assistenziali espressi in minuti settimanali medi per ospite nelle seguenti cinque classi:

Classe	Livello di fragilità	Misura del carico assistenziale (minuti settimanali medi per ospite)
1	ALTO	2.500
2	MEDIO ALTO	2.000
3	MEDIO	1.600
4	MEDIO BASSO	1.200
5	BASSO	900

La medesima DGR definisce, con percentuali differenziate per minori e adulti, lo standard gestionale per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento, prevedendone il raggiungimento con la presenza delle figure professionali afferenti all'area educativa, riabilitativa e infermieristica, nonché del medico, psicologo e ASA/OSS.

Al fine di dare avvio al processo di revisione sopra richiamato, si dispone la modifica dell'Allegato C "Standard di assistenza prescritti per l'autorizzazione al funzionamento e l'accreditamento delle RSD", limitatamente alla parte relativa alla ripartizione percentuale della presenza delle diverse aree professionali, che viene sostituito e unificato sia per i minori sia per gli adulti, dal seguente:

1. 80% da medico e operatori afferenti all'area educativa, riabilitativa, infermieristica e tutelare (ASA/OSS)

In merito alle aree obbligatorie, considerata l'evoluzione normativa, si specifica che la figura professionale dell'educatore è stata revisionata dalla Legge 205/2017 e smi, che distingue:

- educatore professionale sociosanitario che rientra tra le professioni della riabilitazione di cui all'ordine dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica e delle Professioni Sanitarie Tecniche, della Riabilitazione e della Prevenzione (TSRM-PSTRP);
  - educatore professionale socio pedagogico e pedagogo che opera limitatamente agli aspetti socioeducativi;
2. max il 20% psicologo/assistenti sociali/operatori che hanno sostenuto corsi di formazione/aggiornamento/specializzazione in musicoterapia, arteterapia, danzaterapia e teatroterapia oltre che esperti in lavori artigianali (maestri d'arte) ai fini del raggiungimento degli obiettivi fissati nel progetto individuale.

Fermo restando che la quota del 80% non può essere ridotta, ai fini del conseguimento dello standard, la percentuale dell'80% può incrementarsi assorbendo in tutto o in parte quella del 20% e non viceversa.



Il progetto individuale, al fine del rispetto del minutaggio previsto dalla classificazione SIDI, definisce la composizione del mix delle figure professionali appropriato alla risposta al bisogno. Si intende pertanto che le figure professionali non devono necessariamente essere tutte presenti nei singoli progetti individuali ma che devono essere presenti tutte quelle figure funzionali a realizzare le attività e le prestazioni sociosanitarie previste dal progetto. L'Ente gestore della RSD è quindi chiamato ad assicurare la piena coerenza tra la composizione e gestione dell'organico e i contenuti dei progetti individuali degli ospiti dell'unità di offerta.

Le disposizioni di cui sopra saranno applicate con decorrenza **1° ottobre 2023**.

La competente struttura della UO Rete territoriale della DG Welfare provvede all'aggiornamento della modulistica relativa alle unità di offerta sopra indicate attualizzandola alle indicazioni introdotte con il presente provvedimento.

**5. DETERMINAZIONI IN ORDINE ALL'AVVIO SPERIMENTALE DEL FLUSSO DI RILEVAZIONE DELLA DOMANDA DI SERVIZI ESPRESSA DAI TERRITORI NELL'AMBITO DELLA RETE RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE SOCIO SANITARIA TERRITORIALE, DELLA NPJA E DELLA PSICHIATRIA**

La Direzione Welfare intende avviare, con funzione programmatica anche legata al PSSR di cui all'art. 4 della L.R. 33/2009, un nuovo flusso informativo a carattere sperimentale, diretto all'acquisizione dei dati sulla domanda di servizi legata alle richieste di accesso delle persone ai servizi della rete delle unità di offerta sociosanitarie e alla rete dei servizi della psichiatria e della NPJA con riferimento al setting residenziale e semiresidenziale.

In ogni caso, con successivo atto della DG Welfare verranno definite le modalità specifiche di relativa implementazione, anche in funzione del pieno rispetto della normativa sulla privacy. I competenti uffici della DG Welfare stanno lavorando ai fini dell'elaborazione dell'impianto regolatorio complessivo e del disciplinare tecnico recante il tracciato dei dati oggetto di rilevazione, con le regole di relativa compilazione. In questo contesto sarà previsto:

- un periodo di sperimentazione, funzionale, anche attraverso processi di confronto con il territorio, alla corretta strutturazione e adeguamento del flusso informativo, sia dal punto di vista tecnico che contenutistico, in funzione del successivo consolidamento e del suo inserimento nel patrimonio informativo generato dal sistema dei flussi consolidati in ambito sociosanitario, della NPJA e psichiatria;
- l'acquisizione attraverso caricamento su SMAF con invio diretto da parte degli Enti gestori comprese le ASST in qualità di enti gestori di UDO ricomprese nel perimetro di rilevazione, dei dati sulla domanda di servizi fotografata ad una certa data;
- la conferma dell'impianto di autenticazione già in uso per il flusso scheda struttura;

Il nuovo flusso, denominato "Domanda di Servizi", avrà cadenza semestrale e il suo perimetro di applicazione riguarderà tutte le unità di offerta sociosanitarie territoriali e della salute mentale e NPJA con setting residenziale e semiresidenziale, accreditate e contrattualizzate ovvero solo accreditate.

**6. ATTUAZIONE DELLA NORMA DI CUI ALL'ART. 7, COMMA 11 BIS, DELLA L.R. 33/2009 E DELLE DETERMINAZIONI DI CUI AL PARAGRAFO 4 DELL'ALLEGATO 14) ALLA DGR XI/7758/2022 IN RELAZIONE AL PASSAGGIO DELLA GESTIONE DEI MMG E DEI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA ALLE ASST**

La norma di cui al comma 11 bis dell'art 7 della L.R. 33/2009 come modificata dalla L.R. 22/2021, prevede che alle ASST afferiscono i Dipartimenti di Cure Primarie. Il paragrafo 4 dell'allegato 14) alla DGR XI/7758/2022 definisce il cronoprogramma del passaggio della gestione dei medici del ruolo unico di assistenza primaria (MAP) e dei pediatri di famiglia (PDF) dalle ATS alle ASST. In questo ambito occorre pertanto chiudere i processi amministrativi finalizzati a traghettare la nuova configurazione gestionale. Il passaggio della gestione di detto personale dalle ATS alle ASST potrà tradursi in uno o più dei seguenti scenari, integrando e modificando le precedenti determinazioni nel merito:

- A. passaggio della gestione dei rapporti convenzionali dei MAP e dei PDF dalla ATS ad ogni singola ASST del territorio di riferimento. I codici medico corrispondenti vengono associati alle singole ASST in base all'ubicazione sul territorio degli studi medici principali;
- B. passaggio della gestione dei rapporti convenzionali dei MAP e dei PDF dalla ATS ad una sola tra le ASST ricomprese nel relativo territorio. I codici medico corrispondenti vengono comunque associati alle singole ASST in base all'ubicazione sul territorio degli studi medici principale. Tale configurazione gestionale deve trovare titolo i/n una specifica convenzione stipulata tra le parti, con trasformazione del Dipartimento cure primarie della ASST titolare della gestione in dipartimento gestionale;
- C. per ATS Città metropolitana di Milano, passaggio di tutte le funzioni, sanitarie e di gestione dei rapporti convenzionali, a tre ASST, che fanno riferimento: la prima alla città di Milano, la seconda al macro-territorio Ovest e la terza al macro-territorio Est e della Provincia di Lodi, con trasformazione dei Dipartimenti cure primarie delle ASST titolari della gestione in dipartimenti gestionali;
- D. altri scenari, anche misti tra quanto previsto agli scenari A) e B), definiti da ATS in raccordo con la DG Welfare.

Le ATS comunicano entro la data del 15/09/2023 agli uffici della UO Rete Territoriale ([welfare@pec.regione.lombardia.it](mailto:welfare@pec.regione.lombardia.it)):

- lo scenario che rappresenta la configurazione gestionale prescelta per l'attuazione del passaggio dei MAP e dei PDF dalle ATS alle ASST in attuazione del nuovo quadro giuridico. Per le configurazioni di cui alle lettere A) B) e C) si chiede di trasmettere anche l'atto convenzionale costitutivo del titolo;
- l'elenco del personale che deve essere abilitato sui singoli sistemi per:
  - ✓ accedere all'anagrafe regionale;
  - ✓ gestire le attività di pagamento medici di assistenza primaria a ciclo di scelta e dei pediatri di famiglia;

- ✓ elaborare la reportistica del carico assistiti per i medici di assistenza primaria a ciclo di scelta e dei pediatri di famiglia;
- ✓ gestire le graduatorie regionali (MAP e PDF);
- ✓ gestire i Bandi On Line per l'assegnazione di ambiti e incarichi vacanti del personale convenzionato;
- ✓ gestire il Bilancio Preventivo, Assestamento, Pre-consuntivo, Consuntivo e le Certificazioni Trimestrali (CET);
- ✓ elaborare e gestire i dei flussi di competenza (FLUPER, Flussi ministeriali ecc.)

Gli elenchi dovranno essere comunicati alla struttura Cure Primarie di Regione Lombardia rispettando i formati e gli standard che verranno comunicati alle singole ATS.

Il processo di ricalcolo del Fondo Sanitario Regionale (FSR) per le assegnazioni dell'anno 2024 per MAP e PDF terrà conto dell'associazione dei codici dei medici e pediatri alle rispettive ASST in base all'ubicazione dello studio principale. Tale associazione è già stata configurata nell'anagrafe regionale e verrà integrata con l'informazione dell'AFT di riferimento dei singoli medici.

In particolare, anche nelle ipotesi di cui alle lettere B) e C), le assegnazioni di cui sopra, saranno attribuite alle ASST di competenza del personale convenzionato, in quanto sostituto d'imposta, anche se la gestione operativa resterà in capo ad altra ASST in convenzione.

Regione predisporrà le assegnazioni sulla base degli assistiti e della spesa storica e fisserà dei tavoli di confronto con l'ATS e le relative ASST ai fini di una condivisione dei valori di assegnazione prima della formalizzazione.

In particolare, anche nelle ipotesi di cui alle lettere B) e C), le assegnazioni di cui sopra, saranno attribuite alle ASST di competenza del personale convenzionato, in quanto sostituto d'imposta, anche se la gestione operativa resterà in capo ad altra ASST in convenzione.

Regione predisporrà le assegnazioni sulla base degli assistiti e della spesa storica e fisserà dei tavoli di confronto con l'ATS e le relative ASST ai fini di una condivisione dei valori di assegnazione prima della formalizzazione.

Al fine di armonizzare ed omogenizzare su tutto il territorio regionale l'inserimento delle Cure Primarie all'interno delle ASST, con particolare riguardo all'operatività e ai processi organizzativi ed erogativi a livello dei distretti, la DG Welfare predisporrà uno specifico documento con indicazioni e linee guida al riguardo. Il percorso sarà supportato attraverso momenti di formazione/confronto con le Direzioni Sociosanitarie della ASST.

## **7. CIRCOLARE DEL MINISTERO DELLA SALUTE N 0014341-08/05/2023-DGPRES-MDS-P - INDICAZIONI REGIONALI**

Con Circolare del Ministero della Salute n.0014341-08/05/2023-DGPRES-MDS-P sono state approvate raccomandazioni per fronteggiare l'emergenza caldo. Si forniscono pertanto le seguenti indicazioni regionali:

i Pronti Soccorso attivano specifici percorsi di presa in carico per le sintomatologie correlate all'emergenza caldo tramite l'attivazione di ambulatori specifici (anche rafforzando eventuali ambulatori già esistenti dedicati ai codici bianchi); per queste situazioni deve essere utilizzato un apposito "codice utilizzato un apposito "codice Calore" che garantisce l'accesso con attribuzione non inferiore al codice verde Calore";

- a) i Direttori di Distretto hanno il compito di mappare e intercettare le situazioni di fragilità del territorio anche tramite raccordo con i Servizi Sociali dei Comuni e con le Associazioni del terzo settore operanti. Al fine di garantire una risposta ai bisogni relativi all'emergenza Caldo i Direttori di Distretto garantiscono nelle aree critiche un rinforzo dell'attività di guardia medica, facilitano l'attivazione di visite domiciliari da parte dei medici (tramite la continuità assistenziale e sensibilizzando la medicina di famiglia per i propri assistiti) oppure anche tramite l'infermiere di comunità ove sia più appropriato per la risposta al bisogno del paziente. In particolare per i bisogni di sola assistenza infermieristica tramite gli infermieri di famiglia i Direttori di Distretto valutano nelle aree più critiche l'attivazione di ambulatori dedicati (garantendo sempre un raccordo operativo con referenti medici in caso di bisogno);
- b) la necessità di visite ADP (Assistenza Domiciliare Programmata) per i MMG non sarà soggetta ad autorizzazione da parte di ATS nei mesi di Luglio e Agosto;
- c) per i pazienti fragili si invitano i MMG e le equipe di valutazione multidimensionale dei poli territoriali della ASST a definire progetti individuali di cure domiciliare a maggiore intensità assistenziale anche in relazione alla emergenza caldo, da erogarsi attraverso la rete degli enti gestori accreditati e a contratto;
- d) le ASST sensibilizzano gli enti gestori ADI ad attivare per i pazienti già in carico alla valutazione dei rischi legati al caldo verificando anche la necessità di un aumento della frequenza delle visite domiciliari stesse, procedendo alla rivalutazione in funzione dell'individuazione di livelli più intensivi di assistenza domiciliare;
- e) si chiede alle ATS un aggiornamento dei Piani caldo (nota G1.2023.0021266 del 07/06/2023) già in essere alla luce delle richieste sopra riportate e la contestuale revisione verificando la presenza e completezza delle seguenti caratteristiche
  - Contiene indicazioni dei numeri di contatto e di emergenza
  - stratificazione della popolazione e identificazione delle categorie più a rischio
  - classificazione dei livelli di calore e stratificazione interventi
  - indicazioni per i PS
  - descrizione della procedura ed articolazione della rete emergenza
  - indicazioni per i soggetti fragili
  - indicazioni per le UDO SocioSanitarie
  - indicazioni per le attività lavorative

- indicazioni per i comuni
- indicazioni per i proprietari di animali da affezione
- modalità di diffusione del piano
- presenza di sito web aggiornato

Si chiede alle ATS un re-invio alla UO prevenzione dei piani caldo aggiornati entro il 10 agosto comprensivo degli aggiornamenti descritti rendicontazione dei punti precedenti (tramite verifica con le ASST delle diverse attivazioni ).

Si rimanda alla seguente pagina del Ministero della Salute per una diffusione di buone pratiche per la prevenzione dei colpi di calore:

- <https://www.salute.gov.it/portale/caldo/dettaglioContenutiCaldo.jsp?lingua=italiano&id=5234&area=emergenzaCaldo&menu=vuoto>

Si raccomanda la diffusione agli operatori e alla cittadinanza del bollettino realizzato da ARPA "HUMIDEX | DISAGIO DA CALORE"

- <https://www.arpalombardia.it/temi-ambientali/meteo-e-clima/bollettini-meteorologici/humidex-disagio-da-calore/>

#### **8. ISTITUZIONE DI 4 NUOVI FLUSSI INFORMATIVI IN ATTUAZIONE DELL'OBIETTIVO DI INVESTIMENTO PNRR - M6.C2 -1.3.2. INFRASTRUTTURA TECNOLOGICA DEL MDS E ANALISI DEI DATI, MODELLO PREDITTIVO PER LA VIGILANZA LEA – REINGEGNERIZZAZIONE NSIS A LIVELLO LOCALE**

*L'obiettivo di investimento M6.C2 – 1.3.2 "mira ad imprimere un profondo cambio di passo nell'infrastrutturazione tecnologica alla base dell'erogazione dell'assistenza, dell'analisi dei dati sanitari e della capacità predittiva del SSN italiano. L'obiettivo punta quindi al rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti di analisi del Ministero della Salute, al fine del monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza e della programmazione di servizi di assistenza sanitaria che siano in linea con i bisogni, l'evoluzione della struttura demografica della popolazione, i trend e il quadro epidemiologico".*

In quest'ottica, il sub investimento M6.C2.-1.3.2.2 (Reingegnerizzazione NSIS a livello locale) è finalizzato al completamento del patrimonio informativo NSIS prevedendo la progettazione e l'implementazione di 4 nuovi flussi informativi nazionali per i quali è prevista l'adozione da parte di tutte le 21 Regioni riferiti a:

- riabilitazione territoriale, per la rilevazione di prestazioni di riabilitazione territoriale ex art. 34 DPCM 12 gennaio 2017 (Flusso SIAR –Sistema Informativo della Riabilitazione Territoriale);
- consultori familiari, per la rilevazione di prestazioni erogate da consultori familiari ex art 24 DPCM 12 gennaio 2017 (Flusso SICOE – Sistema Informativo Consultori Familiari);

- cure primarie, per la rilevazione di prestazioni di cure primarie erogate da medici di medicina generale e pediatri di libera scelta;
- ospedali di comunità, per prestazioni erogate da ospedali di comunità ex D.M. del 2 aprile 2015 n. 70.

*Ai fini dell'attuazione della DGR XI/6426 del 23/05/2022 recante "PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA PNRR - MISSIONE 6 COMPONENT 1 E COMPONENT 2 E PNC – APPROVAZIONE DEL PIANO OPERATIVO REGIONALE (POR) E CONTESTUALE INDIVIDUAZIONE DEGLI INTERVENTI, CON RIPARTIZIONE DELLE CORRISPONDENTI QUOTE DI FINANZIAMENTO PNRR/PNC - INDIVIDUAZIONE DEI SOGGETTI ATTUATORI ESTERNI", vengono declinate le azioni programmatiche per la messa in esercizio dei nuovi flussi informativi, tenuto conto delle relative tempistiche di avvio e tenuto conto che sono in corso di approvazione i decreti ministeriali concernenti il sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza riabilitativa e per il monitoraggio delle attività erogate dai consultori familiari e i relativi disciplinari tecnici.*

### **8.1 SISTEMA INFORMATIVO PER IL MONITORAGGIO DELLE ATTIVITÀ EROGATE DAI CONSULTORI FAMILIARI (SICOF):**

Il nuovo flusso informativo SICOF rileverà le prestazioni consultoriali previste dall'art. 24 del DPCM Lea del 12 Gennaio 2017 «Assistenza sociosanitaria ai minori, alle donne, alle coppie, alle famiglie». Rientra pertanto nella rilevazione l'attività svolta dai consultori familiari pubblici e privati accreditati..

L'anagrafica di riferimento è il Modello STS11 con le seguenti caratteristiche:

- tipo struttura: altro tipo di struttura territoriale
- tipologia di assistenza: S04

Per il 2023, il conferimento dei dati avrà un avvio sperimentale a decorrere dal II semestre 2023, essendo necessaria una fase transitoria per la messa a regime del flusso informativo dal 2024. Per tale motivazione, per il 2023 non si prevedono modifiche nei tracciati regionali in essere in quanto si provvederà centralmente alla predisposizione del pacchetto dati da inviarsi al Ministero.

Sulla base del disciplinare tecnico ministeriale in corso di approvazione, il tracciato nazionale prevede alcuni nuovi elementi informativi attualmente non rilevati dal flusso regionale e che dovranno essere alimentati dalle strutture erogatrici a partire dal 2024, in particolare è prevista la declinazione delle tipologie di prestazioni in aree e sotto-aree come indicativamente nelle tabelle di seguito riportate, salvo eventuali modifiche nel percorso di adozione definitiva del disciplinare stesso:

**Tabella 1 – Codifica Area – Sotto area**

<b>Codice</b>	<b>Area - Sottoarea</b>
<b>A</b>	<b>Salute sessuale (rif. Lettere art.24 DPCM LEA 2017: A; B; D; J)</b>
A.01	Contraccezione
A.02	Contraccezione ormonale
A.03	Contraccezione meccanica

A.04	Metodi naturali
A.05	Contraccezione d'emergenza post-coitale
A.06	Ginecologia
A.07	Malattie sessualmente trasmissibili
A.08	Consulenza, supporto e assistenza per problemi in età post fertile
A.09	Spazio Giovani (adolescenti/giovani)
A.10	Seno/Senologia
A.11	Uroginecologia
A.12	Individuazione precoce e assistenza - violenza di genere e sessuale
<b>B</b>	<b>Salute riproduttiva (rif. Lettere art.24 DPCM LEA 2017: A; C; E; F; G; H; I)</b>
B.01	Preconcezionale
B.02	Post-aborto spontaneo
B.03	Post-IVG
B.04	Gravidanza
B.05	Gravidanza – A gestione ostetrica
B.06	Gravidanza – A gestione medica
B.07	Corsi/incontri di accompagnamento alla nascita
B.08	Puerperio
B.09	Salute Psico-fisica del neonato e del bambino
B.10	Allattamento
B.11	Problemi di fertilità
B.12	Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) – farmacologica
B.13	Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) – chirurgica
B.14	Malattie sessualmente trasmissibili
B.15	Spazio Giovani (adolescenti/giovani)
B.16	Patologia mammaria
B.17	Uroginecologia
<b>C</b>	<b>Prevenzione e promozione della salute (rif. Lettere art.24 DPCM LEA 2017: D)</b>
C.01	Prevenzione tumori
C.02	Promozione degli stili di vita
C.03	Prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili
C.04	Promozione delle buone pratiche percorso nascita
C.05	Spazio Giovani (adolescenti/giovani)
C.06	Promozione della salute in menopausa
C.07	Promozione salute e determinanti di salute 1000 giorni di vita del bambino/a
C.08	Promozione dell'affettività e della sessualità
C.09	Approccio alla multiculturalità
C.10	Promozione e sostegno dell'allattamento al seno
<b>D</b>	<b>Supporto psicologico (rif. Lettere art.24 DPCM LEA 2017: K; L; M; N; O; P; R)</b>
D.01	Spazio Giovani (adolescenti/giovani)

D.02	Prevenzione, valutazione, assistenza e supporto psicologico ai minori in situazione di disagio, in stato di abbandono o vittime di maltrattamenti e abusi
D.03	Supporto alla genitorialità
D.04	Problematiche relazionali del singolo della coppia e della famiglia
D.05	Separazioni/divorzi
D.06	Consulenza ed assistenza psicologica per problemi individuali e di coppia
D.07	Psico-relazionale
D.08	Salute mentale nelle fasi di vita della donna
D.09	Prevenzione, individuazione precoce e assistenza - violenza di genere e sessuale
D.10	Supporto psicologico a coppie e minori per affidamento e adozione
D.11	Bullismo/Cyberbullismo
D.12	Altro counseling
<b>E</b>	<b>Adozione - Affidi</b>
E.01	Adozione
E.02	Affido
<b>F</b>	<b>Rapporti con le istituzioni (rif. Lettere art.24 DPCM LEA 2017: Q)</b>
F.01	Rapporti con il Tribunale dei minori e adempimenti connessi (relazioni, certificazioni, ecc.)
F.02	Rapporti con il Giudice Tutelare e adempimenti connessi
F.03	Rapporti con gli Enti istituzionali (es. Comuni, Ambiti e Tribunale Ordinario)
F.04	Rapporti con il Terzo Settore e l'Associazionismo

**Tabella 2 – Codifica tipologia di prestazioni**

<b>Codice</b>	<b>Prestazione</b>
<b>01</b>	<b>Accoglienza/colloquio informativo</b>
010	Accoglienza/colloquio informativo
<b>02</b>	<b>Counseling/consulenza</b>
020	Colloquio/Counseling
021	Consulenza legale
<b>03</b>	<b>Visita medica</b>
030	Visita medica erogata dal consultorio senza prescrizione
031	Prescrizione di visita medica
032	Bilancio di salute ostetrico
<b>04</b>	<b>Psicoterapia</b>
040	Seduta di psicoterapia senza prescrizione
<b>05</b>	<b>Prescrizione/offerta/applicazione contraccettivi</b>
050	Offerta gratuita contraccettivi
051	Prescrizione contraccettivi
052	Rimozione/Inserimento di Dispositivi Intrauterini (IUD)



053	Applicazione di dispositivi contraccettivi sottocutanei
<b>06</b>	<b>Rilascio documenti/certificati (es: IVG)/Consegna della cartella della gravidanza</b>
060	Consegna cartella della gravidanza
061	Rilascio certificato di gravidanza
062	Rilascio certificato/relazioni per il tribunale
<b>07</b>	<b>Test</b>
070	Prelievo per Pap Test nell'ambito di programmi di screening definiti dal Dipartimento di Prevenzione
071	HPV test nell'ambito di programmi di screening definiti dal DSP
072	Pap test/HPV test su richiesta spontanea o per indicazioni cliniche
<b>08</b>	<b>Esami diagnostici</b>
080	Esecuzione di ecografia ginecologica
081	Esecuzione di ecografia in gravidanza
082	Prescrizione di esami diagnostici
083	Test di diagnostica rapida: esecuzione STICK
<b>09</b>	<b>Relazioni/Valutazione psicologica</b>
090	Valutazione psicologica in caso di adozione
091	Valutazione psicologica per selezione di famiglia affidataria
092	Valutazione psicodiagnostica
093	Relazioni multidisciplinari
<b>10</b>	<b>Offerta attiva</b>
100	Offerta attiva
<b>999</b>	<b>Altro</b>
999	Altro

L'articolazione in aree e sotto-aree, nonché la codifica nazionale delle tipologie di prestazioni richiede un'attività di riconciliazione con il nomenclatore regionale vigente ex DGR X/6131/2017 e s.m.i. A tal fine, gli uffici preposti della Direzione Generale Welfare stanno procedendo alla costruzione di una matrice di relazione che verrà messa a disposizione degli erogatori pubblici e privati chiamati ad alimentare il flusso nazionale.

Successivamente all'approvazione in via definitiva del disciplinare tecnico, si prevede fin d'ora di aggiornare il tracciato del flusso informativo regionale CONS in recepimento delle specifiche tecniche ministeriali. Con successiva circolare operativa, saranno fornite le indicazioni tecniche per l'implementazione del flusso stesso a partire dal 2024.

Si specifica altresì che dall'anno 2025 l'assolvimento del debito informativo SICOF da parte delle Regioni costituirà adempimento ai fini dell'erogazione dei Lea.

## **8.2 SISTEMA INFORMATIVO PER IL MONITORAGGIO DELL'ASSISTENZA RIABILITATIVA (SIAR)**

Il nuovo flusso informativo SIAR rileva le prestazioni nell'ambito dell'assistenza residenziale e semiresidenziale, a carattere intensivo, estensivo e di recupero-mantenimento di cui all'art. 34 del DPCM Lea del 12 gennaio 2017 in favore di persone con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali.

Con riferimento alla rete d'offerta sociosanitaria lombarda, saranno coinvolte dal nuovo flusso informativo NSIS SIAR le strutture accreditate di tipologia Cure Intermedie, RSD, CSS e CDD.

L'anagrafica di riferimento è il modello RIA11 per le Cure Intermedie e il modello STS11, tipologia di assistenza S10 – S11 per le RSD, CSS, CDD.

Per il 2023, il conferimento dei dati avrà un avvio sperimentale a decorrere dal IV trimestre 2023, essendo necessaria una fase transitoria per la messa a regime del flusso informativo dal 2024. Per tale motivazione, per il 2023 non si prevedono modifiche nei tracciati regionali in essere con riferimento alle unità d'offerta oggetto della rilevazione.

Sulla base del disciplinare tecnico ministeriale in corso di approvazione, si prevede fin d'ora, a decorrere dal 1° gennaio 2024, di adeguare il tracciato del flusso informativo regionale SDOFAM in recepimento delle specifiche tecniche ministeriali. Si prevedono altresì adeguamenti evolutivi anche per il flusso RIAFAM. Anche il gestionale SIDI dovrà essere arricchito di alcuni elementi informativi necessari all'allineamento al set informativo previsto dal tracciato nazionale a decorrere dal 1° gennaio 2024.

Il flusso SIAR, oltre alle informazioni riferite all'assistenza erogata rilevate nel Tracciato 1 e Tracciato 2, rileverà nel Tracciato 3 anche le ore annuali di personale dedicato all'assistenza distintamente per figura professionale. Si prevede di alimentare tale tracciato attraverso l'utilizzo dei dati di scheda struttura, sezione "personale a standard". A tal fine, per rispettare le scadenze dettate dall'emanando decreto ministeriale di implementazione del nuovo flusso SIAR, la tempistica di rilevazione della sola sezione "personale a standard" di scheda struttura per le sole unità d'offerta interessate dal sistema informativo SIAR viene anticipata al 28 febbraio di ogni anno.

Con successiva circolare operativa, saranno fornite le indicazioni tecniche e i manuali operativi per l'implementazione del flusso informativo SIAR.

Si specifica altresì che dall'anno 2025 l'assolvimento del debito informativo SIAR da parte delle Regioni costituirà adempimento ai fini dell'erogazione dei Lea.

## **9. ULTERIORI INDICAZIONI OPERATIVE PER L'ATTUAZIONE DEGLI INVESTIMENTI**

L'attività di monitoraggio svolta dalla Direzione Generale Welfare negli ultimi anni ha registrato un rallentamento nella fase di attuazione degli investimenti per la riqualificazione e l'ammodernamento del patrimonio sanitario pubblico degli enti sanitari del SSR, con particolare riferimento ai piani di investimento relativi ai fondi regionali, rinvenibili, soprattutto, sia nell'eccessivo numero di appalti da gestire da parte delle stazioni appaltanti con il rischio di una eccessiva numerosità delle procedure, sia nell'assenza, in alcuni casi, di una adeguata programmazione da parte delle Aziende Sanitarie, cause, troppo spesso, di una dilatazione dei tempi di impiego delle risorse.

Nel Rapporto 2023 sul coordinamento della finanza pubblica la Corte dei Conti ha evidenziato, nell'ambito degli investimenti in Sanità, che *"i difficili e nuovi equilibri a cui il comparto sanitario deve tendere richiedono anche un miglioramento dell'ordinaria attività di investimento e che l'adeguatezza del patrimonio immobiliare e tecnologico delle aziende sanitarie e, quindi, le scelte di investimento a questo funzionali,*

*rappresentano aspetti cruciali sia per le implicazioni operative relative alla capacità di fornire servizi adeguati sia per l'impatto economico dei costi connessi alla gestione".*

Per una più efficace programmazione delle risorse ed attuazione degli interventi all'interno dell'arco di vita dei piani di investimento, si forniscono i seguenti indirizzi alle Aziende Sanitarie:

- le Aziende Sanitarie devono porre in atto adeguate misure organizzative per superare le difficoltà che hanno impedito il pieno utilizzo delle risorse stanziare per gli investimenti nel campo della sanità, al fine di riassorbire i ritardi che si sono registrati nell'attuazione degli interventi e che si traducono non solo nel mancato utilizzo dei fondi, che comportano una ingiustificata immobilizzazione di risorse, ma anche in tempi di progettazione e di realizzazione troppo lunghi, che incidono sul raggiungimento degli obiettivi e, a volte, sull'incremento dei costi;
- le Aziende Sanitarie devono rispettare rigorosamente i termini di decadenza dei contributi indicati nei vari provvedimenti della Giunta Regionale di stanziamento dei contributi;
- le richieste di proroghe e/o rimodulazioni degli interventi inseriti in piani di investimento, indice anche di una non adeguata programmazione da parte dell'Azienda Sanitaria, in linea di principio e salvaguardando gli interventi di sicurezza, potranno essere prese in considerazione dalla Direzione Generale Welfare solo ed esclusivamente per motivate oggettive situazioni di carattere straordinario e d'urgenza, indipendenti dalla volontà dell'Ente beneficiario e dovranno essere sottoposte alla Giunta regionale; tali istanze saranno tenute in considerazione per la verifica del raggiungimento degli obiettivi di mandato del Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria;
- le Aziende Sanitarie nella definizione e realizzazione degli interventi di edilizia sanitaria e sociosanitaria dovranno porre la massima attenzione al rispetto delle "cornici programmatiche" definite dalla Giunta Regionale, al rispetto sostanziale dei cronoprogrammi allegati ai progetti approvati e del costo complessivo dell'intervento, anche attraverso una rigorosa attività di monitoraggio in fase di realizzazione;
- congelare gli incentivi per le funzioni tecniche in caso di reiterate richieste di proroga.

Al fine di precisare alcuni aspetti relativi all'attuazione degli interventi di edilizia sanitaria e sociosanitaria si specifica e si chiarisce quanto segue:

#### Gestione tecnico amministrativa degli interventi di edilizia sanitaria e sociosanitaria

Nella "Guida pratica per la redazione dei progetti e l'attuazione degli investimenti" approvata con D.D.G. Welfare n. 19173 del 30/12/2019 è stato stabilito, tra l'altro, che per i progetti di edilizia sanitaria e sociosanitaria finanziati con fondi regionali di importo lavori e oneri sicurezza non soggetti a ribasso d'asta, esclusa **IVA**, di importo inferiore a € 3.000.000,00 il progetto non deve essere approvato dalla Direzione Generale Welfare ma

solo dalla stazione appaltante che deve provvedere a comunicare alla Direzione Generale Welfare in merito all'approvazione del progetto.

Per tali progetti, non oggetto di approvazione della D.G. Welfare, si precisa che le eventuali varianti in corso d'opera, anche di importo superiore al 10% del contratto e le rimodulazioni in genere del quadro tecnico economico la cui copertura sia maggiore del 50% dei ribassi conseguiti in sede di gara, sono soggette a "Semplice comunicazione obbligatoria" entro 30 giorni dalla approvazione della variante e/o della rimodulazione del QTE" della stazione appaltante, nel rispetto comunque del finanziamento assegnato;

Per i progetti di edilizia sanitaria finanziati con fondi regionali di qualunque importo, l'utilizzo dei residui dopo la conclusione intervento può essere consentito solo a seguito di formale istanza dell'Azienda sanitaria e conseguente formale nulla osta della Direzione Generale Welfare, secondo quanto stabilito al p.to C) del capitolo 4.2 dalla "Guida pratica per la redazione dei progetti e l'attuazione degli investimenti" approvata con D.D.G. Welfare n. 19173/2019.

In coerenza e in continuità alla DGR n. XI/2672/2019 si stabilisce che:

In attuazione del D. Lgs.118/2011, in continuità con le indicazioni fornite nel 2019 ed in relazione alla necessità di assicurare la liquidabilità dei fondi perenti, la Direzione Generale Welfare potrà autorizzare, nell'anno 2023, unicamente l'utilizzo delle economie relative ad impegni di spesa successivi all'esercizio 2018 (compreso); per la definizione di "economie" si rimanda al p.to C) del capitolo 4.2 della "Guida pratica per la redazione dei progetti e l'attuazione degli investimenti" approvata con D.D.G. Welfare n. 19173/2019. Gli enti del sistema sono tenuti ad inviare unicamente richieste di utilizzo delle economie coerenti con tale indicazione.

#### Revisione prezzi

La nota del Direttore Generale della Direzione Generale Welfare prot. n. G1.2022.0034603 del 30/08/2022 avente ad oggetto "Interventi di Edilizia sanitaria e sociosanitaria. Modalità di accesso al Fondo 'adeguamento prezzi' disciplinate dal D.M. n. 241 del 28/07/2022 (GU n. 196 del 23/08/2022)", ai fini della copertura dei maggiori importi per l'adeguamento prezzi ai sensi della vigente normativa nazionale in materia, dispone tra l'altro che "(...) Le Aziende del SSR, per quanto concerne gli interventi già finanziati con risorse ministeriali e/o regionali, dovranno provvedere esclusivamente a comunicare alla scrivente Direzione Generale le determinazioni assunte con atti aziendali, sia nel caso di utilizzo di risorse di cui all'art. 2 comma 1 - lettere a, b, c, d, sia in caso di accesso ai fondi di cui all'art. 1 del medesimo d Decreto Ministeriale n. 241 del 28/07/2022 (...)."

Le risorse elencate nell'art. 2, c.1 del Decreto Ministeriale n. 241 del 28/07/2022 con le lettere da a) a d,) per fronteggiare i maggiori costi derivanti dall'aggiornamento dei prezziari utilizzati nelle procedure di affidamento delle opere pubbliche, sono le seguenti:

- a) risorse appositamente accantonate per imprevisti nel quadro economico dell'intervento, nei limiti del 50 per cento e fatte salve le somme relative agli impegni contrattuali già assunti;

- b) eventuali ulteriori somme a disposizione della medesima stazione appaltante e stanziare annualmente relativamente allo stesso intervento;
- c) somme derivanti da ribassi d'asta, qualora non ne sia prevista una diversa destinazione sulla base delle norme vigenti;
- d) somme disponibili relative ad altri interventi ultimati di competenza della medesima stazione appaltante e per i quali siano stati eseguiti i relativi collaudi ed emanati i certificati di regolare esecuzione, nel rispetto delle procedure contabili della spesa e nei limiti della residua spesa autorizzata disponibile alla data di entrata in vigore del citato decreto-legge n. 50 del 2022.

Condividendo e confermando le determinazioni di cui alla nota del Direttore Generale della Direzione Generale Welfare prot. n. G1.2022.0034603 del 30/08/2022, volte a semplificare le modalità di rimodulazione del quadro economico dei progetti per le casistiche previste dalla normativa nazionale ai fini della copertura dei maggiori importi per l'adeguamento prezzi, si precisa che al fine di garantire, in relazione agli interventi di edilizia sanitaria e sociosanitaria finanziati con fondi regionali e/o ministeriali:

- il presidio del raggiungimento degli obiettivi stabiliti dalla Giunta regionale nell'individuazione degli interventi;
- una corretta e trasparente rendicontazione degli interventi di edilizia sanitaria e socio sanitaria, qualora le Aziende del SSR intendono utilizzare le risorse di cui alla lettera d), comma 1, art. 2 del Decreto Ministeriale n. 241 del 28/07/2022, indipendentemente dalla finalità degli interventi in esecuzione e dal Presidio o Struttura oggetto di intervento, tale rimodulazione del quadro economico è soggetta a nulla osta, fatta salva la necessaria preventiva comunicazione regionale al Ministero in caso di interventi finanziati con fondi ministeriali.

In particolare, le Aziende del SSR nel formulare l'istanza di nulla osta a firma del Direttore Generale, dovranno, con riferimento all'intervento concluso, come previsto al p.to C) del capitolo 4.2 delle citate linee guida approvate con D.D.G. Welfare n. 19173/2019, accertare l'economia di progetto concluso esclusivamente nel modo seguente:

- a seguito dell'approvazione del collaudo o del certificato di regolare esecuzione dell'intervento principale, e dell'approvazione del quadro economico assestato finale che riporti tutte le spese relative (spese tecniche, forniture, allacciamenti, ecc.), e da cui risultino le economie effettivamente disponibili;
- il RUP dell'intervento principale, nel dichiarare che l'Azienda non ha più nulla da esigere per la realizzazione dell'intervento principale concluso, può accertare le economie di progetto; qualora non sia prevista tale figura l'accertamento è compiuto dal Direttore dei lavori e dal legale rappresentante.

## **10. ULTERIORI INDICAZIONI SUL CENTRO REGIONALE DI FARMACOVIGILANZA**

I Centri Regionali di Farmacovigilanza/organismi/strutture regionali stabilmente definiti costituiscono un elemento essenziale per il funzionamento del sistema nazionale di

farmacovigilanza che fa capo ad AIFA e il nodo di collegamento tra le strutture centrali e locali. Con l'Accordo Stato-Regioni del 28 ottobre 2010, concernente la definizione degli indirizzi per la realizzazione di un programma di farmacovigilanza attiva, sono stati definiti per la prima volta i requisiti minimi per l'istituzione dei CRFV, i ruoli e i compiti; è stata, inoltre, introdotta la possibilità per le regioni di destinare parte delle risorse economiche di cui all'articolo 36, comma 14, della legge 27 dicembre 1997, n.449 all'istituzione/mantenimento dei CRFV, ovvero al potenziamento delle attività di farmacovigilanza sul territorio attraverso organismi/strutture regionali stabilmente definiti.

Alle regioni è demandata la decisione in merito alla composizione e modalità di assunzione del personale, garantendo che i CRFV operino, con competenze multidisciplinari, in modo stabile e continuativo.

Anche la scelta della collocazione del CRFV è prerogativa delle regioni purché avvenga tra strutture regionali, ASL, Aziende Ospedaliere, Università (cfr. AIFA, Procedure operative sui CRFV, ultimo aggiornamento nov. 2022).

La vocazione a perseguire finalità di ricerca tipica degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), la presenza all'interno di tale ospedale di importanti aree di farmacologia (sia in collegamento con la locale Università che cliniche) e la rilevanza della U.O. di farmacia ospedaliera fanno della neonata Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori di Monza un'ideale collocazione del coordinamento del Centro Regionale di Farmacovigilanza lombardo (oggi in capo ad ATS Brianza).

#### **11. ULTERIORI DETERMINAZIONI NELL'AMBITO DELLE CURE PALLIATIVE DI CUI ALLA DGR X/5918/2016 E ALLA DGR XI/1046/2018**

Nel quadro degli obiettivi del PRSS approvato con DCR XII/42 del 20/06/2023 nella parte in cui al paragrafo 2.3.2 prevede che "con riferimento alle cure palliative domiciliari, si approfondirà la possibile rimodulazione dei percorsi in funzione del completamento dei livelli di intensità assistenziale considerati" e anche al fine del miglior concorso al raggiungimento dell'obiettivo di investimento del PNRR, in una logica di appropriatezza, equità e qualità delle cure, nonché di integrazione di tutti i professionisti del territorio coinvolti, si prevedono di seguito le seguenti rimodulazioni alle determinazioni di cui all'allegato 1) alla DGR X/5918/2016 e al paragrafo 6.3 dell'allegato 1 alla DGR XI/1046/2018:

- per il livello base, l'estensione dell'intervallo di riferimento del CIA, conseguentemente rideterminato superiore/uguale a 0,14 e inferiore a 0,50, prevedendo un mix professionale che abbia almeno un accesso del medico palliativista ogni 15 giorni;
- la previsione per entrambi i livelli di intensità, base e specialistico, dell'accesso congiunto medico e infermiere per la stesura del PAI in sede di prima valutazione;
- per il livello specialistico rimane confermato il CIA > 0,50 calcolato sull'intero percorso di assistenza specialistica prevedendo un mix professionale che abbia almeno due accessi del medico palliativista nei primi 10 giorni, comprendendo l'accesso iniziale ai fini della stesura del PAI, e successivamente di almeno 1 accesso del medico palliativista ogni 10 giorni;

- il CIA è determinato dagli accessi del medico palliativista e dell'infermiere. Le altre figure professionali OSS, fisioterapista, psicologo e assistente sociale, altri professionisti della riabilitazione ed eventuali altre figure attivabili nel PAI in funzione della risposta al bisogno, concorrono alla determinazione del CIA per un valore non superiore al 25%.

In un'ottica di appropriatezza, l'efficacia di tali interventi andrà valutata attraverso un monitoraggio quali-quantitativo dei volumi di produzione nell'ambito della rete.

Gli effetti di tali rimodulazioni si applicano a decorrere dal 1/01/2024 in relazione ai percorsi con dimissione a partire dal 1/01/2024.

In coerenza con la normativa di cui al CCNL Sanità, si conferma quanto previsto dal requisito di cui all'allegato 1) alla DGR X/5918/2016 in tema pronta disponibilità, assicurando in ogni caso la migliore tempestività dell'intervento al domicilio tenuto conto del bisogno rilevato.

## **12. CONTRATTO E RENDICONTAZIONE DELLE PRESTAZIONI DI CUI ALLA L.R. 23 FEBBRAIO 2021 N. 2 "DISPOSIZIONI PER LA PREVENZIONE E LA CURA DEI DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE E IL SOSTEGNO AI PAZIENTI E ALLE LORO FAMIGLIE"**

Le ATS procedono alla stipula di specifico addendum contrattuale per la finalizzazione delle risorse legate al riparto di FSR di cui alla L.R. 23 Febbraio 2021 n. 2 declinate nella DGR XI/7590 del 15/12/2022. Tali risorse sono riconosciute a titolo di incremento del budget anno 2023. Le ATS, a seguito della stipula, provvedono al caricamento degli addendum contrattuali nella piattaforma contratti web.

Ai fini della rendicontazione è stato introdotto nel flusso informativo di rendicontazione di NPJA nel campo "tipo progetto" la tipologia "DN", selezionabile tramite spunta (flag) e relativa alle prestazioni per disturbi nutrizione e alimentazione non rientranti in progetti biennali.

Il flag selezionabile per la tipologia "DN" dovrà essere inserito nel flusso di rendicontazione sia per le prestazioni derivanti dalla contrattualizzazione dei fondi di cui alla DGR XI/7590/2022 sia per le prestazioni erogate a vario titolo in favore dei DNA finanziate dai contratti ordinari e dai progetti innovativi.

Relativamente al Sistema Informativo della Psichiatria di Regione Lombardia (SIPRL), è stata introdotta la possibilità di individuare le persone riconducibili alla specifica area diagnostica dei Disturbi della Nutrizione e Alimentazione inserendole in apposita "Classe" al fine di poter rilevare in maniera più dettagliata la casistica oggetto di particolare attenzione. Tale classe viene selezionata dall'area "anagrafica" del paziente e può essere assegnata anche in concomitanza di registrazioni del Progetto PB (piani biennali) o di qualunque altra classe o progettualità. La voce corrispondente è denominata:

- Classe Disturbi Alimentazione

Potranno pertanto essere inserite nella specifica classe, le persone che ricevono prestazioni derivanti dalla contrattualizzazione dei fondi di cui alla DGR XI/7590/2022 e le prestazioni erogate a vario titolo in favore dei DNA finanziate dai contratti ordinari e dai programmi innovativi.

### **13. STRUTTURE RESIDENZIALI SOCIO SANITARIE E MEDICINALI OSPEDALIERI E DI DISTRIBUZIONE DIRETTA PER LA CONTINUITÀ DI CURA**

Considerato che è obiettivo prioritario del SSN e SSR garantire la continuità di cura a tutti i cittadini, ciò vale anche per i pazienti che sono trasferiti dal ricovero ad una struttura RSA.

Quando una struttura sanitaria si attiva per la dimissione di un paziente che deve tornare in RSA o viene collocato in una RSA ovvero in RSD, SRM, CSS e le Cure intermedie (anche su posto solvente), nel caso in cui alla dimissione venga prescritta una terapia con medicinali di classe H (non Osp – cioè non di somministrazione solo in ambiente ospedaliero o ad esso assimilato) o/e classe A/PHT (con l'indicazione di distribuzione diretta da parte della struttura) la stessa struttura dovrà fornire alla dimissione la copertura almeno per un mese di terapia (sia per i medicinali di classe H o A/PHT ) rendicontandoli in File F : tipologia 6 per A/PHT e tipologia 2(DD) per i farmaci H (non Osp).

Per la successiva continuità terapeutica, qualora si tratti di terapie croniche, verrà coinvolta l'ASST territorialmente più vicina alla struttura dove è ricoverato il paziente per l'erogazione mensile della terapia con rendicontazione in File F come sopra descritto.

Questa attività non comporta maggiori oneri a carico del SSR essendo queste terapie a carico delle strutture sanitarie.

### **14. RSA, RSD E PRESCRIZIONE DI MEDICINALI DI CLASSE A PAZIENTI RICOVERATI SOLVENTI: DEFINIZIONE E AVVIO DI UN PROGETTO**

I pazienti solventi ricoverati in RSA e in RSD rimangono in carico al medico di medicina generale. Con riferimento a tale casistica, qualora non in carico al MMG per criticità legate alla carenza di questi medici sul territorio, e solo per il tempo in cui permane tale situazione per gli assistiti considerati, si dà mandato alla DGW di definire e attivare un progetto specifico, coinvolgendo il sistema delle RSA e delle RSD, i medici delle RSA e delle RSD e ARIA, al fine di poter consentire ai medici di tali strutture di prescrivere a carico del SSR (SOLO con modalità dematerializzata) i medicinali di classe A agli ospiti solventi.

Nel progetto dovrà essere previsto un sistema controllo attivo su queste prescrizioni.